

PLANO NACIONAL CONTRA A DROGA E AS TOXICODEPENDÊNCIAS

2005 – 2012

Novembro 2005

Índice

PREFÁCIO	1
NOTA INTRODUTÓRIA	5
1. Referência aos princípios orientadores da Estratégia	5
2. Enquadramento geral do Plano face à realidade nacional	5
3. A avaliação da implementação da Estratégia Nacional de Luta contra a Droga 1999-2004	7
4. Metodologia de elaboração do Plano	12
PLANO ESTRATÉGICO	15
1. Síntese dos dados sobre o fenómeno da droga em Portugal	15
2. Enquadramento Geral.....	18
Capítulo I – Áreas Transversais	19
1. Coordenação.....	19
• Interna	19
• Intraministerial.....	19
• Interministerial.....	20
• Externa	21
2. Cooperação internacional	22
• Coordenação.....	22
• Relações Multilaterais.....	23
• Relações Bilaterais	24
3. Informação, Investigação, Formação e Avaliação.....	25
• Informação	27
• Investigação	29
• Formação	30
• Avaliação.....	31
4. Reordenamento Jurídico.....	32
Capítulo II – Áreas de Missão	33
5. Redução da procura	33
• Prevenção	37
• Dissuasão	39
• Redução de Riscos e Minimização de Danos	41
• Tratamento.....	44
• Reinserção.....	46
6. Redução da oferta.....	48
AVALIAÇÃO DO PLANO NACIONAL	52
NOTA FINAL	53
GLOSSÁRIOS DE SIGLAS	55

PREFÁCIO

O planeamento estratégico constitui-se como um processo cuja finalidade é garantir o alinhamento das grandes orientações que permitem às organizações modificar, melhorar e fortalecer a sua intervenção na sociedade. É assim, balizando-se pelos objectivos do programa do Governo definidos para esta área e considerando os documentos relevantes no combate à droga e à toxicodependência, que constituem em si mesmos uma visão integrada da abordagem vertical e transversal do fenómeno na sociedade portuguesa, que é elaborado este Plano Nacional.

O consumo e tráfico de drogas em Portugal têm vindo a apresentar, ao longo dos últimos anos, mutações mais ou menos perceptíveis. Ressaltam de entre estas a alteração do perfil dos consumidores e dos padrões de consumo, a diversidade de oferta de substâncias e, inclusivamente, a própria percepção social do fenómeno e a respectiva mudança de paradigma.

A resposta a este fenómeno, assegurada pelos sucessivos Governos desde a década de 70, tem sofrido alguns avanços e recuos em função dos contextos políticos, sociais e económicos que a sociedade portuguesa tem atravessado.

A Estratégia Nacional de Luta contra a Droga, aprovada pela Resolução de Conselho de Ministros n.º 46/99, de 22 de Abril, para o período 1999/2004, publicada em Maio de 1999, constituiu, indubitavelmente, um marco na intervenção política. Este foi e é um documento estruturante, cujos princípios e fundamentos se mantêm genericamente actuais face às características da problemática e que se destacou, também, como um novo modelo de definição das políticas públicas na forma como foi elaborado.

Este processo amadureceu com a preparação do Plano de Acção Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência – Horizonte 2004, publicado em 2001, pela Resolução de Conselho de Ministros n.º 39/2001, de 9 de Abril.

Durante o ano de 2004 os vários organismos e instituições com responsabilidades na prossecução da Estratégia Nacional procederam aos respectivos processos da sua avaliação interna, tendo o Instituto da Droga e da Toxicodependência desencadeado o processo de avaliação externa, dando cumprimento a despacho do Ministro da Saúde, membro do Governo responsável pelo Combate à Droga e à Toxicodependência. Tal avaliação foi realizada pelo INA (Instituto Nacional de Administração). Apesar de a avaliação externa não ter valorizado devidamente os constrangimentos orçamentais e institucionais que condicionaram fortemente o ritmo de execução da ENLCD, contribuindo para a

desaceleração da sua execução, o seu relatório final constitui um importante instrumento de trabalho.

De todo este processo avaliativo foi elaborado, pelo então Coordenador Nacional do Combate à Droga e à Toxicodependência, um “Sumário Executivo” que inclui, para além da identificação das fragilidades e constrangimentos à execução da “Estratégia”, linhas orientadoras para uma planificação estratégica futura.

Assim se concluiu um ciclo do processo e se iniciou, simultaneamente, um novo ciclo, retomado pelo actual Conselho de Administração do IDT.

Por outro lado, a dimensão mundial do problema da droga patenteia-se no facto de a comunidade internacional ter chamado a si a abordagem e concertação de esforços no sentido de minorar a dimensão do tráfico e consumo de droga e resolver os seus aspectos transversais. Desde 1911, com a assinatura da Convenção de Haia, até ao presente, que os Estados, agora reunidos sob a égide da Organização das Nações Unidas, se têm multiplicado em iniciativas para cooperarem numa estratégia internacional.

Essa estratégia é enquadrada juridicamente por 3 Convenções das Nações Unidas: a Convenção Única sobre Estupefacientes de 1961, modificada pelo Protocolo de 1972; a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971; e a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas, de 1988. Estas Convenções são dotadas de um órgão fiscalizador, o Órgão Internacional de Controlo de Estupefacientes.

Mais recentemente, a 20ª Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Droga, realizada em Junho de 1998, aprovou seis documentos sectoriais, de que se destacam a Declaração de Princípios Orientadores sobre a Redução da Procura e o Plano de Acção contra a Produção Ilícita, Tráfico e Consumo de Estimulantes Tipo Anfetaminas e seus Precursores. Da Declaração Política salientam-se dois aspectos essenciais: a ideia da responsabilidade comum e partilhada e a fixação de metas temporais.

De realçar ainda, ao nível da concertação internacional, o trabalho desenvolvido pelo GAFI – Grupo de Acção Financeira Internacional, cujo objectivo é implementar políticas, tanto a nível nacional como internacional, de combate ao branqueamento de capitais e ao financiamento de actividades terroristas.

Ainda na esfera do combate ao branqueamento de capitais, sublinhe-se a importância da Convenção Europeia sobre o Branqueamento, Despistagem, Apreensão e Confisco dos Produtos do Crime, celebrada em 1999 no seio do Conselho da Europa, no âmbito do qual funciona o Grupo *Pompidou*, cuja actividade se consubstancia num espaço relevante de

troca de informações e de boas práticas, promovendo o aprofundamento e a partilha do conhecimento científico.

Ao nível da União Europeia, a aprovação pelo Conselho Europeu, em Dezembro de 2004, da Estratégia de UE de Luta contra a Droga 2005-2012, cujo objectivo fundamental é valorizar as estratégias nacionais “...*respeitando embora os princípios da subsidiariedade e da proporcionalidade consignados nos Tratados*”, representa a continuidade da abordagem integrada e equilibrada, agora a nível comunitário, das linhas de acção adoptadas pela 20ª Sessão Extraordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas. É de referir que a Estratégia da UE determina que “*os Estados-Membros deverão considerar o impacto das suas Estratégias nacionais sobre os outros Estados-Membros...*”.

A Estratégia da UE de Luta contra a Droga 2005 – 2012 define claramente três grandes objectivos a implementar no espaço da União até 2012:

- *Atingir um nível elevado de protecção da saúde, de bem-estar e de coesão social complementando a acção dos Estados Membros em matéria de prevenção e redução do consumo de droga, da dependência e das consequências nefastas da droga em termos sociais e de saúde;*
- *Garantir um elevado nível de segurança para o público em geral, adoptando medidas contra a produção de droga, o tráfico internacional de droga e o desvio de precursores e intensificar a acção preventiva contra a criminalidade relacionada com a droga através de uma cooperação eficaz alicerçada numa abordagem conjunta;*
- *Reforçar os mecanismos de coordenação da União Europeia de forma a garantir a complementaridade das medidas adoptadas a nível nacional, regional e internacional e assegurar que contribuem para a eficácia da política em matéria de droga dentro da União Europeia e nas suas relações com outros parceiros internacionais.*

A Estratégia Europeia concentra-se em dois domínios de acção – a redução da procura e a redução da oferta – e em dois temas transversais – a cooperação internacional e a investigação, informação e avaliação – e atribui a coordenação da política para a droga da UE ao Grupo Horizontal Drogas (GHD), grupo *transpilar* do Conselho da União Europeia cujas funções consistem na definição de uma política clara e coerente de luta contra a droga, a aprovar pelo Conselho, e na prossecução da implementação dessa política em nome do Conselho.

O Plano de Acção da UE em matéria de luta contra a droga (2005-2008), aprovado pelo Conselho em Junho de 2005, operacionaliza a Estratégia Europeia, tem em consideração os resultados da avaliação final da Estratégia da União Europeia 2000-2004 e centra-se em particular nas áreas em que, segundo essa mesma avaliação, são necessários maiores

progressos, reiterando diversos objectivos essenciais que não foram alcançados no âmbito do anterior Plano de Acção. O Plano de Acção 2005-2008 respeita os princípios da subsidiariedade e da proporcionalidade e deixa uma margem de manobra considerável para acções locais, regionais, nacionais e transnacionais. As instâncias responsáveis pela execução das acções e pelo cumprimento dos prazos estão claramente indicadas.

O objectivo final do Plano de Acção consiste em reduzir de forma significativa o consumo de drogas entre a população e diminuir os efeitos perniciosos em termos sociais e de saúde, causados pelo consumo e tráfico de drogas ilícitas. Pretende proporcionar um enquadramento que permita adoptar uma estratégia equilibrada de redução da oferta e da procura através de diversas acções específicas, seleccionadas segundo os seguintes critérios:

- As acções a nível da União Europeia deverão proporcionar um valor acrescentado inequívoco e os resultados devem ser realistas e quantificáveis;
- As acções devem apresentar uma boa relação custo-eficácia e contribuir directamente para a realização de, pelo menos, um dos objectivos ou prioridades apresentadas na estratégia;

O número de acções em cada domínio deve ser realista e orientado para objectivos específicos.

A Comissão Europeia procederá, em 2008, a uma avaliação do impacto desse Plano, tendo em vista propor um novo Plano de Acção para o período 2009-2012, na sequência do qual efectuará uma avaliação final, que ultrapassará os limites estritos do Plano de Acção e incluirá, com base nos trabalhos do OEDT e da Europol, uma apresentação da situação da Europa em matéria de drogas.

Em Portugal, a definição de um Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012 inscreve-se necessariamente no enquadramento multilateral e comunitário já referidos, adaptando-os à realidade nacional e tendo em conta os vários documentos nacionais que o estruturam e balizam, designadamente, e para além dos já mencionados, o Programa do XVII Governo Constitucional, as Grandes Opções do Plano para 2005-2009, o Orçamento de Estado para 2005, o Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010 e a “Carta de Missão” apresentada pelo actual Coordenador Nacional do Combate à Droga e à Toxicodependência ao Senhor Ministro da Saúde.

À semelhança da opção Europeia, em Portugal decidiu-se avançar no imediato com um Plano (Estratégico) Nacional 2005-2012, complementado por um Plano de Acção 2005-2008 (a aprovar até ao final de 2005), seguido de avaliação de impacto e, sequencialmente, de um novo Plano de Acção para o período 2009-2012.

NOTA INTRODUTÓRIA

1. REFERÊNCIA AOS PRINCÍPIOS ORIENTADORES DA ESTRATÉGIA

Os princípios orientadores da ENLCD definidos em 1999, (princípios da cooperação internacional, da prevenção, do humanismo, do pragmatismo, da segurança, da coordenação e racionalização de meios e da participação), foram, na sequência do processo de avaliação desenvolvido, complementados com propostas de linhas de acção para 2005-2012. A centralidade na pessoa humana, a parceria activa com a sociedade civil, a proactividade e políticas de proximidade, a prevenção em meio escolar e familiar, o reconhecimento de que o tratamento resulta, a necessidade de planos de acção 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, constituem linhas de força que emergem daquele processo avaliativo.

Pretende-se que o presente PN reflecta de facto a análise e planeamento requeridos para uma intervenção eficiente e qualificada num fenómeno tão multifacetado como é o do consumo e tráfico de droga em Portugal.

2. ENQUADRAMENTO GERAL DO PLANO FACE À REALIDADE NACIONAL

O Instituto da Droga e da Toxicodependência, IDT, foi criado em 29 de Novembro de 2002, pelo Decreto-Lei nº 269-A/2002, e resulta da fusão do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT) e do Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT).

Esta fusão, decidida pelo XV Governo Constitucional, veio introduzir um ruído iniludível na prossecução da Estratégia Nacional de Luta contra a Droga, aprovada em 22 de Abril de 1999. Esta previa claramente a continuidade do SPTT, Serviço do Ministério da Saúde com a missão central de oferecer tratamento aos toxicodependentes, e dotava o IPDT, a par de tarefas na área da prevenção, de responsabilidades enquanto “observatório” e, sobretudo (porque a sua tutela se situava na dependência do Primeiro Ministro), de competências na coordenação transversal de políticas que interessam diversos ministérios.

Na sequência da fusão propriamente dita, as vicissitudes que se seguiram, nomeadamente quanto à liderança do IDT e sua repercussão em toda a estrutura do Instituto vieram a

contribuir para uma desaceleração evidente do ritmo de execução daquela “Estratégia”. Esta previa igualmente um crescendo de dotações orçamentais para as diversas tarefas preconizadas, que claramente também não se concretizou.

O IDT desenvolve uma estratégia integrada de combate à droga e à toxicodependência alicerçada na prevenção dos consumos, tratamento e redução de riscos e minimização de danos 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, apoiando o funcionamento das comissões para a dissuasão da toxicodependência, assegurando a cooperação com entidades externas e estudando e propondo medidas legislativas e administrativas neste domínio, acompanhando a sua aplicação.

As competências do IDT cobrem um espectro muito largo do todo que constitui a política nacional do combate à droga e à toxicodependência. Acresce que o Presidente do Conselho de Administração é, por inerência, o Coordenador Nacional do Combate à Droga e à Toxicodependência, competindo também ao IDT as tarefas de coordenação e execução da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga que lhe forem cometidas pelo Ministro da Saúde. Estando claramente mais vocacionado para a intervenção no domínio da redução da procura, é pois uma função natural do IDT impulsionar a sistematização do planeamento estratégico e da adequação do ordenamento jurídico também com as estruturas que operam na área da redução da oferta, promover a partilha de responsabilidades e optimização de sinergias com as estruturas de Saúde que têm como objecto “cuidar” a população toxicodependente, desenvolver com as estruturas de outros Ministérios estratégias integradas de intervenção 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 correcção da exclusão social (por outras palavras, reforço da inclusão e protecção social,).

A realidade do tráfico e consumo de drogas nos últimos anos evoluiu no sentido que, de alguma forma, já estava previsto na ENLCD de 1999: emergência de novas drogas, aumento da importância dos policonsumos, novos padrões de consumo do álcool e de substâncias como a cocaína, envelhecimento e crescente degradação física e mental dos utilizadores de heroína. A adequação das respostas a estas questões está longe de estar concluída, pelo que este PN pretende indicar caminhos a prosseguir no seu período de vigência. Muito há a fazer com base nas muitas experiências bem sucedidas, quer em Portugal, quer em outros países que enfrentam problemas semelhantes.

No entanto, um tema exige especial atenção, dada a especificidade da solução encontrada no nosso País: decorrendo da ENCLD foi decidida a descriminalização do consumo de drogas. Com a preocupação de garantir o cumprimento das convenções internacionais a que Portugal está vinculado e também perante o “espectro” de que este tipo de decisão num só país viesse a transformá-lo no “paraíso das drogas”, foi criado um dispositivo, eventualmente sobredimensionado, constituído por “Comissões para a Dissuasão da Toxicodpendência”. Sendo uma resposta inovadora, não foi, no entanto, devidamente acarinhada nem enquadrada, tendo as ditas “Comissões” sido deixadas estiolar, processo que, a continuar, poderá contribuir, objectivamente, para descredibilizar a própria descriminalização.

Importa agora definir com clareza quais os objectivos que se pretende atingir com este dispositivo, sendo que a reflexão desenvolvida aponta decididamente para a sua inclusão no eixo da redução da procura e dirigido sobretudo àqueles que, sendo utilizadores de substâncias psicoactivas, se pretende evitar que se tornem consumidores problemáticos ou toxicodpendentes.

3. A AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA NACIONAL DE LUTA CONTRA A DROGA 1999-2004

A ENLCD 1999-2004 preconizou para si mesma a avaliação que exigiu das diferentes acções a implementar nesta área. Já o Plano de Acção Nacional de Luta contra a Droga e a Toxicodpendência – Horizonte 2004, publicado em 2001 para implementar a ENLCD, quantificou e objectivou as orientações estratégicas, determinando que “serão objecto de avaliação externa as acções cuja complexidade, por um lado, e os recursos humanos, materiais e financeiros, por outro, justifiquem uma atenção particular, quer no que se refere à prossecução dos objectivos que pretendem alcançar, quer no que se refere à adequação dos recursos envolvidos”. A avaliação da implementação da ENLCD foi assim promovida, tal como tinha sido previsto, durante o ano de 2004, tanto ao nível externo como ao nível interno, por todas as entidades com responsabilidades de intervenção nesta área, culminando num participado processo de avaliação interna e externa da Estratégia Nacional.

O processo avaliativo em referência revelou-se fundamental para o conhecimento da forma como a ENLCD foi implementada em Portugal entre 1999 e 2003 e foi realizado, em simultâneo, a partir dos planos de análise apresentados no quadro seguinte:

Quadro nº 1

Avaliação da Estratégia Nacional 1999 – 2004

Modelos, metodologias e entidades envolvidas

Tipo de Avaliação	Modelo de Avaliação	Metodologias	Entidade Responsável
Avaliação Externa¹	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo sistémico, permitindo a identificação de 18 indicadores chave 	<ul style="list-style-type: none"> -Análise taxionómica e de decomposição da Estratégia Nacional e do Plano de Acção Nacional; -Modelação do problema “droga” a partir da caracterização dos subsistemas, fluxos entre fases e frentes de acção; -Construção de uma estrutura de indicadores em função da coerência e da relação entre recursos e resultados nas diferentes áreas de intervenção; 	<ul style="list-style-type: none"> - Instituto Nacional de Administração
Avaliação Interna	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação de programas de intervenção específicos; - Avaliação global de áreas de intervenção; - Inquérito de opinião sobre “Avaliação do Combate às Drogas e Toxicodependências” 	<ul style="list-style-type: none"> -Análise de indicadores relativos a programas de intervenção específicas; - Grupos focais com técnicos do IDT e das ONG; -Avaliação da percepção pública de atitudes face à droga pela população em geral; 	<ul style="list-style-type: none"> - Instituto da Droga e da Toxicodependência - Polícia Judiciária/ Unidades de Coordenação e Intervenção Conjunta - PSP - GNR - DGAIEC - Câmaras Municipais - ONG - Federações de IPSS - População em geral - Outras entidades e Departamentos Governamentais.

Este exercício de avaliação de uma política pública, jamais levado a cabo em Portugal de forma tão completa, esteve sujeito a algumas limitações que importa referir²:

- Ausência de dados de 2004 para a maioria das áreas e programas em avaliação;
- Falta de diagnóstico *ex-ante* para alguns dos objectivos e limitações dos actuais Sistemas de Informação;

¹ INA (2004). *Avaliação da Estratégia Nacional da Luta Contra a Droga 1999 – 2003 – Versão Final*, Oeiras, 172 pp.

² A maioria destas limitações foi já referida em Freitas, N. (2004), *Avaliação da Estratégia Nacional de Luta contra a Droga 1999-2004: sumário executivo do Coordenador Nacional do Combate à Droga e à Toxicodependência*, Lisboa: IDT (disponível em <http://www.drogas.pt>)

- Elevado número de objectivos impostos no Horizonte 2004 e âmbito demasiado vasto de alguns dos objectivos a atingir;
- Excessiva institucionalização e burocratização dos serviços governamentais;
- O excessivo número de diplomas legais produzidos e a lentidão dos processos legislativos;
- Problemas de coordenação e cooperação entre os diferentes serviços;
- Limitações de envolvimento da sociedade civil;
- Forte instabilidade institucional e restrições orçamentais em muitos dos Serviços com responsabilidades de intervenção nesta área.

Quanto aos resultados mais significativos, na perspectiva da avaliação externa³, é de realçar que dos 30 objectivos do Plano de Acção para implementação da Estratégia Nacional, para 7 não estava disponível informação (ou a informação disponível revelou-se insuficiente para elaborar juízos de valor), 10 foram parcialmente atingidos, 8 foram totalmente atingidos e apenas 5 não foram atingidos. Por área de intervenção a leitura foi a seguinte:

Quadro nº 2
Avaliação da Estratégia Nacional 1999 – 2004
Resultados por área de intervenção

	Número de Objectivos	Sem informação disponível	Atingidos	Parcialmente atingidos	Não atingidos
Redução da Procura (Objectivos 1 a 23)	23	6	5	9	3
Redução da Oferta (Objectivos 24 a 26)	3	1	1	0	1
Investigação (Objectivos 27 e 28)	2	0	1	1	0
Avaliação (Objectivo 29)	1	0	0	0	1
Cooperação Internacional (Objectivo 30)	1		1		
Totais	30	7	8	10	5

É também importante realçar que dois dos maiores objectivos em termos de saúde pública foram atingidos: o objectivo 13 - *Suster e inverter a tendência de contaminação de toxicodependentes por HIV, Hepatites B e C e tuberculose* e o objectivo 14 - *diminuir em 50% o número de mortes relacionadas com o consumo de drogas*. Importa ainda referir o contributo recolhido para uma avaliação da qualidade dos serviços prestados na óptica do

³ INA, 2004. *Avaliação da Estratégia Nacional da Luta Contra a Droga 1999 – 2003 – Versão Final*, Oeiras.

beneficiário, através de um questionário que foi colocado à disposição dos clientes dos CATs.

Foi também dada uma oportunidade de participação à sociedade civil em geral, através de um questionário e de uma zona livre para comentários, disponibilizados no *site* de Internet do IDT.

Finalmente, foram sugeridas 8 recomendações para o futuro:

1. Reorganizar e aumentar a abrangência do Sistema Nacional de Informação sobre Droga e Toxicodependência;
2. Reduzir a oferta aumentando a captura dos traficantes;
3. 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;
4. Melhorar os sistemas de redução de riscos e de minimização de danos através do desenvolvimento das linhas de acção já prosseguidas (programa de substituição, troca de seringas, campanhas pelo uso do preservativo, etc);
5. Enriquecer os serviços prestados – em diversidade dos públicos-alvo e na regulação dos padrões terapêuticos adoptados – actualmente oferecidos pelas redes de centros de tratamento ou de dia e pelas comunidades terapêuticas, melhorando também os sistemas de acompanhamento e avaliação;
6. Lançamento de um novo espectro de iniciativas para reduzir o estigma social da droga junto dos empregadores e promoção da reinserção social e laboral;
7. Reorganização do IDT e estabelecimento de novo modelo de cooperação interministerial;
8. Clarificar prioridades para os esforços de formação e de investigação, passando a potenciar melhor os seus resultados.

A síntese do processo avaliativo a nível interno permitiu evidenciar alguns **pontos fracos** relativos ao funcionamento dos serviços, nomeadamente:

- Insuficiência de regulamentação que permitisse uma maior definição dos critérios de avaliação, acompanhamento e financiamento de programas e projectos;
- Falta de indicadores objectivos e verificáveis, de harmonização das práticas e procedimentos em diversas áreas de intervenção e de “diagnósticos participados” como instrumento de partida para o planeamento das intervenções;
- Dificuldade de respostas articuladas e geograficamente abrangentes, sobretudo para situações que fogem aos perfis mais habituais de utentes dos diferentes sub-sistemas;

- Dificuldade de potenciação da articulação intra e inter–institucional no plano de uma intervenção integrada, permitindo racionalizar recursos e meios.
- Insuficiência da formação específica dos técnicos de proximidade e dos técnicos supervisores de programas e projectos;

Mas também alguns **pontos fortes** que incluem:

- Evolução na qualidade da intervenção, através da consistência e estruturação de intervenções planeadas com carácter regular e continuado no tempo, permitindo a difusão nacional e internacional de projectos e programas considerados “boas práticas”;
- Expansão dos serviços prestados em diversas vertentes bem como evolução na disponibilização e no acesso ao conhecimento técnico e científico na área das toxicodependências;
- Abertura e envolvimento dos parceiros de autarquias e sociedade civil, na promoção de projectos estruturantes de intervenção, numa lógica de desenvolvimento de competências partilhadas e adequadas aos diferentes contextos da realidade local e/ou nacional;
- Promoção do encaminhamento para respostas adequadas e garantia de acesso a tratamento a todos os que o procuraram;

Já ao nível do **contexto geral**, e enquadrador da actuação dos Serviços, foram identificadas algumas **ameaças**:

- Maior penetração do consumo de substâncias psicoactivas, sobretudo no meio juvenil;
- Vulnerabilidade às oscilações políticas governamentais, autárquicas e institucionais, mesmo nas organizações da sociedade civil⁴;
- Dificuldade na cobertura geográfica dos Serviços, de forma a promover a disponibilidade das respostas adequadas às necessidades dos clientes;
- Aumento da visibilidade e diversidade de perfis de consumos que exigem novas respostas.

Mas também algumas **oportunidades**:

- Produção intensa de documentos legais, cobrindo a totalidade das áreas da ENLCD;
- Crescimento da comunidade científica com projectos de investigação nesta área, designadamente em instituições universitárias;
- Ganhos em saúde obtidos através de diminuições no âmbito de doenças infecciosas e mortes relacionadas com o consumo de drogas;

⁴ Isto por se tratar de uma sociedade civil secundária, i.é, de organismos associativos estimulados e/ou financiados directa ou indirectamente pelo Estado.

- Cultura do diálogo e da comunicação inter-institucional com mobilização por objectivos.

É pois legítimo considerar que a ENLCD contribuiu decisivamente para o carácter inovador e enquadrador das políticas neste domínio em Portugal e que a sua concepção e princípios estruturantes mantêm a sua contemporaneidade, independentemente da evolução social, no âmbito das drogas e das toxicodependências, quer a nível nacional, quer internacional. A actualidade da ENLCD permite assim mantê-la como base de trabalho que fundamente, organize e dê coerência a novas linhas de orientação e a novas medidas e projectos. Nesse sentido, este Plano Nacional, que agora se apresenta, pretende, no espírito da ENLCD, reorientar e focar as suas prioridades, considerando alguns dos resultados do exercício de avaliação externa e interna realizado em 2004.

4. METODOLOGIA DE ELABORAÇÃO DO PLANO

Na elaboração do presente Plano Nacional, para além dos documentos estruturais já mencionados, foi também tida em conta a diversidade de saberes e experiências dos interventores com representatividade dentro do IDT, através de uma metodologia participativa, funcionando em escala até à constituição de uma Comissão de Redacção. Esta procedeu à síntese possível dos múltiplos contributos, optando-se por seguir a lógica de construção da EUCLCD e do seu Plano de Acção, procurando deste modo facilitar a posterior avaliação, através de itens comparáveis, do Plano de Acção Nacional com o Europeu. Durante este processo foram sendo consultados e convidados a fornecer contributos, informal ou formalmente (mediante a convocação das instâncias previstas no Decreto-Lei nº 1/2003, de 6 de Janeiro), os parceiros com intervenção nesta área.

Metodológica e estruturalmente entendeu-se conceber este Plano numa lógica de seis Eixos que se subdividem em Vectores, para os quais são definidos objectivos gerais com indicação das respectivas prioridades.

Eixos contemplando Áreas Transversais:

1. Coordenação
2. Cooperação internacional
3. Informação, investigação e formação e avaliação
4. Reordenamento jurídico

Eixos relativos a Áreas de Missão:

- 5 Redução da procura

- Prevenção
- Dissuasão
- Redução de Riscos e Minimização de Danos
- Tratamento
- Reinserção

6 Redução da oferta

Definiu-se ainda que todos os vectores do eixo da redução da procura se desenvolvem por áreas estratégicas, a saber:

⇒ **Universal, Selectiva e Indicada**⁵, para os vectores Prevenção e Dissuasão (não toxicodependentes).

A intervenção preventiva será desenvolvida em função da população-alvo e dos contextos, de acordo com objectivos que se pretendam atingir com essa população.

- As estratégias de intervenção **Universal** dirigem-se à população em geral (a nível nacional, comunitário, local) com mensagens, programas e intervenções que previnam ou atrasem o uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas, fornecendo a todos os indivíduos a informação e as competências necessárias para prevenirem e/ou lidarem com o problema.

- As estratégias de intervenção **Selectiva** dirigem-se a subgrupos ou segmentos da população que apresentam factores de risco ligados ao uso/abuso de substâncias. O enfoque é posto em grupos de risco ou em contextos específicos que suscitem comportamentos de risco (p. ex. meios recreativos) e a intervenção centra-se no grupo, independentemente do grau de risco de cada um dos indivíduos.

- As estratégias de intervenção **Indicada** dirigem-se a indivíduos que apresentam sinais precoces de consumo de substâncias ou outros problemas associados, visando prevenir o abuso, a continuação do uso e/ou a redução da severidade do abuso de substâncias.

⇒ **Global, Específica e Dirigida**, para os restantes vectores do eixo redução da procura, incluindo Dissuasão (toxicodependentes).

- As estratégias de intervenção **Global** decorrem dos princípios da universalidade e diversidade e encontram-se consagradas no contexto da prestação de cuidados compreensivos e globais a toxicodependentes, alvo das políticas de Tratamento, Redução de Riscos e Minimização de Danos e (Re)inserção Social. Noção, portanto, “abrangente” que envolve toda a população toxicodependente, independentemente dos contextos (individuais, sociais e laborais) ou da comorbilidade que apresente.

⁵ Baseado na classificação proposta pelo “Institute of Medicine” (1994) para os tipos de estratégias preventivas, adoptada pelo NIDA (1997) e, posteriormente, pelo OEDT.

- As estratégias de intervenção **Específica** (contextos) decorrem do princípio da selectividade ou exposição ao risco, centrando-se em cidadãos toxicodependentes que se encontrem temporariamente em determinados contextos ou situações (menores em risco, grávidas, reclusos, referenciados às CDT's, etc.) mas não possuem, para além do contexto em si, qualquer outro factor de carácter definitivo que lhe acresça o risco, independentemente desse factor.

- As estratégias de intervenção **Dirigida** decorrem dos princípios do humanismo e pragmatismo, descendo o mais profundamente possível à população que apresenta situações de comorbilidade de carácter “definitivo” e que, por isso, necessitam de cuidados especiais no sentido da abordagem integral dos seus problemas de saúde, minimizando os danos por eles causados e necessitando de uma abordagem multidisciplinar mais alargada no seu “continuum” bio psicossocial (portadores de comorbilidade orgânica e/ou psíquica, estigmatizados/excluídos, etc.).

Estas nomenclaturas e a nova forma de perspectivar as áreas estratégicas podem clarificar as intervenções futuras, evitando as abordagens sectoriais que têm privilegiado a tradicional trilogia da prevenção primária, secundária e terciária.

PLANO ESTRATÉGICO

1. SÍNTESE DOS DADOS SOBRE O FENÓMENO DA DROGA EM PORTUGAL

Os dados sobre a situação actual do fenómeno da droga em Portugal têm vindo a ser compilados e publicados nos vários relatórios anuais sobre “A Situação do País em Matéria de Droga e Toxicodependências” apresentados à Assembleia da República e disponibilizados na página *web* do IDT. Valerá a pena recordar os principais resultados dos estudos e indicadores indirectos mais recentes apresentados no último relatório (2004), para que se possa extrair deles as conclusões possíveis quanto à dimensão do fenómeno da droga no nosso país e fazer uma comparação com os valores apresentados na Estratégia Nacional em 1999.

Relativamente aos consumos, os resultados dos estudos epidemiológicos nacionais realizados em 2001⁶ entre a população portuguesa dos 15-64 anos, a população escolar do 3.º Ciclo do Ensino Básico e a população reclusa, evidenciaram a cannabis com as mais elevadas prevalências de consumo entre aquelas populações. A nível da referida população escolar e comparativamente com estudos anteriores, constatou-se um aumento e uma maior difusão regional dos consumos de várias substâncias. No âmbito do estudo sobre estimativas da prevalência e padrões de consumo problemático de drogas em Portugal, a heroína, muitas vezes associada à cocaína ou base de cocaína, surgiu como a droga predominante a nível dos consumos problemáticos.

Mais recentemente e no contexto da população escolar, também os resultados dos estudos quer do *HBSC/OMS*⁷ em 2002, quer do *ESPAD*⁸ em 2003, apresentaram prevalências de consumo de cannabis (9.2% e 15%, respectivamente no primeiro e no segundo estudos) bem mais elevadas que as das outras drogas. Por outro lado, comparativamente aos estudos equivalentes realizados anteriormente (1998 a nível do *HBSC/OMS* e 1999 no caso do *ESPAD*), ambos os estudos evidenciaram aumentos dos consumos das várias drogas, com excepção da heroína que se posicionou como uma das drogas com as menores prevalências de consumo (1.2% e 1.8%, respectivamente no primeiro e no segundo

⁶ Já publicados e divulgados, entre outros, no *Relatório Anual 2001* (IPDT, 2002), onde também constam as referências bibliográficas específicas desses estudos.

⁷ O *HBSC/OMS* – Health Behaviour in School-aged Children – é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde, que tem como principal objectivo estudar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas. Portugal integra este projecto desde 1996 e é membro associado desde 1998. Os dados nacionais relativos aos estudos de 1998 e 2002 abrangeram os alunos dos 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade do ensino regular em Portugal Continental e encontram-se publicados (Matos, Simões, Carvalhosa, Reis & Canha, 2000; Matos & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2003).

⁸ O *ESPAD* – European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – é um projecto coordenado pelo Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), com o apoio do Grupo Pompidou/Conselho da Europa. Tem como principal objectivo fornecer dados comparáveis sobre prevalências e padrões de consumo de substâncias lícitas e ilícitas em alunos de 16 anos. Portugal tem participado nos vários estudos realizados desde o início do projecto: em 1995, 1999 e 2003. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999 e 2003, encontram-se publicados (Hibell et al., 1997; Hibell et al., 2000; Hibell et al., 2004).

estudos). Refira-se no entanto que, apesar destes aumentos, regra geral, as prevalências dos consumos entre as populações escolares portuguesas continuam a ser inferiores às médias europeias.

No que respeita aos consumos dos utentes que recorreram em 2004 às diferentes estruturas de **tratamento** da toxicodependência, a heroína continua a ser a substância mais referida como droga principal ((85% dos utentes em ambulatório na rede pública (63% só heroína e 22% heroína e cocaína) e por 75% dos utentes em primeiras consultas nesta rede (50% só heroína e 25% heroína e cocaína)), seguindo-se-lhe a cocaína que vem assumindo um pouco mais de visibilidade nestes contextos ((25% dos utentes em ambulatório na rede pública (3% só cocaína e 22% heroína e cocaína) e por 32% dos utentes em primeiras consultas nesta rede (7% só cocaína e 25% cocaína e heroína)). Na administração da droga principal, continua a predominar a via fumada/inalada, variando entre 25% a 52% as referências à utilização da via endovenosa. É de destacar a diminuição da prática de consumo endovenoso entre os utentes em primeiras consultas na rede pública de tratamento da toxicodependência: em 2004, 25% destes utentes referiram o consumo endovenoso no último mês anterior à consulta, tendo sido estas percentagens de 28% em 2003 e 2002, e, de 32%, 36% e de 45%, respectivamente em 2001, 2000 e 1999.

Quanto às **doenças infecciosas**, segundo os dados do CVEDT a 31/03/05, cerca de 48% do total acumulado de notificações de infecção pelo VIH eram casos associados à toxicodependência, percentagem que tem vindo a decrescer nos últimos anos. Uma vez mais foi reforçada a tendência decrescente da percentagem de toxicodependentes no conjunto de casos com diagnóstico de SIDA: 62%, 58%, 56%, 54%, 48%, 42% e de 39% dos casos diagnosticados respectivamente em 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004.

Entre os grupos de utentes que recorreram em 2004 às diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência⁹, as percentagens de positividade para o VIH variaram entre os 12% e os 28%. Em 2003 estas percentagens situaram-se entre os 15% e os 25%, em 2002 entre os 11% e os 21% e em 2001 entre os 14% e os 19%. Para além das oscilações anuais registadas, verifica-se nos últimos anos uma estabilidade a nível das percentagens de positividade para o VIH nestas populações. Deve contudo referir-se a baixa % de rastreados, bem como a incapacidade do serviço para apresentar um único valor para todos os utentes em tratamento, independentemente dos valores em cada uma das estruturas, uma vez que estes podem significar apenas um critério terapêutico. Em 2004, as percentagens de toxicodependentes seropositivos que se encontravam com terapêutica antiretroviral

⁹ Nomeadamente os utentes em tratamento no ano (ambulatório) e os utentes em primeiras consultas na rede pública, os utentes das Unidades de Desabilitação, das Comunidades Terapêuticas e dos Centros de Dia públicos e licenciados.

variaram entre os 19% e os 68% nestas populações, sendo de um modo geral inferiores às registadas nos últimos anos.

Entre estas populações toxicodependentes, as percentagens de positividade para a Hepatite B variaram entre os 3% e os 9% e para a Hepatite C entre os 44% e os 62%. Em 2003 as percentagens de positividade para a Hepatite B situaram-se entre os 3% e os 10%, em 2002 entre os 8% e os 10% e em 2001 entre os 3% e os 9%. No caso da Hepatite C, as percentagens de positividade variaram em 2003 entre os 44% e os 62%, em 2002 entre os 45% e os 64% e em 2001 entre os 39% e os 58%. Esta evolução sugere, sobretudo no caso da Hepatite B, uma tendência para um ligeiro decréscimo, sendo no entanto necessária a contextualização destes valores em períodos temporais mais alargados.

Nestas populações, as percentagens de positividade para a Tuberculose variaram em 2004 entre os 1% e os 4%, valores que se enquadram no padrão dos últimos anos (1% - 3% em 2003, 1% - 4% em 2002 e 1% - 3% em 2001).

A nível das **mortes**, isto é, casos com resultados positivos nos exames toxicológicos de drogas efectuados a nível do INML, em 2004 foram registados 156 casos (152 em 2003 e 156 em 2002), contrariando o decréscimo contínuo verificado desde 2000. Uma vez mais foi predominante a presença de opiáceos, seguindo-se-lhes a cocaína e os canabinóides, representando respectivamente 69%, 49% e 10% dos casos registados em 2004. Em associação com as drogas ilícitas, foi detectada a presença de álcool e de medicamentos, respectivamente em 33% e 9% dos casos.

No contexto das **contra-ordenações** por consumo de drogas, em 2004 foram registadas em Portugal Continental 5370 ocorrências que originaram a abertura de processos, representando pela primeira vez um decréscimo (-12%) em relação ao ano anterior (6100). Cerca de 49% destas ocorrências foram remetidos às CDT pela PSP, 27% pela GNR e 23% pelos Tribunais. Dos processos de contra-ordenação por consumo de drogas relativos às ocorrências de 2004, 68% estavam relacionados apenas com cannabis. No conjunto das decisões proferidas em 2004, uma vez mais foram maioritárias (68%) as suspensões provisórias dos processos no caso de consumidores não toxicodependentes. Dos 4998 indivíduos envolvidos nos processos abertos relativos às ocorrências de 2004 e sem decisão absolutória, cerca de 5% reincidiram ao longo do ano.

Os dados referentes à redução da oferta estão patentes na epígrafe correspondente.

2. ENQUADRAMENTO GERAL

Os seis objectivos gerais da estratégia ENLCD 1999 continuam actuais e convém lembrá-los:

- 1.º Contribuir para uma adequada e eficaz estratégia internacional e europeia face ao problema mundial da droga, nas vertentes da redução da procura e da oferta, incluindo o combate ao tráfico ilícito e ao branqueamento de capitais;
- 2.º Assegurar uma melhor informação da sociedade portuguesa sobre o fenómeno da droga e da toxicoddependência e sobre a sua evolução, bem como sobre a perigosidade das diferentes drogas, numa perspectiva de prevenção;
- 3.º Reduzir o consumo de drogas, sobretudo entre os mais jovens;
- 4.º Garantir os meios necessários para o tratamento e a reinserção social dos toxicoddependentes;
- 5.º Defender a saúde pública e a segurança de pessoas e bens;
- 6.º Reprimir o tráfico ilícito de drogas e o branqueamento de capitais.

Como já foi referido, são 6 os Eixos contemplados neste Plano:

– Áreas Transversais

- Coordenação
- Cooperação internacional
- Informação, investigação, formação e avaliação,
- Reordenamento jurídico

– Áreas de Missão

- Redução da procura
- Redução da oferta

Os primeiros eixos são entendidos como áreas transversais na medida em que perpassam, apoiam e congregam as propostas e práticas dos outros eixos, permitindo deste modo uma visão integrada que confere uma legitimação e sustentabilidade global às políticas de intervenção na área das toxicoddependências.

CAPÍTULO I – ÁREAS TRANSVERSAIS

1. COORDENAÇÃO

Pode afirmar-se que, nos últimos anos, a deficiente gestão dos diferentes níveis de coordenação exigíveis nesta área, não só introduziu factores de perturbação no trabalho técnico de terreno, como também dificultou a execução da ENLCD em muitos dos seus âmbitos.

Considera-se, pois, fundamental investir numa coordenação que propicie intra e interinstitucionalmente uma adequada, eficiente e eficaz consecução deste Plano.

A reorientação da coordenação desenvolver-se-á a 4 níveis/vectores:

- **INTERNA** – no âmbito do IDT.

No IDT será dado um enfoque especial à reorganização das funções dos seus profissionais e competências dos seus Departamentos (a nível dos serviços centrais), das Delegações Regionais (a nível regional) e das Unidades Especializadas (a nível local).

A desconcentração e descentralização de competências nos níveis regional e local são uma forte aposta para tentar adequar e melhorar a resposta à missão do IDT de forma corresponsabilizada, mantendo a adequada coerência interna, fulcro de qualquer modelo organizacional.

- **INTRAMINISTERIAL** – com outras estruturas do MS.

A nível intraministerial é fundamental investir numa articulação efectiva entre os diferentes serviços do MS, de modo a desenvolver um verdadeiro trabalho intersectorial.

Deve garantir-se que o cidadão, face às questões ligadas directa ou indirectamente ao (ab)uso de drogas (incluindo álcool, tabaco e medicamentos), seja visto como “um todo” com direito a usufruir de todos os benefícios que cada Serviço do MS lhe poderá disponibilizar em cada momento, tendo em conta as suas necessidades efectivas.

Definitivamente, nem a abordagem do problema das drogas é uma competência exclusiva do IDT, nem o toxicodependente pode ser encarado como “sua exclusiva pertença”. O IDT não pode, nem deve, assumir-se como o SNS para as pessoas toxicodependentes, mas sim como parte de um sistema prestador de cuidados numa óptica integrada de múltiplos saberes e competências.

Será assim criado, sob a égide do Alto Comissariado da Saúde e no âmbito do Plano Nacional de Saúde, um *fórum* de discussão, promoção e avaliação das várias intervenções

do MS nas áreas de prevenção, redução de riscos, minimização de danos e tratamento, tendo como objectivo a redução dos consumos de substâncias psicoactivas lícitas ou ilícitas.

- **INTERMINISTERIAL**

A Estratégia Nacional preconiza a necessidade de um sistema de coordenação política do seu próprio desenvolvimento, que seja simples e eficaz.

Através do Decreto-Lei nº 1/2003 de 6 de Janeiro (artigos 1º a 4º) foi criado o Conselho Interministerial do Combate à Droga e à Toxicodependência, presidido pelo Primeiro-Ministro, que lhe pretende dar resposta; o Ministro da Saúde é o membro do Governo responsável pela coordenação política do combate à droga e à toxicodependência (art.º 5º do citado Decreto-Lei) e o IDT encontra-se sob a sua tutela.

Há que ter em conta que o IDT é, não só o Instituto da Toxicodependência (leia-se “procura”) mas também da Droga (leia-se “oferta”). De acordo com a alínea a) dos seus Estatutos, compete-lhe *“desempenhar as tarefas de coordenação e execução da Estratégia Nacional de Luta contra a Droga que lhe forem atribuídas pelo Ministro da Saúde”*. Diversas outras alíneas remetem para indispensáveis articulações com estruturas pertencentes a outros Ministérios (Presidência, Educação, Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Trabalho e Solidariedade Social, Justiça, Administração Interna, Defesa Nacional, Ambiente, Finanças), não só ao nível da recolha, tratamento e divulgação de dados, (o que parece pacífico e é uma função com tradição no Serviço), mas sobretudo ao nível de articulação e condução de políticas. Será uma vocação natural do Instituto impulsionar uma harmonização da extensa, dispersa e por vezes contraditória legislação existente em matérias conexas com o seu objecto, quer na área da procura, quer da oferta; terá natural apetência por influenciar estratégias de intervenção em meio prisional, em meio escolar ou em meio laboral; sentirá necessidade de aperfeiçoar novas formas de colaboração com a Segurança Social ou o Instituto de Emprego e Formação Profissional, o Instituto Português da Juventude, o Instituto do Desporto de Portugal ou o Conselho Económico e Social; compete-lhe, em articulação com o Ministério dos Negócios Estrangeiros, assegurar a coordenação da representação portuguesa a nível internacional em matéria de luta contra a droga.

O mesmo diploma prevê a criação de uma Comissão Técnica composta por representantes dos Ministros com assento no Conselho Interministerial; no âmbito desta Comissão Técnica, e de acordo com o seu regulamento interno, poderão ser criadas subcomissões tendo em vista o acompanhamento, dinamização e avaliação do desenvolvimento, quer da Estratégia, quer do Plano Nacional.

Assim, serão desencadeados os mecanismos que permitam o funcionamento regular desta Comissão e subcomissões no sentido da prossecução de políticas efectivamente articuladas para atingir os objectivos propostos.

- **EXTERNA**

Qualquer estratégia de intervenção em toxicodependência deve procurar uma ampla mobilização social, educativa e cívica. É fundamental para esse fim o contributo de toda a sociedade civil organizada. É desejável uma participação activa e coordenada de individualidades e entidades de todos os sectores da sociedade, formando um amplo movimento reticular cuja importância relativa é idêntica à da administração pública.

A participação de instituições da sociedade civil, designadamente, entidades privadas e de solidariedade social, foi desde sempre entendida como fundamental para complementar a rede pública de tratamento e, ultimamente, também para assegurar respostas no âmbito da redução de danos, prevenção e reinserção. Assumiram particular importância na oferta de Comunidades Terapêuticas e Unidades de Desabilitação, mas também nos Apartamentos de Reinserção e Centros de Dia, e ainda integrando Planos Municipais de Prevenção ou criando Equipas de Rua, Gabinetes de Apoio, Centros de Abrigo e Centros de Acolhimento. No entanto, nos últimos anos a oferta na área do tratamento tem-se revelado excedentária, em especial no que diz respeito às Comunidades Terapêuticas, frustrando algumas expectativas de retorno de investimentos (em meios humanos e financeiros) realizados.

Uma forma de otimizar esses investimentos passará pela reconversão de algumas dessas unidades em respostas dirigidas a determinadas populações específicas: adolescentes (assegurando a frequência escolar), mães com filhos pequenos, toxicodependentes de idade avançada, casos de duplo diagnóstico; algumas poderiam adaptar-se ao tratamento de alcoólicos; será necessário encontrar soluções para determinadas minorias, como os cidadãos oriundos de países de Leste, africanos ou de etnia cigana, acorrendo às suas necessidades e condições específicas mas evitando a sua ostracização. Outras poderiam transformar-se numa nova tipologia (a criar em termos legais): Unidades Residenciais de Longa Duração, dirigidas a indivíduos com limitações de tal forma graves (ocasionadas por patologia física e / ou mental) que inviabilize qualquer projecto de (re)inserção social. Unidades deste tipo seriam apoiadas pelo IDT mas também por outros parceiros da Saúde e da Solidariedade Social.

O IDT terá igualmente de prosseguir o esforço que vinha sendo desenvolvido no sentido de ajudar estas Unidades a melhorar a qualidade do serviço prestado, apoiando a formação dos seus técnicos, aperfeiçoando o sistema de informação e a fiscalização do seu desempenho;

naturalmente, o sistema de retribuição dos serviços prestados, que não é actualizado desde 1999, terá que ser revisto.

2. COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

A cooperação internacional constitui o segundo eixo do Plano Estratégico e assume especial importância devido à configuração do problema da droga, como fenómeno de dimensão transnacional, multifacetado, que não é passível de uma abordagem estritamente nacional.

A política nacional no âmbito da luta contra a droga e a toxicodependência consagra uma abordagem equilibrada, pluridisciplinar e integrada do fenómeno, a qual corresponde à delineada na Declaração Política adoptada na Sessão Especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas sobre Droga (Junho de 1998).

Portugal tem desenhado a sua estratégia e intervenção em matéria de luta contra a droga e a toxicodependência seguindo as orientações e princípios internacionais. É neste contexto, enquanto membro da União Europeia e signatário das Convenções das Nações Unidas, que Portugal define os objectivos gerais e opções estratégicas da cooperação internacional.

De referir que no período coberto por este Plano Nacional, três factores de natureza externa vão condicionar a actuação de Portugal em matéria de cooperação internacional:

- A Presidência do Conselho da União Europeia no 2º semestre de 2007;
- A avaliação final, em 2008, da Declaração Política da Sessão Especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas sobre Droga de 1998;
- A avaliação contínua da Estratégia e dos Planos de Acção da União Europeia em matéria de Luta contra a Droga (2005-2008 e 2009-2012).

Importa ainda salientar que a cooperação internacional é transversal a todos os organismos que actuam nesta área e é definida de acordo com as prioridades para a política externa portuguesa.

As prioridades em matéria de cooperação internacional para o período 2005-2012 são:

- **COORDENAÇÃO**

Considera-se fundamental aumentar a capacidade de influenciar as decisões tomadas nas várias instâncias internacionais e regionais de cooperação, melhorando assim a eficácia da intervenção nacional.

Pretende-se:

- Criar condições que favoreçam a convergência de posições entre os diferentes Ministérios/Serviços com responsabilidades em matéria de luta contra a droga, de modo a permitir uma acção articulada na defesa das posições que reflectem o interesse nacional.

- Centralizar toda a informação sobre os projectos desenvolvidos pelos vários Ministérios/Serviços na área da luta contra a droga.

- **RELAÇÕES MULTILATERAIS**

No âmbito do reforço da participação de Portugal nos fora multilaterais que abordam o fenómeno das drogas pretende-se:

- Fortalecer a participação portuguesa na construção da política europeia sobre drogas, contribuindo activamente para a execução dos Planos de Acção da União Europeia em matéria de Luta contra a Droga, designadamente no quadro da futura Presidência Portuguesa do Conselho de Ministros da União Europeia;

- Promover a presença activa de Portugal no contexto das Nações Unidas, assegurando o cumprimento dos compromissos assumidos e superando de forma positiva, em 2008, a segunda avaliação prevista pela Declaração Política da Sessão Especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas sobre Droga de 1998;

- Fortalecer as relações com o Grupo Pompidou do Conselho da Europa, assegurando a participação no *Bureau* numa das próximas presidências e mantendo o nível e qualidade da participação nos Grupos de Trabalho / Plataformas;

- Reforçar as relações de colaboração/cooperação com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), promovendo o desenvolvimento de uma política no âmbito da luta contra a droga e a toxicodependência, designadamente no quadro da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP)

- Assegurar a plena cooperação/colaboração com organismos comunitários (Europol e Eurojust) e internacionais (designadamente a Organização Mundial das Alfândegas), de forma a responder aos compromissos assumidos a nível internacional, nomeadamente através da execução de acções operacionais, da assistência mútua administrativa e da regular troca de informações;

- Assegurar o cumprimento das obrigações do Estado português junto do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT), quer actuando como interlocutor privilegiado enquanto país anfitrião desta importante Agência Europeia, quer participando das suas actividades e programas, nomeadamente promovendo a implementação dos indicadores-chave para caracterizar a situação da droga na União Europeia, colaborando no Mecanismo de Alerta Rápido relativo ao uso de novas substâncias, participando no desenvolvimento de diversas bases de dados ao nível das intervenções, instrumentos de avaliação, investigação e diplomas legais, entre outros;

- Promover o desenvolvimento da cooperação com as estruturas da redução da

procura de outros países, nomeadamente da UE, permitindo um maior conhecimento sobre as soluções ensaiadas, favorecendo o intercâmbio ao nível da formação de técnicos e facilitando a mobilidade de toxicodependentes em tratamento;

- Adoptar estratégias e medidas que contribuam para o reforço do papel da Europol no combate ao tráfico internacional e organizado de estupefacientes;
- Organizar e executar acções e assegurar a participação activa nas actividades de controlo da fronteira externa comunitária, a nível operacional e na troca de informações, quer sob os auspícios do Grupo de Cooperação Aduaneira do Conselho da União Europeia, quer de qualquer administração aduaneira;
- Desenvolver e participar em actividades de cooperação e intercâmbio com outros países ao nível do controlo da fronteira externa da União Europeia;
- Desenvolver e participar em actividades de cooperação e intercâmbio com outros países da União Europeia e países terceiros ao nível do controlo da importação, exportação e trânsito de precursores;

- **RELAÇÕES BILATERAIS**

Identificaram-se áreas geográficas com carácter prioritário para o desenvolvimento de relações bilaterais em matéria de luta contra a droga, no âmbito dos mecanismos formais e informais de cooperações existentes.

Pretende-se:

- Consolidar e reforçar as estruturas de prevenção e investigação do tráfico internacional de estupefacientes instaladas nos aeroportos nacionais, por forma a potenciar a cooperação com os países de origem e de destino dos produtos estupefacientes que sejam detectados, em articulação com as entidades com competências ao nível da fiscalização;
- Consolidar a rede de oficiais de ligação da Polícia Judiciária no estrangeiro;
- Consolidar e incrementar o intercâmbio de informações entre os diversos países da União Europeia, utilizando recursos existentes ou a criar, no âmbito do controlo da fronteira externa da União Europeia ao nível da segurança e da saúde pública;
- Consolidar as relações de cooperação bilateral com Espanha, no âmbito dos Acordos Bilaterais existentes, quer no que respeita à redução da procura, em matéria de prevenção e tratamento, quer na redução da oferta, reforçando a cooperação policial;
- Intensificar a cooperação policial com a Holanda, especialmente ao nível da troca de informação de carácter operacional, uma vez que é deste país que procede muita da heroína

e do ecstasy que é consumido em Portugal;

- Adotar estratégias e medidas que contribuam para uma maior utilização do mecanismo das entregas controladas, nomeadamente com Espanha, Holanda, Cabo Verde, Brasil e Venezuela;
- Reforçar as relações de colaboração e cooperação com os países da América Latina e Caraíbas, no quadro dos Acordos Bilaterais existentes, designada e especialmente com o Brasil;
- Implementar medidas e acções tendentes a reforçar a cooperação policial com a Venezuela, na medida em que muita da cocaína que chega a Portugal, nomeadamente por via aérea, é proveniente daquele país;
- Reforçar a cooperação policial com o Brasil e com os PALOP, em especial com Cabo Verde e com a Guiné-Bissau, designadamente ao nível de troca de informação de carácter operacional, atenta a importância destes países nas rotas do tráfico internacional de estupefacientes.

No sistema internacional de cooperação contemporâneo, a fronteira entre o multilateral e o bilateral é muito ténue e de difícil definição, pois uma estratégia fundamentada e bem enquadrada no plano bilateral tem forçosamente de ser articulada com uma capacidade acrescida de dialogar e trabalhar no plano multilateral. No entanto, por razões de sistematização e apresentação do documento, tornou-se necessário estabelecer esta divisão entre multilateral e bilateral, tendo sempre presente que as duas vertentes se interpenetram.

3. INFORMAÇÃO, INVESTIGAÇÃO, FORMAÇÃO E AVALIAÇÃO

A informação, investigação e formação são opções estratégicas constantes da Estratégica Nacional de Luta contra a Droga (ENLCD)¹⁰ que, a par da avaliação, são reconhecidas como áreas transversais, tanto a nível nacional como a nível europeu, na Estratégia da União Europeia de Luta contra a Droga¹¹ e respectivo Plano de Acção¹².

Na realidade, se é desejável, e mesmo necessário, que cada área operacional de intervenção aponte direcções claras no sentido de aumentar o conhecimento, avaliar a implementação das suas acções e capacitar recursos humanos no âmbito daquilo que são as suas próprias competências, não é menos necessário que se procure e se implemente, a nível nacional, a coerência e harmonização da intervenção e da análise dos resultados nessas áreas.

¹⁰ Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99, de 26 de Maio.

¹¹ Conselho da União Europeia, Doc. 15074/04, CORDROGUE 77, SAN 187, ENFOPOL 178, RELEX 564 (Estratégia da União Europeia de Luta contra a Droga e a Toxicodependência).

¹² Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2001 de 9 de Abril.

As opções estratégicas na ENLCD para as áreas transversais alicerçam-se assim numa perspectiva política que reconhece a informação, a investigação, a formação e a avaliação como instrumentos indispensáveis que aliam, num processo contínuo, a inovação e a qualidade à excelência do capital humano, contribuindo para a construção de uma sociedade baseada no conhecimento.

O aumento da eficácia das intervenções e da eficiência dos agentes de mudança junto do cidadão pressupõe participação activa deste, baseada em escolhas informadas, pelo que se torna imprescindível uma adequada gestão da informação e do conhecimento e um incentivo quer da investigação, quer da formação¹³.

Um real incremento destas áreas contribuirá para fundamentar a escolha de políticas públicas a implementar, enquanto intervenções projectadas como mudanças planeadas, na base de diagnósticos realizados em contextos sociais e geográficos específicos, e da definição de objectivos mensuráveis que tornem possível a monitorização da intervenção técnico-científica e formativa no domínio das drogas e das toxicodependências.

A **Informação** é a área que se ocupa da harmonização, coerência e sistematização da recolha de dados junto dos diversos Serviços “fonte”, do seu armazenamento, gestão, processamento e divulgação para os diferentes públicos-alvo.

A área da **Investigação** ocupa-se da produção de conhecimento científico baseado em dados e informações disponíveis ou a recolher, permitindo a evolução qualitativa das intervenções e o apoio à decisão, a diversos níveis. Em última instância, dever-se-á caminhar no sentido de estabelecer nexos causais ou causas específicas de determinados efeitos nesta área.

A **Formação** é um processo global e contínuo, adequado a necessidades reais, através do qual os profissionais adquirem e desenvolvem competências técnico-científicas e conhecimento crítico, com vista à sua valorização e qualificação enquanto factores decisivos para uma intervenção eficiente e eficaz.

Finalmente, a **Avaliação** é um processo sistemático que permite diagnosticar a intervenção face aos objectivos previamente fixados e determinar quais os seus resultados, impacto e valor na resolução ou minimização dos problemas a que se dirige. A avaliação deve ser desenvolvida de forma útil, viável, ética e precisa, baseada nas informações e conhecimento disponíveis, e deverá ser permanentemente utilizada, por profissionais e decisores, para possibilitar a activação de mecanismos de correcção.¹⁴

¹³ Direcção-Geral da Saúde, *Plano Nacional de Saúde 2004/2010 – Volumes I e II*, DGS, Lisboa, 2004.

¹⁴ European Commission, DGB, *Evaluating EU activities : a practical guide for the Commission services*, PO, Luxembourg, 2004
CDC, *Framework for program evaluation in public health*, USDHHS, Atlanta, 1999.

Em síntese, a **informação** produz, gere e divulga dados que, ao serem explorados pela **investigação** numa perspectiva científica podem gerar conhecimento. A **formação** promove aprendizagens geradoras de conhecimento, visando a sua adequada aplicação à prática, para uma intervenção de qualidade. A **avaliação** das intervenções deverá ser feita por profissionais qualificados, com base na evidência disponível gerando, por sua vez, mais informação e conhecimento.

- **INFORMAÇÃO**

A avaliação externa do anterior Plano Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência – Horizonte 2004¹⁵ refere que 7 dos 30 Objectivos¹⁶ (6 na área da redução da procura e 1 na área da redução da oferta) não puderam ser avaliados por falta de informação¹⁷. É assim necessário dar continuidade ao preconizado na ENLCD no sentido de “concentrar e valorizar meios (...) no que se refere à recolha e tratamento de dados e de informação sobre a droga e a toxicodependência”. Aumentar a qualidade e a acessibilidade da informação constitui, pois, uma das prioridades nacionais para o próximo quadriénio.

Assim, no âmbito da recolha e tratamento de Informação:

Na vertente da monitorização de intervenções, será prioritária a consolidação do Sistema Nacional de Informação sobre Drogas e Toxicodependências (SNIDT), um sistema preconizado na ENLCD que já permite medir a dimensão e evolução da situação em matéria de drogas e toxicodependências nas suas diversas vertentes, mas que terá de tender cada vez mais para o **rápido reconhecimento de padrões e tendências**. É assim necessário consolidar o trabalho que tem vindo a ser desenvolvido no contexto da **normalização de conceitos e indicadores**, com vista a uma melhor gestão da meta-informação nesta área, privilegiando a qualidade, nas suas diversas vertentes. Pretende-se criar mais-valia em relação à informação já produzida pelos diversos Serviços, bem como promover a partilha de experiências e troca de informações em tempo útil, com ganhos específicos para todos os parceiros.

O trabalho realizado ao nível da harmonização da informação no contexto nacional deverá ser complementado pela identificação e análise de assimetrias regionais e locais, para ajustar as intervenções de acordo com as necessidades identificadas a nível local. Será assim prioritário o apoio à definição de linhas de orientação e de instrumentos próprios para o **diagnóstico da situação, monitorização e avaliação de intervenções a nível comunitário** e para a capacitação dos profissionais.

OEDT, *Linhas orientadoras para a avaliação de acções de prevenção da toxicodependência: manual para planeamento e avaliação de programas*, IPDT, Lisboa, 2001.

¹⁵ Resolução do Conselho de Ministros n.º. 39/2001 de 9 de Abril (Horizonte 2004).

¹⁶ Resolução do Conselho de Ministros n.º. 30/2001 de 22 de Fevereiro (30 Objectivos).

¹⁷ INA, *Avaliação da estratégia nacional de luta contra a droga 1999-2003*, INA, Oeiras, 2004.

A nível interno, em cada Serviço, a eficácia da intervenção parte da capacidade deste para prestar serviços de qualidade, adequados à população que serve. Já a eficiência implica uma correcta gestão dos seus recursos. Conseguir-lo passa por dispor de informação fiável sobre as populações com as quais cada Instituição trabalha, sobre as intervenções que desenvolve, sobre os objectivos definidos e os resultados alcançados. Assim, como suporte à recolha e processamento da informação deverá ser dada particular atenção aos **Sistemas de Informação internos de cada Instituição**, que deverão representar uma evolução qualitativa na produção e aplicação do conhecimento, com reflexos na prática dos profissionais e dos dirigentes.

No âmbito da comunicação institucional e divulgação da Informação:

Uma intervenção orientada para as necessidades dos cidadãos, dos decisores e dos profissionais da área torna ainda prioritária a gestão e divulgação de informação de qualidade, precisa e consistente, de acordo quer com critérios de divulgação próprios quer com o perfil e as necessidades dos diferentes públicos-alvo. Esta preocupação deverá traduzir-se, também, num investimento na produção de publicações em suporte electrónico e na disseminação do conhecimento científico em linguagem acessível ao cidadão. No contexto da divulgação de informação sobre substâncias, será importante garantir um equilíbrio na promoção dos benefícios e dos riscos, contribuindo, nomeadamente, para uma quantificação mais precisa das vantagens e dos inconvenientes de determinados fármacos.

É essencial a **dinamização e aperfeiçoamento dos sites institucionais** que permitem já, na generalidade, o acesso a informação diversa utilizável em diferentes contextos. Considera-se fundamental incrementar o acesso a material informativo/formativo e a actualização permanente de legislação, relatórios e avaliações de programas em curso, garantindo o rigor da linguagem, a credibilidade científica e a informação baseada em evidência. Estes *sites* poderão ser também espaços de partilha de opiniões de agentes e grupos da sociedade civil¹⁸ que queiram, desta forma, participar activamente em causas públicas comuns.

É igualmente essencial garantir a continuidade da **Revista “Toxicodependências”**, que constitui uma referência nacional e internacional entre as publicações sobre este tema, estimulando a produção e divulgação de estudos técnico-científicos sobre os diversos aspectos do problema.

Em conclusão, na área da informação, pretende-se:

- Consolidar e otimizar o Sistema Nacional de Informação sobre Drogas e

¹⁸ Auscultar e dar visibilidade à sociedade civil constitui uma das recomendações aprovadas pelo Parlamento Europeu em Dezembro de 2004, com voto favorável de todos os deputados portugueses.

Toxicodependências (SNIDT), (re)definindo e priorizando indicadores para cada área, privilegiando, sempre que possível, a abordagem epidemiológica;

- Melhorar a fiabilidade dos indicadores através da harmonização, processos de recolha, tratamento e transmissão de dados e informação (a nível nacional, europeu e internacional);
- Privilegiar a dimensão da detecção de necessidades e recursos na perspectiva da intervenção local e considerar a abrangência dos indicadores adoptados para as diversas áreas de intervenção.
- Promover a divulgação e o acesso a informação objectiva e fiável, utilizando cada vez mais as novas tecnologias disponíveis, de acordo com os diferentes perfis e necessidades dos diferentes públicos-alvo, bem como a disseminação do conhecimento científico e da investigação, em linguagem acessível a todos os interessados.

- **INVESTIGAÇÃO**

A Estratégia da União Europeia de Luta Contra a Droga apela nesta área a uma “melhoria mensurável e sustentável da base de conhecimentos”¹⁹, de forma a desenvolver respostas adequadas para lidar com os problemas que se colocam neste domínio.

Assim, numa perspectiva de maior articulação entre o conhecimento científico gerado, a intervenção no terreno e a decisão aos vários níveis, será prioritária a promoção do paradigma “**investigação-acção**”. A exploração deste paradigma deverá permitir responder atempadamente às necessidades decorrentes dos problemas sentidos no terreno, garantindo que as intervenções possam ser projectadas, com base nos diagnósticos realizados e em objectivos mensuráveis, promovendo assim mudanças planeadas e permitindo avaliar a respectiva eficácia e eficiência.

Importa ainda assegurar o apoio a projectos de base populacional²⁰, garantindo a caracterização e evolução espácio-temporal do fenómeno, de modo a permitir a identificação de grupos-alvo que necessitem de intervenções específicas. A dinamização de sinergias através da criação de redes de investigadores, quer a nível nacional quer internacional, poderá ser uma forma de promover a “comunidade científica estável”²¹ preconizada na ENLCD.

Para garantir o apoio e a estabilidade necessários ao desenvolvimento de projectos de investigação, que poderão ser de duração mais prolongada, importa negociar e definir

¹⁹ Conselho da União Europeia, Doc. 15074/04, CORDROGUE 77, SAN 187, ENFOPOL 178, RELEX 564 (Estratégia da União Europeia de Luta contra a Droga e a Toxicodependência).

²⁰ Direcção-Geral da Saúde, *Plano Nacional de Saúde 2004/2010 – Volumes I e II*, DGS, Lisboa, 2004.

²¹ Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99, de 26 de Maio.

claramente fontes de financiamento estáveis, bem como prioridades e critérios de selecção de projectos.

Em conclusão, na área da investigação, pretende-se:

- Incrementar a articulação entre conhecimento, decisão e intervenção, nomeadamente através da promoção de projectos de investigação-acção.
- Dinamizar o apoio a projectos de base populacional, nomeadamente no que diz respeito à população geral, 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 deste Plano Nacional, com prioridades e critérios bem definidos para a selecção de projectos.

- **FORMAÇÃO**

Reconhecida como área de importância estratégica na ENLCD, a formação em drogas e toxicodependências, obedecendo ao princípio da diferenciação²² e aos restantes princípios específicos²³ consagrados naquele instrumento orientador, é factor crítico de sucesso para qualquer tipo de intervenção neste domínio. Uma política de formação coerente pode contribuir de forma significativa para a qualidade da intervenção, sendo estruturante ao promover uma abordagem consistente, integrada e interdisciplinar para a efectivação deste Plano Nacional.

Potenciar a qualidade da intervenção do capital humano envolvido na implementação deste Plano, com ganhos para o cidadão e a comunidade, implica promover e assegurar a **qualidade da intervenção formativa** nesta matéria. Esta intervenção deverá obedecer a critérios de especialização funcional, com vista à prossecução de um Projecto Formativo concertado, assente na valorização dos Serviços.

Em consonância com as prioridades já estabelecidas na ENLCD será prioritário assegurar a **formação de intervenientes e profissionais**, sustentada em diagnósticos rigorosos e adequada às reais necessidades individuais e institucionais. Esta formação visará promover a disseminação de informação e conhecimento junto da sociedade civil, fomentar a motivação e qualificação dos Recursos Humanos e dos Serviços, dando prioridade àqueles

²² Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99, de 26 de Maio (página 231 e 232).

²³ Idem (página 232 e 233).

cujas decisões têm maiores repercussões sistémicas na operacionalidade das organizações e das estratégias a implementar.

Não deixando de promover e apoiar espaços formativos de troca de informação e de experiências, que permitam o desenvolvimento e disseminação de boas-práticas e a partilha de conhecimentos entre profissionais, reconhece-se que, eminentemente, importa treinar, desenvolver e reforçar competências técnico-pedagógicas e científicas dos interventores, formadores especialistas e supervisores nestas áreas, factor estratégico para a multiplicação da formação e da qualidade de intervenção.

Por fim reconhece-se ainda como prioridade de investimento estratégico, o acompanhar atento das intervenções formativas europeias e internacionais de relevância para o contexto nacional, com especial interesse as desenvolvidas pela União Europeia.

Em conclusão, na área da formação, pretende-se:

- Incentivar a disseminação de conhecimento e materiais técnico-pedagógicos e técnico-científicos, acentuando o seu efeito replicador nas intervenções, valorizando o “saber fazer” adquirido em contextos formativos, nacionais e internacionais;
- Contribuir para a implementação de sistemas de formação e validação de competências técnico-científicas específicas, visando a Certificação de Formadores e Supervisores em diferentes domínios de intervenção;
- Consolidar conceitos específicos, como pilar vital que sustenta a intervenção em drogas e toxicodependências, junto de interventores nesta área, privilegiando as parcerias estabelecidas e celebrando novos protocolos de colaboração;
- Potenciar competências nos profissionais, dirigentes e decisores políticos que actuam e estão envolvidos nesta área, promovendo conhecimentos e metodologias facilitadoras de boas práticas, tendo em conta a investigação e o desenvolvimento técnico-científico que acompanha a complexidade e contínua mutação do fenómeno.

- **AVALIAÇÃO**

No domínio da Avaliação enquanto área transversal, a Estratégia da União Europeia de Luta contra a Droga preconiza que esta deverá “dar indicações claras sobre os méritos e as lacunas das acções e actividades em curso (...) A avaliação deverá (...) ser parte integrante de uma abordagem (...) à política para a droga”.

Assim, no âmbito da avaliação, importa promover uma **cultura de qualidade e avaliação** nos diferentes domínios de intervenção, sensibilizando os profissionais para a necessidade de implementar sistemas coerentes de indicadores mensuráveis, capazes de reflectir com maior rigor a actividade e os resultados alcançados. Pretende-se igualmente recolher, de

forma sistemática, os dados necessários à monitorização e eventual correcção das intervenções no terreno. Estas deverão ser permanentemente ajustadas às necessidades, quer das populações-alvo directa e indirectamente abrangidas, quer dos Serviços.

A avaliação das intervenções deverá ser parte integrante da sua conceptualização em todas as áreas operacionais. Será no entanto importante definir, em termos transversais, quais as áreas a privilegiar, as metodologias a aplicar e as fontes de informação disponíveis em cada momento e em cada área.

Em conclusão, na área da avaliação, pretende-se:

- Definir as dimensões a privilegiar, bem como uma lista consolidada de indicadores e instrumentos de avaliação para cada área de intervenção;
- Estabelecer uma agenda de avaliação dirigida às intervenções previstas durante o período de execução deste Plano Nacional, com o correspondente programa de financiamento;
- Definir procedimentos de recolha e processamento regular dos dados relativos aos resultados da intervenção nos diversos eixos, vectores e áreas que permitam uma avaliação de processos e de resultados conducentes à activação de mecanismos de correcção.

4. REORDENAMENTO JURÍDICO

Considerando que o IDT tem por missão garantir a unidade intrínseca do planeamento, da concepção, da gestão, da fiscalização e da avaliação das diversas fases da prevenção, do tratamento e da reinserção no domínio da droga e da toxicoddependência, na perspectiva da melhor eficácia da coordenação e execução das políticas e estratégias definidas, impõe-se, no sentido do estrito cumprimento do presente Plano Nacional, proceder à adequação da sua estrutura orgânica, tornando-a assim mais eficiente; rever, clarificar, actualizar e unificar o ordenamento jurídico relacionado com as licenças e autorizações de funcionamento, fiscalização e avaliação de unidades de intervenção, em internamento ou em ambulatório, na área da toxicoddependência e com a atribuição de apoios financeiros a entidades públicas e privadas que actuem neste domínio, bem como, promover, impulsionar e harmonizar a extensa, dispersa e por vezes contraditória legislação em matérias conexas com o seu objecto.

CAPÍTULO II – ÁREAS DE MISSÃO

5. REDUÇÃO DA PROCURA

A redução da procura constitui, indubitavelmente, o cerne da missão do IDT.

Este eixo estratégico, consagrado na EUELCD 2005-2012, subdivide-se em vectores que constituem, em bloco, a globalidade da intervenção técnica do Ministério da Saúde na área das Toxicodependências.

Estes vectores, cuja importância estratégica é inquestionável e decorrem directamente da assumpção dos princípios orientadores consagrados na ENLCD, carecem, por via da necessidade da sua melhor operacionalidade no terreno, de uma forte coesão entre si (prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção).

Neste sentido, opta-se por uma reorientação estratégica das intervenções capaz de garantir a consistência e a coerência de uma coordenação e de uma optimização de resultados na óptica de ganhos em saúde, a saber:

⇒ **Centralidade no cidadão**

A intervenção em toxicodependências não constitui um fim em si mesmo, devendo descentrar-se das substâncias e assumir a centralidade no cidadão e nas suas necessidades objectivas e subjectivas.

A excessiva burocratização por vezes constatada nos serviços prestadores e promotores de cuidados de saúde deverá ser agilizada e organizada em função da satisfação global dessas necessidades, tendo em conta que os indivíduos têm uma palavra activa e uma corresponsabilidade na definição do seu projecto de vida, em termos de equitativos direitos e deveres de cidadania. Os serviços devem, pois, constituir-se como gestores do capital de saúde dos cidadãos, cabendo a estes a decisão de a eles recorrer. Esta perspectiva não invalida uma atitude de proactividade na intervenção em situações de maior risco para o indivíduo e para a comunidade.

Esta óptica está presente em todos os vectores de intervenção, consubstanciando a noção de respostas integradas que visam o reforço e a (auto)gestão da saúde possível de cada indivíduo, abordado como um todo indissociável, independentemente dos serviços que frequente.

⇒ **Territorialidade**

33

Para melhor conhecer, intervir e avaliar, tem de ser posto o enfoque numa gestão e planeamento localizado e territorial.

Pode-se, assim, concretizar e adequar intervenções de proximidade, evitar a dispersão de respostas e dispositivos e definir o papel e função de cada entidade e/ou actor num território partilhado por outros.

No âmbito do IDT há que reestruturar a organização interna, desconcentrando competências, promovendo a emergência das potencialidades regionais e de gestão descentralizadas. **A percepção das realidades e dos fenómenos é mais sentida e melhor percebida a nível local, pelo que se deve partir das suas necessidades/propostas para construir planos de intervenção que respondam a diagnósticos territoriais, identificando prioridades para o início ou continuidade das intervenções.**

A nível externo, importa definir com os actores locais os níveis de corresponsabilidade e, em **termos técnicos e financeiros**, o tipo de gestão que melhor responde às necessidades de um determinado território.

⇒ **Abordagens e respostas integradas – Intervenção integrada a nível interno e externo**

As abordagens e respostas devem construir-se de forma integrada, não clivando a realidade individual e social. **Os serviços devem organizar a sua intervenção operacional criando dispositivos de resposta abrangentes e que constituam uma rede de acção coerente e simultaneamente capaz de lidar com a complexidade e transversalidade da problemática da droga e questões conexas.**

As visões parciais e redutoras têm levado a intervenções dispersas, pulverizadas e sem resultados avaliáveis que permitam entender a real extensão, características e tendências desta problemática.

As fronteiras artificiais entre prevenção, tratamento, redução de riscos e minimização de danos, reinserção e dissuasão, criadas por questões ligadas à organização de serviços que procurou dar resposta às solicitações e necessidades em determinada altura, devem esbater-se progressivamente, de forma a que um assinalável conjunto de técnicos especializados possa colocar ao dispor da comunidade todo um saber fazer que

complementa e enriquece as diferentes abordagens. Tal não significa que todos podem/sabem fazer tudo, mas que cada um pode trazer, por via da sua experiência adquirida, uma mais valia à intervenção nesta problemática.

Para tal há que investir:

o No âmbito do IDT:

- Definir a melhor forma de operacionalização da articulação entre as diferentes Unidades Especializadas (UE's) e as Comissões para a Dissuasão da Toxicod dependência (CDT).
- Redefinir níveis de responsabilidade, desconcentração de competências e circuitos de comunicação entre UE's, Delegações Regionais (DR) e Serviços Centrais.
- Redefinir um conjunto de linhas de orientação nacionais que pautem as intervenções nos seus diferentes níveis.
- Criar ou reapreciar Programas ou Planos de resposta integrada, em detrimento dos até agora existentes de resposta parcial ou sectoriais.

o No âmbito externo:

As parcerias públicas, sociais e privadas exigem uma coordenação mais eficaz e eficiente.

Para tal o IDT deve esclarecer claramente e divulgar amplamente qual a sua missão, objectivos de acção e necessidades de articulação / colaboração / complementaridade.

O IDT tem um historial, com uma avaliação muito positiva, em termos de colaboração/cooperação/parceria/contratualização com entidades públicas, de solidariedade social ou privadas, na prevenção (p. ex. PMP e PQP), no tratamento (CT, UD, CD), na redução riscos e minimização de danos (Equipas de Rua, Gabinetes de Apoio, Centros de Abrigo e Centros de Acolhimento) e na reinserção (PVE, Projecto Inter Acção, Rede de Artesãos), a que importa dar continuidade.

O que ainda não se consegue fazer com os meios próprios, tem sido alvo de um investimento em regime de co-financiamento de convenções, programas, e Equipas/Gabinetes em parceria com Câmaras Municipais, IPSS, ONG e serviços públicos. Não é obrigatório que se invista num crescimento interno de meios humanos, salvaguardadas condicionantes de exiguidade de recursos nalgumas unidades especializadas e sectores, mas é imperiosa a busca de parcerias que dêem resposta adequada e eficiente às necessidades nacionais, regionais e locais.

Assim, com os outros parceiros, pretende-se:

- Continuar a contratualização em áreas complementares e lacunares, promovendo as alterações legislativas que permitam melhorar a qualidade das respostas e a eficiência e

eficácia das intervenções.

- Criar protocolos com outros serviços, públicos, sociais e privados, definindo linhas orientadoras de articulação.
- Promover mecanismos de coordenação e gestão de parcerias aos níveis local, regional e nacional, quer a nível da intervenção, quer do financiamento.
- Ponderar/reequacionar e definir áreas de articulação que não têm sido ou não são especificamente da responsabilidade do IDT (p. ex. álcool, tabaco, saúde mental, atendimento de jovens em risco ou em início de consumos).

⇒ **Melhoria da qualidade e mecanismos de certificação.**

Melhorar a qualidade é 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. A avaliação tem assim de ser uma cultura institucional.

A certificação²⁴ de práticas ou de Serviços/Unidades Especializadas pode ser uma das formas de investir na melhoria da qualidade, embora represente um esforço que terá de ser desenvolvido mediante a criação de condições que facilitem aos intervenores enveredar por este processo, que implica um grande rigor técnico.

A qualidade é exigível e constitui um processo que deve partir do nível local, tendo em conta as realidades específicas, a “ambição” e as capacidades da sua concretização pelos seus actores. É fundamental que se invista em parâmetros de qualidade que todos devem cumprir.

O IDT, a nível central e/ou regional, deve criar um conjunto de incentivos que tornem “apetecível” e estimulante a escolha de enveredar por um processo de acreditação e melhoria da qualidade. Deve-se dar oportunidades a quem deseje implementar processos de mudança e de inovação, desde que estes sejam baseados em critérios de avaliação rigorosos.

A racionalização e a potencialização de recursos já existentes, ou de novos a afectar, devem ser objectivos concretizáveis.

Pretende-se:

- Melhorar a qualidade da gestão a nível central, regional e local, implementando uma gestão por objectivos;
- Reforçar a formação interna e externa de gestores e de técnicos intervenores;
- Construir um sistema de indicadores e respectivo processamento;

²⁴ Norma ISSO IWA 1:2005 Quality Management systems – Guidelines for process improvement in health service organizations; ISO 9000

- Implementar uma avaliação contínua de resultados;
- Definir linhas orientadoras nacionais para as diferentes áreas.

Contribuir-se-á desta forma para uma melhor clarificação do custo-benefício do investimento público neste campo social.

- **PREVENÇÃO**

Embora reiteradamente apresentada como área de intervenção prioritária, e na qual têm sido investidos apreciáveis esforços humanos e financeiros, as estratégias preventivas têm sido realizadas com recurso a mensagens centradas nas substâncias e na sua diabolização, passando ao lado do facto de estas poderem ser procuradas por alguns jovens que buscam o prazer numa óptica de consumo recreativo sendo o risco maior o de que se transformem no “único” prazer que o indivíduo é capaz de viver. Assim, há que investir em estratégias que preparem os jovens para enfrentar/lidar com os riscos associados ao consumo. Será necessário apostar na qualidade, em programas de “boas práticas” e planejar intervenções para áreas lacunares.

O IDT deverá privilegiar o financiamento de actividades inequivocamente relacionadas com a sua área de intervenção directa. A prevenção universal não planeada e intencional, a educação para a cidadania, a ocupação dos tempos livres, as actividades de desenvolvimento pessoal e social para crianças e jovens, constituindo indubitavelmente elementos importantes para a construção de factores de protecção em relação ao uso/abuso de drogas e à toxicodependência, não podem ser encarados como responsabilidade exclusiva nem como a vocação primordial do IDT.

Os três objectivos gerais para este vector são:

⇒ **Aumentar o conhecimento sobre o fenómeno dos consumos de substâncias psicoactivas**, em articulação com o ODT.

Pretende-se:

- Contribuir para disponibilizar informação de base científica que sirva de suporte a pessoas e entidades interessadas em desenvolver actividades nesta área;
- Contribuir para aprofundar e divulgar estudos que propiciem um melhor entendimento das diferentes vertentes do fenómeno do uso/abuso de substâncias psicoactivas lícitas e ilícitas e questões correlacionadas em articulação com outras entidades;
- Aumentar o número de instrumentos de “diagnóstico rápido” que permitam aceder atempadamente a informação actualizada, sempre que possível com especificidade territorial, sobre um fenómeno em permanente mutação.

⇒ **Aumentar a qualidade da intervenção preventiva através do reforço da componente técnico – científica e metodológica.**

Pretende-se:

- Continuar a investir na melhoria da qualidade da intervenção, quer em termos dos interventores, quer dos programas de prevenção;
- Incrementar o número de interventores qualificados e proporcionar a sua formação específica neste vector;
- Aumentar o número de programas de prevenção que promovam estratégias e acções baseadas em evidência científica, promovendo a inovação e o intercâmbio de experiências;
- Melhorar o processo de selecção, acompanhamento e monitorização dos projectos implementados;
- Aumentar o número de materiais de suporte à prevenção e disponibilizá-los via Internet;
- Optimizar a intervenção da **Linha Vida**, dotando-a de condições para corresponder também a contactos via Internet e a participar em *fora* de discussão temáticos (salas de *chat* e *blogs*, por exemplo).

⇒ **Aumentar a abrangência, a acessibilidade, a eficácia e a eficiência dos programas de prevenção.**

Com base na avaliação do anterior Plano de Acção 2001-2004 e de acordo com as avaliações realizadas no âmbito do Departamento de Prevenção junto dos principais actores da intervenção preventiva, e também por sugestão destes, identificaram-se áreas a cuja evolução importa proceder.

Pretende-se:

- Aumentar o nível de informação/sensibilização sobre as substâncias psicoactivas e riscos associados ao seu consumo em meios específicos;
- Reforçar e planear adequadamente as acções de prevenção Universal, eficazes e avaliadas, mobilizando parceiros para a programação, desenvolvimento, financiamento e avaliação de intervenções sobre áreas complementares;
- Elaborar projectos de intervenção em meio escolar, que incluam a Família, que tenham em conta as orientações dos Programas prioritários contidos no Plano Nacional de Saúde, nomeadamente o Programa Nacional de Saúde Escolar;
- Monitorizar os projectos de promoção da saúde e prevenção do consumo de substâncias lícitas e ilícitas a desenvolver no meio escolar, no contexto da intervenção das

equipas multidisciplinares que operam neste contexto;

- Promover a actualização dos conteúdos curriculares do ensino básico e secundário referentes à promoção e educação para a saúde, tornando acessível a informação adequada e cientificamente válida;
- Reforçar, a abordagem da prevenção dos consumos (álcool, tabaco e drogas) em meio escolar, através das áreas curriculares não disciplinares;
- Definir com as estruturas/ instâncias criadas ou a criar, responsáveis pela promoção e educação para a saúde, as estratégias adequadas ao desenvolvimento de acções, projectos ou programas relativos ao uso/ abuso de substâncias psicoactivas em meio escolar;
- Aprofundar as acções no âmbito do programa Escola Segura;
- Desenvolver, junto dos públicos do ensino superior, a prevenção, o aconselhamento e a acção comunitária, no sentido de promover o debate e a participação activa destes públicos na intervenção sobre a problemática do combate à droga e à toxicod dependência, nomeadamente, através da intervenção na e pela formação superior com especial interesse nos domínios da investigação e da avaliação;
- Reforçar a actuação de incidência local com base em diagnósticos que permitam a identificação de territórios de intervenção prioritária, em colaboração com as redes sociais existentes, necessariamente envolvendo os municípios e outros serviços públicos e estruturas de sociedade;
- Aumentar o número de programas de prevenção **selectiva e indicada** dirigidos a grupos com factores de vulnerabilidade especificamente definidos e sensíveis às diferenças culturais (p. ex., meios recreativos);
- Melhorar os sistemas de atendimento, informação e apoio / encaminhamento na área do consumo de substâncias e temáticas associadas em colaboração com os Centros de Saúde, Delegações do IPJ e outros parceiros disponíveis;
- Reforçar a intervenção em meio laboral tendo em vista a prevenção da desinserção;
- Aumentar a participação em projectos de cooperação internacional.

Para todas estas intervenções impõe-se garantir o estabelecimento de procedimentos mais expeditos que garantam estabilidade, e a sua sustentabilidade.

- **DISSUAÇÃO**

O quadro legal e normativo em vigor aplicável ao consumo de drogas ilícitas (Lei nº30/2000 e regulamentação complementar), incorpora um conjunto de princípios e estratégias emergentes do paradigma da dissuasão, que se sustenta numa filosofia e numa abordagem integradora e complementar no domínio da redução da procura, que transcende a óptica da

mera descriminalização. Esta perspectiva integradora subentende uma rede de respostas locais complementares, que trabalhe no mesmo sentido, e que corresponda às reais necessidades da população consumidora.

As Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência, com competências territoriais na aplicação da lei, desenvolvem um trabalho de proximidade de mediação entre as situações de consumo e a aplicação de medidas sancionatórias. Sem desresponsabilizar o indiciado pela prática de um comportamento ilícito, procuram intervir e adequar as decisões proferidas à situação concreta do indiciado, equacionando a sua realidade pessoal e o seu contexto de pertença. As medidas sancionatórias podem passar pelo encaminhamento dos indiciados para estruturas de enquadramento (de acordo com o seu diagnóstico psicossocial e com a adesão do indiciado) ou por medidas de carácter mais punitivo.

Em termos de resultado a alcançar, 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.

Os três objectivos para este vector são:

⇒ **Garantir a eficiência na aplicação da lei, assegurando o acompanhamento adequado, justo, com qualidade técnica e que vá ao encontro das necessidades efectivas dos indiciados consumidores.**

Até ao momento tem-se assistido a um desinvestimento por parte dos responsáveis na área da dissuasão, o que tem originado indefinições e instabilidade junto dos intervenores internos, dos parceiros e dos consumidores. Esta situação tem repercussões efectivas na aplicação da lei, na legitimação do próprio quadro legislativo em vigor e na credibilidade, respeito e dignidade das entidades responsáveis.

Pretende-se:

- Optimizar o acompanhamento das CDT pelo IDT;
- Harmonizar práticas e procedimentos das CDT no âmbito da aplicação da lei;
- Adequar as práticas e procedimentos das CDT à realidade heterogénea do consumo de drogas;
- Melhorar o conhecimento na área do uso e abuso de drogas;
- Preparar e propor alterações legislativas;

⇒ **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.

Desta forma, viabiliza-se o desenvolvimento de um trabalho de mediação junto das estruturas que oferecem respostas que vão ao encontro das necessidades efectivas do indiciado, facilitando o encaminhamento para tratamento dos consumidores toxicodependentes, para prestação de cuidados sócio-sanitários, e de situações que, não sendo de toxicodependência, carecem de apoio especializado.

Pretende-se:

- Melhorar a articulação interna com os serviços e as respostas do IDT;
- Potenciar a articulação intraministerial no âmbito dos serviços do Ministério da Saúde;
- Fomentar a articulação interministerial com as tutelas cuja missão abarque respostas no âmbito da toxicodependência e com aquelas que detêm competências formais no âmbito da aplicação da lei e de reafirmação do desvalor do acto de consumir, envolvendo-as numa perspectiva de diminuição da procura.

⇒ **Melhorar o conhecimento científico na área da dissuasão.**

Promover uma cultura de avaliação que constitua o garante e a legitimação do próprio quadro legislativo em vigor, com base numa perspectiva integradora, pedagógica e responsabilizadora pelo acto ilícito de consumir.

Pretende-se:

- Avaliar o impacto da aplicação da lei da descriminalização.

• **REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS**

(...) A redução de danos reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos, dado que a exigência de que o indivíduo deve primeiro abster-se a fim de receber o tratamento exemplifica uma abordagem de alta exigência, a qual muitas vezes se torna um obstáculo para aqueles que procuram ajuda. (Marlatt e Col, 1997)

Esta abordagem tem como princípio de base o pragmatismo e a compatibilidade com uma abordagem de saúde pública, desviando a atenção do uso de drogas em si para as consequências ou para os efeitos de comportamento aditivo.

A primeira meta da intervenção de redução de danos é tentar estabilizar o comportamento problemático do indivíduo e prevenir uma maior exacerbação das consequências

prejudiciais. Tende a estimular a manutenção da mudança de comportamento e a não permitir que o problema se agrave.

A redução de danos promove o acesso a serviços de baixa exigência como alternativa às respostas tradicionais de alta exigência. Por exemplo, as Equipas de Rua podem oferecer informações e materiais de prevenção e/ou encaminhar para serviços de retaguarda na área social ou da saúde; estas, nalguns casos, poderão corresponder, só por si, à satisfação das necessidades do utilizador de drogas; se e quando possível, podem apoiar na decisão de enveredar por um programa de tratamento.

A redução de danos oferece uma ampla variedade de políticas e de procedimentos que visam reduzir as consequências prejudiciais do comportamento aditivo.

Na sequência do preconizado na ENLCD 1999, foi publicado o Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de Junho, que define o Regime Geral das Políticas de Prevenção, Redução de Riscos e Minimização de Danos. Contudo, para que se possa dar cabal cumprimento ao determinado neste diploma é prioritária a regulamentação das estruturas e programas nele previstos

Neste pressuposto, os três objectivos para este vector são:

⇒ **Construir uma rede global de respostas integradas e complementares, no âmbito da redução de riscos e minimização de danos, com parceiros públicos e privados.**

Deve obedecer-se a uma lógica de proximidade e centralidade no cidadão, privilegiando valores como a cidadania, a participação e a acessibilidade, criando condições para garantir a sustentabilidade das respostas instaladas.

Pretende-se:

- Implementar e/ou reforçar as estruturas de proximidade e de fácil acesso, nomeadamente Equipas de Rua, Pontos de Contacto e Informação, Unidades Móveis e Gabinetes de Apoio, que permitam desenvolver um trabalho mais estruturado de apoio, triagem e encaminhamento;
- Assegurar a continuidade ou promover a criação de estruturas intermédias (Centros de Acolhimento e Centros de Abrigo), que permitam a estabilização física e psicológica dos utentes encaminhados pelas estruturas de proximidade, mas que ainda não têm condições físicas e psicológicas para aceder a programas de tratamento.

Nestes dispositivos, e de forma transversal e articulada, deverão estar disponíveis programas de substituição opiácea de baixo limiar de exigência;

- Para além da manutenção do Programa de Troca de Seringas (e seu aperfeiçoamento), promover a avaliação das necessidades de implementação de respostas

inovadoras, tais como máquinas de troca de seringas e Salas de Injecção Assistida;

- Mobilizar todas as unidades especializadas do IDT em geral, e dos CAT em particular, para alargar a sua intervenção no âmbito da redução de riscos e minimização de danos, de acordo com as necessidades locais e os recursos disponíveis;
- Promover a articulação efectiva de todos os CAT e restantes unidades do IDT e do Ministério da Saúde com as estruturas de proximidade, construindo respostas integradas em função das necessidades identificadas.

⇒ **Disponibilizar programas de redução de riscos e minimização de danos, a grupos específicos.**

Deverão ser diversificados de acordo com as necessidades dos grupos alvo e tendo em conta os contextos específicos em que estes se encontram enquadrados, nomeadamente o contexto recreativo e os espaços nocturnos.

Pretende-se:

- Promover a integração das respostas também a nível conceptual, considerando a proximidade das intervenções de índole preventiva com o conceito de redução de riscos;
- Dar prioridade à formação das equipas de proximidade para intervir nestes contextos específicos, utilizando uma abordagem de rua informal e difundindo informação objectiva, bem como dotando-as de competências específicas para intervir em situações de overdose;
- Fomentar a articulação/intervenção em Meio Prisional com os serviços competentes do Ministério da Justiça, definindo com rigor os limites de intervenção, perspectivando programas baseados no pragmatismo e evidência científica, que disponibilizem à população reclusa todos os meios necessários à contenção das doenças infecciosas e da comorbilidade psíquica, visando a melhoria dos seus indicadores de saúde.

⇒ **Desenvolver um processo de melhoria contínua da qualidade da intervenção em redução de riscos e minimização de danos, promovendo uma cultura de formação e avaliação, que constitua o garante dessa mesma qualidade da intervenção.**

Pretende-se:

- Incrementar a produção de manuais de boas práticas e de materiais de informação/sensibilização relativos a temáticas específicas;
- Implementar, a nível nacional, a formação de interventores em redução de riscos e minimização de danos aos diversos níveis (Interventores, Supervisores e Formadores), bem como a sensibilização/formação de técnicos e/ou agentes próximos da população alvo;
- Incrementar mecanismos de acompanhamento, monitorização e de avaliação das várias estruturas e projectos.

- **TRATAMENTO**

O alargamento do dispositivo de tratamento que ocorreu nos últimos anos da década de 90 aproximou-nos de condições de resposta satisfatórias; no entanto, muito havia ainda a fazer, nomeadamente nas grandes áreas metropolitanas, sede dos grandes problemas.

A desaceleração que se seguiu fez recrudescer as dificuldades. Existem ainda enormes franjas de toxicodependentes (leia-se heroinodependentes, com ou sem consumos de outras substâncias, e um número crescente de dependentes de cocaína) que continuam sem acesso ao dispositivo de tratamento; mesmo os que são captados pelas iniciativas no âmbito da redução de danos têm enorme dificuldade em ser absorvidos pelas estruturas de tratamento.

As Áreas Metropolitanas de Lisboa e do Porto continuam fortemente carenciadas de oferta de tratamento. Preconiza-se a criação de muito mais estruturas de proximidade, provavelmente sem grandes investimentos em “betão”, mas com reforço de equipas, criação de estruturas móveis ou amovíveis capazes de acompanhar os fluxos “migratórios” destas populações, estabelecimento de novas parcerias à semelhança da solução encontrada para o concelho de Vila Franca de Xira (com o apoio dos Centros de Saúde e a participação da Câmara Municipal).

Por outro lado, também se detectam dificuldades em encontrar respostas adequadas e acessíveis para os consumidores de outras substâncias não opiáceas (cocaína, benzodiazepinas, álcool, cannabis e “drogas de design”) que não se consideram dependentes, apesar de muitas vezes apresentarem sintomas físicos e psíquicos que ultrapassam o nível subclínico. Para além da disponibilidade das equipas dos CAT para o atendimento deste tipo de utilizadores, há que criar respostas sentidas como menos estigmatizantes, com o apoio, por exemplo, dos Centros de Saúde ou de estruturas de apoio a jovens (IPJ, Gabinetes de Apoio à Juventude das Câmaras Municipais).

Esta é uma questão central. Qualquer estratégia de luta contra a droga não terá possibilidades de sucesso enquanto existirem constrangimentos em termos de acessibilidade (dificuldades de acesso físico, listas de espera à entrada, dificuldades na inclusão em programas de substituição). Por isso é um objectivo prioritário, a eliminação desses constrangimentos.

É igualmente imprescindível que o acesso a todos os programas de tratamento esteja disponível em meio prisional (uma das questões enfatizadas na “Estratégia” e, claramente, não concretizada).

Os três objectivos gerais para este vector são pois:

⇒ **Garantir, a toda a população que o deseje, acesso em tempo útil a respostas terapêuticas integradas (articuladas e complementares).**

A rede de recursos de saúde e sócio-sanitários existente deve constituir-se numa rede dinâmica, que implique os múltiplos actores do sector público e privado numa lógica de resposta ao cidadão e à comunidade e de ganhos em saúde;

Pretende-se:

- Promover o redimensionamento e a reorientação da rede prestadora de cuidados em função da percepção dos contextos globais e locais, constituindo uma rede dinâmica de cuidados integrados com os vectores Prevenção, Redução de Riscos e Minimização de Danos e Reinserção e com os parceiros externos públicos e privados e garantindo uma maior eficiência.

- Promover medidas que permitam facilitar o acesso ao tratamento assim como aos diversos programas, eliminando constrangimentos e listas de espera;

- Promover a criação de uma “via verde” de encaminhamento de e para as estruturas de Redução de Riscos e Minimização de Danos.

⇒ **Disponibilizar 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.**

Deverão implementar-se programas de forma a responder com eficiência às necessidades da população com consumos problemáticos de drogas, nomeadamente aos grupos mais vulneráveis, num registo simultaneamente vertical (rede de referenciação) e horizontal (articulações dos diferentes vectores);

Pretende-se:

- Dar continuidade e melhorar a oferta de programas de tratamento à população toxicod dependente pautados pela ética e rigor científico, quer se trate de respostas estatais, quer geridas pelos sectores social ou privado;

- Implementar ou melhorar programas específicos de tratamento que contemplem substâncias psicoactivas ilícitas e lícitas (incluindo álcool, tabaco e medicamentos), assim como grupos vulneráveis ou de risco. Relativamente a estes últimos deverá ser dada especial atenção a grupos circunstancialmente vulneráveis (grávidas e recém-nascidos, menores, reclusos e ex-reclusos) e a grupos portadores de comorbilidade física (infecciosa), psíquica ou social (exclusão).

- Garantir que o cidadão toxicod dependente portador de comorbilidade física

(infecciosa), psíquica ou social (exclusão) é acompanhado terapêuticamente em todas as patologias associadas;

- Definir os mecanismos de cooperação/articulação entre a DGSP do Ministério da Justiça e o IDT do Ministério da Saúde, no sentido de garantir que a população reclusa tem acesso a programas terapêuticos iguais aos cidadãos não reclusos.

⇒ **Implementar um processo de melhoria contínua da qualidade a nível de todos os programas e intervenções terapêuticas.**

Torna-se imprescindível definir parâmetros e linhas de orientação que permitam a avaliação qualitativa dos mesmos, na óptica de satisfação do utente, permitindo no futuro a sua certificação.

Pretende-se:

- Elaborar e aperfeiçoar linhas de orientação técnicas ou técnico-normativas para os diversos tipos de intervenção, incluindo os processos de articulação e de integração;
- Promover a avaliação rigorosa e sistemática dos diversos tipos de programas e de cuidados implementados e dos protocolos de integração e articulação bem como dos resultados da intervenção;
- Garantir a adequada formação aos interventores do vector tratamento, quer se trate de elementos internos (IDT), quer externos.
- Implementar um processo de avaliação de resultados que permita perceber a evolução dos ganhos em saúde no tratamento das toxicodependências.

- **REINSERÇÃO**

A reinserção deve ser considerada parte integrante e complementar, não só do Tratamento, mas também das áreas da Prevenção, Dissuasão e Redução de Riscos e Minimização de Danos. Realça-se, assim, a relevância do seu carácter abrangente e transversal em toda a intervenção na problemática da toxicodependência.

Não havendo um modelo ou conceito único, importa realçar alguns elementos comuns, centrais quando se fala de reinserção:

- Socialização ou ressocialização do indivíduo;
- Reestruturação da vida e realização pessoal;
- Construção de um Projecto de vida satisfatório e sustentável;
- Envolvimento da família e da comunidade de pertença no processo.

Neste sentido, a Reinserção deverá apostar eficazmente em programas de inserção sócio-laboral, tal como o Programa Vida-Emprego, sendo o seu relançamento expressamente preconizado no Programa do XVII Governo.

Os apartamentos de reinserção e a concretização de oportunidades de formação profissional e de emprego com acompanhamento tendo em vista a efectiva inclusão social são também uma prioridade nesta área, na óptica da abordagem integrada. Além disso, é necessário criar novos programas de enquadramento para indivíduos que ainda não estão em tratamento para que possam ultrapassar a sua condição de excluídos.

Por outro lado, o primeiro passo na reinserção é a prevenção da desinserção. Significa isto que é necessário um trabalho eficaz junto dos consumidores ainda empregados, bem como dos empregadores, para evitar o seu afastamento do trabalho. Particular atenção deverá ser prestada à intervenção junto de determinados grupos profissionais cujas Funções / Tarefas impliquem por princípio da proporcionalidade, que a segurança colectiva se sobreponha à reserva da intimidade da vida privada, com garantia obrigatória em caso de uso nocivo ou dependência de substâncias psicoactivas, dos Direitos Constitucionais, nomeadamente de não discriminação, segurança no emprego, cuidados de saúde curativa e de reabilitação e de solidariedade e segurança social.

Nestes grupos profissionais salientam-se as Forças Armadas e de Segurança e postos de trabalho sensíveis nos Transportes de Serviços Públicos e Cargas Perigosas, Fabrico e Distribuição de Energia, Telecomunicações, Matérias Explosivas (e similares). Há pois que investir muito mais na intervenção em meio laboral, em articulação com as confederações patronais e sindicais.

Os objectivos para este vector 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 projectos de vida responsáveis e responsabilizantes.**

A reinserção é um processo com carácter individualizado, em que cada pessoa deverá construir a sua identidade, sendo necessário intervir ao nível de: habitação; educação; trabalho/formação; participação/cidadania; família/relações; lazer e tempos livres.

Pretende-se:

- Encarar a Reinserção como um processo de intervenção em rede, embora trabalhado a três níveis diferentes e complementares: individual, microsocial e macrosocial.

- ⇒ **Potenciar a reinserção enquanto processo global, implicando todos os actores na óptica da abordagem e das respostas integradas, através de uma gestão participada e efectiva.**

Pretende-se:

- Garantir a nível interno (IDT) o redimensionamento e a reorientação da intervenção

em Reinserção, em função da percepção dos contextos globais e locais, atribuindo-lhe uma metodologia própria de intervenção, com optimização dos recursos existentes (centrais, regionais e locais);

- Promover a nível externo uma rede de respostas integradas em Reinserção, envolvendo parceiros inter e intra-institucionais, centrada nas necessidades objectivas do cidadão e da comunidade, particularmente com o Ministério do Trabalho e Solidariedade Social e Ministério da Defesa Nacional;
- Promover a cooperação com as estruturas do Ministério da Justiça, no sentido da adequada intervenção em meio prisional.

⇒ **Implementar o processo de melhoria contínua da qualidade em reinserção.**

Há que promover a criação e implementação de mecanismos de Informação/Avaliação que permitam, juntamente com a Investigação/Formação aumentar o conhecimento e a partilha de boas práticas, numa óptica de satisfação do cidadão, permitindo no futuro a acreditação.

Pretende-se:

- Incrementar o acesso a novos conhecimentos e metodologias de intervenção, incentivando a investigação em Reinserção;
- Potenciar e harmonizar conhecimentos e metodologias de intervenção, a nível inter-institucional;
- Construir um sistema de recolha de dados e indicadores que permitam avaliar o processo de Reinserção na sua globalidade.

6. REDUÇÃO DA OFERTA

De acordo com o relatório anual sobre “A Situação do País em Matéria de Droga e Toxicodependências” em 2004, foi consolidada a tendência de diminuição de visibilidade da circulação de heroína no mercado nacional em favor de outras drogas, designadamente do haxixe e da cocaína.

Pelo terceiro ano consecutivo o haxixe foi a substância que registou o maior número de apreensões (2439), contrariando a tendência do predomínio da heroína manifestada desde 1990. Foram registadas 1088 apreensões de heroína, 1047 de cocaína, 289 de liamba e 158 apreensões de ecstasy. Comparativamente ao ano anterior, à semelhança do sucedido desde 2000, registou-se novamente um decréscimo do número de apreensões de heroína (-6%) e pelo segundo ano consecutivo, desde essa data, acréscimos no número de apreensões de cocaína (+6%) e de haxixe (+7%). Também aumentaram o número de apreensões de liamba (+38%) e de ecstasy (+6%) em relação a 2003.

Relativamente ao ano anterior, em 2004 decresceram as quantidades apreendidas de haxixe (-8%), de liamba (-55%) e de ecstasy (-31%), aumentando em contrapartida, as quantidades confiscadas de heroína (+37%) e de cocaína (+146%). As quantidades de cocaína confiscada em 2004 foram as mais elevadas da última década, as de haxixe e de heroína ocuparam o terceiro lugar no *ranking* da década e as quantidades de liamba e de ecstasy foram as mais baixas respectivamente desde 2000 e 2001.

Quanto aos principais países de proveniência das drogas apreendidas no país em 2004, uma vez mais se destacou a Espanha a nível da heroína, o Brasil no caso da cocaína, Marrocos no que respeita ao haxixe, Angola a nível da liamba e, uma vez mais, a Holanda no caso do ecstasy. Em 2004, contrariamente ao ocorrido nos últimos anos, registaram-se elevadas percentagens das quantidades apreendidas de cocaína e de haxixe com destino ao mercado externo. Tal como em 2003, foi o distrito de Lisboa que registou as maiores quantidades confiscadas de heroína, de liamba e de ecstasy. O distrito de Faro surgiu com as quantidades mais elevadas de cocaína e de haxixe apreendidas no país.

Uma vez mais se constatou uma estabilidade e nalguns casos diminuição, do número de indivíduos envolvidos nos circuitos policiais, judiciais e prisionais por crimes relacionados com o tráfico e o tráfico-consumo. Também a nível dos indivíduos envolvidos nestas interpelações policiais e condenações, foi reforçada a tendência manifestada nos últimos anos de decréscimo do peso de situações relacionadas só com heroína, particularmente a favor das relacionadas apenas com cannabis e só com cocaína.

Em 2004, as intervenções policiais nesta matéria resultaram na identificação de 5159 **presumíveis infractores**, 44% dos quais como traficantes e 56% como traficantes-consumidores.

A nível das **decisões judiciais** ao abrigo da Lei da Droga, em 2004 registaram-se 1390 processos-crime findos envolvendo 2235 indivíduos, na sua grande maioria acusados por tráfico. Cerca de 75% dos indivíduos envolvidos nestes processos foram condenados e 24% absolvidos.

Dos 1669 indivíduos condenados, 95% foram-no por tráfico, 4% por tráfico-consumo e 1% por consumo. Desde 2000 que se constata uma diminuição gradual do número de condenações por tráfico-consumo.

Relativamente às penas²⁵ aplicadas nestas condenações predominaram a aplicação da prisão com pena suspensa (49%) e da prisão efectiva (45%), sendo que 10% dos indivíduos condenados tiveram penas em cúmulo jurídico.

25 As penas dizem respeito à pena final da condenação, que pode incluir mais do que um crime.

A nível das **reclusões**, a 31/12/2004 estavam em situação de reclusão 2927 indivíduos condenados ao abrigo da Lei da Droga, o valor mais baixo desde 1997, representando um decréscimo de -18% em relação a 2003. Foi assim uma vez mais reforçada a tendência iniciada em 2000, de progressivo decréscimo do peso dos reclusos condenados por crimes ao abrigo da Lei da Droga no universo da população reclusa condenada, representando a 31/12/2004, cerca de 29% do universo de reclusos condenados.

A maioria (89%) destes indivíduos estavam condenados por tráfico, 8% por tráfico de menor gravidade e 3% por tráfico-consumo.

Para consolidar e aprofundar esta intervenção e tendo em conta a EUELCD, o grande objectivo para este eixo 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.**

Pretende-se:

- Aumentar e desenvolver a cooperação entre os Estados-Membros, Europol, Eurojust, países terceiros e organizações internacionais contra a produção e tráfico organizado de droga a nível internacional.
- Reduzir a produção e oferta de heroína, cocaína e cannabis;
- Reduzir a produção e oferta de drogas sintéticas;
- Combater a actividade criminosa séria na área do desvio e contrabando de precursores químicos aumentando a cooperação ao nível dos serviços de aplicação da lei entre os Estados-Membros e sempre que se revele apropriado com a Europol, o Eurojust, países terceiros e organizações internacionais;
- Prevenir o desvio de precursores especialmente precursores de drogas sintéticas importados para a UE;
- Identificar branqueamento de capitais e apreensão de activos acumulados relativos a crimes associados à droga;

- Explorar ligações possíveis entre a produção, o tráfico de droga e o financiamento do terrorismo;
- Aumentar o trabalho de prevenção na área da criminalidade associada à droga;
- Desenvolver novos métodos e melhores práticas de combate aos crimes associados à droga e prevenir o desvio de precursores efectuado com a ajuda das tecnologias de informação;
- Aumentar a formação para os serviços de aplicação da lei;

AVALIAÇÃO DO PLANO NACIONAL

A avaliação do Plano que aqui se propõe deverá ser 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.

Assim, esta avaliação deverá reger-se por princípios de continuidade, exequibilidade e participação baseando-se nos pontos constantes do futuro Plano de Acção relativo ao período da sua implementação.

A fim de garantir uma avaliação (de processo, de resultados e, nas áreas possíveis, de impacto) atempada e de qualidade deve o PA ser avaliado a nível interno e externo. Estas duas modalidades permitirão uma avaliação mais complementar e global.

No âmbito da avaliação interna destaca-se:

- A nomeação de uma Sub-comissão específica da Comissão Técnica Interministerial²⁶ dedicada ao acompanhamento da implementação deste Plano Nacional, apoiada por um grupo de técnicos do IDT e de outros serviços, que elaborará e apresentará uma metodologia de avaliação, incluindo os objectivos e indicadores a serem avaliados, os circuitos de comunicação com as diversas estruturas envolvidas e com os avaliadores externos, bem como a calendarização do processo avaliativo, incluindo a elaboração de relatórios intercalares anuais.
- O acompanhamento permanente deste grupo de trabalho pelo Conselho Nacional²⁷, nomeadamente na apreciação da metodologia proposta e dos relatórios intercalares;

As nomeações do grupo e a apresentação da metodologia a seguir deverão estar asseguradas até final do 1º trimestre de 2006.

No âmbito da avaliação externa, sugere-se a contratação de uma entidade externa que propondá:

- Uma metodologia de trabalho, incluindo o enfoque da avaliação, bem como a calendarização dos relatórios, que deverão ser anuais;
- Uma equipa de trabalho com competências multidisciplinares, incluindo consultores internacionais, se considerados pertinentes;
- As modalidades de articulação com a sub-comissão técnica responsável pelo acompanhamento da implementação do Plano Nacional e com os seus técnicos de apoio.

²⁶ Criada nos termos dos n.ºs 2 e 3 do Artigo 4º do Decreto Lei 1/2003 de 6 de Janeiro.

²⁷ Nos termos da alínea c) do Artigo 13º do Decreto Lei 1/2003 de 6 de Janeiro.

Deverão ser elaborados termos de referência para a selecção da entidade, que deverá apresentar uma proposta de execução da avaliação até final do 1º semestre de 2006.

NOTA FINAL

Identificados os principais problemas que há que enfrentar, delineados os caminhos que se pretende prosseguir, importa uma reflexão realista sobre as circunstâncias em que o presente Plano (ou o “Plano de Acção” que sobre ele será construído) será levado à prática.

As “oportunidades” e “constrangimentos” relativas à execução da anterior ENLCD já mereceram reflexão em capítulo anterior; algumas dessas condições mantêm-se, outras sofreram já alguma evolução.

No momento actual, importa referir o empenho colocado pelo Governo em dar um novo impulso a esta área de intervenção. Recorde-se que o actual Primeiro-Ministro foi o grande obreiro da anterior Estratégia, tendo sobre esta problemática uma visão muito atenta e realista.

A transferência da responsabilidade de coordenação da luta contra a droga, ao nível governamental, da Presidência do Conselho de Ministros para o Ministro da Saúde pareceu, de início, implicar uma perda da capacidade de articulação interministerial; no entanto, os ganhos na articulação intraministerial e o envolvimento no Plano Nacional de Saúde, por um lado, e a disponibilidade e empenho manifestados pelos membros da Comissão Técnica Interministerial no decurso dos trabalhos de elaboração deste Plano (e a decisão de participar na sua avaliação), por outro, permitiram dissipar alguns receios.

As tendências internacionais, nomeadamente europeias, no que diz respeito às substâncias e aos novos padrões da sua utilização, têm correspondência na realidade nacional. Alguns países desenvolveram já estratégias que se têm revelado eficazes, sendo o papel do OEDT fundamental no fornecimento de elementos para uma visão alargada sobre os resultados das diversas escolhas, colocada ao dispor dos decisores políticos. As opções contidas neste Plano consubstanciam, em grande medida, as orientações que melhores resultados têm alcançado.

Por último, se é certo que a actual conjuntura económica do País não permite alimentar grandes expectativas quanto aos meios a disponibilizar para esta área, está lançado o desafio para que, através de uma melhor coordenação de esforços, todos os serviços e entidades envolvidos consigam rentabilizar os recursos existentes. Fica a esperança de que as dificuldades actuais possam ser superadas durante o período de vigência deste Plano.

Glossários de Siglas

CAT	Centro de Atendimento a Toxicodependentes
CD	Centro de Dia
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CDT	Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
CT	Comunidade Terapêutica
CVEDT	Comissão de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis
DGSP	Direcção Geral dos Serviços Prisionais
DR	Delegação Regional
ENLCD	Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga
<i>ESPAD</i>	<i>European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs</i>
EUA	Estados Unidos da América
EUELCD	Estratégia da União Europeia de Luta Contra a Droga
GAFI	Grupo de Acção Financeira Internacional
GHD	Grupo Horizontal Drogas
GNR	Guarda Nacional Republicana
<i>HBSC/OMS</i>	<i>Health Behaviour in School-aged Children/ Organização Mundial de Saúde</i>
IDT	Instituto da Droga e da Toxicodependência
INA	Instituto Nacional de Administração
INML	Instituto Nacional de Medicina Legal
IPDT	Instituto Português da Droga e da Toxicodependência
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
MS	Ministério da Saúde
NIDA	<i>National Institute on Drug Abuse</i>
OEDT	Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
OGE	Orçamento Geral do Estado
ONG	Organização Não Governamental
PA	Plano Anual
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PMP	Plano Municipal de Prevenção
PN	Plano Nacional
PNS	Plano Nacional de Saúde
PQP	Programa Quadro Prevenir
PSP	Polícia de Segurança Pública
PVE	Programa Vida Emprego

RH	Recursos Humanos
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SNIDT	Sistema Nacional de Informação sobre Drogas e Toxicodependências
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPTT	Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência
UD	Unidade de Desabilitação
UE	União Europeia
UE's	Unidades Especializadas
UP	Unidade de Prevenção
<i>USDHHS</i>	<i>United States Department of Health & Human Services</i>
VIH	Vírus de Imunodeficiência Humana