

## 8

## ***Aspectos Metodológicos do Diagnóstico Nacional do Plano Operacional de Respostas Integradas- PORI***

MARTA SILVA, MADALENA CRUCHINHO, SARA CARVALHO

### **RESUMO**

Partindo dos princípios que norteiam a implementação do Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI) – Integração, Participação, Territorialidade, Parceria – o presente artigo tem como objectivo apresentar os resultados do diagnóstico nacional efectuado pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT). Dá-se especial enfoque à metodologia utilizada para a identificação e selecção de territórios, onde serão desenvolvidos os Programas de Respostas Integradas (PRI).

Este processo de diagnóstico, efectuado pelas equipas do IDT, em conjunto com 896 entidades parceiras, resultou na selecção de 92 territórios, onde é prioritário o desenvolvimento de um PRI.

**Palavras-chave:** Processo de Diagnóstico Nacional; Programas de Respostas Integradas.

### **RÉSUMÉ**

Considerant les principes de l'implementation du PORI (Plan Opérationnel de Réponses Intégrées) – Intégration, Participation, Territorialité, Partenariat – cet article vise présenter les resultats du diagnostic national réalisé par l'IDT (Institut de la Drogue et de la Toxicomanie Portugais). On souligne la méthodologie utilisée pour identifier et sélectionner des territoires où des PRI (Programmes de Réponses Intégrées) seront développés.

Ce processus de diagnostic, réalisé par les équipes de l'IDT en collaboration avec 896 entités partenaires, a permis de sélectionner 92 territoires où le développement d'un PRI constitue une priorité.

**Mots-clé:** Processus de diagnostic national; Programmes de Réponses Intégrées.

### **ABSTRACT**

Taking into account the principles that orientate the implementation of the PORI (Operational Integrated Responses Plan) – Integration, Participation, Territoriality, Partnership – this article presents the results of the national diagnosis undertaken by IDT (Portuguese Institute for Drug-Addiction). It underlines the methodology used to identify and select territories where the PRI (Integrated Responses Program) will be developed.

This diagnosis process was undertaken by IDT's teams, in cooperation with 896 other partner entities, having resulted in the selection of 92 territories where the development of a PRI should be prioritized.

**Key Words:** National Diagnosis Process; Integrated Responses Program.

## 1 – INTRODUÇÃO

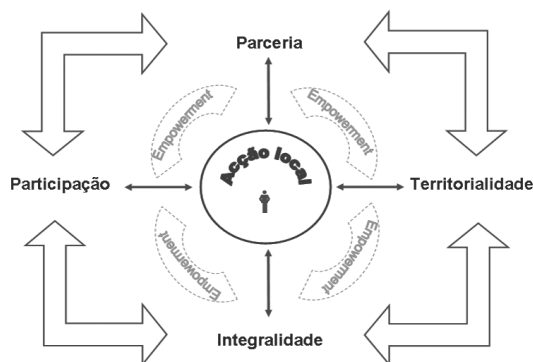
Com base numa reflexão sobre a realidade social e económica actual e considerando os resultados da avaliação interna e externa da Estratégia Nacional e do Plano de Acção – Horizonte 2004, procedeu-se a uma profunda alteração na estratégia e na estrutura dos serviços do IDT. Foi efectuada uma adaptação nos modelos vigentes de modo a responderem e promoverem mudanças positivas junto dos indivíduos, de forma mais eficaz, eficiente e com resultados consolidados.

É neste contexto que surge o Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI), enquanto medida estruturante ao nível da intervenção integrada, no âmbito do consumo de substâncias psicoactivas, que privilegia a existência de diagnósticos rigorosos que fundamentem a intervenção no território. A sua operacionalização é efectuada com a criação de Programas de Respostas Integradas (PRI) em cada território.

O PRI é um programa de intervenção específico que integra respostas interdisciplinares e multisectoriais, de acordo com alguns ou todos os eixos (prevenção, dissuasão, tratamento, redução de riscos e minimização de danos e reinserção) e que decorre dos resultados do diagnóstico de um território identificado como prioritário. Este processo pressupõe uma mudança de paradigma na abordagem da intervenção territorial, em termos da valorização do diagnóstico prévio à intervenção, que se direcciona para uma resposta integrada. Os PRI vão permitir que, nos territórios onde já existem intervenções a decorrer e/ou onde existem meios que não estão suficientemente rentabilizados, seja feita uma reorganização dos recursos disponíveis, potenciando as suas mais-valias em função das necessidades identificadas. O PORI baseia-se nos princípios da territorialidade, da integração, da parceria e da participação que constituem o quadro de orientação estratégica, definido pela Organização Internacional do Trabalho, para o contexto da luta contra a pobreza e exclusão social<sup>1</sup>.

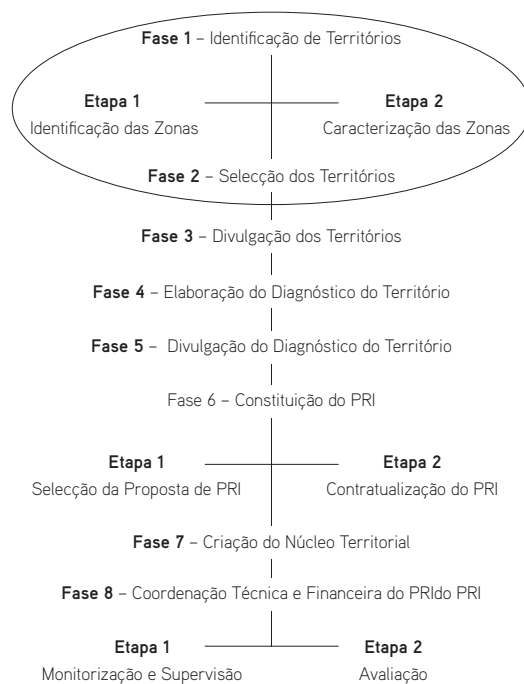
Estes princípios estratégicos foram constituindo um património comum que orienta a grande maioria das intervenções e projectos que pretendem actuar em problemáticas de carácter multidimensional, como é o caso das substâncias e dos seus tipos e padrões de consumo.

FIGURA 1 – Esquema síntese do Quadro de Orientação Estratégica do PORI



O PORI, enquanto plano nacional, obedece a fases sequenciais de implementação. Iniciou-se com um processo de diagnóstico nacional, que corresponde às Fases 1 e 2 – Identificação e Selecção de Territórios.

FIGURA 2 – Esquema Operacional do PORI



O diagnóstico permite desenhar um quadro compreensivo de suporte ao planeamento da acção, com o objectivo de alterar a realidade. Este processo deve ser desenvolvido tendo em consideração o contexto local, nacional e internacional, no conjunto das suas dimensões sociais, económicas, políticas, culturais e das políticas globais e sectoriais que incidem sobre o território.

## 2 – PROCESSO E METODOLOGIAS UTILIZADAS PARA A SELECÇÃO DE TERRITÓRIOS DE INTERVENÇÃO

Segundo a metodologia de projecto, qualquer intervenção deverá fundamentar-se no conhecimento da realidade. Os seus objectivos deverão estar direccionados para as verdadeiras causas dos fenómenos e não para as suas consequências aparentes. Tal só é possível através da realização de um bom diagnóstico que seja completo, actualizado, realista, bem direccionado e útil para a intervenção no terreno.

Um “bom diagnóstico é garante da adequabilidade das respostas às necessidades locais e é fundamental para garantir a eficácia de qualquer projecto de intervenção.” (Guerra, 2000, pág. 131)

Partindo do pressuposto que um bom diagnóstico tem uma abordagem global, articulada e teoricamente fundamentada, sendo a sua grande mais-valia a identificação das potencialidades para a mudança que existam no meio social de intervenção, o diagnóstico realizado foi efectuado através de um levantamento de informação e de uma análise nacional, que se baseou na identificação de problemas associados ao consumo de substâncias psicoactivas, mas não se esgotou nesta etapa, uma vez que foram considerados, desde logo, os recursos existentes.

O principal objectivo foi a identificação e a selecção de territórios onde, posteriormente e após diagnósticos mais pormenorizados, decorrerá uma intervenção integrada no âmbito do consumo de substâncias psicoactivas, através do desenvolvimento de PRI.

A informação necessária para a elaboração de diagnósticos sobre o consumo de substâncias psicoactivas (principalmente das ilegais) e dos problemas associados não é facilmente recolhida através dos canais tradicionais de

serviços sociais ou de saúde. Para além da utilização de técnicas quantitativas de investigação, é necessário recorrer a outras qualitativas que podem ser consideradas menos precisas, em termos científicos, mas que assumem uma importância fulcral em termos da compreensão do fenómeno da redução da procura de substâncias psicoactivas (Hartnoll *et al.*, 1998).

Neste sentido, a estratégia adoptada para a elaboração do diagnóstico passou pela mobilização de várias entidades e pelo recurso a várias fontes de informação, por forma a validar os resultados encontrados e compreender os processos estruturais da problemática.

O tipo de participação, as fontes de informação e as técnicas a utilizar dependem do nível de intervenção em que nos situamos. Ao nível nacional, é necessária informação geral que permita identificar padrões gerais, variações regionais e principais tendências, criando um quadro geral da situação, por forma a orientar a definição de políticas. À medida que o nível de informação se vai circunscrevendo à região, ao distrito, à zona ou ao bairro, altera-se o tipo de elementos necessários. Ao nível local, a informação precisa de estar directamente relacionada com a situação, ser mais concreta, pormenorizada, flexível, específica e rapidamente aferida. (Hartnoll *et al.*, 1998). Uma vez que o nível de intervenção no âmbito do PORI é o território, para seleccionar os territórios de intervenção prioritária, o levantamento de informação foi feito a partir do nível regional, distrital, concelhio e finalmente a nível local, partindo da elaboração de um diagnóstico nacional.

Tradicionalmente, os diagnósticos de necessidades no âmbito da redução da procura começam pela recolha dos dados de incidência e de prevalência do consumo de substâncias psicoactivas (SAMHSA, 2003). Esta informação é importante para perceber o fenómeno do consumo de substâncias, mas não é suficiente para explicar as causas dos problemas e o caminho a seguir em termos da intervenção.

Outro elemento importante de um diagnóstico nesta área é a identificação dos factores que podem aumentar ou diminuir o risco do consumo de substâncias: factores de risco e de protecção. A capacidade de gerar mudanças positivas depende da compreen-

são aprofundada e precisa destes factores (SAMHSA, 2003). Ao longo dos anos, vários estudos têm apontado para a existência de factores de risco e de protecção em vários domínios, nomeadamente no domínio sócio-cultural ou comunitário (Hawkins J. D., Catalano R.F. e Miller, 1992).

Neste sentido e visando a implementação de respostas integradas que reflectam a articulação entre os eixos de intervenção no âmbito do consumo de substâncias psicoactivas – prevenção, tratamento, redução de danos, reinserção e dissuasão – a informação recolhida baseou-se em sete problemas associados a factores de risco e a consequências negativas para a saúde, associadas ao consumo de substâncias psicoactivas:

- **Experimentação de substâncias psicoactivas** – neste âmbito foram considerados indicadores relacionados com o consumo experimental de várias substâncias legais e ilegais.

- **Prevalência do consumo de substâncias psicoactivas** – a prevalência mede a taxa ou o número total de utilizadores de substâncias psicoactivas, normalmente de um determinado grupo, durante um período de tempo específico. Pode medir a frequência ou nível do consumo. Esta informação pode contribuir para a identificação de padrões de consumo.

Entre os vários factores de risco identificados do domínio sócio-cultural ou comunitário, foram utilizados os seguintes:

- **Disponibilidade de substâncias psicoactivas** (por exemplo: informação sobre apreensão de substâncias, tráfico e reclusos);

- **Privação económica e social extrema** (por exemplo: informação sobre sem-abrigo, situações de exclusão e isolamento, desemprego);

No âmbito das consequências negativas para a saúde foram consideradas:

- **Prevalência de doenças infecto-contagiosas** que irá permitir conhecer os consumidores infectados pelo vírus do VIH, Hepatite B e C, bem como pelo bacilo da Tuberculose,

- **Ocorrência de situações e/ou de comportamentos de risco** vivenciados directa ou indirectamente pelos indivíduos em contextos de consumo de substâncias

psicoactivas (por exemplo: troca de seringas, prostituição, contextos recreativos associados ao consumo).

Foi ainda considerada:

- **Existência de outros problemas sociais** relacionados com substâncias psicoactivas que ajudaram a compreender a situação (por exemplo: informação sobre acidentes de viação, criminalidade e mortes relacionadas com o consumo);

Para a análise de cada um dos problemas acima apresentados, foram propostos vários indicadores quantitativos<sup>2</sup> que funcionaram como ponto de partida para a reflexão conjunta com os parceiros. Cada Delegação Regional acrescentou ainda outros indicadores quantitativos importantes para a análise<sup>3</sup>. Paralelamente ao levantamento dos dados quantitativos úteis na análise de cada problema, foi fundamental a recolha de informação qualitativa junto de várias entidades, por forma a interpretar os dados quantitativos segundo as características do contexto onde foram recolhidos, como por exemplo, a cultura local, a natureza das estruturas de apoio ao nível social e de saúde, a história e tradição do uso de substâncias psicoactivas nas comunidades, etc.

Este processo de recolha e análise de informação teve em conta a variedade de fontes de informação existentes, com base na diversidade presente na problemática do consumo de substâncias psicoactivas. O recurso a uma única fonte constituía-se como uma limitação, que resultaria em conclusões incompletas e/ou enviesadas. Este facto, associado à própria natureza do PORI, implicou a participação de um vasto leque de elementos da comunidade (entidades públicas e privadas).

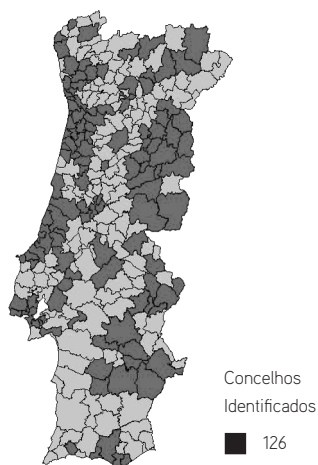
## 2.1 – Territorialidade

Adoptar o princípio da territorialidade nas acções de luta contra a droga e a toxicodependência significa localizar e delimitar um espaço para nele desenhar ou perspectivar a intervenção nesta área. Assume-se o território como referência da intervenção, centro da definição de um projecto comum e mobilizador. Entende-se o território como um contexto de intervenção delimitado a partir de uma lógica de dinâmicas relacionais, problemáticas comuns e recursos existentes, que não obedece à organização administrativa formal nem se res-

tringe a uma área geográfica. Pode ser, por exemplo, um bairro, uma escola, uma freguesia e/ou a uma área geográfica inter-freguesias ou inter-concelhos. Está associado à apropriação que as pessoas fazem dos espaços, aos seus percursos e aos contextos do seu quotidiano. Neste sentido, o enfoque da intervenção é nos sujeitos/grupos-alvo que se pretende atingir, tendo em conta as várias etapas do seu desenvolvimento e os espaços que frequentam.

O diagnóstico nacional partiu de uma análise de informação de carácter regional e distrital, por forma a identificar, hierarquizar e seleccionar zonas onde seja premente uma intervenção no âmbito do consumo de substâncias psicoactivas. Optou-se pelo nível regional tendo em conta a posição privilegiada das Delegações Regionais do IDT, quer enquanto conhecedoras das dinâmicas a este nível, quer como mobilizadoras das entidades que contribuíram, efectivamente, para a identificação das zonas. Neste primeiro momento, foram identificados 126 concelhos a nível nacional.

**FIGURA 3** – Concelhos identificados com existência de problemas associados a factores e situações de risco



Para este processo, cada um dos sete problemas<sup>4</sup> seleccionados foram estudados com base em áreas de análise adaptadas das grelhas de hierarquização de prioridades de intervenção. (Isabel Guerra 2000)

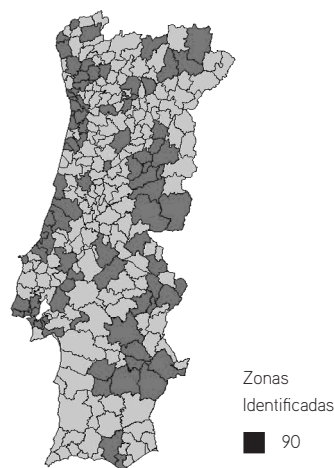
As áreas de análise utilizadas a nível distrital e concelhio foram:

- Dados que traduzem a gravidade dos problemas;
- Causas prováveis.

Após análise e sistematização da informação a nível regional e concelhio, foi necessário hierarquizar e priorizar quais as zonas, em cada distrito, onde os problemas identificados assumem maior relevância e que passaram à fase seguinte de análise.

Dos 126 concelhos analisados, foram identificados **90 concelhos** com existência de problemas associados a factores e situações de risco.

**FIGURA 4** – Zonas Identificadas



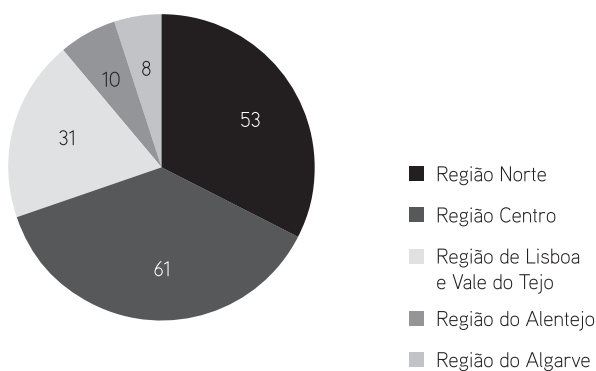
Na figura 4, estão claramente identificadas zonas que se definem ao longo da faixa litoral, que correspondem aos grandes centros urbanos e áreas metropolitanas, e outras situam-se ao longo da fronteira com Espanha. Dos 90 concelhos identificados, apenas 7 (Arcos de Valdevez, Chaves, Viseu, Coimbra, Peniche, Santa Comba Dão e Vendas Novas) se encontram isolados.

Neste processo de identificação de zona, foram utilizadas as seguintes áreas de análise, pontuadas numa escala de 1 a 5 em que 1 refere o grau mínimo e 5 o grau máximo:

- "Dimensão do problema" – avaliou-se o peso da população atingida no concelho. Isto é, foi feita uma análise da extensão de cada problema em termos do número de indivíduos atingidos, com base nos dados mais relevantes e no conhecimento empírico dos elementos que faziam parte das mesas de trabalho;
- "Gravidade" – avaliaram-se as consequências negativas para a população atingida directa ou indirectamente por cada problema, com base nos dados mais relevantes e no conhecimento empírico dos elementos que faziam parte das mesas de trabalho;
- "Importância que os técnicos/decisores atribuem ao problema" – avaliou-se a importância atribuída pelos elementos das mesas de trabalho a cada problema em análise.

Após a caracterização mais exaustiva das zonas acima apresentadas, foram **identificados 163 territórios**<sup>5</sup> onde se justifica uma intervenção integrada na área do consumo de substâncias psicoactivas.

**FIGURA 5** – Territórios identificados, por região (n=92)



As regiões com maior número de territórios identificados são o Centro (61), Norte (30) e Lisboa e Vale do Tejo (14), onde foram identificados territórios em cerca de 30% dos concelhos que as constituem (Centro-32%; Norte-29%; LVT-32%).

Na identificação dos territórios, para além das áreas de análise utilizadas na identificação das zonas<sup>6</sup>, foram ainda consideradas as seguintes:

- Populações/grupos mais afectados;
- Recursos institucionais existentes.

Seguidamente, foi necessário hierarquizar os territórios identificados de acordo com a importância dos problemas e dos factores de risco analisados.

Para este processo, realizado a nível local, foram utilizadas as mesmas áreas da hierarquização e priorização das zonas<sup>7</sup> e ainda:

- As populações e grupos mais afectados;
- Os recursos institucionais existentes (ao nível interno e externo).

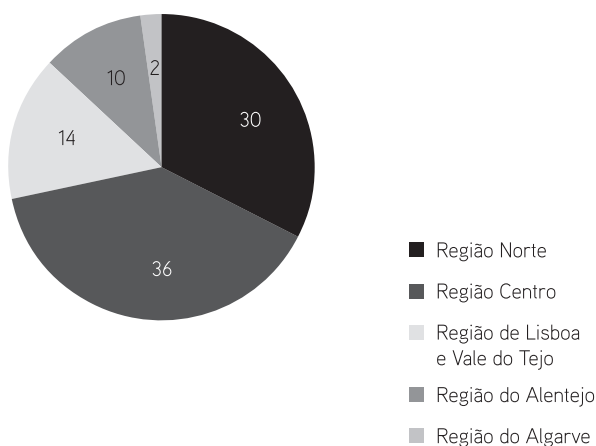
Uma vez que o diagnóstico foi implementado nas cinco regiões, devido à multiplicidade de agentes envolvidos e por forma a garantir uma uniformização do processo a nível nacional, foram utilizados quatro instrumentos, como forma de sistematização e análise da informação obtida, ao nível distrital, concelhio e local (duas grelhas para a identificação e hierarquização das zonas e duas grelhas para a identificação e hierarquização de territórios)<sup>8</sup>.

Considerando o elevado número de territórios identificados, as Delegações Regionais do IDT seleccionaram aqueles com necessidade de uma intervenção prioritária, com base na informação analisada nas etapas anteriores com as entidades parceiras.

O processo de selecção<sup>9</sup> foi uma fase determinante para a operacionalização do PORI e para o planeamento estratégico e faseado do desenvolvimento de PRI no terreno. Isto porque nem todos os territórios identificados poderiam ser, numa primeira fase, alvo de intervenção, por razões orçamentais e de afectação de recursos do IDT. Dos 163 territórios identificados, foram **seleccionados 92**<sup>10</sup>, localizados em 71 concelhos.

Relativamente à distribuição dos territórios seleccionados por região, podemos observar que a região Centro seleccionou 36 territórios, o Norte 30, Lisboa e Vale do Tejo 14, o Alentejo 10 e o Algarve 2.

Os territórios seleccionados nas regiões do Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo correspondem, em média, a 54% dos territórios identificados (Norte 57%, Centro

**FIGURA 6** – Territórios seleccionados, por região (n=92)

59%, LVT 45%). Este facto revela um grande esforço de investimento nestas regiões, onde se verificou um elevado número de territórios em análise.

Esta selecção foi efectuada a partir da informação sobre os territórios identificados, que foi recolhida e analisada na identificação e caracterização das zonas, e com base em critérios e factores técnicos que reflectem as orientações estratégicas definidas para a prossecução dos objectivos do PORI. Foram aplicados em todas as regiões e fundamentam a selecção de certos territórios em detrimento de outros.

A selecção dos territórios para intervenção baseia-se na análise, por território, dos seguintes aspectos:

- A problemática;
- Os recursos disponíveis para efectuar uma intervenção de forma integrada.

Foram considerados estes dois aspectos, uma vez que devem ter primazia no processo de selecção, os territórios cujo diagnóstico identifica uma problemática de maior magnitude, visibilidade e transversalidade. No entanto, considerando os pressupostos orientadores do PORI, é fundamental ter em conta os recursos existentes para assegurar a exequibilidade dos PRI.

Os critérios<sup>11</sup> utilizados para a priorização dos territórios face à problemática analisada foram:

- **Critério 1 – Magnitude da problemática** identificada no território quanto à expressão da sua dimensão, gravidade e importância (percebida pelos técnicos/decisores e população), tomadas em conjunto.
- **Critério 2 – Visibilidade da problemática** associada ao consumo de substâncias psicoactivas no território identificado, com o objectivo de destacar os territórios em que a problemática identificada é mais visível e/ou mais fortemente percebida e sentida pela população do território e pelos técnicos/decisores que nele intervêm.
- **Critério 3 – Necessidade de uma intervenção integrada** no território, isto é, aferição da necessidade de uma intervenção que englobe mais do que uma área de missão.

A par dos critérios relativos à problemática, foram também considerados para a selecção dos territórios os recursos institucionais existentes (do sector público e privado) e a capacidade de mobilização das estruturas do IDT, através da aplicação de dois factores:

- **Factor 1<sup>11</sup>** – Presença de recursos institucionais no território, isto é, existência de entidades com experiência em intervenções no âmbito do consumo de substâncias psicoactivas, de entidades sem experiência e qual a percepção dos técnicos sobre a disponibilidade das entidades para participar num PRI.

**FIGURA 7** – Tabela de resumo da categorização dos territórios

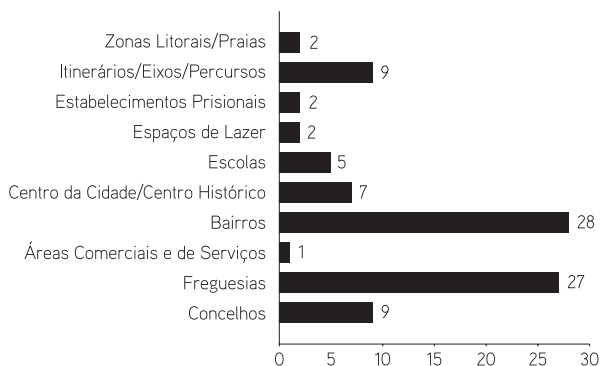
	Magnitude da problemática	Presença de recursos institucionais	Capacidade de mobilização intra-institucional
Categoria 1	+	+	+
Categoria 2	+	-	-
Categoria 3 (sem uma lógica de intervenção integrada)	+	+	+
Categoria 4	-	+	+
Categoria 5	-	-	-

• **Factor 2** – Mobilização intra-institucional, através de um levantamento dos recursos humanos das estruturas regionais e locais do IDT face às funções a desempenhar no âmbito dos PRI.

Com base na análise da problemática e dos recursos, foi efectuada a categorização dos territórios em cinco tipos<sup>12</sup>, brevemente sistematizados na tabela abaixo apresentada, onde o sinal + significa "a presença de..." e o sinal – "a falta de...".

Os territórios seleccionados têm diferentes características e especificidades, no entanto, podem ser agrupados em 10 tipos, considerando as suas características comuns, a saber:

**FIGURA 8** – Tipologia dos territórios seleccionados



Como se pode verificar, existe uma grande heterogeneidade entre o tipo de territórios seleccionados. Destes, 36 correspondem a divisões geográficas administrativas (freguesias e concelhos). A categoria *bairros* corresponde a 28 territórios, onde se incluem bairros sociais, bairros degradados e espaços de lazer nocturnos e/ou escolas associados a bairros específicos. Existem ainda 9 territórios que representam trajectos ou itinerários, tais como, linhas ferroviárias, linhas rodoviárias e percursos que ligam áreas (várias freguesias) dentro de grandes cidades. Estes tipos de territórios está relacionado com os fluxos das populações, mais especificamente, dos possíveis grupos-alvo nestas áreas. Destacam-se ainda os 7 territórios caracterizados como Centro da Ci-

dade/ /Centro Histórico, que estão associados a zonas degradadas onde se encontram populações em risco ou associadas ao tráfico e consumo de substâncias psicoactivas. Importa ainda salientar a selecção de cinco territórios que correspondem a Escolas, enquanto contexto privilegiado para uma intervenção integrada junto de crianças e jovens.

Na tabela seguinte podemos visualizar os concelhos onde foram identificados territórios, agrupados por região, bem como o número de territórios seleccionado em cada concelho.

Os concelhos onde existe mais do que um território seleccionado situam-se em grandes centros urbanos na faixa litoral (distritos de Lisboa, Setúbal, Coimbra e Porto). Destacam-se ainda os concelhos onde foram identificados quatro territórios: Coimbra, Lisboa e Porto. No entanto, os concelhos de Viseu e da Guarda apresentam três e dois territórios identificados, respectivamente. São os únicos concelhos do interior com mais do que um território seleccionado.

## 2.2 – A integração das áreas de missão do IDT

O princípio da integração requer a necessidade de um trabalho articulado no âmbito do consumo de substâncias psicoactivas no domínio da prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção. Por outro lado, implica um trabalho articulado ao nível das respostas que intervêm mais indirectamente no âmbito do consumo de substâncias psicoactivas ao nível local.

O diagnóstico nacional só foi possível devido à estreita articulação e ao desenvolvimento de trabalho em conjunto entre as várias estruturas do IDT a nível central (Serviços Centrais), regional (Delegações Regionais – 5) e distrital (Unidades Especializadas – Centro de Atendimento de Toxicodependentes (45), Unidades de Prevenção (19), Comunidades Terapêuticas (3) – e Comissões de Dissuasão da Toxicodependência (18)).

Para esta tarefa, foi necessário organizar mesas de trabalho com representantes da prevenção, da redução de riscos e minimização de danos, do tratamento, da reinserção e da dissuasão.



**FIGURA 9** – Concelhos onde foram seleccionados territórios

	N.º de Territórios por Concelho			
	1	2	3	4
<b>Região Norte</b>	Alijó, Barcelos, Braga, Bragança, Caminha, Chaves, Fafe, Guimarães, Macedo de Cavaleiros, Mirandela, Peso da Régua, Valença, Vila Nova de Cerveira, Vila Nova de Famalicão, Vila Real.	Maia, Santo Tirso, Viana do Castelo, Vila Nova de Gaia.	Gondomar, Matosinhos.	Porto
<b>Região Centro</b>	Albergaria-a-Velha, Alcobaca, Aveiro, Caldas da Rainha, Castelo Branco, Celorico da Beira, Cinfães, Covilhã, Espinho, Fundão, Idanha-a-Nova, Ílhavo, Lamego, Marinha Grande, Nazaré, Oliveira de Azeméis, Ovar, Peniche, Pombal, S. João da Madeira, Santa Comba Dão.	Gouveia/Seia, Guarda, Leiria.	Figueira da Foz, Viseu.	Coimbra.
<b>Região de Lisboa e Vale do Tejo</b>	Almada, Benavente, Loures, Santarém.	Amadora, Moita, Sintra.	-	Lisboa.
<b>Região do Alentejo</b>	Aljustrel, Beja, Borba, Campo Maior, Elvas, Évora, Ferreira do Alentejo, Nisa, Ponte de Sôr, Vendas Novas, Vidigueira.	-	-	-
<b>Região do Algarve</b>	Faro, Loulé.	-	-	-

Entre Julho e Setembro de 2006, a maioria das Unidades Especializadas do IDT estava envolvida no processo. Existem semelhanças na forma de organização das regiões, nomeadamente a divisão por distritos, devido à própria organização administrativa do território e dos Serviços do IDT. No entanto, verifica-se que algumas Delegações Regionais (DR) tiveram necessidade de adoptar outras estratégias, por forma a dar resposta a especificidades regionais, nomeadamente:

- A DR Centro e a DR Norte criaram mesas de trabalho distritais, à excepção do distrito do Porto que foi dividido em 2 grupos (Norte e Sul), devido à sua dimensão geográfica;
- A DR Lisboa e Vale do Tejo optou por criar 5 mesas de trabalho, de acordo com a proximidade geográfica das UE, devido à dimensão e heterogeneidade da região;
- A DR Alentejo centralizou o processo, devido ao trabalho já desenvolvido na região;
- A DR Algarve também optou por centralizar o processo, através do levantamento de dados junto dos CAT, do Departamento de Apoio às CDT's e de estudos que efectuaram ao nível regional.

Este esforço colectivo de trabalho conjunto entre técni-

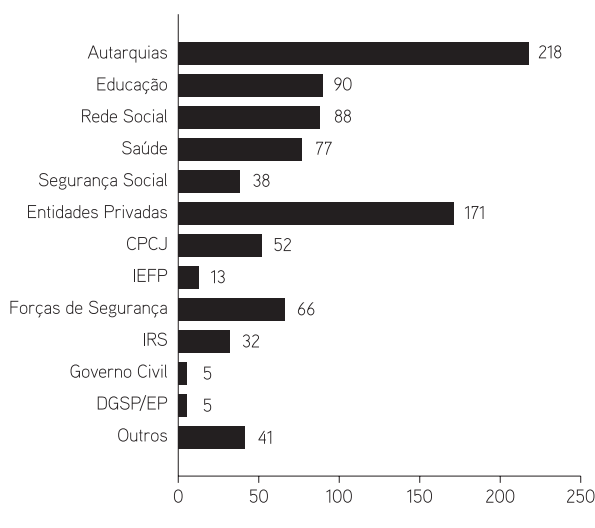
cos de diferentes áreas das ciências sociais e humanas, que exercem funções distintas desde o planeamento, execução, monitorização e avaliação de projectos de intervenção, até ao apoio terapêutico a toxicodependentes, foi, sem dúvida, enriquecedor durante todo o processo e determinante para a obtenção dos resultados.

### 2.3 – A parceria inter-institucional

O trabalho em parceria é concebido como expressão institucional de carácter multifacetado do fenómeno e como instrumento prático de uma boa prossecução de intervenções que concorram para o alcance de objectivos comuns. Segundo Valarelli (1999) "*a principal diferença entre uma parceria e uma relação de prestação de serviços, por exemplo, estaria na construção de um espaço onde as organizações se comportam como iguais na definição dos objectivos comuns, dos papéis e da contribuição de cada uma*". Neste sentido, pretende-se que as organizações procurem uma complementaridade da acção motivada pela existência de objectivos partilhados a atingir num território, exteriores a cada uma delas, ou seja, algo distinto dos objectivos regulares que cada organização procura alcançar isoladamente.

Dada a complexidade da problemática e os diferentes níveis de recolha e de tratamento de informação (distrital, concelhio, local, etc.), foram convidados a participar vários elementos com conhecimentos, experiências e competências diversas, representando várias entidades. A heterogeneidade dos actores, o seu conhecimento sobre a problemática, o conjunto de competências em termos de tomada de decisão e suporte, de desenvolvimento de parcerias e de mobilização de recursos foram critérios para a selecção dos intervenientes no processo. Foi fundamental dedicar tempo e energia a estes momentos iniciais, onde os actores se juntaram e fizeram uma leitura conjunta da realidade. Para que tudo isto se concretizasse foi necessário organização, imaginação, flexibilidade e uma enorme disponibilidade e motivação. Para que o princípio da parceria se concretize na intervenção no terreno, esta dinâmica de trabalho conjunto com entidades externas foi criada desde o momento de identificação dos territórios de intervenção. A nível nacional estiveram envolvidas **896** entidades, como sejam Autarquias, Serviços Regionais e Distritais e outros Serviços desconcentrados da Administração Pública, entidades da sociedade civil e líderes locais. No gráfico seguinte apresentam-se as entidades participantes, organizadas em tipologia.

**FIGURA 10** – Tipologia das entidades envolvidas



Destaca-se a forte presença das autarquias (Juntas de Freguesia, Câmaras Municipais, Gabinetes de Acção Social, etc.), entidades privadas (Instituições Particulares de Solidariedade Social, Organizações não Governamentais, Misericórdias, etc.), estruturas ligadas ao Ministério da Educação (Escolas, Agrupamentos, Direcções Regionais de Educação, etc.), Redes Sociais e Forças de Segurança (PSP, GNR, PJ). Participaram ainda neste processo entidades ligadas à Saúde, tais como Sub-Regiões de Saúde, Hospitais, Centros de Saúde, Centros de Diagnóstico Pneumológico, Comissões Distritais de Luta Contra a Sida, etc. Na categoria *Outros* encontram-se entidades com valores menores, tais como: Universidades, Associação Nacional de Farmácias, Instituto Português da Juventude, Instituto de Medicina Legal, Equipas de Rua, Cruz Vermelha, Direcção-Geral de Viação, Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, etc.

A identificação dos problemas, bem como das potencialidades e dos recursos disponíveis, foi partilhada e as decisões, tomadas em conjunto. Estão assim criados os alicerces para se passar, numa fase seguinte, à definição de objectivos comuns a alcançar. Desta forma, será possível a corresponsabilização de todos num esforço conjunto para a implementação de intervenções, orientadas para resultados duradouros e sustentados junto de grupos-alvo específicos.

#### 2.4 – O diagnóstico enquanto processo participado

Seguindo uma lógica de intervenção comunitária, a participação dos vários agentes (instituições, elementos-chave, indivíduos) que actuam num determinado território assume particular importância. Esta participação deverá ser efectiva ao longo da implementação do plano – diagnóstico nacional, diagnóstico dos territórios, planeamento, implementação e avaliação dos PRI.

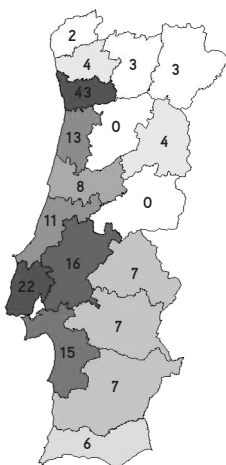
Ao promover a participação e, simultaneamente, a consciencialização dos vários participantes relativamente à identificação das vulnerabilidades e às potencialidades que existem num determinado contexto sobre um fenómeno, o diagnóstico constitui uma etapa do próprio processo de intervenção. Neste sentido, "a realização do diagnóstico é, por excelência, o accionamento de

uma metodologia de pesquisa-acção e de dinamização comunitária" (Guerra, 2000, pág. 139).

Para o diagnóstico a nível nacional, a representação das comunidades foi assegurada através de uma participação institucional e não dos indivíduos, ou seja, através da participação das entidades privadas que representam a sociedade civil.

Participaram neste processo 171 entidades privadas, desde IPSS's, ONG's, Misericórdias, etc. No seguinte mapa podemos visualizar o número de entidades participantes, por distrito.

**FIGURA 11** – Entidades privadas participantes, por distrito



Da análise do mapa, destacam-se os distritos do Porto e Lisboa, com um elevado número de entidades que asseguraram a participação das comunidades.

Na sequência dos princípios anteriormente abordados (parceria, territorialidade, integração e participação), o conceito de *empowerment* é inerente à implementação do Plano. Este é entendido como um processo de mudança desejável no sentido de reforço da autonomia dos "agentes" dos territórios para a resolução dos problemas existentes, através da promoção da capacitação e da aquisição de competências necessárias pela comunidade, para a identificação de necessidades, bem como para a criação de respostas.

Este princípio, central num qualquer processo de intervenção comunitária, torna-se mais visível na fase de diagnóstico dos territórios seleccionados, onde a participação da comunidade, a consulta ao grupo-alvo e elementos-chave e todo o processo inerente a um diagnóstico participado vai permitir uma progressiva consciencialização e implicação da comunidade enquanto agente do processo de mudança associado ao território.

### 3 – CONCLUSÕES

Tendo em conta os princípios estratégicos orientadores do PORI e o seu modelo de operacionalização, verifica-se que estes foram efectivamente concretizados nas primeiras fases de implementação do Plano. De facto, o diagnóstico nacional realizado e a identificação de 163 territórios de intervenção só foi possível através de um trabalho em parceria, integrado e participado por um vasto leque de entidades públicas e privadas.

Neste sentido, conclui-se que o principal objectivo deste processo foi alcançado: identificar quais os territórios em Portugal Continental onde é premente o desenvolvimento de uma intervenção integrada no âmbito do consumo de substâncias psicoactivas. A partir deste mapeamento, é possível desenvolver intervenções específicas e adequadas às necessidades das populações afectadas e às características particulares dos diferentes contextos.

O elevado número de entidades envolvidas no diagnóstico (896) desde Autarquias, Serviços Regionais e Distritais e outros Serviços desconcentrados da Administração Pública, entidades da sociedade civil e líderes locais, é um indicador que demonstra a elevada mobilização e o interesse gerado a nível nacional.

Os resultados alcançados com este diagnóstico não se resumem apenas à identificação de territórios. Mais do que isso, a dinâmica gerada com este processo, a nível nacional, constituiu-se como uma mais-valia fundamental para a continuação de um trabalho verdadeiramente integrado nos territórios, nomeadamente através do desenvolvimento de PRI.

Actualmente, está em curso a realização de diagnósticos pormenorizados dos 92 territórios seleccionados, no

sentido de identificar as necessidades dos grupos-alvo a abranger, a sua caracterização quantitativa e qualitativa, os contextos de implementação mais adequados e o tipo de intervenção a desenvolver. Os diagnósticos realizados serão divulgados através do *sítio* do IDT na Internet, para devolver à comunidade as conclusões obtidas e preparar as futuras intervenções.

#### CONTACTOS:

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.  
Serviços Centrais  
Praça de Alvalade, n.º 7, 9º e 10º piso  
1700-036 Lisboa  
pori@idt.min-saude.pt

#### MARTA SILVA

marta.silva@idt.min-saude.pt

#### MADALENA CRUCHINHO

madalena.cruchinho@idt.min-saude.pt

#### SARA CARVALHO

sara.carvalho@idt.min-saude.pt

#### NOTAS:

- 1 – OIT (2004) CIARIS – Centro Informático de Aprendizagem e de Recursos para a Inclusão Social (<http://www.ilo.org/ci-aris/ShowIndex.do?userLanguage=pt>).
- 2 – Para mais informação, ver PORI: Diagnóstico Nacional, IDT, 2007, pág. 44, 61 e 62.
- 3 – Para mais informação, ver PORI: Diagnóstico Nacional, IDT, 2007, pág. 63 a 66.
- 4 – Experimentação de substâncias psicoativas, Prevalência do consumo de substâncias psicoativas, Disponibilidade de substâncias psicoativas, Privação económica e social extrema, Ocorrência de situações e/ou de comportamentos de risco, Prevalência de doenças infecto-contagiosas, Existência de outros problemas sociais.
- 5 – Ver distribuição de territórios identificados, por concelho, em PORI: Diagnóstico Nacional, IDT, 2007, pág. 21, 69 a 72.
- 6 – Dados que traduzem a gravidade dos problemas; Causas prováveis.
- 7 – Dimensão do problema; Gravidade; Importância que os técnicos/ decisores atribuem ao problema.

8 – Para mais informação consultar Guião para a Identificação de Territórios – Fase 1, disponível em [www.idt.pt](http://www.idt.pt).

9 – Para mais informação consultar Guião para a Selecção de Territórios – Fase 2, disponível em [www.idt.pt](http://www.idt.pt).

10 – Ver distribuição de territórios seleccionados, por concelho, em PORI: Diagnóstico Nacional, IDT, 2007, pág. 27, 73 a 75.

11 – Aplicado segundo uma escala de 1 a 5. Para mais informações ver PORI: Diagnóstico Nacional, IDT, 2007, pág. 76.

12 – Para mais pormenores sobre as categorias utilizadas, ver PORI: Diagnóstico Nacional, IDT, 2007, pág. 78.

13 – Apesar de a magnitude da problemática ser evidente e existirem recursos institucionais a desenvolver intervenções no terreno, não funcionam segundo uma lógica de intervenção integrada.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Guerra, Isabel Carvalho (2000). Fundamentos e processos de uma sociologia de acção: o planeamento em ciências sociais. Cascais: Principia.
- Hartnoll, Richard, Hendriks, Vincent M., MORRIVAL, Marc (1998). Assessment of Drug Problems. World Health Organization – Regional Office for Europe.
- Samhsa (2003). Pathways to Effective Programs and Positive Outcomes.
- Hawkins J. D., Catalano R. F. e Miller (1992). Communities that Care: Action for Drug Abuse Prevention. San Francisco: Jossey – Bass.
- Valarelli, L. L. (1999). Parcerias - Noções Gerais [Versão electrónica]. Rio de Janeiro. Acedido em 2 de Outubro 2006, em: [http://www.rits.org.br/gestao\\_teste/ge\\_testes/ge\\_mat01\\_parctxtpag0.cfm](http://www.rits.org.br/gestao_teste/ge_testes/ge_mat01_parctxtpag0.cfm).