Anexos

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

EDIÇÃO SOB RESPONSABILIDADE DA GESAWORLD SA

www.gesaworld.com info@gesaworld.com

Gesaworld é um Grupo internacional especializado em assessoria para a melhoria dos serviços de saúde e do sector social.

ÍNDICE DE ANEXOS

1. Bateria de Indicadores 5

1.1. Análise do Cumprimento dos Objetivos do PNCDT 5

1.2. Avaliação do Impacto 8

1.3. Análise Custo-benefício 10

1.4. Análise da Eficácia, Eficiência e Qualidade de Intervenções Específicas 11

2. Resultados das Técnicas de Grupo Nominal 17

2.1. Objetivos e Descrição 17

2.2. Descrição e Resultados TGN 18

3. Guião e Resultados das Entrevistas Individuais 45

3.1. Entrevista ao Coordenador Nacional para os problemas da droga, das toxicodependências e do uso nocivo do alcool 45

3.2. Entrevista ao Sub-Director do SICAD 50

3.3. Entrevista a um membro do OEDT 55

3.4. Entrevista a dois utentes da Unidade de desabituação e Centro de Dia do Centro das Taipas 60

4. Análise do Cumprimento dos Objetivos do PNCDT 66

5. Avaliação de impacto 68

6. Análise custo-benefício 72

6.1. Análise detalhada do período PRE-PORI (2004 a 2006) 72

6.2. Análise detalhada do período PORI (2009-2011) 74

7. Síntese da avaliação do PNCDT 76

8. Pedido de Informação – Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência 90

9. Índice de Tabelas e gráficos 91

1. Bateria de Indicadores

1.1. Análise do Cumprimento dos Objetivos do PNCDT

Foram definidos indicadores para cinco âmbitos de análise: Centralidade do Cidadão; Abordagens Integradas; Territorialidade; Melhoria da Qualidade e Mecanismos de Certificação e Prevenção da Criminalidade. Como explicitado no Relatório Preliminar, a elaboração dos indicadores para o estudo das reorientações estratégicas do PNCDT de Centralidade no cidadão, Territorialidade e Abordagens Integradas foram objeto de consenso através da realizaão de uma técnica de grupo nominal, na qual se inclui ainda a definição ds ações emblemáticas realizadas no âmbito da intervenção específica de "prevenção da criminalidade relacionada com a droga".

1.1.1. Centralidade no Cidadão

- Evidência de funcionamento da estrutura da Coordenação Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do us Nocivo de Alcóol (2005 a 2012);
- Evidências de implementação de respostas em áreas lacunares (2005 a 2012);
- Evidências de melhoria de acesso aos recursos (2005 a 2012):
    - Disuasão: evolução do número de processos decididos;
    - RRMD: evolução do número de respostas e número de utentes contactados;
    - tratamento: evolução dos tempos de espera para admissão nas respostas e programas (2005 a 2012).
- Evolução da prevalência de doenças infecto-contagiosas entre consumidores de drogas por via endovenosa (2005 a 2012);
- Padrões de administração de drogas (2005 a 2012);
- Evolução dos n.º de novos utentes com pelo menos 3 consultas por ano (2005 a 2012);
- Evolução do n.º de utentes em tratamento com pelo menos 5 consultas por ano (2005 a 2012);
- N.º de CRI com técnico de referência designada e gestor de caso (2005 a 2012);
- Evidência de descentralização dos serviços (2005 a 2012);
- Evidências de organização e implementação de respostas específicas para grupos vulneráveis (2005 a 2012);
- Evidência de definição dos papeis, competências e oferta de serviços em cada vetor de intervenção na área de missão de redução da procura (2005 a 2012);
- Evidência da implementação e funcionamento de metodologias de diagnóstico e intervenção na área das doenças infecto-contagiosas (2005 a 2012);

- N.º de utentes rastreados (2005 a 2012) por doença infecto-contagiosa;
- Evidência sobre a criação e implementação de instrumentos de registo e monitorização da gestão (2005 a 2012);
- N.º de novas respostas criadas por tipologia (reinserção, RRMD, prevenção, tratamento) entre 2005 e 2012;
- N.º de novos serviços criados por vetor (reinserção, RRMD, prevenção, tratamento) entre 2005 e 2012;
- Evidência de reorganização de serviços desde 2005 a 2012;
- Evidência de definição de circuitos padrão de referenciação entre tipologias de respostas entre 2005 e 2012;
- N.º de utentes com PII elaborados entre 2009 e 2012/ N.º total de utentes em respostas de reinserção entre 2009 e 2012;

1.1.2. Territorialidade

- Verba executada no PORI entre 2008 e 2011/ Verba orçamentada para o PORI entre 2008 e 2012;
- N.º de territórios prioritários com PRI implementados entre 2008 2007 e 2012 / N.º total de territórios prioritários identificados;
- N.º de indivíduos abrangidos no conjunto dos projetos co-financiados/ N.º total de indivíduos previstos abranger pelos projetos co-financiados entre 2008 e 2011 2012;
- N.º de projetos co-financiados implementados, por vetor (prevenção, RRMD, tratamento e reinserção) entre 2008 e 2012;
- Existência de mecanismos de adequação dos objectivos com as necessidades identificadas entre 2005 e 2012;
- N.º de candidaturas aprovadas entre 2008 e 2009/ N.º de concursos abertos entre 2008 e 2009.

1.1.3. Abordagens Integradas

- N.º de CRI com vetor de prevenção, RRMD, tratamento e reinserção/ N.º de CRI (2008 a 2012);
- N.º de equipas de prevenção, RRMD, tratamento e reinserção nos CRI (2008 a 2012);
- Distribuição do orçamento por vetor nos CRI (2008 a 2012);
- Distribuição dos profissonais (ETC) por vetor nos CRI (2008 a 2012);
- Custo médio por indivíduo atendido nos CRI por vetor (2008 a 2012);
- Competências dos CRI por vetor (2008 a 2012) e evidências sobre o funcionamento (2008 a 2012);

- N.º de parcerias estabelecidas no vetor da reinserção (2008 a 2012);
- Protocolos celebrados com entidades parceiras (2008 a 2012);
- N.º de CRI a aplicar o modelo de intervenção de reinserção entre 2005 e 2012/ N.º de CRI entre 2005 e 2012.

1.1.4. Melhoria da Qualidade e Mecanismos de Certificação

- N.º de programas certificados por vetor de intervenção entre 2005 e 2012;
- % de projetos certificados entre 2005 e 2012;
- N.º de estruturas certificadas por vetor de intervenção entre 2005 e 2012;
- N.º de estruturas acreditadas por vetor de intervenção entre 2005 e 2012;
- Nº de programas que foram alvo de um processo de avaliação e acompanhamento por vetor de intervenção entre 2005 e 2012;
- Nº de projetos / programas formativos que foram alvo de um processo de avaliação e acompanhamento entre 2005 e 2012;
- N.º de projetos / programas formativos auditados a nível interno e externo entre 2005 e 2012;
- Nº de documentos contendo guidelines ou manuais de boas práticas produzidos entre 2005 e 2012;
- Nº de ações de formação dirigidas a profissionais entre 2005 e 2012/ N.º total de profissionais entre 2005 e 2012;
- Nº de formandos abrangidos em ações de formação para profissionais entre 2005 e 2012/ N.º previsto de profissionais a abranger entre 2005 e 2012;
- Existência de critérios de seleção dos participantes nas ações de formação;
- Existência de procedimentos formais estabelecidos para o sistema de gestão de queixas, reclamações ou sugestões;
- N.º de estruturas que realizam de forma periódica inquéritos de satisfação a utentes entre 2005 e 2012/ n.º de estruturas existentes (2005 a 2012).

1.1.5. Prevenção da Criminalidade

- N.º estabelecimentos escolares abrangidos por atividades do programa Escola Segura por âmbito de intervenção da PSP e GNR para os anos letivos 2005/2006 e 2011/2012;
- N.º de alunos abrangidos nos estabelecimento escolares com o programa escola segura por âmbito de intervenção da PSP e GNR para os anos letivos 2005/2006 e 2011/2012;
- N.º de ações de sensibilização sobre drogas no âmbito do programa Escola Segura por âmbito de intervenção da PSP e GNR para os anos letivos 2005/2006 e 2011/2012;

- N.º de sub-unidades da PSP com Programa de Policiamento de Proximidade para 2005 e 2012;
- N.º postos de Proximidade com programa de policiamento de proximidade (GNR) para 2005 e 2012;
- N.º de população abrangida por Programas de Policiamento de Proximidade no âmbito da PSP e GNR para 2005 e 2012;
- N.º médio de polícia de proximidade por 100.000 habitantes no âmbito da PSP e GNR para 2005 e 2012;
- Existência de mecanismos de declaração integrada das atividades criminais relacionadas com a droga (sistema integrado de informação criminal);
- N.º de ações de vigilância, por área (terrestre, marítima e aérea) por entidade competente para entre 2005 e 2012;
- N.º de droga apreendida (em quantidade em gramas ou unidades) por tipo de droga para os anos de 2005 e 2011;
- Apreensões efetuadas por tipo de droga para os anos de 2005 e 2011.

1.2. Avaliação do Impacto

Foram definidos indicadores para três âmbitos de análise nomeadamente: Evolução dos Consumos; Consequências na saúde e Oferta de Serviços.

- Penas previstas nos Estados Membros da União Europeia por posse de droga para consumo pessoal (pequenas infrações) e Relação entre consumo de cannabis e alterações legislativas face a penalização de posse de droga para consumo pessoal;

1.2.1. Oferta de Serviços

- Carteira de serviços existente em cada país e ano de introducao para Portugal, Espanha e Noruega;
- N.º total de utentes em tratamento ambulatório para Portugal, Espanha e Noruega para os anos 2000, 2005 e 2010 (ou anos mais próximos);
- N.º total de utentes em tratamento por droga primária para Portugal, Espanha e Noruega para os anos 2000, 2005 e 2010 (ou anos mais próximos);
- N.º total de utentes que iniciam tratamento em ambulatório por droga primária para Portugal, Espanha e Noruega para os anos 2000, 2005 e 2010 (ou anos mais próximos);
- Estimativa do n.º total de utentes em tratamento para Portugal, Espanha e Noruega para o ano mais recente com dados disponíveis;
- Características demográficas dos utentes que iniciam tratamento ambulatório, para Portugal, Espanha e Noruega para o ano mais recente com dados disponíveis;

- N.º total de utentes que iniciam tratamento em ambulatório para Portugal, Espanha e Noruega para os anos 2000, 2005 e 2010 (ou anos mais próximos);
- N.º total de utentes em tratamento de metadona ou substituição por opióides para Portugal, Espanha e Noruega para os anos 2000, 2005 e 2010 (ou anos mais próximos);
- N.º de Seringas distribuídas pelos programas de seringas para Portugal, Espanha e Noruega para os anos 2000, 2005 e 2010 (ou anos mais próximos);
- Ano de introdução de programas de seringas para Portugal, Espanha e Noruega;
- N.º de utentes em Programas Terapêuticos com Agonistas Opiáceos em Serviços Prisionais para Portugal, Espanha e Noruega para os anos 2000, 2005 e 2010 (ou anos mais próximos);
- Carteira de serviços existente nos serviços prisionais para Portugal, Espanha e Noruega para o ano mais recente com dados disponíveis;

1.2.2. Consequências na Saúde

- Prevalência de infeção pelo VIH em consumidores de drogas injetaveis (%) para Portugal, Espanha e Noruega para os anos 2000, 2005 e 2010 (ou anos mais próximos);
- Prevalência de infeção pelo VIH em consumidores de drogas injetaveis (%) com idade a inferior a 25 anos para Portugal, Espanha e Noruega para os anos 2000, 2005 e 2010 (ou anos mais próximos);
- Mortalidade por SIDA atribuida aos consumidores de drogas injetaveis para Portugal, Espanha e Noruega para os anos 2000, 2005 e 2010 (ou anos mais próximos);
- Prevalência de Hepatite C nos consumidores de drogas injetáveis para Portugal, Espanha e Noruega para os anos 2000, 2005 e 2010 (ou anos mais próximos);
- Prevalência de Hepatite B nos consumidores de drogas injetáveis para Portugal, Espanha e Noruega para os anos 2000, 2005 e 2010 (ou anos mais próximos);
- Novos casos diagnosticados de HIV e diagnósticos de SIDA nos consumidores de drogas injetáveis (todas as drogas) para Portugal, Espanha e Noruega para os anos 2000, 2005 e 2010 (ou anos mais próximos);
- N.º de Óbitos relacionados com o consumo de drogas por género para Portugal, Espanha e Noruega para os anos 2000, 2005 e 2010 (ou anos mais próximos);
- N.º de Óbitos com idade inferior a 25 anos relacionados com o consumo de drogas (National Definition) para Portugal, Espanha e Noruega para os anos 2000, 2005 e 2010 (ou anos mais próximos);
- % de óbitos relacionados com o consumo de drogas sob a mortalidade nacional para Portugal, Espanha e Noruega para os anos 2000, 2005 e 2010 (ou anos mais próximos).

1.2.3. Evolução dos Consumos

- Prevalência de consumo ao longo da vida para a população em geral (15-64 anos) por tipo de droga para Portugal, Espanha e Noruega para os anos 2000, 2005 e 2010 (ou anos mais próximos);
- Prevalência de consumo ao longo da vida para a população em geral (15-34 anos) por tipo de droga para Portugal, Espanha e Noruega para os anos 2000, 2005 e 2010 (ou anos mais próximos);
- Prevalência de consumo nos últimos 30 dias para a população em geral (15-64 anos) por tipo de droga para Portugal, Espanha e Noruega para os anos 2000, 2005 e 2010 (ou anos mais próximos);
- Prevalência de consumo nos últimos 30 dias para a população em geral (15-34 anos) por tipo de droga para Portugal, Espanha e Noruega para os anos 2000, 2005 e 2010 (ou anos mais próximos);
- Prevalência do consumo diário ou quase diário de cannabis entre os jovens adultos (15-34 anos), por género;
- Prevalência de consumo nos últimos 30 dias para a população em geral (15-24 anos) por tipo de droga para Portugal, Espanha e Noruega para os anos 2000, 2005 e 2010 (ou anos mais próximos);
- Prevalência de consumo de ao longo da vida na população escolar (15-16) por tipo de droga para Portugal, Espanha e Noruega para os anos 2007 e 2011;
- Facilidade de acesso as substâncias psicoativas (se desejada) da população 15-24 anos (em 2011);
- Perceção do risco do consumo (uma ou duas vezes) na população 15-24 anos;
- Prevalência de consumo na população reclusa (em reclusão) por tipo de droga por tipo de droga para Portugal (ano 2007) e Espanha (ano 2006).

1.3. Análise Custo-benefício

- N.º total de equipas de rua (2004 a 2012);
- N.º total de equipas de rua co-financiadas pelo IDT no âmbito dos PRI (2008 a 2012);
- N.º total de equipas de rua sem financiamento do IDT no âmbito dos PRI (2008 a 2012);
- N.º total de utentes acompanhados/ média mês ou total ano (2004 a 2012);
- N.º total de novos utentes acompanhados/ ano (2004 a 2012);
- N.º de utentes rastreados/ média mês ou total ano (2004 a 2012);
- N.º de utentes acompanhados no âmbito do Programa de Troca Seringas / média mês ou total ano (2004 a 2012);

- N.º de utentes acompanhados em PSO-BLE / média mês ou total ano (2004 a 2012);
- N.º de utentes acompanhados em apoio psicossocial / média mês ou total ano (2004 a 2012);
- N.º de utentes acompanhados em apoio psicológico /média mês ou total ano (2004 a 2012);
- N.º de utentes alvo de consultas médicas /média mês ou total ano (2004 a 2012);
- N.º de utentes alvo de cuidados de enfermagem /média mês ou total ano (2004 a 2012);
- N.º de utentes alvo de terapêutica medicamentosa /média mês ou total ano (2004 a 2012);
- N.º de utentes alvo de cuidados de higiene /média mês ou total ano (2004 a 2012);
- N.º de utentes alvo de apoio alimentar /média mês ou total ano (2004 a 2012);
- N.º de utentes que saem, por motivo /média mês ou total ano (2004 a 2012);
- N.º de utentes que passaram para um projecto mais estruturado de reabilitação /média mês ou total ano (2004 a 2012);
- N.º de utentes consumidores de substâncias ilícitas por via endovenosa, média/mês ou total ano (2004 a 2012);
- N.º de intervenções em situação de emergência / média/mês ou total ano (2004 a 2012);
- N.º total de encaminhamentos por tipologia, média/mês ou total ano (2004 a 2012);
- N.º Kits distribuídos/ média mês ou total ano (2004 a 2012);
- N.º Seringas trocadas / média mês ou total ano (2004 a 2012);
- N.º Preservativos distribuídos / média mês ou total ano (2004 a 2012);
- Verba orçamentada por ER /ano (2004 a 2012);
- Verba orçamentada para o total equipas de rua/ano (2004 a 2012).

1.4. Análise da Eficácia, Eficiência e Qualidade de Intervenções Específicas

Foram definidos indicadores para componente 4 do estudo com o objetivo de estudar a avaliação da eficiência, eficácia e qualidade de intervenções específicas no âmbito dos vetores do eixo estratégico da redução da procura e do eixo estratégico da redução da oferta.

1.4.1. Prevenção

Eficácia

- Nº de programas de prevenção realizados com base em evidência científica e de intercâmbios e experiências realizados entre 2005 e 2012/Nº de programas de prevenção previstos entre 2005 e 2012;

- Nº total de indivíduos abrangidos por programas de prevenção realizados com base em evidência científica e de intercâmbios de experiências realizados entre 2005 e 2012;
- N.º anual de ações de prevenção realizadas por programas com base em evidencia cientifica e de intercâmbios e experiencias realizados entre 2005 e 2012.

Eficiência

- Custo unitário e médio dos programas de prevenção por tipo de programa de prevenção realizado entre 2005 e 2012 (universal vs seletivo), por ano (evolução anual).

Qualidade

- Número de manuais de procedimento, por ano entre 2005 e 2012;
- N.º de manuais de boas práticas elaborados entre 2005 e 2012;
- Ações de formação realizadas entre 2005 e 2012;
- Existência de manual de validação técnica de programas;
- N.º de programas validados entre 2005-2012;
- Existência de um sistema de suporte informático;
- Sistemas de auditoria e avaliação entre 2005 e 2012.

1.4.2. Dissuasão

Eficácia

- Nº total de processos nas CDT / Nº de processos encaminhados pelas CDT para outros serviços
- Nº total de referenciados que compareceram nas CDT entre 2005 e 2012 / Nº de indivíduos referenciados para comparecer nas CDT entre 2005 e 2012;
- Evidência de formulação de novos mecanismos de articulação em relação aos existentes em 2004.

Eficiência

- Custo médio anual por processo atendido no conjunto das CDT entre 2005 e 2012;

Qualidade

- Nº de queixas e reclamações realizadas entre 2005 e 2012/ N.º de processos atendidos pelas CDT entre 2005 e 2012;
- Mecanismos criados entre 2005 e 2012 para lidar com a não comparência dos referenciados nas CDT;

1.4.3. RRMD

Eficácia

- N.º de respostas de RRMD implementadas entre 2005 e 2012;
- N.º de respostas de RRMD implementadas entre 2005 e 2012;
- N.º de utentes vacinados beneficiários de cuidados de saúde entre 2005 e 2012 e n.º de utentes beneficiários de cuidados de saúde em média por mês entre 2005 e 2012;
- N-º de utentes contatados em média por mês por estruturas de RRMD entre 2005 e 2012;
- N.º de utentes que beneficiaram de apoio psicossocial entre 2005 e 2012;
- N.º de utentes que beneficiaram de cuidados de saúde entre 2005 e 2012;
- N.º de utentes encaminhados entre 2005 e 2012;
- % de utentes encaminhados por tipo de serviço entre 2005 e 2012;
- N.º de utentes beneficiários de PSO-BLE entre 2005 e 2012;

Eficiência

- Custo médio anual por indivíduo entre 2005 e 2012 em cada resposta e por tipologia de resposta de RRMD;
- Custo médio anual por individuo entre 2005 e 2012 no total de respostas, por tipologia de resposta de RRMD;

Qualidade

- Nº de manuais de RRMD elaborados no período de 2005 a 2012;
- Existência de carteira de serviços dos projectos de RRMD por tipologia de resposta;
- Nº de projectos de investigação-acção em RRMD implementados entre 2005 e 2012;
- Nº de protocolos elaborados entre 2005 e 2012.

1.4.4. Tratamento

Eficácia

- Existência de uma carteira de serviços;
- N.º de indivíduos em tratamento entre 2005 e 2012

Eficiência

- Custo médio por utente entre 2005 e 2012 em programas de tratamento nos CRI;

Qualidade

- N.º de programas com inquéritos de satisfação realizados aos utentes entre 2005 e 2012/ N.ºtotal de programas existentes entre 2005 e 2012;
- Nº de protocolos elaborados entre 2005 e 2012;
- Tempos médios de espera para as diversas respostas de tratamento
- Nº de atualizações de linhas orientadoras para intervenção com grupos vulneráveis (grávidas, crianças e jovens em risco)

1.4.5. Reinserção

Eficácia

- Nº de serviços locais do IDT que implementaram o Modelo de Intervenção em Reinserção (MIR) entre 2009-2012/ Número de serviços locais do IDT entre 2009 e 2012;
- N.º de CRI com a figura do gestor de caso entre 2009 e2012;
- % de utentes com PII elaborado entre 2009 e 2012;

Eficiência

- Custo médio no período entre 2005 e 2012 por indíviduo atendido por resposta de reinserção;
- Custo médio no período entre 2005 e 2012 por indíviduo no total de respostas de reinserção;
- N.º de indivíduos atendidos entre 2005 e 2012 por profissonal equivalente a tempo completo por resposta de reinserção;
- N.º médio no período entre 2005 e 2012 de indivíduos apoiados por profissional a tempo completo no conjunto de respostas de reinserção baseadas no modelo

Qualidade

- Existência da carteira de serviços na área da reinserção;
- N.º de guidelines elaborados no período entre 2005 e 2012.

1.4.6. Prevenção e combate à criminalidade associada à droga

Eficácia

- N.º de mecanimos de articulação implementados entre as diversas entidades nacionais competentes no período entre 2005 e 2012;
- N.º de mecanimos de articulação implementados entre os diversas organismos internacionais e autoridades competentes de outros Estados elaborados no período entre 2005 e 2012;
- N.º de operações/investigações/ intervenções conjuntas a nível internacional realizadas entre 2005 e 2012;
- N.º de operações/investigações/ intervenções conjuntas a nível nacional realizadas entre 2005 e 2012;
- N.º de ações conjuntas realizadas entre 2005 e 2012/ N.º de acções conjuntas previstas entre 2005 e 2012.

Eficiência

- N.º de operações/investigações/ intervenções conjuntas a nível nacional que concluíram em apreensões de estupefacientes entre 2005 e 2012/ N.º total de operações/investigações/ intervenções conjuntas a nível nacional;
- N.º de operações/investigações/ intervenções conjuntas a nível nacional que concluíram em apreensões de estupefacientes e detenções entre 2005 e 2012/ N.º total de operações/investigações/ intervenções conjuntas a nível nacional;
- N.º de operações/investigações/ intervenções conjuntas a nível nacional que concluíram em detenções entre 2005 e 2012/ N.º total de operações/investigações/ intervenções conjuntas a nível nacional;
- N.º de operações/investigações/ intervenções conjuntas a nível internacional que concluíram em apreensões de estupefacientes entre 2005 e 2012/ N.º total de operações/investigações/ intervenções conjuntas a nível nacional;
- N.º de operações/investigações/ intervenções conjuntas a nível internacional que concluíram em apreensões de estupefacientes e detenções entre 2005 e 2012/ N.º total de operações/investigações/ intervenções conjuntas a nível nacional
- N.º de operações/investigações/ intervenções conjuntas a nível internacional que concluíram em detenções entre 2005 e 2012/ N.º total de operações/investigações/ intervenções conjuntas a nível nacional;

Qualidade

- Evidência de operações/investigações/ intervenções desenvolvidas em conjunto entre 2005 e 2012.

2. Resultados das Técnicas de Grupo Nominal

2.1. Objetivos e Descrição

Foram desenvolvidas sete técnicas de grupo nominal no âmbito deste projeto[1].

Uma TGN é um método de recolha de informação em grupos reduzidos que se carateriza pelo estabelecimento de um processo estruturado que implica:

- A criação de ideias;
- A comunicação de ideias;
- A discussão – seleção de ideias;
- O consenso quanto à solução.

A técnica de grupo nominal diferencia-se de outro tipo de reuniões em grupo visto que:

- É uma reunião estruturada que acrescenta o pensamento analítico.
- Formulam-se, organizam-se e avaliam-se ideias em grupo de uma forma estruturada e criativa.

Composição dos Grupos:

O grupo de cada sessão foi escolhido tendo por base a convocação de elementos representantes de estruturas envolvidas em matéria das drogas e toxicodependências onde participaram diferentes profissionais. Previu-se uma constituição de 10 elementos por grupo.

Estrutura da Técnica de Grupo Nominal

A estrutura das técnicas de grupo nominal foi igualmente homogénea para os seis grupos e seguiu a seguinte ordem:

- No início das Técnicas de Grupo Nominal foi realizada uma apresentação por parte de uma representante do IDT,I.P. Para permitir uma livre expressão dos participantes este elemento não assistiu às Técnicas de Grupo Nominal, e as mesmas foram conduzidas por elementos da Gesaworld.
- Apresentação da Técnica de Grupo Nominal;
- Explicação da estrutura da sessão;

[1] A primeira técnica teve como objetivo reunir informação e obter consenso sobre as ações emblemáticas no âmbito das reorientações estratégicas de Centralidade, Territorialidade, Abordagens Integradas e ainda no âmbito da intervenção Prevenção da criminalidade relacionada com a droga. Os resultados desta TGN são apresentados no corpo do relatório preliminar.

- Lançamento das questões;
- Atribuição de cartões por participante para que redigem-se uma ideia por cartão. Sendo que dois cartões correspondiam a duas ideias relativas a uma questão e os outros dois cartões correspondiam a duas ideias relativas à outra questão;
- Colocação dos cartões num painel para que fossem visíveis por todos os participantes;
- Discussão de cada cartão;
- Categorização dos cartões;
- Distribuição de 6 etiquetas para a votação das categorias por cada participante;
- Votação dos participantes em cada categoria;
- Apresentação dos Resultados.

Destaca-se ainda que cada Técnica de Grupo Nominal teve a duração de aproximadamente 3 horas.

2.2. Descrição e Resultados TGN

1.4.7. TGN 1 – Entidades Parceiras

Questões

1. Na sua opinião, quais são os pontos fortes obtidos na implementação do PNCDT 2005-2012 na sua área de intervenção?
2. Na sua opinião, quais são os principais aspetos de melhoria no futuro na sua área de intervenção?

Pergunta: *1) Na sua opinião, quais são os **pontos fortes obtidos** na implementação do PNCDT 2005 2012 na sua área de intervenção?*

1) DADOS (13 votos)
o Dados estatísticos o Normalização / Harmonização dos dados o Reconhecimento dos indicadores
✓ Dados estatísticos

- Esforço para a consolidação de dados estadísticos
- Preocupação com a melhoria da qualidade dos dados
- Falta de sistematização

✓ **Normalização / Harmonização dos dados**

- Alinhamento na referência e definição dos dados com o IDT, I.P. e no âmbito Europeu
- A partir de 2008, os dados cumprem os critérios
- Sensibilizar os profissionais para uma melhor harmonização dos dados

2) PARCERIA (8 votos)

- **Conhecer os parceiros**
- **Partilhas de experiências e conhecimentos**
- **Reforço / Desenvolvimento de parcerias a nível central, regional, local**
- **Articulação com as famílias**

✓ **Conhecer os parceiros**

- Melhor articulação entre as instituições para identificar um interlocutor ou responsáveis
- Não basta só conhecer os parceiros, é preciso também definir as metas concretas

✓ **Articulação com as famílias**

- Fundamental para apoiar os projetos desenvolvidos (ex: nas escolas) ou com parceiros.

✓ **Reforço / Desenvolvimento de parcerias a nível central, regional, local**

- Trabalho muito próximo nas escolas com as unidades do IDT, I.P.

✓ **Partilhas de experiencias e conhecimentos**

- Conhecer / Partilhar *Case Studies*

3) ATUAÇÃO (8 votos)

- **Maior preocupação com a prevenção (ações de sensibilização em meio escolar)**
- **Reforço da fiscalização**
- **Definição de procedimentos**
- **Currículo e metodologias de projeto**

- Parcerias locais que se estabelecem (ex: Escola Segura), uma mais-valia na área da prevenção.
- Há que realçar que nos últimos anos, as Forcas de Segurança, tem feito um esforço para normalizar os procedimentos
- Normas internas definidas

4) BOAS PRATICAS (1 voto)

- **Relevância**
- **Pioneiros**
- **Referencial Teórico**
- **Comparabilidade dos resultados nacionais com o contexto europeu**

✓ **Comparabilidade dos resultados nacionais com o contexto europeu**

- Neste momento é possível comparar com critérios equivalentes os nossos dados com os dados europeus

✓ **Relevância / Pioneiros**

- Medidas de prevenção muito específicas no âmbito das forcas armadas, que têm constituído uma mais-valia para o IDT, I.P.

✓ **Referencial Teórico**

- Papel da comunidade educativa para a parte da prevenção e melhoria na saúde
- Papel fundamental para apoiar os projetos desenvolvidos (ex: nas escolas)
- O plano permitiu a referenciação, evidenciação do currículo, e metodologias dos projetos

Pergunta: *2) Na sua opinião, quais são os **aspetos de melhoria** no futuro na sua área de intervenção?*

1) AVALIAÇÃO DE RESULTADOS (11 votos)
o **Avaliação da qualidade dos dados** o **Reforçar a avaliação da qualidade do programa** o **Sistema de recolha e monitorização de dados** o **Maior preocupação com a eficácia / impacto das ações (ex: de sensibilização)**
➢ **Avaliação da qualidade dos dados** o Rececionar feedbacks da informação que é dada e se a mesma responde ao que é pedido o Assumir responsabilidades
✓ **Reforçar a avaliação da qualidade do programa** o Possibilitar olhares diferentes sobre os programas
➢ **Sistema de recolha e monitorização de dados** o Facilitar os canais de comunicação o Simplificar procedimentos

2) ACÃO (7 votos)
o Campanhas conjuntas de prevenção e segurança rodoviária o Formação / promoção da saúde / prevenção do consumo o Contribuir para a implementação deste tipo de programa no meio civil o Preocupação com o contexto laboral
➢ **Campanhas conjuntas de prevenção e segurança rodoviária** o Monitorizar os programas com os parceiros
➢ **Formação / promoção da saúde / prevenção do consumo** o Essencial continuar com o investimento na formação dos técnicos de educação
✓ **Contribuir para a implementação deste tipo de programa no meio civil** o Aplicar o *Know-How* e os programas das Forcas Armadas no meio civil
✓ **Preocupação com o contexto laboral** o Não existe políticas bem definidas no combate às drogas e ao álcool nas Forcas de Segurança = importante apostar nesta política o Para prestar um melhor serviço ao cidadão, dever-se-á garantir que a nível interno os temas nesse domínio estão a funcionar e para um bem-estar dos próprios elementos policiais

3) COORDENAÇÃO / COMPROMISSO (7 votos)
o **Compromisso Institucional** o **Implementação mais coordenada (entre serviços)** o **Reforço do registo e dos recursos humanos que possibilitem o estudo no âmbito da segurança rodoviária** o **Investimento Financeiro**
✓ **Compromisso Institucional** o Compromisso para poder dar continuidade
✓ **Implementação mais coordenada (entre serviços)** o Maior articulação para se conhecer o que se está a desenvolver entre os vários serviços o Maior coordenação / maior comunicação interna o Focar a vertente de coordenação interna, de modo a agilizar as medidas

4) COMUNICAÇÃO (5 votos)
o **Identificação / Recolha / Disseminação de práticas de referência** o **Comunicação direcionada, acessível, agilizada**
✓ **Identificação / Recolha / Disseminação de práticas de referência** o Maior investimento na comunicação interna e entre parceiros o Práticas de referência: mais investimento na prática, recolha, e na dissuasão a nível nacional

1.4.8. TGN 2 – Delegados Regionais e Representantes dos NAT

Questões

1. Quais foram, na sua opinião, os principais resultados obtidos sobre os consumidores com a implementação do PNCDT?

2. Quais foram, na sua opinião, os pontos de melhoria obtidos na sua região com a implementação do PNCDT?

Pergunta escondida: 1 ponto de melhoria de futuro para a sua região no âmbito da luta contra a droga e toxicodependência.

Pergunta: *1) Quais foram, na sua opinião, os **principais resultados obtidos sobre os consumidores** com a implementação do PNCDT?*

1) MELHORIA SAÚDE / SOCIAL (13 votos)

- **Diversidade de respostas terapêuticas com ganhos em termos de saúde individual e de saúde pública**
- **Mais estabilizados e menos desintegrados socialmente**
- **Abrangência: permitiu uma maior cobertura / integração dos doentes e abriu portas para alcoologia e outras dependências. Permitiu ainda mais especificidade formativa dos técnicos por área de missão**
- **Mais ligados ao sistema prestador de cuidados (mais próximos)**
- **Maior estruturação das respostas ao nível da reinserção**

✓ **Maior diversidade de respostas terapêuticas com ganhos em termos de saúde individual e de saúde pública**

- O que se verificou foi que o nível de resposta terapêutica dada aos toxicodependentes se alargou ou seja os programas foram reforçados com mais ganhos para os próprios consumidores
- Modelo de proximidade responde a necessidades específicas dos consumidores
- Fomos de encontro aos consumidores, não esperámos por eles. Melhor acessibilidade e proximidade dos serviços.
- Não existem mais respostas mas as que existem abrangem mais pessoas, a carteira de serviços chega mas longe, chega a mais gente e antes não.

✓ **Abrangência: permitiu uma maior cobertura / integração dos doentes e abriu portas para a alcoologia e outras dependências. Permitiu ainda mais especificidade formativa dos**

técnicos por área de missão o Abrangência = diversificação das repostas (que já existiam mas passaram a ser mas flexíveis e mas próximas das áreas onde não recebíamos doentes) o Mas valia = integrar alcoologia o Técnicos de terreno bem formados, (maior especialização por parte dos técnicos) – carteira básica de formação geral e com possibilidade de especialização o Formação: aumenta capacidade de intervenção (melhoria da intervenção) o Valorização da formação contínua = ganhos para os utentes = melhores profissionais possuem melhores intervenções e práticas. o Técnicos IDT, I.P. bem formados, mas não chegam para dar todas as respostas o Nos últimos anos a formação nem sempre se traduz em qualidade prática (constrangimentos orçamentais pode ser o problema)
✓ **Maior estruturação das respostas ao nível da reinserção** o As respostas ao nível da reinserção não estavam devidamente estruturadas, conseguiu-se criar uma certa harmonização o A coerência nas repostas foi alcançada com o plano atual
✓ **Mais estabilizados e menos desintegrados socialmente** o Externalização = permite utentes mais integrados (parcerias) e com maior estabilidade = resultado dos alargamentos dos dispositivos, pelas parcerias, e pelas convenções (socio-terapêuticas) o Ganhos consumidores: mais estabilizados e mais integrados
✓ **Mais ligados ao sistema prestador de cuidados (mais próximos)** o Conhecer melhor as necessidades dos utentes

2) ACESSIBILIDADE (11 votos)
o **Acessibilidade a respostas de tratamento** o **Acesso ao tratamento – a rede de unidades de tratamento consegue responder às necessidades dos utentes** o **Maior acessibilidade e mais respostas de proximidade das estruturas de apoio**
✓ **Acessibilidade a respostas de tratamento** o Estruturas da comunidade = proximidade aos utentes o Referenciação por parte das CDTs é importante
✓ **Acesso ao tratamento – a rede de unidades de tratamento consegue responder às necessidades dos utentes** o Estruturas respondem à cobertura, e são coerentes…mas os constrangimentos dos últimos anos obrigam-nos a reinventar, porque o que era verdade há alguns anos atrás, já não o é hoje. É necessária uma adaptação sempre que existem novos perfis de consumidores, novos tipos de drogas, novas atribuições, etc… o Não podemos paralisar o que já foi feito até agora (por fatores externos), não podemos perder o trabalho já elaborado
✓ **Maior acessibilidade e mais respostas de proximidade das estruturas de apoio** o Acessibilidade das respostas = ganhos evidentes pelos números de respostas que se dão (estruturas internas, externas e parcerias) o Apoio a projetos, parcerias, consultas descentralizadas, inserção em outras estruturas, articulação com outras áreas de saúde (mental e pública) = trabalho em rede

3) REPOSTAS INTEGRADAS (6 votos)
o **A grande mais valia é a consolidação de um conjunto de respostas integradas. Foram criadas as condições para: - reduzir os riscos e danos; - Tratar os indivíduos; - Reinserir na sociedade (= exercício pleno da cidadania)** o **Complementaridade: permitiu uma intervenção mais integrada e articulada face às necessidades objetivas dos doentes**
✓ **A grande mais valia é a consolidação de um conjunto de respostas integradas. Foram criadas as condições para: - reduzir os riscos e danos; - Tratar os indivíduos; - Reinserir na sociedade (= exercício pleno da cidadania)** o É preciso tratar o individuo mas também inseri-lo na sociedade o A mais-valia deste plano prende-se com a consolidação destas respostas integradas o Territorialidade = constrói-se um diagnóstico do território, observa-se quais são as necessidades de uma determinada zona, e desenha-se intervenções articuladas com as diferentes áreas de missão
✓ **Complementaridade: permitiu uma intervenção mais integrada e articulada face às necessidades objetivas dos doentes** o Capacidade de articulação a nível local com as comissões de proteção, através dos PRIs com todas as autarquias do país, auscultar parceiros, reinserção social, foram estabelecidas parcerias e protocolos com a segurança social o Nos últimos 2 anos existiram bastantes constrangimentos económicos que causaram alguns condicionamentos mantendo-se uma qualidade mínima. No entanto os indicadores clínicos não pioraram apenas indicadores de conforto – o utente continua a ser tratado na mesma mas agora terá de pagar a deslocação ao serviço, e por isso já existem indivíduos a não vieram as consultas pois não têm dinheiro para a deslocação

Pregunta: *2) Quais foram, na sua opinião, **os pontos de melhoria obtidos na sua região** com a implementação do PNCDT?*

1) AVALIAÇÃO / INFORMAÇÃO / MONITORIZAÇÃO (13 VOTOS)

- **Visão tecnicamente mais adaptada ao "terreno"**
- **Maior Preocupação: - qualidade das intervenções; - avaliação das Atividades; - Informação (Sistema SIM); - Investigação (= as decisões são mais fundamentadas)**
- **Maior consistência entre conhecimento científico e definição de medidas**
- **Melhor monitorização / acompanhamento das intervenções (internas e externas) implementadas no terreno (apesar das evidentes limitações de recursos humanos para realizar esta tarefa)**
- **Informação sobre o fenómeno mais fidedigna (melhoria na recolha da informação)**

➢ **Visão tecnicamente mais adaptada ao "terreno"**

- Adaptação ao terreno = dá indicações claras, caracteriza melhor os utentes e abre pistas para a intervenção

✓ **Maior Preocupação: - qualidade das intervenções; - avaliação das Atividades; - Informação (Sistema SIM); - Investigação (= as decisões são mais fundamentadas)**

- Maior preocupação relativa à qualidade da intervenção
- Dados mais acessíveis e credíveis

➢ **Maior consistência entre o conhecimento científico e a definição de medidas**

- Todas as decisões foram baseadas em conhecimentos científicos
- Não são decisões políticas, mas sim fundamentadas

➢ **Melhor monitorização / acompanhamento das intervenções (internas e externas) implementadas no terreno (apesar das evidentes limitações de recursos humanos para realizar esta tarefa)**

- Melhor monitorização dos projetos / e capacidade de acompanhamento

2) RESPOSTAS INTEGRADAS (12 VOTOS)
o **Uma intervenção mais integrada e coerente das diferentes vertentes da abordagem a esta problemática (Prevenção; Tratamento; Reinserção; RRMD; Dissuasão)** o **Respostas a problemáticas mais integradas e articuladas** o **Áreas de missão mais autónomas permitindo o desenvolvimento de projetos de proximidade mais eficazes, com flexibilidade regional.** o **Maior envolvimento: - dos utentes; - dos parceiros nacionais e internacionais; - dos profissionais; - da comunidade (PRI)**
➢ **Uma intervenção mais integrada e coerente das diferentes vertentes da abordagem a esta problemática (Prevenção; Tratamento; Reinserção; RRMD; Dissuasão)** o Informação mais fidedigna (melhoria na recolha da informação = afinação de indicadores) o Bons diagnósticos territoriais: nunca foi realizado uma caracterização tão profunda, correta e concreta
➢ **Áreas de missão mais autónomas permitindo o desenvolvimento de projetos de proximidade mais eficazes, com flexibilidade regional** o Efetividade das intervenções, porque a estratégia clarifica mais as áreas de intervenção
✓ **Maior envolvimento: - dos utentes; - dos parceiros nacionais e internacionais; - dos profissionais; - da comunidade (PRI)** o Período de grande abertura interna e externa o Maior preocupação dos profissionais nacionais o Comunidade mais participativa e sensibilizada

3) ALINHAMENTO ESTRATÉGICO ENTRE AS ESTRUTURAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS (5 VOTOS)
o **Em termos nacionais, entre as estruturas do próprio serviço, melhor alinhamento e mais estruturado** o **Todos a trabalhar na mesma direção** o **Estratégia como instrumento facilitador, mobilizador para intervenção**

Pregunta: *3)* ***Um ponto de melhoria de futuro para a sua região*** *no âmbito da luta contra a droga e toxicodependência.*

Estas ideais NÃO foram a votos

- ✓ **Adaptação / Integração dos serviços, tendo em conta: - a integração nas ARS; - contexto socioeconómico**
  - Tendo em conta o nosso percurso na área de intervenção, estamos perante um grande desafio, com os constrangimentos económico e com a integração nas ARS será necessário encontrar um ponto de equilibro para estes serviços
  - Existe condições para manter estes serviços
  - Contexto socioeconómico: como estes serviços conseguem organizar-se neste contexto para chegar aos utentes e responder às suas necessidades
- ✓ **Manutenção da matriz técnica de intervenção, sustentada em princípios científicos e com o horizonte nos ganhos integrados na saúde**
- ✓ **Manter o modelo de intervenção autónomo**
  - A ARS possui outros conceitos
  - Será difícil manter o modelo autónomo, e a com integração nas ARS este modelo será agravado
  - Tentar não perder o modelo de intervenção e autonomia técnica
- ✓ **Manter e/ou reforçar a coerência da intervenção e garantir a sustentabilidade dos cuidados (ações) nas diferentes áreas de missão**
  - Não estragar o que já foi feito

1.4.9. TGN 3 – PRIS e Núcleos Territoriais

Questões

1. Quais são para si os benefícios dos Programas de Respostas Integradas em relação à situação anterior do país?

2. Quais são para si as áreas de melhoria em relação a estas respostas?

Pergunta: *1) Quais são para si os **benefícios dos Programas de Respostas Integradas** em relação a situação anterior do país?*

1) INTERVENÇÃO DE PROXIMIDADE (17 votos)
o **Implementação de uma estratégia de territorialidade e proximidade: - maior articulação de parcerias (Municípios, IPSS's, Serviços de Saúde, etc…); - Otimização de Recursos; - Melhor conhecimento quer das necessidades, quer das problemáticas.** o **Serviços / Resposta mais adequadas às especificidades de cada uma das populações** o **Núcleo territorial: reúne as várias sinergias e recursos de território num contexto de proximidade** o **Dar resposta aos beneficiários, principalmente à população desfavorecida, e usufruir de todos os serviços** o **Territorialidade**
✓ **Maior articulação de parcerias** o Utentes com maior acesso a diferentes serviços, propostos pela diversidade de parcerias o Utentes sentem-se menos à margem (particularmente no que se refere ao apoio psicológico)
✓ **Serviços / Resposta mais adequadas às especificidades de cada uma das populações** o Melhor adequação = melhores respostas = respostas mais especificas = intervenções de proximidade

2) INTEGRAÇÃO DE RESPOSTAS (10 votos)
o **Concertação e Adequação das Respostas** o **Mobilização / Envolvimento de Instituições Locais (Forças de Segurança, Agrupamentos Escolares, Ass. Jovens, etc.)** o **PRI – Operacionalizar os princípios do PORI – participação, territorialidade, integração – Pilares da Intervenção** o **Integração (Respostas e Atores)**
✓ **PRI – Operacionalizar os princípios do PORI – participação, territorialidade, integração – pilares da intervenção** o Integrar no terreno todos os elementos envolvidos o Integração: Possibilidade de trabalhar em diferentes áreas o Melhor e maior visibilidade
✓ **Integração (respostas e atores)** o Integração de respostas, mais agilizadas
✓ **Mobilização / Envolvimento de Instituições Locais (forças de segurança, agrupamentos escolares, Ass. Jovens, etc.)** o Rede muito consolidada, com muita dinâmica o Envolvimento efetivo o Intervenções comuns

3) AVALIAÇÃO DE RESULTADOS (7 votos)

4) OUTROS CARTÕES QUE FORAM A VOTOS
o **Diagnóstico Contínuo (3 votos)** o **"Profissionalização" da Intervenção (Intervenção Supervisional e em Rede) (3 votos)** o **Criação de Parcerias (1 voto):** veio dar respostas a todos os serviços na comunidade, e acima de tudo, o saber valorizar o trabalho em parceria, prestigiando o valor de cada instituição. o **Replicação de Conhecimento (1 voto)**

- **Participação da Comunidade (0 votos)**
- **Maior sensibilização para comportamentos de risco (0 votos)**: adoção de comportamentos mais conscientes – especialmente ao nível dos estudantes do Ensino Superior.

Pergunta: *2) Quais são para si as **áreas de melhoria** em relação a estar respostas?*

1) INTERVENÇÃO COM BASE EM ACORDOS E RESPOSTAS MAIS ESTÁVEIS (*EM VEZ DE PROJETOS TEMPORAIS*) (17 VOTOS)

- **Os novos problemas emergentes exigem novas abordagens**
- **Intervenção com base em Acordos e Respostas mais Estáveis**

2) ESTABILIDADE DAS INTERVENÇÕES (10 VOTOS)

- **Necessidade de focalizar a intervenção**
- **Prever a continuidade dos projetos**
- **Os projetos deveriam dar mais segurança quanto à sua continuidade**
- **Instabilidade económica tanto do país como da própria instituição para a continuidade – melhor financiamento para futuros PRI**

3) MELHOR INFORMAÇÃO PARA UM FUTURO DIAGNOSTICO E AVALIAÇÃO, MAIOR ABERTURA E ESCOLHAS DE EIXOS PARA AS REGIÕES (7 VOTOS)

- **Celeridade de Respostas (continuidade dos projetos, *Feedback* Avaliação, Pedidos Alteração)**
- **Maior autonomia para as Regiões**

4) OUTROS CARTÕES QUE FORAM A VOTOS

- **Descentralização das Respostas (3 votos):** consulta muito centralizada, quando é necessário o encaminhamento – serviços de tratamento fora da comunidade
- **Melhoria dos instrumentos de avaliação (2 votos)**
- **Necessidade de partilha de base de dados de utente por todos os parceiros do núcleo territorial (1 voto)**
- **Aumento do pessoal afeto a prevenção (1 voto)**

- **Resistência dos Serviços de Saúde (1 voto):** na área de reinserção os resultados nem sempre são os esperados, faltam: - serviços de saúde mais próximos; - terapia de grupo ou ocupacional
- **Hierarquização / Burocratização (0 votos)**

1.4.10. TGN 4 – Representantes dos CRI

Questões

1. Quais são para si os benefícios obtidos com a criação dos CRI?
2. Quais são para si as áreas de missão que necessitam de um maior desenvolvimento e porquê?

Pergunta: *1) Quais são para si os **benefícios obtidos** com a criação dos CRI?*

1) OTIMIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS (22 votos)

- **Flexibilidade na Gestão de Recursos**
- **Mobilidade e partilha dos recursos humanos na área de intervenção dos CRI**
- **Integração e potenciação de recursos (clarificação de papéis; descriminação de funções; plano de formação; serviço; etc.)**
- **Potenciar a gestão dos recursos face à intervenção dirigida ao(s) utente(s)**
- **Coordenação e Gestão de Recursos Humanos**
- **Otimização dos recursos, tarefas, procedimentos, etc…**

2) RESPOSTAS INTEGRADAS NA COMUNIDADE (17 votos)

- **Transversalidade na Gestão das Intervenções / Atividades**
- **Maior conhecimento do território**
- **Maior coesão e articulação da intervenção – face à(s) problemáticas(s) apresentadas pela população-alvo**
- **Aproximação aos Problemas, Recursos e Cidadãs**
- **Implementação de respostas de proximidade**

- **Perspetiva Integrada do Serviço (Utente)**
- **Coordenação e Articulação de respostas**

3) ACESSIBILIDADE E SATISFAÇÃO DOS UTENTES = MELHORIA CONTÍNUA = DIAGNÓSTICO TERRITORIAL (9 votos)

4) OUTRO CARTAO QUE FOI A VOTOS

- **Maior proximidade com os parceiros dos diferentes concelhos e melhor articulação interinstitucional (0 votos)**

Pergunta: *2) Quais são para si as **áreas de missão que necessitam de um maior desenvolvimento** e porquê?*

1) PREVENÇÃO (21 votos)

- **Reforço de RH**
- **Seletiva e Indicada**
- **Reforço da intervenção em meio escolar**
- **Falta de espaço de intervenção**
- **Melhor articulação interministerial**

- Perda progressiva de "espaço" de intervenção em Meio Escolar
- Necessidade de consolidar os diferentes programas que estão no terreno
- Prevenção seletiva e indicada = pela emergência de "novos" consumos / "novas" drogas, pela necessidade de intervir com adolescentes / jovens com consumos de cannabis e/ou álcool…
- Prevenção: inconsistência na ação a nível nacional mas também regional
- Prevenção: desmistificar conceitos, a prevenção por vezes "confunde-se" com sessões temáticas e pontuais…é importante reconhecer a sua importância quer pela prossecução de projetos de continuidade alvo de avaliação de processos e de resultados, quer pela proximidade aos locais de intervenção.

2) MAIOR ARTICULAÇÃO ENTRE TRATAMENTO / DISSUASÃO (10 votos)

- **Princípios de base têm que ser uniformizados**
- **As políticas não estão coordenadas**
- **Faltaram sinergias**
- **Tratamento "core-business" do IDT, I.P. que foi abandonado para coordenar e articular as respostas de proximidade**
- **Falta de RH clínicos / especializados**

3) ARTICULAÇÃO ENTRE TODAS AS ÁREAS DE MISSÃO (7 votos)

- **Equipa Multidisciplinar**
- **Abordagem por processos**
- **Indicadores e sua Monitorização**

4) OUTROS CARTÕES QUE FORAM A VOTOS

- **RRMD (Instrumentos de monitorização e avaliação) – (5 votos)**
- **Tratamento com maior proximidade ao utente e ao seu contexto social (5 votos)**
- **Redução de Riscos e Reinserção (0 votos)** ao nível da articulação com as respostas preventivas dirigidas a grupos específicos ou indivíduos (intervenção precoce com jovens consumidores) contextos recreativas
- Reinserção (0 votos) – trabalhar com maior proximidade a desinserção em meio laboral em conjunto com outras áreas de missão (prevenção, tratamento, RRMD)

1.4.11. TGN 5 – Membros das diversas Autoridades Policiais e Representantes de CDT

Questões

1. Quais são para si às mediadas de Prevenção da Criminalidade que a partir do ano 2005 alcançaram um maior êxito na redução dos consumos? (tentar referir um medida desenvolvida no âmbito nacional e outra no âmbito em cooperação com os organismos internacionais)?

2. Indique quais áreas de melhoria de futuro.

Pergunta: *1) Quais são para si as **mediadas de Prevenção da Criminalidade** que a partir do ano 2005 alcançaram um maior êxito na redução dos consumos? (tentar referir uma medida desenvolvida no âmbito nacional e outra no âmbito da cooperação com os organismos internacionais)*

1) ESCOLA SEGURA (12 votos)

- Única faixa etária com reduções de consumos, faixa etária dos 14 aos 19, o que não se relaciona diretamente com o combate à criminalidade, mas sim com o policiamento de proximidade, principalmente a prevenção como o Programa Escola Segura
- Um Programa muito "visível" e com efeito dissuasor
- Programa que resulta / que tem impacto / visibilidade / presença
- Programa que chega mais rapidamente aos pequenos consumidores / aos pequenos delinquentes = dificultando acesso e venda = diminuir experimentação as drogas

2) ENVOLVIMENTO DA COMUNIDADE (10 votos)

- Perceção da Policia / Abordagem da Policia mas também de toda a comunidade = ganhos excelentes
- Comportamento muito pedagógico
- Alteração de paradigma
- Maior sentimento de segurança
- Comunidade colaborou mais com as instituições de saúde, e com as polícias
- Policiamento de Proximidade = envolvimento COM a comunidade diferente de envolvimento DA comunidade

3) AVALIAÇÃO DO NINHO DE RESPOSTAS DE TRATAMENTO (5 votos)
o Perspetiva de mudança e olhar sobre a toxicodependência passagem para a centralidade das pessoas, e não tanto nas drogas o Melhor referenciação dos utentes

4) OUTROS CARTÕES QUE FORAM A VOTOS
o **Urbanismo (3 votos)** o **Operacionalizar e melhorar a aplicação da Lei (2 votos)** o **Partilha de Informação no âmbito do policiamento de proximidade, especificamente orientada para a prevenção em análise (2 votos)** o **Uniformização da Legislação (1 voto)** o **Reorganização das diferentes entidades Envolvidas (1 voto)** o **Festivais (0 votos)** o **Identificar e desmantelar eventuais estruturas / grupos / individuo / responsáveis pelo cultivo, produção e transformação de produtos estupefacientes ilícitos em território nacional (0 votos)** o **Cooperação entre os diferentes OPC no combate ao tráfico (0 votos)** o **ALERT – Sistema de Alerta Rápida sobre novas substâncias (0 votos)**

Pergunta: *2) Indique quais às **áreas de melhoria** de futuro*

1) DIMINUIÇÃO DO PEQUENO TRAFICO / TRAFICO-CONSUMO (10 VOTOS)
o Ajudaria se os utentes obtivessem informação sobre o que estão a consumir (grau de impureza é muito alto) = aumentar o número de ações de análise das substâncias o Mais informação aos jovens sobre as consequências e riscos a médio e longo prazo o Recentrar o combate dos OPCs neste fenómeno o Recentrar a atividade nos pequenos consumos

2) POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL (5 VOTOS)
o Órgão das forças de segurança e entidades não têm nenhuma política de comunicação social nesta área – é lamentável o Prejuízos para a comunidade

3) AGILIZAÇÃO DO FLUXO DE INFORMAÇÃO DAS COMUNIDADES PARA OS OPCs PROMOVENDO O EMPOWERMENT LOCAL (5 VOTOS)
o Pouca comunicação entre polícias o Maior partilha de informação o Demasiada hierarquia e a demora da informação o Melhorar a legislação no que respeita às drogas sintéticas

4) OUTROS CARTÕES QUE FORAM A VOTOS
o **OPC disporem de um sistema único de informação (4 votos)** o **Programa de monitorização e divulgação da composição das drogas ilícitas, com vista a dissuasão de consumos (4 votos)** o **Melhoria da articulação interinstitucional e de coordenação interministerial (3 votos)** o **Maior celeridade (deteção e alterações legais) nas drogas sintéticas (3 voto)** o **Combate aos bens monetários e imóveis (lucros) dos traficantes (2 votos)** o **Reforço da partilha de experiências com congéneres internacionais em situação social / económica similar à nossa na área de prevenção da criminalidade "boas práticas" (0 votos)** o **Alargamento do quadro legal (0 votos)**

1.4.12. TGN 6 – Equipas RRMD

Questões

1. Quais foram, na sua opinião, os principais benefícios obtidos* com a implementação do PNCDT?

2. Quais foram, na sua opinião, os pontos de melhoria obtidos* com a implementação do PNCDT?

*** Na perspetiva dos utentes**

Pregunta: *1) Quais foram, na sua opinião, os **principais benéficos obtidos** (na perspetiva dos utentes) com a implementação do PNCDT?*

1) MAIOR INVESTIMENTO EM EQUIPAS QUE TRABALHAM EM PROXIMIDADE COM OS UTENTES. PERMITINDO ALCANÇAR UTENTES QUE NÃO ERAM ABRANGIDOS PELOS SERVIÇOS (23 votos)
o **Maior Numero de Equipas de Proximidade** o **Mais Saúde (+ reinserção social) para a população afastada dos cuidados (RRMD)** o **Mais projetos de redução de riscos** o **Mais escolha para os utentes** o **Redução e Riscos**
o Aumento significativo dos projetos, mas não suficiente o Mais respostas para os utentes, nos diferentes eixos o Maior número respostas, de projetos …os utentes sentem que alguém se preocupa e se interessa pelo seu estado o Complementaridade nas respostas e mais proximidade com os utentes o Mais utentes abrangidos pelos serviços = mais saúde o Respostas = permitem fazer futuros projetos adaptados à realidade

2) IMPLEMENTAÇÃO DE PSOBLE'S NO TERRENO (12 votos)
o Não é necessário mais programas, mas sim uma maior persistência dos mesmos o Maior acesso à saúde, diminui a pequena criminalidade etc… o Possibilidade de estar no terreno, acompanhar os padrões de consumo, novas substâncias

3) ESTRATÉGIA NACIONAL PARA INTEGRAÇÃO DA PESSOA SEM-ABRIGO (8 votos)
o Mais autonomia na atribuição de apoio social (alojamento) com problemáticas de toxicodependência o Na óptica dos utentes, um dos pontos mais valiosos o Menos burocratização

4) OUTROS CARTÕES QUE FORAM A VOTOS
o **Criação de equipas de redução de riscos em contextos mais específicos como por exemplo os contextos festivos (4 votos)** o **Mais técnicos que ajudam os utentes (1 voto)** o **Consultas descentralizadas das ET's e locais de toma de metadona alternativos e mais próximos (0 votos)** o **PRI = intensificação de respostas adequadas às necessidades locais e complementaridade das respostas (0 votos)** o **Complementaridade das Respostas (RRMD – Tratamento – Reinserção) (0 votos)** o **Ganhos diretos: melhoria da qualidade de vida dos utentes / Ganhos indiretos: acompanhamento da evolução do fenómeno, possibilitando um diagnóstico para projetos ajustados às reais necessidades (0 votos)** o **Maior acesso para Rastreios (0 votos)**

Pregunta: *2) Quais foram, na sua opinião, os pontos de melhoria obtidos (sempre na perspectiva dos utentes), com a implementação do PNCDT?*

1) CONTINUIDADE AUTOMÁTICA DOS PROJETOS (TRATAMENTO NÃO PÁRA!) (16 votos)

- **Respostas mais constantes e estruturadas**
  - As necessidades dos utentes mantêm-se diariamente (como um hospital ou centro de saúde)
  - Projetos = respostas pontuais para necessidades que são contínuas / constantes
  - Avaliação sobre os projetos são feitas, mas não existe *feedback*

2) COLOCAR EM PRÁTICA A FACILITAÇÃO DO ACESSO A ALGUNS SERVIÇOS DE 1.ª LINHA E ARRANQUE DE OUTROS (9 votos)

- **Salas de Injeção assistida**
- **Respostas de habitação**
- **Respostas de alimentação**
- **Mais respostas ao nível das necessidades básicas**
- **Redução de Riscos mais abrangente**
  - Respostas de alimentação / habitação / alojamento não existem e estão contempladas no Plano
  - Os utentes que vão ao tratamento não conseguem ter um mínimo de necessidades básicas da vida
  - Sala de injeção assistida: esta prevista no Plano, ainda não existe e teria grande impacto para os consumidores e para a comunidade em geral.

3) MAIS RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS PARA MELHORES RESPOSTAS (8 votos)
o **Mais instalações fixas e móveis** o **Mais médicos no terreno** o **Mais educadores de pares no terreno** o **Desvalorização dos Educadores de pares** o **Mais pessoas a lutarem pelos utentes**
o Necessário maior acompanhamento médico (ao ter mais conhecimento e autonomia que os enfermeiros) o Médicos podem ter um contributo muito importante, e deveriam estar mais presentes nas equipas. o As equipas precisam de mais respostas clinicas no terreno o Para os recursos humanos e materiais = a verba prevista é insuficiente e para além disso as rúbricas elegíveis não comtemplam tudo o que é prioritário para o trabalho de uma equipa

4) OUTROS CARTÕES QUE FORAM A VOTOS
o **O nome do próprio plano (6 votos)** o **Maior celeridade nas repostas (via verde) (6 votos)** o **Duplicação de Respostas = falta de articulação dos serviços (0 votos)** o **Maior participação das equipas na elaboração de diagnósticos (equipas / população-alvo) (0 votos)** o **Diversificação de respostas para diferentes perfis de utentes (0 votos)**

3. Guião e Resultados das Entrevistas Individuais

3.1. Entrevista ao Coordenador Nacional para os problemas da droga, das toxicodependências e do uso nocivo do alcool

GUIÃO DE ENTREVISTA

ENTREVISTADO: COORDENADOR NACIONAL PARA OS PROBLEMAS DA DROGA, DAS TOXICODEPENDÊNCIAS E DO USO NOCIVO DO ALCOOL

MOTIVO: AVALIAÇÃO EXTERNA DO PNCDT 2005 - 2012

DATA, HORA E LOCAL: 04.06.12, 10H00, SICAD

DURAÇÃO PREVISTA DA ENTREVISTA: 1H30 M

DURAÇÃO MÉDIA ESTIMADA DE CADA RESPOSTA: 10 M

TÓPICOS:

1. Opinião sobre os principais resultados obtidos com a implementação do PNCDT 2005-2012. Explicar porquê.
2. Pontos críticos na implementação do PNCDT

   Identificando:

   - Os fatores externos e/ou fatores internos que estiveram na base desses pontos críticos;
   - As áreas de melhoria.
3. Articulação e coordenação entre os vários departamentos governamentais envolvidos nos problemas relacionados com a droga e as toxicodependências:
   - do lado da redução da oferta,
   - do lado da redução da procura.
   - Aspetos a melhorar em relação ao exercício de 2005 a 2012.
4. Novas drogas, processo de regulamentação e articulação entre departamentos governamentais.
5. Dificuldades na recolha de informação sobre mortes relacionadas com droga (resultados toxicológicos) (OEDT).
6. Dificuldade de sistematização dos custos de tratamento das estruturas do IDT (OEDT).
7. Constrangimentos e potencialidades em termos de política de luta contra e droga e toxicodependência a nível europeu;
8. Perspetiva comparada da política portuguesa de luta contra a droga e toxicodependências em relação a outros países da europa (nomeadamente, Noruega e Espanha).

RESULTADOS

Q: Quais foram os principais ganhos com PNCDT?

R: Os principais ganhos relacionam-se com o aumento da acessibilidade para tratamento de toxicodependentes e nos últimos anos de alcoólicos.

A questão da descriminalização que foi decidida em 2001, quando chegamos a 2005 verifica-se implementação do dispositivo da dissuasão a ser concluído. Aquilo que do meu ponto de vista é o impacto mais importante com a descriminalização é a diminuição do estigma, o fato das pessoas falarem mais abertamente dos seus problemas não tendo receio de se aproximarem das estruturas de tratamento, havia antes medo das pessoas se aproximarem das estruturas de tratamento com receio de serem referidos para as forças policiais. Embora a descriminalização nunca tenha sido conhecida em todos os seus contornos pelas massas os diretamente interessados souberam e há fatos elucidativos disso. Antes da descriminalização era comum as pessoas que nos procuravam recusarem dar o nome completo, davam a data de nascimento muitos deles se recusavam em dar-nos a identificação completa. Hoje sem problemas pedimos a identificação e a pessoa saca do seu bilhete de identidade ou cartão de cidadão para copiarmos os dados sem nenhum tipo de problema. Isto indicia uma muito maior confiança no sistema.

A par disto o dispositivo da dissuasão começa a entrar em velocidade cruzeiro e começa a permitir a identificação precoce de situações de risco, eu diria que o grande objetivo da dissuasão nunca foi aplicar penalidades, e sobretudo penalidades aos toxicodependentes mas sim identificar precocemente consumidores junto dos quais é possível exercer uma ação pedagógica e enviá-los para respostas não propriamente resposta para tratamento da toxicodependência mas outros tipos de respostas existentes na comunidade onde possam discutir e obter ajuda para problemas de carater social, familiares, psicológicos, etc. E como intervenção precoce tentar evitar que um percurso que poderia conduzi-los à toxicodependência seja interrompido precocemente.

Estes são os grande ganhos depois do ponto de vista ainda dos profissionais e continuando a situar-me em toda esta questão da descriminalização ela veio introduzir alguma coerência na postura dos técnicos, embora não fosse racionalizado era complicado eu enquanto médico ter à minha frente um criminoso e não só eu funcionário público não refiro às autoridades policias, como seria teoricamente o meu dever, como ainda em nome do mesmo Estado que criminaliza ser capaz de dar uma seringa para ele continuar a praticar o seu crime. A descriminalização veio parcialmente atenuar esta contradição, fato do Estado português assumir claramente que um toxicodependente é um doente e não um criminoso veio acomodar esta inquietação que os profissionais sentiam.

Q: Sendo que a descriminalização ocorreu em 2001, o que é que o PNCDT elaborado em 2005 veio trazer como mais-valia?

R:Não trouxe grandes inflexões relativamente áquilo que estava definido apenas em termos de atitude dos próprios profissionais e alguma coisa que se veio a desenvolver na prática. Por exemplo as forças policiais sempre tiveram uma muito maior incidência de atuação junto de utilizadores de drogas não toxicodependentes exatamente com este objetivo de interromper uma carreira que pode levar à toxicodependência do que propriamente junto dos toxicodependentes. Nós temos números significativamente mais elevados relacionados com a atuação das CDT envolvendo não toxicodependentes do que toxicodependentes, a dissuasão funciona como um cartão amarelo no futebol, é um aviso.

Do ponto de vista do plano não há grandes inflexões definidas mas a prática estava numa fase muito incipiente quando este plano foi definido, veio evoluindo para esta postura de segunda linha de intervenção preventiva. Pretende-se atenuar antes que as coisas aconteçam mas se já estão a acontecer vamos tentar interromper.

Enquanto Coordenador Nacional penso que desenhámos um plano estratégico que ao fim ao cabo vinha na sequência lógica do plano anterior com pequenas inflexões mas com alguns princípios que apontavam para a questão da territorialidade, centralidade no cidadão, as respostas integradas e a melhoria da qualidade.

Em termos da centralidade do cidadão esta questão da dissuasão veio muito nesta linha, o dispositivo dissuasão tenta de fato identificar as necessidades do indivíduo.

Todos estes princípios acabaram por ter aplicabilidade quase em simultâneo. A questão da territorialidade e das respostas integradas conduziu a um novo desenho da estrutura, como a construção dos CRI que pretendem ter equipas que num continuum vão oferecendo respostas à população que pretendem servir numa base territorial, cada um dos CRI é responsável por todas as áreas de atuação numa área bem delimitada.

Uma outra decorrência da aplicação dos princípios de territorialidade e respostas integradas foi a criação do PORI com base num diagnóstico de território com avaliação das necessidades e com uma dinâmica de concurso que permitia otimizar o valor do dinheiro investido.

Era típico que as instituições públicas abrissem linhas de financiamento e as ONGs apareciam com os seus projetos não existindo ninguém que tivesse uma visão de conjunto e que dirigisse o desenvolvimento dos projetos, era algo casuístico. Não existia monitorização dos projetos da sua própria execução. Com o PORI introduzimos um maior rigor na definição dos objetivos, uma otimização em termos de custos, a garantia de alguma sustentabilidade com projetos a decorrer em dois anos com possibilidade de serem renovados e uma maior adequação aos reais problemas existentes naquele território.

Demos passos significativos no sentido de progresso aos princípios de territorialidade e respostas integradas.

A questão da qualidade e da certificação arrancou tarde. Criamos uma equipa específica para a qualidade e que apoiou várias unidades no processo de certificação. Desenvolveu-se um trabalho de motivação, de explicação do que é a qualidade, para que é que serve, veio introduzir a clarificação dos papéis de cada um dos membros das equipas. Permitiu estabelecer rotinas e definir procedimentos e portanto diminuir a probabilidade de erro.

Creio que outro dos impactos relevantes, para além do aumento da acessibilidade, foi o desenvolvimento de projetos adequados aos públicos-alvo, o desenvolvimento de projetos que passam pela educação para a saúde mas também por atuação em contextos festivos que, no início deste Plano começaram a aumentar em grau de importância. A partir de finais dos anos 90 começou a aumentar a importância de consumos ligados à festa não tão marcados por dependência mas por consumos esporádicos com menor repercussão na saúde individual e coletiva. Assistimos a uma diminuição verdadeiramente espetacular do consumo por via injetável à mercê de informação, da menor pressão para o consumo, entre outros. A difusão dos programas de substituição opiácea veio permitir que as pessoas controlassem os seus consumos e não tivessem necessidade de passar à via injetável no caso daqueles que consumiam por via fumada. Isto traduz-se numa diminuição de mais de 30% de consumidores que pediam ajuda nos nossos centros consumiam por via injetável para uma percentagem de 7% em 2010. O contingente dos injetores já não é o mais significativo na incidência de VIH/ SIDA. Quem usa drogas passou a ter condições para o fazer com menos riscos por via do trabalho informativo, da disponibilização de material (seringas), do trabalho de proximidade

desenvolvido pelas equipas de RRMD favorecendo que os consumos pudessem ocorrer com menos risco. Penso que este é um dos ganhos mais importantes.

A RRMD estava trabalhada antes deste plano com respostas mais localizadas e cingidas sobretudo às grandes cidades. Conseguimos identificar in loco bolsas de problemas e trabalhar de forma proximal. Creio que a nova estrutura organizativa introduzida neste plano permitiu uma maior aproximação aos problemas reais e em todo o país.

Houve um trabalho de proatividade, de busca ativa de aproximação às pessoas às estruturas de tratamento e de RRMD. Um dos princípios da estratégia de 1999 e que ganhou uma maior expressão na atuação real foi o princípio do humanismo e do pragmatismo que se traduzem no fato de o Estado português não desistir das pessoas, mesmo que a pessoa consuma o Estado português investe na minimização dos riscos e redução dos danos causados pelos consumos para essa pessoa. Creio que houve um trabalho sério no sentido de garantir maior esperança e qualidade de vida. Sinto que alguns Estados, por exemplo alguns dos Estados Nórdicos, têm programas de suporte de saúde e social disponíveis mas mais desde uma perspetiva corretiva porque se o tratamento não tem "êxito" o Estado desiste da pessoa. No caso de Portugal não desistimos da pessoa, o que tentamos em primeiro lugar é que a pessoa ganhe de novo a sua capacidade de se autodeterminar. Penso que temos motivos para nos orgulhar desta postura para além de ter impactos em termos de indicadores e no dinheiro que se gasta. A SIDA é um exemplo paradigmático. Portanto, em tratamento temos tido um número record de pessoas que se aproximam sem receio à estruturas, temos a derivação de pessoas identificadas com consumos para respostas para a comunidade podendo interromper esses consumos. Este ano serão importantes os resultados que iremos obter do inquérito sobre consumos à população em geral.

Quanto a áreas menos bem conseguidas encontra-se o indicador sobre as mortes relacionadas com os consumos. Temos tido alguma dificuldade por motivo das várias fontes disponíveis e da própria definição e tradução para o português. Tem existido nos últimos tempos um esforço de harmonização e escolha da fonte a indicar para o OEDT e penso que esta questão está corrigida. Em termos de overdoses reportadas enquanto tal temos tido uma diminuição ao longo dos anos. Em relação ao número de mortes associadas a droga temos tido uma tendência ligeiramente crescente.

Q. Esse aumento deve-se a que fatores?

R. Deve-se muito provavelmente a um aumento muito significativo de exames toxicológicos. Penso que mesmo aí não há uma evolução drástica. Diria que a maior fragilidade que temos em termos de aferição dos indicadores e comparabilidade com os indicadores definidos pelo OEDT.

Q. O OEDT refere nos seus relatórios que Portugal deve melhorar na apresentação dos dados económico-financeiros dos seus programas de tratamento.

R. Dispomos uma série de parceiros envolvidos de várias áreas ministeriais e todos dão o seu contributo para o PNCDT. É difícil identificar o valor dedicado exclusivamente à questão da droga e dependências, veja-se o caso das prisões onde não conseguimos identificar a partida de gastos envolvidos especificamente para a droga, o mesmo nas atividades realizadas na escola e por ai fora.

Q. O OEDT referia-se especificamente a tratamento...

R. Estas parcelas nem sempre são fáceis de identificar. Sabemos que existe a parcela dos consumíveis, a parcela dos recursos humanos, entre outras. No entanto se pretender saber qual é o custo por exemplo de um programa de substituição opiácea, há dificuldade porque há ações por exemplo de consultas vocacionadas para este programa e portanto os custos com o programa diluem-se em várias atividades.

Q. O OEDT parece referir que existe um centro de custos no caso das convenções e não nos recursos próprios

R. É difícil porque os técnicos dos CRI trabalham em vários vetores da área de missão da procura e portanto é difícil identificar qual é exatamente o trabalho feito num âmbito ou noutro. No entanto o QUAR veio introduzir metas e rigor em termos de desempenho.

Q. Voltando à implementação do PNCDT, quais foram as áreas que não foram desenvolvidas ou onde houve maior dificuldade?

R. Verdadeiramente não identifico grandes ações planificadas e não cumpridas. Deve-se dizer que houve algumas entropias como a inclusão do álcool no mandato, transformação das unidades de alcoologia, a própria alteração de paradigma de intervenção com a criação dos CRI criou esforços acrescidos mas no essencial creio que correu bastante bem

Houve alguns pontos mortos, por exemplo, uma demora grande na aprovação do Plano em avaliação, o mesmo com o plano para o álcool. Há algumas medidas emblemáticas incluídas no Plano que foram inclusivamente objeto de contestação como seja a implementação das salas de consumo assistido. Foi introduzida legislação que previa a implementação das mesmas. Na altura do SPTT considerava que o volume de população injetora e a incidência de VIH/SIDA poderia justificar. Em 2005 retomamos essa ideia e aí nesse momento criam-se as circunstâncias políticas que favorecem a implementação destes recursos. No entanto, tendo-se na altura verificado já uma caída vertiginosa do consumo por via injetável e o facto de termos conseguido chegar à população por outras vias, seria um sinal errado a abertura de salas de consumo assistido. A recusa desta possibilidade creio que mostrou a nossa capacidade de adaptação das respostas às necessidades em termos de saúde pública. Nada me diz que não possa haver uma inflexão no futuro, parece que este ano o número de injetores duplicou em relação ao ano anterior portanto é bem possível que se possa voltar a sentir necessidade de recuperar essa resposta.

Q. Como é que classifica a relação com as entidades parceiras?

R. Esta é uma atuação caracterizada por uma complementaridade e uma escolha assumida por diversos governos. Ou seja, ambulatório sobretudo assegurado pelo Estado e internamento pelos privados. Fomos dotados da competência regulamentadora e de acompanhamento das entidades privadas às normas e creio que nesse aspeto tudo correu bem. Tivemos algumas dificuldades de circunstância na atividade fiscalizadora por motivos de recursos humanos. As verbas com as quais financiámos as convenções provêm dos jogos sociais e tem havido problemas de tesouraria e no cumprimento dos prazos de pagamento estipulados. Creio no entanto que entre todas as entidades parceiras há uma relação de complementaridade, quer com entidades públicas como privadas.

Q. A nível interministerial como é que funciona esta relação?

R. Funciona bem.

Nota a gravação por motivos técnicos foi interrompida.

3.2. Entrevista ao Sub-Director do SICAD

GUIÃO DE ENTREVISTA

ENTREVISTADO: SUB-DIRECTOR DO SICAD

MOTIVO: AVALIAÇÃO EXTERNA DO PNCDT 2005 - 2012

DATA, HORA E LOCAL: 06.06.12, 09H00, SICAD

DURAÇÃO PREVISTA DA ENTREVISTA: 1H30 M

DURAÇÃO MÉDIA ESTIMADA DE CADA RESPOSTA: 13 M

TÓPICOS:

1. Opinião sobre os principais resultados obtidos com a implementação do PNCDT 2005-2012. Explicar porquê.

2. Pontos críticos na implementação do PNCDT

Identificando:

- Os fatores externos e/ou fatores internos que estiveram na base desses pontos críticos;
- As áreas de melhoria.

3. Pontos fortes e críticos por vetor:

- Prevenção
- Dissuasão
- Tratamento
- RRMD
- Reinserção

4. Pontos fortes e críticos por vetor Prevenção da criminalidade relacionada com a droga

5. Articulação e coordenação entre instituições parceiras envolvidas nos problemas relacionados com a droga e as toxicodependências:

- do lado da redução da oferta,
- do lado da redução da procura.
- Aspetos a melhorar em relação ao exercício de 2005 a 2012.

6. Impactos das respostas nos indicadores epidemiológicos

7. Benefícios dos PRI e pontos de melhoria

8. Opinião sobre respostas a grupos vulneráveis e/ou de risco

RESULTADOS

Q: Quais foram na sua opinião os principais resultados obtidos na implementação do PNCDT?

R: O PNCDT manteve as orientações que estiveram na génese da ENLCD. Em 2005 tínhamos os seguintes objetivos na elaboração do PNCDT:

Em primeiro lugar, responder às pessoas que precisavam de atendimento mas que não vinham até aos serviços. Nesta altura já não havia listas de espera em ambulatório mas havia necessidade de chegar às pessoas que não conseguiam aceder aos serviços. Através dos projetos que se implementaram tentou-se criar uma rede de intervenção fora da rede de atendimento ambulatório convencional (CAT). Considero que esse objetivo foi alcançado.

Por outro lado, em Portugal nesta época havia um problema grave que era o consumo de heroína e por via injetável, aumentando o n. de casos de VIH. O objetivo era conseguir que houvesse o rastreio de todos e que depois do rastreio houvesse acompanhamento e que a intervenção fosse preventiva para evitar novas infeções. O projeto Klotho foi fundamental para este rastreio e os resultados atingidos foram ótimos.

Em 2005 queríamos ainda dar resposta a casos que ainda não necessitam de tratamento. Ou seja, sempre e quando havia a identificação do consumo pela comunidade/ famílias, independentemente de já ser ou não problemático, não havia orientação. Por um lado criámos histórias que ajudam a orientar a intervenção (Programa Eu e os Outros) de acordo com uma forma de prevenção universal e, por outro, foram criados programas de intervenção seletiva e indicada, tais como o PORI e o PIF. Estas ações de prevenção alargaram a sua intervenção em termos de abarcar novos espaços de atuação (e.g., espaços para jovens) de forma a poder atuar o mais cedo possível. Considero que este objetivo foi atingido.

Procedemos ainda a uma modificação estrutural dos serviços. Pretendia-se que cada uma das áreas de intervenção (RRMD, tratamento, reinserção, dissuasão, prevenção) se sentisse autónoma e se pudesse direcionar a si própria. Considero que a mais-valia com esta modificação se conseguiu na área da reinserção. Hoje o relatório de atividades do IDT consegue dar informação sobre a área da reinserção o que antes não acontecia.

No âmbito da prevenção, houve um trabalho entre o universal e o seletivo que foi o Eu e os Outros. O Tu alinhas foi uma intervenção muito significativa. A Escola Segura teve por sua vez uma perda de elementos (RH) e não consegue ir tao próximo das escolas como o foi numa época anterior.

No âmbito da dissuasão o PNCDT não trabalha muito esta área mas pelo menos encaixou-a na seguinte perspetiva: a dissuasão passa a não ser encarada num sentido punitivo mas num quick-off para começar algo e como um elemento de prevenção, muito mais que punição. Sobretudo o que se conseguiu foi colocar todas as CDT em funcionamento, o que não acontecia quando chegaram em 2005.

Em suma, considero que a harmonia nas 5 áreas da redução da procura existe nos dias de hoje, o que não acontecia em 2005. A intervenção integrada foi conseguida, a centralidade, isto é, a preocupação com o cidadão também. A preocupação é identificar o problema, onde quer que ele

esteja e responder segundo as necessidades de cada um. Por outro lado, também se tentou reduzir os efeitos nefastos produzidos pelo consumo na área das infeções e isso foi um ganho tremendo apesar de continuarmos ainda com valores significativos o que por outro lado é sinónimo que continuamos a manter vivos e a acompanhar pessoas que pelas infeções adquiridas só por si não o conseguiriam fazer.

Em relação à oferta, é uma vertente claramente conseguida nomeadamente ao nível da articulação entre as várias forças. A procura centra-se sobretudo no grande tráfico e não no pequeno houve uma boa articulação entre autoridades policiais e IDT.

A criação da Coordenação Nacional foi um hiato muito importante. Assumimos esta Coordenação como uma mais-valia, para o álcool considero inclusivamente que esta Coordenação é um pilar fundamental porque ao se identificar 10 ou 12 áreas ministeriais de intervenção que concorrem para uma mesma política, conseguir ter representantes dos ministros numa Comissão técnica a discutir a mesma área e ter Subcomissões que avaliam o pôr em prática e colocar toda a gente a trabalhar no mesmo sentido é ótimo. Este Plano teve ainda a mais-valia de ter sido construído e acompanhado por essas pessoas o que é ótimo porque todos articulam. Das 87 medidas que estavam preconizadas conseguiu-se completar 86% o que é fantástico.

Os profissionais têm sido todos, uma mais-valia. No caso do PORI por exemplo conseguiu-se no diagnóstico mobilizar cerca de 800 instituições o que é paradigmático e tradutor da capacidade dos profissionais de contribuir.

Por fim, um desígnio que tínhamos em 2005 era criar um registo informático que suportasse o diagnóstico, o que foi difícil conseguir. Era muito necessário normalizar e conseguiu-se criar o SIM que permite trabalhar de forma mais harmonizada e que constitui um instrumento para a gestão fabuloso.

Q:Quais são na sua opinião os pontos críticos em cada vetor?

R: No âmbito da prevenção o que se tentou fazer foi com base nos seguintes pressupostos:

A. As campanhas ajudam a consumir. Em termos genéricos, fazem propaganda à droga. Ou seja, prevenção universal feita através de campanhas não, optou-se por avançar através de outras vias. Creio que encontrámos formas úteis de fazer prevenção universal tais como o programa Eu e os Outros, o tu alinhas que é um site preparado para jovens. Houve portanto intervenção muito selecionada para indivíduos institucionalizados, trabalhos com parceiros para eles fazerem a prevenção. A orientação por sua vez de que os programas fossem avaliados e que as intervenções se baseassem na sua evidência científica, criou mecanismos muito úteis dentro do próprio IDT. Acha no entanto que não conseguimos obter modelos mais pragmáticos e pôr em papel tudo o que foi criado. Por exemplo, há diagnóstico PORI mas ainda não há resultados.

No âmbito das Comissões conseguiram-se articulações ótimas com o Ministério da Educação já que foi identificado em cada escola um coordenador para acompanhar as áreas da educação cívica e promoção da saúde o que foi extremamente importante.

Outra área que teve muito sucesso com este Plano foi a interação com a Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco e depois ao nível local que possibilitou a existência de prevenção indicada. Em termos globais considero que a área da prevenção foi uma área bem conseguida.

Em relação à dissuasão, creio que faltou que as CDT conseguissem ser uma mais-valia nos territórios e ter uma interação com as forcas de segurança numa postura de win-win. Considero que cada ator por si cumpre bem o seu papel mas na minha opinião as forcas de segurança ainda não têm a informação de retorno suficiente que lhes diga que o trabalho deles é uma mais-valia. Por outro lado a visibilidade das CDT é muito pequena. Assim, há trabalho a fazer nas interações entre CDT e autoridades policiais.

Em relação a RRMD considero que conseguimos criar uma rede externa e que alcançámos o objetivo de resolver a procura daqueles que já tinham capacidade de ir procurar tratamento (diminuir a listas de espera) e chegar àqueles que não conseguiam procurar os recursos. Em Portugal todos os consumidores problemáticos são tocados pelo IDT. No entanto, há trabalho a fazer para melhorar a definição entre que é terapêutico e o que é a redução de danos porque na ultima está-se a fazer já muito trabalho terapêutico e é preciso delinear esta fronteira através de orientações técnicas.

Em relação ao tratamento, no início deste ciclo estratégico tínhamos listas de espera grandes as quais foram diminuídas. Reforçaram-se as orientações técnicos mas está pendente reforça a supervisão e o acompanhamento para garantir a qualidade técnica dos diagnósticos completos. Em relação à articulação com o SNS, pode haver falhas entre o tratamento de doenças infeciosas. porque não há retorno da informação sobre os utentes que são enviados para o SNS.

Há ainda uma grande falta de médicos e psiquiatras na estrutura.

Alargámos ao nível de internamento a capacidade de intervenção e diferenciámos o pagamento do tratamento por tipologia de consumidor (crónico, grávidas, doentes com patologia mental associada). Pense embora os custos tenham subido muito, a resposta continua. No entanto é necessário formular orientações robustas sobre a intervenção nestas áreas. Faltou ainda avançar com uma tipologia de internamento de longa duração, que seja mais residencial que terapêutica. Esta área acabou por não ser trabalhada porque se pretendia criar cuidados continuados integrados na área da saúde mental e pensava-se que estas estruturas receberiam estes utentes o que acabou por não acontecer.

Em relação à reinserção os resultados foram ótimos, quer em termos de organização como de resposta. Há uma identificação individual de necessidades e uma percentagem de aproximadamente 35% de sucesso o que é ótimo na conjuntura atual do nosso pais. A maior parte dos utentes mais velhos tem um nível de escolaridade muito baixo. Se não entram a partir de um PVE, mesmo que isto seja estigmatizante, não entrariam de outra maneira.

Q. Aspetos positivos e a melhorar com as entidades parceiras tanto na vertente da redução da procura como da oferta.

A preocupação nos próximos tempos será a articulação com o MS. Tivemos ótimos resultados no âmbito da SIDA porque antes os toxicodependentes representavam 56% dos seropositivos e hoje já só representam 15%. Neste sentido com a Coordenação Nacional de Luta Contra VIH/Sida sempre fomos parceiros naturais. No âmbito da redução da oferta há uma ótima relação já que com a forcas de segurança e prisionais a relação é boa. O trabalho na Comissão técnica e nas Subcomissões foi muito frutuoso. Um exemplo desta boa articulação com entidades parceiras é a criação de uma guia de intervenção em meio laboral, trabalhando com os sindicatos.

O desenvolvimento do Plano deveu-se essencialmente a este trabalho conjunto e às interações conseguidas: as oitocentas e tal entidades que participaram no PORI mostram isso. O trabalho com as autarquias foi muito válido. Por isso, é extremamente importante haver uma Coordenação Nacional porque assegura que cada Ministro tenha de saber o que é que as organizações do seu Ministério estão a dizer em cada Subcomissão técnica.

Q: Qual é neste momento a maior preocupação em relação às respostas que existem para a questão das dependências, situando-nos em 2012?

O caminho tem de ser a resposta a todos os comportamentos aditivos. Em termos de SPA há uma preocupação em relação ao consumo de depressivos já que estas drogas deveriam ser trabalhadas em termos da venda porque em Portugal há umas taxas de consumo muito elevadas.

Deve-se transformar em verdadeiras entidades dissuasoras as CDT as quais deverão alargar competências para por exemplo, o álcool. As mortes provocadas na estrada por consumo de álcool são na zona do crime.

Há que trabalhar ainda com os pais, responsabilizando-os na educação dos filhos e no seu papel para a prevenção e dissuasão de consumos. Devemos ainda conseguir passar a mensagem que qualquer que seja a substância tem sempre efeitos negativos sobre a pessoa, trabalhando no âmbito da prevenção universal.

Temos de ser capazes de ter uma rede referenciação que funcione independentemente da orgânica.

Tem de se trabalhar a componente dos consumos recreativos

Os crónicos têm também de ter uma resposta mais eficaz que seja mais consequente com o estádio em que estão.

Em termos de *smart drugs*, há que limitar a possibilidade de venda.

Creio que política de restringir o consumo de tabaco e álcool não é uma garantia de sucesso, está-se a cair no polo restrição, o que não significa no caso que haja efeitos positivos. Nas ilícitas justamente foi a restrição completa que levou ao descalabro de doenças e infecto-contagiosas e conseguiram-se resultados positivos com a descriminalização.

As prevalências de consumo aumentaram em Portugal e estão a aproximar-se da média europeia. Neste sentido, não conseguindo travar este fenómeno civilizacional, é necessário perceber continuamente como responder e quais os programas que melhor enfrentam cada fenómeno/tendência.

Houve três pilares de sucesso nestes anos para a resposta aos problemas da droga e toxicodependência:

- A Coordenação nacional, a existência de uma estratégia que é posta em marcha e a existência de uma estrutura de resposta que seja especializada:

- Hoje há prevenção indicada,

- Temos números altos de tratamento e de acompanhamento, em RRMD e em termos de internamento reduziu-se a capacidade no âmbito das unidades de desabituação mas mantêm-se as outras convenções.

3.3. Entrevista a um membro do OEDT

GUIÃO DE ENTREVISTA

ENTREVISTADO: Dr. Frank Zobel

MOTIVO: AVALIAÇÃO EXTERNA DO PNCDT 2005 - 2012

DATA, HORA E LOCAL: 06.06.12, 16H00, Sede do OEDT (Cais do Sodré)

DURAÇÃO PREVISTA DA ENTREVISTA: 1H30 M

DURAÇÃO MÉDIA ESTIMADA DE CADA RESPOSTA: 10 M

TÓPICOS:

1- Representações sobre a política e a operacionalização de luta contra a droga e a toxicodependência em Portugal face ao contexto europeu

2- Comparação com o caso de Espanha e da Noruega

3- Abordagem portuguesa à problemática da toxicodependência e seu impacto nos indicadores epidemiológicos

4- Qualidade dos dados de Portugal remetidos para o observatório europeu face aos outros países

5- Visão sobre os mecanismos de reação em Portugal face às novas substâncias psicoativas que surgem no mercado legal (*smart drugs*)

6- A dissuasão da toxicodependência em Portugal (virtudes e constrangimentos)

7- Estratégias em Portugal de prevenção da criminalidade relacionada com a toxicodependência

8- Vetor de intervenção (prevenção, RRMD, dissuasão, tratamento e reinserção) com maior necessidade de investimento futuro

9- Identificação de práticas identificadas na Europa que poderão ser aplicadas em Portugal e de boas experiências portuguesas que poderiam ser replicadas noutros contextos europeus

10- Recomendações de futuro

RESULTADOS

Q: Poderia falar-nos um pouco sobre as representações da política e a operacionalização deste plano de luta contra a droga em Portugal face ao contexto europeu?

R:A primeira coisa que é necessário dizer e que é bastante importante é que não fazemos a avaliação das políticas da droga, o nosso objetivo é conhecer a situação da europa em matéria de drogas, não olhamos para políticas individuais, não somos avaliadores, interessa-nos sim conhecer e recolher os dados de todos os países para compará-los com uma média europeia ou práticas europeias, é isso que fazemos.

Apesar de não avaliarmos as políticas escrevemos recentemente e pela primeira vez, um booklet sobre uma política nacional de droga na Europa que penso que elucida o que se passa neste país.

A politica de drogas em Portugal em relação aos padrões europeus pode ser vista como uma politica de drogas que por um lado é bastante compreensível, bastante intensiva ou abrangente e é muito inovadora talvez pela missão das comissões dissuasores do uso de droga mas é uma politica que aposta na continuidade, que está a avançar que aposta na qualidade dos serviços, não posso julgar a politica de drogas mas tem sem dúvida boas qualidades e penso também que é vista como tal ao nível europeu.

Os portugueses têm nos últimos dez anos desenvolvido uma abordagem em relação a esta temática pragmática, inteligente, respeitável e de boa qualidade. Relativamente à segurança e às autoridades não posso pronunciar-me pois não tenho muito conhecimento sobre a área mas por outro lado é uma boa politica e no pequeno relatório que redigi sobre a política de drogas em Portugal escrevi na última frase que muitas pessoas na Europa não compreendem a política de drogas portuguesa referindo que é uma política de legalização de drogas. A melhor forma para descrever a politica de drogas portuguesa é falando de uma politica direcionada para a saúde pública que é o que direciona toda a orientação estratégica. É minha impressão sobre a política de drogas portuguesa sendo bastante positiva vista pelo lado da saúde.

Q:É um caso de exceção na Europa?

R: Não é comum que em muitos países o uso de drogas não seja considerado como uma ofensa criminosa, é uma exceção terem tido este conceito e criarem as comissões dissuasoras do uso de droga e colocarem-nas também no âmbito do Ministério da Saúde, é claramente também uma decisão com peso na área da saúde e não somente de lado judicial. O que surpreende em Portugal é o peso que a saúde pública tem nas decisões estratégicas e o que não se observou ter sido feito deste modo nos outros países.

Q: Nós realizámos também no nosso estudo uma comparação com Espanha e Noruega. Pensando de um modo rápido nestes países como vê a relação destes países com a política de drogas face a Portugal?

R: Estes são de fato bastante diferentes, é surpreendente quando se pensa em Espanha que tem duas grandes diferenças quando se compara com Portugal, a primeira é sobre o uso de drogas em geral que é bastante maior na população em geral, sempre o foi. Espanha é como outros países na Europa como o Reino Unido, a República Checa e outros marcada tradicionalmente por consumos elevados de droga por razões que realmente ninguém percebe que podem estar relacionadas com a acultura, com o abuso do álcool, …, têm um diferente padrão.

A outra grande diferença é que Espanha está organizado por comunidades autónomas, o que não se verifica em Portugal e a política de drogas não é desenvolvida do mesmo modo, em Portugal existem serviços centrais em Espanha na maioria dos casos são serviços regionais, havendo assim diferentes políticas regionais.

Existem duas grandes diferenças nestes países que os tornam difíceis de comparar, no entanto ambos são países com um nível elevado de serviços, que têm sempre desenvolvido o lado da saúde (em Espanha existe forte elemento no combate ao tráfico provindo pela América, pelo norte de África). Espanha tem também investido bastante na qualidade nos serviços também de saúde, existe neste ponto bastantes aspetos comuns nos dois países. Espanha desenvolveu-se um pouco mais cedo que Portugal neste ponto.

Noruega é completamente diferente, é um país bastante rico e onde tradicionalmente os consumidores de drogas e álcool são muito diferentes ao que temos aqui. A população em geral é comparável mas há grandes tradições por exemplo como beber muito o que é muito clássico nos países Escandinavos. Não há um uso muito elevado pela população mas existe um uso arriscado. São países ricos e em especifico em termos de política com diferentes culturas porque há um movimento moderado ao acesso do álcool, não existe um grande controlo no acesso ao álcool o que se relaciona muito com a política em termos de cultura do país em termos de drogas. É difícil comparar os países, a Noruega investe massivamente nos serviços, mas têm alguns problemas que em Portugal têm sido resolvidos, na Noruega têm tempos de espera mais altos no acesso ao tratamento, efetivamente não sei o que causa isto, mas penso que seja devido a dificuldades no acesso ao tratamento, mas no entanto são diferentes realidades.

Q: Em termos de doenças relacionadas com o HIV como compara os países?

R: Penso que tanto Espanha como Portugal têm elevados níveis de problemas associados ao HIV. Portugal tem certamente, Espanha não estou tão certo. Portugal, Espanha, França e Itália têm o maior número de casos nas últimas décadas. Relativamente à Noruega não me recordo das taxas mas podem ser conhecidas através do nosso website, temos dados estatísticos de todos os países.

Q: Pode comentar um pouco sobre a política de drogas em Portugal, indicadores epidemiológicos e doenças?

R: Face à política de drogas desenvolvida em Portugal, muitos foram os que observaram os dados e realizaram análises um pouco imprecisas. Relacionaram a descriminalização do uso de drogas com o aumento ou redução de determinados indicadores e provavelmente esta relação não é bem assim. Portugal em ambos os períodos é um dos países com uma baixa taxa de consumo de drogas na população em geral, mas que está a aumentar mas têm as maiores problemáticas do abuso. Existem vários países da Europa que têm também este tipo de combinações. Em termos de tendências tem-se verificado o aumento de consumo da população em geral e tem-se reduzido problemáticas do abuso em termos de casos de HIV (que estão a reduzir) e penso que o número de mortes tem também reduzido. A grande questão é como interpretar estes dados. Há que recordar que o aumento do uso de drogas na população em geral não é diretamente influenciado pelas políticas de drogas, existem países em que o consumo de drogas pela população em geral aumentou imenso e têm diferentes políticas de drogas. Esta situação é influenciada por outros motivos como tendências, cultura, tabaco, álcool...

Outra questão é que quando existe um consumo problemático de drogas no país como Portugal teve nos finais dos anos 90 e inícios de 2000, como o consumo de heroína estes problemas não desaparecem são necessários cerca de 20 a 30 anos para resolver o problema e é mais ou menos pelo que Portugal está a passar.

Então observando-se pequenos aumentos ou reduções nesta problemática não são derivadas pela politica que se adota. O que indica que a politica adotada é boa é o numero de pessoas que foram colocadas em tratamento, em locais seguros e isso é o que Portugal está a fazer bem porque não temos uma estimativa do número de problemas dos consumidores de drogas mas vemos o número de pessoas a entrar em tratamento constantemente, vemos a disponibilidade dos serviços, a intensificação de programas como o número de troca de seringas que é bastante elevado a nível geográfico, a qualidade dos serviços, a facilitação do acesso a tratamento, o que sabemos é que Portugal está a gerir o problema e que é o melhor indicador de uma politica de drogas.

Q: Em termos de prevenção também?

R: Quanto a prevenção a discussão é um pouco diferente porque a prevenção em relação ao tabaco e álcool não é muito boa em termos de lei não está muito bem face aos padrões europeus. Penso que ao nível de tabaco os resultados da prevenção são dos mais baixos quando comparados com a Europa.

Em Portugal a prevenção seletiva, para específicos grupos em que se desenvolveu um largo investimento alcançaram-se projetos com qualidade. Penso que existe um programa escolar, mas que não foi devidamente avaliado sendo difícil falar sobre o mesmo. Não sou perito nesta área mas penso que em Espanha foram realizadas mais ações de prevenção com maior qualidade, definiram-se padrões de qualidade.

Q: E em termos de Reinserção?

R:Se me recordo um dos objetivos em Portugal na área do tratamento é a reinserção social o que é bastante agradável deixar o tratamento e estar reinserido socialmente. Não sou perito nesta área e não quero alongar-me numa área que não domino, penso que Portugal tem um grande programa mas não sou um bom juiz.

Q: Em relação à qualidade dos dados enviados por Portugal para o Observatório Europeu?

R: São bons, os dados que são enviados são confiáveis.

Q:Visitámos o website e reparámos que todos os países declaram dados em diferentes anos.

R: Depende do indicador, se é relativo à população em geral são anos diferentes, as questões relativas às drogas são colocadas em questionários desenvolvidos pelos próprios país e para os seus estudos nacionais. Para os indicadores individuais em Portugal penso que alguns estão em falta, um deles é a estimativa do número de consumidores problemáticos e denotam-se problemas ao nível de dados relacionados com a morte pelo consumo de drogas. Mas não posso precisar com maior exatidão, não tenho em mente todos os relatórios de dados de todos os países.

Q: Relativamente às smart drugs, como estamos a criar mecanismos de resposta?

R:Temos dois peritos a trabalhar nessa área, não posso aprofundar tão bem esse tema. O que sei é que em Portugal o processo de leis é moroso o que é uma dificuldade mas sei que recentemente utilizaram parte da lei de proteção aos consumidores para entrar nas smart shops e referiram algumas novas substâncias. A nível europeu penso que o sistema é bom em relação a este tema, o que se passa em Portugal é a morosidade legislativa.

Q:Gostaria de acrescentar alguns pontos positivos ou negativos em relação à abordagem dissuasão da toxicodependência em Portugal?

R:É na generalidade uma excelente ideia, no entanto como é a eficiência do sistema ou como as comissões operam na prática está para além do conhecimento.

Q: Pode falar-nos um pouco sobre a prevenção da criminalidade relacionada com a toxicodependência?

R: Temos tentado recolher alguma informação relativa às atividades das autoridades policiais mas até ao momento ainda não temos a informação que desejamos e por isso não lhe posso responder.

Q: Quando falámos em vetores de intervenção, o vetor prevenção é o que necessita de um maior esforço.

R:Com a redução de recursos que têm existido em Portugal a grande questão é não tanto como melhorar mas como manter o melhor que existe de momento, como manter para o futuro a disponibilidade dos serviços que respondam às necessidades das pessoas. É sem dúvida a maior questão dos próximos tempos para Portugal.

Q: Como observa a aplicação de boas práticas identificadas na Europa que poderão ser aplicadas em Portugal e de boas experiências portuguesas que poderiam ser replicadas noutros contextos europeus?

R: Existem algumas coisas que podem ser melhoradas, novamente ao nível da qualidade dos programas de prevenção, a possibilidade de introduzir soluções que alguns países têm adotado como a prescrição de heroína para os maiores consumidores problemáticos de heroína, mas é algo que necessita ainda de investigação dada a sua complexidade.

Existem realmente boas práticas desenvolvidas em outros países mas é complicado nomear outras práticas para serem aplicadas em Portugal, não sabemos qual seria o grau de eficácia.

Portugal deve continuar com a sua mente aberta, observar o que é feito nos restantes países, as políticas desenvolvidas, o que já é feito cá e deve ser continuado.

Q: Pretende fazer mais alguma recomendação?

R:Estamos constantemente a rever o que é desenvolvido pelos outros países em termos de avaliação nacional dos serviços de drogas e de fato Portugal é um dos países, tal como outros seis ou oito que estão sistematicamente em processos de avaliação da sua estratégia nacional, que como disse faz parte de uma política de saúde. O fato de redigirem uma estratégia, um plano e avaliarem o que foi realizado de um modo sistemático, constitui-se como um exemplo para os restantes países.

Em tempos falei com o colega português que me referiu que não é por norma e por tradição cultural na administração pública avaliar continuamente, e de fato de na política de drogas ser realizado é sem dúvida um ponto forte e de destaque.

3.4. Entrevista a dois utentes da Unidade de desabituação e Centro de Dia do Centro das Taipas

GUIÃO DAS ENTREVISTAS

ENTREVISTADO: UTENTE

MOTIVO: AVALIAÇÃO EXTERNA DO PNCDT 2005 - 2012

DATA, HORA E LOCAL: 06.07.12, 14H30, UD Centro das Taipas

DURAÇÃO PREVISTA DA ENTREVISTA: 1H

DURAÇÃO MÉDIA ESTIMADA DE CADA RESPOSTA: 10 M

TÓPICOS:

1- Representações sobre os serviços pelos quais passou e processo de acesso aos mesmos:

a) Mecanismos de dissuasão

b) RRMD – equipas de rua, com ou sem programas de substituição opiácea, trocas de seringas, etc.

c) Tratamento

d) Reinserção – participação no processo de reinserção social (*empowerment* do indivíduo)

2- Satisfação com os serviços que foram prestados

   a) Tempos de espera

   b) Burocratização (procedimentos cumpridos e apoio obtido)

   c) Articulação entre os serviços

   d) Qualidade

3- Consequências na saúde: rastreios de HIV-SIDA, Hepatite, Tuberculose, etc. Perante resultados positivos, qual o tipo de tratamento recebido

4- Abandono do tratamento e causas para o mesmo. Razões para voltar ao tratamento.

5- Pontos positivos e negativos dos serviços prestados

6- Áreas de melhoria dos serviços

RESULTADOS ENTREVISTA UTENTE N.º1

Q:Passou alguma vez por alguma Comissão de Dissuasão?

R:Estive no Desafio Jovem onde queriam que fossemos às entrevistas, para iniciarmos o tratamento em internamento. Foi o meu primeiro contato com Dissuasão não teve nada haver com o CAT.

Q:Nessa altura consumia que drogas?

R:Heroína, Cocaína, Álcool, Haxixe, Comprimidos.

Q:Foi por sua iniciativa que procurou ajuda?

R:A droga mete umas palas em que não conseguimos ver mais nada foi a minha mãe que me pediu.

Q:Foi nessa altura que foi ao CAT?

R:Fui ao CAT e às Taipas em Lisboa, as originárias em 1995. Fui acompanhado por um psicólogo, psiquiatra mas não deu em nada, continuei nas drogas.

Q:Na altura não teve nenhuma substituição?

R:Tive, tomei o Antaxone para tirar o efeito da droga.

Q:Mas em regime de internamento?

R:Não era exterior, mas não deu em nada, depois mais tarde entrei para uma Comunidade.

Q:Como foi esse processo, foi reencaminhado pelo CAT?

R:Não, foi através de um amigo que andava lá, e que era filho de uma amiga da minha mãe, resolvi ir se estava a resultar com ele porque não haveria de resultar comigo. Tive 10 meses em Hong Kong a trabalhar em contexto da comunidade. Falei com os jovens toxicodependentes, fazia trabalho voluntário e nesses 10 meses não consumi.

Q:Então resultou?

R:Quando voltei no primeiro dia voltei a consumir. Em 1998 fui para outra Comunidade a Arado, fui para uma quinta onde trabalhámos, a quinta era muito bonita tínhamos lá ocupação.

Q:Como foi para essa comunidade terapêutica?

R:Através de uma amiga da minha mãe que tinha lá um filho que agora está bem, nunca mais tocou nisso.

Q:Tentou duas vezes a comunidade terapêutica, porque não procurava por exemplo um CAT? Achava que não ia resultar? Ou tinha exemplo de amigos com quem não tinha resultado?

R:Eu achava que não existiam estas associações, nunca me informaram nada.

Q:E depois, esteve quanto tempo nesta comunidade?

R:14 meses mas depois tive uma recaída 2 anos depois, depois fui para fora para a Suíça tive lá 9 meses bebia imenso voltei, fui para Inglaterra tive lá 3 anos bebia imenso depois cheguei aqui. Voltei em 2003

Q:Mas agora o seu problema era mais o álcool?

R:O álcool está a mão de semear, em qualquer café vendem álcool com 1 euro compra-se qualquer coisa.

No final de 2004 fui para o Centro de Alcoologia em Lisboa fui encaminhado pela minha mãe foi quem me encaminhou sempre. Neste centro tive ajuda primeiro a nível interno depois externo dos alcoólicos anónimos mas depois tive uma recaída de heroína em vez de álcool foi de heroína.

Depois fui para outro CAT de Sacavém e entrei rapidamente na Comunidade Terapêutica, tive de fazer vários exames antes de entrar. Mas não correu bem não me dava bem com as terapeutas, vim me embora mas a minha mãe mandou me voltar, eu ainda voltei mas passei me com as terapeutas.

Fui para outra associação em que me dei bem, há 5 anos que estou bem, encontrei dentro de mim o meu escape, agora quero ajudar os outros, mostrar-lhes que há um caminho e que eu também estive nessa situação. Dar um bocado de nos é muito bom , gostava de ser voluntário.

Q:Mas fez tratamento nas Associação?

R:Não, fiz tratamento depois da associação no centro de alcoologia fui internado e fiz a desintoxicação e depois fiz o regime externo vim para as Taipas

Q:Como veio para aqui, para o Centro de Dias das Taipas?

R:Foi a minha psicóloga do CAT de Xabregas (pois entretanto o de Sacavém fechou) que me falou no Centro de Dia.

Q:Mas nessa altura estava fora do consumo?

R:Sim já não consumia, eu estou na Metadona há cinco anos. Demorei cerca de 3 a 4 meses a dizer que sim, estava muito fechado em casa, o centro de dia fez me muito bem permitiu-me comunicar com pessoas, estou aqui há dois anos.

Q:Relativamente ao fato de ter estado em vários serviços acha que se deve mais a fatores seus internos, como a falta de insegurança, etc ou é devido ao serviço em si, que podia ter sido feito de outra maneira?

R:No princípio devem dar um bocado de desconto à pessoa, devem ter uma conversa logo de início de conforto para a pessoa, dar as boas vindas falar das regras mas também dos direitos. Uma das associações foi muito boa, falávamos com as pessoas, estávamos muito ocupados nos primeiros dias para não pensarmos, depois tem que haver logo a introdução ao trabalho ocupacional. Depois como era um dos mais velhos na associação era responsável pelos mais novos, saber se estavam bem, falávamos com os outros e dávamos as informações aos profissionais, era como um trabalho.

Q:Em relação aos CAT, qual é a sua opinião? O que é que acha que podia ter sido melhor no acompanhamento?

R:Nos primeiros tempos eu não estava tao disponível para compreender o que me podiam oferecer, talvez eu não tenha aproveitado da melhor maneira o serviço. O serviço teve algumas falhas com a metadona, cada caso é um caso e havia pessoas que queriam a metadona para levar para casa e eles não davam, também não havia segurança entravam para la miúdos e faziam o que queriam. As pessoas deviam fazer o que fazem com gosto, na área em que escolheram deviam fazer o melhor, havia muita distância, frieza, pronto isso é a minha maneira de ver as coisas.

Q:Mas para além desse relacionamento mais pessoal que não havia e que cria obstáculos falaram consigo em termos de o encaminhar para algum lado, ou de dar a medicação que precisava ou uma consulta, tem alguma queixa nesse sentido?

R:Por acaso não, não tenho nenhuma queixa. Tive sorte com a minha doutora, gosto muito de falar com ela, ela sabe tudo de mim, a pessoa que eu mais confio é ela e foi isso que me ajudou muito, falar muito com ela, haver dialogo e o desejo de ajudar a pessoa.

Q:Relativamente aos rastreios, disse que antes de ter ido para uma comunidade fez rastreios? Alguns deles foram positivos, teve de fazer algum tratamento específico?

R:Sim, fui encaminhado para um serviço para fazer tratamento, fiz tratamento durante um ano e correu tudo bem.

Q:Gostaria de acrescentar alguma coisa em relações aos serviços, pontos fortes ou fracos?

R:Eu acho que devia haver mais tempo para falarmos com os doutores, olhos nos olhos, é o que faz falta, precisamos de um acompanhamento mais próximo. Nós perdemos tudo, quase tudo eu quando experimentei drogas tinha 16,17 anos e emocionalmente não cresci só nos últimos 5 anos, é como se eu tivesse 23 anos de maturidade. Tenho experiência mas não tenho maturidade, precisamos de falar com alguém que se interesse e percebe das coisas. É bom para a pessoa falar, que nos ajude naquilo que precisamos, do ponto emocional, como nos sentimos, como falarmos com outras pessoas. Estas coisas para pessoas normais não são nada mas para nos é muito importante.

Q:Entrou em algum processo de reinserção social? Existem vários programas, entrou em algum?

R:Sim eu tive com os doutores a preparar o currículo, a prepararem-nos para uma entrevista, fizemos o papel do entrevistador e do entrevistado. Depois fiz o currículo mas não enviei para lado nenhum para já não tenho internet em casa e não quero trabalhar já já, estou a pensar em trabalhar parte do tempo. Vou fazer a vida emprego.

Q:Mas caso quisesse trabalhar, tem acompanhamento?

R:Sim sim tenho. Elas têm nos ajudado com isso, são espetaculares, já arranjaram emprego a várias pessoas, quando me sentir mais calmo vou. Dou-me mal com o calor, quando chegar Setembro, Outubro, Novembro vou arranjar trabalho, nestes dois anos tiraram-me muitos medos da cabeça aqui, foi uma boa ideia elas fazerem as reuniões, organizarem grupos e falar. As outras pessoas podem ajudar nos às vezes se souberem os nossos problemas, sinto-me melhor mais confiante para que um dia esteja num trabalho e me sinta à vontade com as pessoas.

Aqui o serviço é bom, as pessoas também, temos terapia ocupacional, um atelier, descobri que gosto de pintar, tenho uns 30 e tal quadros, quando quero pinto. Foi aqui que desenvolvi a aptidão para a pintura.

RESULTADOS ENTREVISTA UTENTE N.º2

Os resultados relativos a esta entrevista não foram na íntegra apresentados visto que existiram algumas dificuldades na gravação da entrevista.

Q:Com que idade começou a consumir?

R:Aos 16 anos mas os maiores consumos aos 18.

Q:Como foi a primeira vez que teve um contato com um serviço?

R:Foi há cerca de doze anos, e já consumia há bastante tempo. Consumia heroína. Entrei para o CAT, foi bastante positivo.

Q:Foi você que decidiu ir ao CAT?

R:Na altura fui obrigada.

Q:E o que la fez na altura?

R:Fiz medicação, tinha apoio psicológico.

Q:Quanto tempo lá esteve?

R:Da primeira vez estive quatro meses. Depois em termos psicológicos tinha acompanhamento, uma vez por semana ia lá fazer tratamento durante um ano. Depois tive uma recaída voltei a consumir durante 3, 4 anos.

Depois comecei a consumir com mais frequência cocaína inalada e fumada, depois fiz tratamento no CAT, entretanto engravidei e durante 4,5 anos estive bem. Depois estive na metadona, também com CAT. Há 7 anos que não consumo heroína que é a idade da minha filha. Tive foi consumos de cocaína.

Entrei numa comunidade terapêutica durante 4 meses.

Q: Como foi a experiência na comunidade terapêutica?

R:Não gostei, não queria falar nem comunicar começava logo a chorar e as coisas estavam organizadas para falar. Não queria falar à frente do grupo. Não tínhamos grande coisa das terapias ocupacional, não havia grande coisa para fazer.

Por outro lado eu estava com uma depressão muito grande, aquilo ajudava-me um bocadinho mas não bastava. Acho que a psicóloga devia ter ajudado muito mais, os medicamentos não bastavam.

Q:Depois da Comunidade Terapêutica?

R:Voltei para o CAT e depois encaminharam para o Centro de Dias das Taipas, estou cá há um mês.

Q:Como esta a ser a experiência?

R:Até agora tudo bem.

Q:A transição do CAT para a Comunidade Terapêutica foi rápida?

R:Foi mais de um mês.

Q: E foi necessário o preenchimento de muitos papéis? Havia muita burocracia associada?

R: Não tratei de nada disso, foram os profissionais.

Q:Chegou a fazer rastreios no CAT?

R:Sim

Q:Teve algum positivo?

R:Não.

Q:Quando estava a fazer tratamento no CAT ou na Comunidade Terapêutica acha que abandonou o tratamento devido a causas suas (por estar deprimida) ou foi também devido ao serviço?

R:Foi mais devido a mim, acho que os serviços são bons.

Q:Esta inserida em algum programa de reinserção social mais ao nível de emprego?

R:Não, nem me falaram de nada. Mas também não me sinto preparada nem a nível psicológico nem físico.

Q:Esta a fazer alguma tratamento agora?

R:Sim estou com os antidepressivos.

Q:Ao nível familiar e com os amigos recuperou as amizades?

R:Com a família sim, sabe que essas coisas das amizades são um bocado complicadas.

Q:Gostaria de dar mais alguma palavra relativa aos serviços?

R:Deviam existir mais apoios financeiros.

4. Análise do Cumprimento dos Objetivos do PNCDT

Competências das equipas de RRMD dos CRI

- Elaborar e atualizar os Diagnósticos Locais - levantamento e análise contínua das necessidades locais e definir face aos recursos as prioridades de intervenção. Esta função é exercida através da intervenção e observação direta das equipes e em sede das reuniões dos Núcleos Territoriais de cada PRI;
- Garantir a implementação das orientações técnicas normativas a nível local: informar e formar as entidades promotoras de projetos locais relativamente a orientações em vigor e monitorizar e acompanhar as intervenções locais;
- Garantir a nível local o suporte técnico e monitorização das intervenções no domínio a RRMD: promover o planeamento; apoiar tecnicamente a elaboração e implementação de novas respostas no domínio da RRMD; monitorizar a execução das atividades previstas e da sua adequação aos objetivos definidos; realizar pareceres técnicos sobre a pertinência e adequação das propostas apresentadas para o desenvolvimento de projetos na área da RRMD;
- Contribuir para o processo de avaliação formal final das intervenções;
- Promover a complementaridade das intervenções no domínio da RRMD a atuar no território;
- Garantir a articulação com as restantes estruturas da comunidade através da promoção de parcerias formais e/ou informais (e.g., ACES, ULS, Hospitais de referenciação, CDP, Centros Regionais de Saúde Pública; CAD; entre outros);
- Contribuir para o desenvolvimento técnico das intervenções;
- Promover a articulação com as restantes áreas de missão.

Fonte: Catálogos assistenciais CRI - Delegação Regional Norte. www.idt.pt, consulta a 13 de Julho de 2012

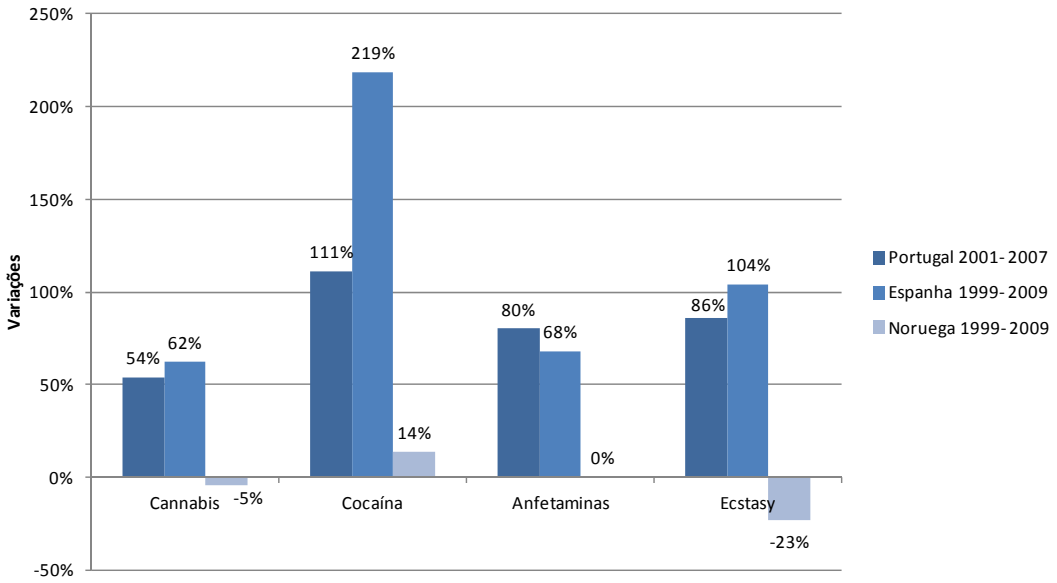
Competências das equipas de Prevenção dos CRI

- Realizar e atualizar o diagnóstico dos territórios em conjunto com as restantes áreas de missão, dando contributos para a identificação das prioridades de intervenção;
- Implementar campanhas nacionais e de âmbito regional nos territórios;
- Registar e recolher de indicadores de monitorização e avaliação e proceder à monitorização e avaliação de todas as ações implementadas;
- Participar na adaptação de instrumentos e materiais de prevenção e elaborar pareceres técnicos, tendo em conta as características do território;
- Promover a realização de eventos locais de informação/sensibilização;
- Dar cumprimento às atividades planeadas em Plano de Atividades, ao nível do território do CRI, promovendo a coerência e a complementaridade dos diversos Planos, Programas e Projetos, ao nível do território garantindo que as ações de prevenção são enquadradas no âmbito da intervenção global, através da articulação com os coordenadores das restantes áreas de missão, ao nível local;
- Propor/promover formação e linhas de investigação;
- Promover o atendimento e o encaminhamento de pessoas para estruturas internas ou externas ao IDT,IP;
- Promover e dinamizar a articulação e a partilha de experiências e conhecimentos entre as diferentes intervenções no domínio da Prevenção no território.

Fonte: Catálogos assistenciais CRI - Delegação Regional Norte. www.idt.pt, consulta a 13 de Julho de 2012

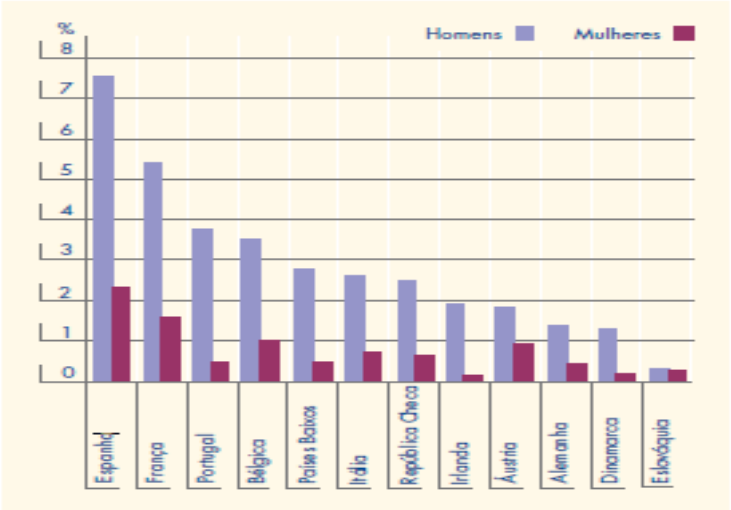
5. Avaliação de impacto

Gráfico 1. Evolução das Prevalências de Consumo ao Longo da Vida (15-64 anos) – variação da serie temporal



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

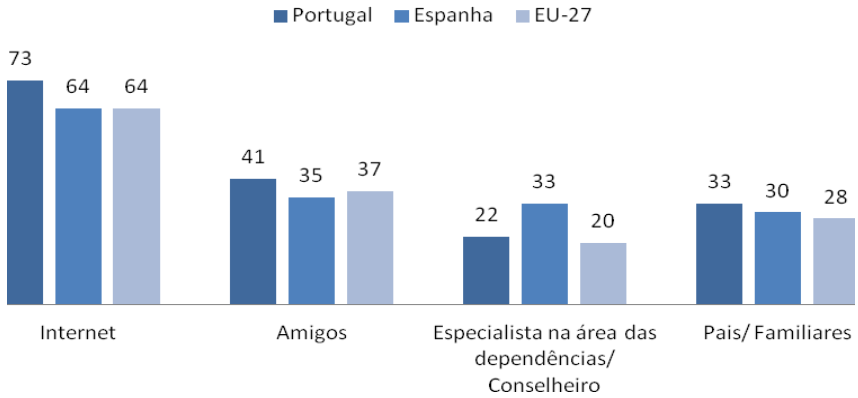
Gráfico 2. Prevalência do consumo diário ou quase diário de cannabis entre os jovens adultos (15-34 anos) por género



NB: As pessoas que declararam ter consumido cannabis em 20 dias ou mais do período de 30 dias que antecedeu a entrevista são designados como «consumidores diários ou quase diários» nos textos. Para mais informações, ver quadro GPS-10 (parte iv) no Boletim Estatístico de 2011.

Fonte: Pontos focais nacionais da Reitox.

Gráfico 3. Fontes de Informação sobre substâncias ilícitas (15-34 anos)



Elaboração Própria. Fonte: Young attitudes on drugs, Analytical Report, July 2011, Eurobarometro.

Tabela 1. Estimativa do número de consumidores problemáticos de drogas

País/	2000		2002		2005	
N.º CPD/ população	Taxa mais baixa/1000 (15-64)	Taxa mais alta/1000 (15-64)	Taxa mais baixa/1000 (15-64)	Taxa mais alta/1000 (15-64)	Taxa mais baixa/1000 (15-64)	Taxa mais alta/1000 (15-64)
Espanha	6,72	7,89	8,37	9,87	s.d.	s.d.
Portugal	6,82	8,52	s.d.	s.d.	6,20	7,4
N.º de CPD	Estimativa mais baixa	Estimativa mais alta	Estimativa mais baixa	Estimativa mais alta	Estimativa mais baixa	Estimativa mais alta
Espanha	182498	214152	233827	275789	s.d.	s.d.
Portugal	47184	58980	s.d.	s.d.	44653	53240

Fonte: OEDT, *Boletim Estatístico 2012*

Tabela 2. Características demográficas dos utentes que iniciam tratamento ambulatório

(todas as drogas)

	Unidade	Ano mais recente		
		Portugal	Espanha	Noruega
Ano		**2010**	**2008**	**2009**
Idade				
Idade Média		**38**	**34**	**n.a**
Idade <25	%	**32**	**19**	**n.a**
Idade 35+	%	**43,7**	**44**	**n.a**
Género				
% Masculino	%	**82,8**	**85**	**n.a**
% Feminino	%	**17,2**	**15**	**n.a**
Nacionalidade				
Nacional	%	**94,2**	**n.a**	**n.a**
Situação Profissional				
Desempregado	%	**45,8**	**40,1**	**n.a**
Empregado	%	**40,3**	**41,6**	**n.a**
Estudante / F. Profissional	%	**6,7**	**4,8**	**n.a**
Nível Ensino				
Ensino Primário não concluído	%	**61,4**	**1,3**	**n.a**
Ensino Primário	%		**46**	**n.a**
Ensino Secundário	%	**24,3**	**48,9**	**n.a**
Ensino Superior	%		**3,9**	**n.a**
Situação Coabitação				
Só c/ família de origem	%	**48,4**	**41,1**	**n.a**
Só c/ companheiro e filhos	%	**13,7**	**14,4**	**n.a**
Só c/ companheiro	%	**11,5**	**13**	**n.a**
Sozinho	%	**12,2**	**13,8**	**n.a**

6. Análise custo-benefício

6.1. Análise detalhada do período PRE-PORI (2004 a 2006)

Em seguida passamos a explicar detalhadamente os resultados obtidos no período PRE-PORI. As variáveis consideradas são:

- a= taxa de participação no programa. Considerou-se uma taxa de participação de 60%;
- p= prevalência de HIV entre os CDI é cerca de 7%[2] ();
- r= taxa de diminuição do contágio de HIV. Estima-se em cerca 4%;
- c= número de toxicodependentes CDI nas equipas de rua.

Ao não dispor do número total de utentes no programa, este número foi estimado tendo em conta os utentes incluídos no PSO-BLE, informação disponível.

O processo consistiu no cálculo da relação entre o número de utentes incluídos no PSO-BLE e todos os que se incluíram na intervenção das equipas de rua durante o período PORI. Esta relação é alcançada por rácio, cuja média para os três anos objeto de estudo no período PORI (2009 a 2011) é de 5,45, pelo que se tomou este valor para o cálculo dos utentes incluídos durante o período PRE-PORI. Os resultados podem ser observados na tabela seguinte. A última fila corresponde a essa estimativa do número de utentes, obtida pela multiplicação dos utentes PSO-BLE pelo rácio anteriormente explicado.

Na tabela seguinte mostram-se os cálculos realizados para estimar o número de utentes do programa durante o período PRE-PORI já que não existia informação. O rácio para os três anos, que resultou de 5,45, multiplicou-se pelos utentes em PSO-BLE, para assim se obter proporcionalmente o número total de utentes no programa.

Tabela 3. Estimativa número de participantes período PRE-PORI

ESTIMATIVA PRE-PORI			
Estimativa/ Ano	**2004**	**2005**	**2006**
Só PSO-BLE (utentes)	153	109	110
Total N (utentes)	834	594	600

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

Na tabela seguinte, obtemos o número de infeções evitadas (N) por atuação das equipas. Este valor apresenta-se para cada ano assim como para o global dos três anos e é de 45 utentes nos três anos.

[2] IDT,I.P. Relatório final - Equipa de rua da Cáritas Diocesana de Coimbra, 2010.

Tabela 4. Infeções evitadas PRE-PORI

Variáveis /Ano	2004	2005	2006	2004-2006
C (número de toxicodependentes CDI)	834,70	594,66	600,11	**2.029,47**
1-p (p=prevalência HIV. Fonte: Relatório Cáritas Diocesana de Coimbra)	0,93	0,93	0,93	**0,93**
r (Fonte: Estimada)	0,04	0,04	0,04	**0,04**
N (utentes)	19	13	13	**45**

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

Na tabela seguinte pode-se observar a verba alocada a equipas de rua no período em análise.

Tabela 5. Verba alocada a equipas de rua - PRE-PORI

Variáveis/ Ano	2004	2005	2006	2004-2006
Custos do programa (euros)	876.866	1.075.320	1.019.035	2.971.223

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

Na tabela seguinte apresenta-se o rácio custo-efetividade para os três anos e para o global do período PRE-PORI. Um maior rácio custo-efetividade implica maior investimento necessário por contágio evitado, portanto o resultado mais favorável seria o do ano 2004, já que evitar um contágio custa 47,067.46 euros.

Tabela 6. Rácio custo-efetividade PRE-PORI

	2004	2005	2006	2004-2006
Rácio custo-efetividade (euros)	47.067	81.033	76.104	65.589

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

A poupança no custo do tratamento calcula-se multiplicando o custo de tratamento que se incorreria no caso de não ter realizado o programa e que se considerou, como se indicou no separador anterior, de 100.000 €.

O valor poupado de forma global nos três anos objeto de estudo (2004, 2005 e 2006) foi de 4.530.000,00 euros, o que supõe uma média de poupança anual de 181.191,08 euros por utente que não se contagiou graças à intervenção.

Tabela 7. Poupança em custos PRE-PORI

	2004	2005	2006	2004-2006
Poupança custos (euros)	1.863.000,00	1.327.000,00	1.339.000,00	4.530.000,00

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

Finalmente, apresenta-se o rácio custo-benefício da intervenção das equipas de rua antes do PORI em relação à prevenção de contágios de HIV.

Tabela 8. Rácio custo-benefício PRE-PORI

	2004	2005	2006	2004-2006
Custo Benefício (euros)	2,12	1,23	1,31	1,52

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

6.2. Análise detalhada do período PORI (2009-2011)

De seguida mostram-se tabelas com cálculos para o PORO, semelhantes aos apresentados para o período anterior. As variáveis utilizadas são as mesmas e a única diferença assinalável é que o número de utentes totais estava disponível, pelo que não foi necessário estimá-lo.

Em relação ao período anterior, observa-se que o número de contágios evitados aumenta neste caso, o que é muito favorável, já que é esse precisamente o objetivo do programa estudado. Incrementou-se o número de contágios evitados em 25,41 pessoas em média.

Tabela 9. Infeções evitadas pela intervenção das equipas de rua no âmbito do PORI

Variáveis / Ano	*2009*	*2010*	*2011*	*2009-2011*
C (número de CDI)	844	1.336,00	988	3.168
1-p (p=prevalência. Fonte: relatório Cáritas Diocesana de Coimbra)	0,93	0,93	0,93	0,93
r (Fonte: Estimada)	0,04	0,04	0,04	0,04
N (utentes)	19	30	22	71

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

Na tabela seguinte apresenta-se a verba alocada a equipas de rua no âmbito do PORI.

Tabela 10. Verba alocada a equipas de rua

	2009	2010	2011	2009-2011
Custo do programa (euros)	627.399	756.778	687.701	2.071.879

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

O rácio custo-efetividade descende neste período, isto significa que se poupam custos por contágio prevenido neste período. É mais custo-eficaz e portanto, melhora a situação dos anos compreendidos no período estudado acima.

Tabela 11. Rácio custo-efetividade PORI

	2009	*2010*	*2011*	2009-2011
Rácio Custo-efetividade (euros)	33.301	25.378	31.188	29.301

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

Esta poupança corresponde, da mesma forma que no período PRE-PORI, à poupança que se presume evitar contágios de HIV entre os CDI. A poupança global do período PORI é notavelmente superior à do período anterior, concretamente, aumenta em 2.541.000 Euros neste período dos três anos.

Tabela 12. Poupança em custos equipas de rua - PORI

	2009	*2010*	*2011*	*2009-2011*
Poupança custos (euros)	1.884.000	2.982.000	2.205.000,	7.071.000,

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

Por último, o custo benefício aumenta, o que está em concordância com todos os resultados vistos até ao momento.

Tabela 13. Rácio custo-benefício PORI.

	2009	2010	2011	2009-2011
Custo Benefício (euros)	3,00	3,94	3,20	3,41

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

A conclusão é clara: a intervenção de dispositivos num paradigma de integração de respostas (tal como observado no período entre 2009 e 2011) é mais vantajosa económica e socialmente.

7. Síntese da avaliação do PNCDT

De seguida apresenta-se a revisão dos objetivos específicos estabelecidos no PNCDT para cada objetivo geral, apresentando-se a sua referência em relação aos Planos de ação do ciclo estratégico 2005 a 2012 bem como exemplos de atividades realizadas no âmbito de cada objetivo.

Objetivo geral: ***1. Aumentar o conhecimento sobre o fenómeno dos consumos de substâncias psicoativas, em articulação com o OEDT***

Objetivos específicos

Objetivo específico	Horizonte 2008	PA 2009-2012	Desenvolvimento	Exemplo
1.1. Contribuir para disponibilizar informação de base científica que sirva de suporte a pessoas e entidades interessadas em desenvolver atividades nesta área;	-	-	Executado	Projeto Eurídice
1.2. 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;	-	-	Executado	PIF
1.3. Aumentar o número de instrumentos de "diagnóstico rápido" que permitam aceder atempadamente a informação atualizada, sempre que possível com especificidade territorial, sobre um fenómeno em permanente mutação.	-	-	Executado	Diagnóstico PORI

2. Aumentar a qualidade da intervenção preventiva através do reforço da componente técnico-científica e metodológica.

Objetivo específico	Horizonte 2008	PA 2009-2012	Avaliação	Exemplo
2.1. Continuar a investir na melhoria da qualidade da intervenção, quer em termos dos interventores, quer dos programas de prevenção;	-	Incluído (Obj. 33)	Executado	Manuais de boas práticas Formação de técnicos e educadores de pares (e.g., PORI)
2.3. Aumentar o número de programas de prevenção que promovam estratégias e ações baseadas em evidência científica, promovendo a inovação e o intercâmbio de experiências;	Incluído (Obj.40)	Incluído (Obj.32)	Executado	Ver Capítulo sobre a Análise da Eficácia, Eficiência e qualidade de intervenções específicas - Prevenção
2.4. Melhorar o processo de seleção, acompanhamento e monitorização dos projetos implementados;	Incluído (Obj.41)	-	Executado	Ver Capítulo sobre a Análise da Eficácia, Eficiência e qualidade de intervenções específicas - Prevenção
2.5. Aumentar o número de materiais de suporte à prevenção e disponibilizá-los via Internet;	Incluído (Obj.42)	-	Executado	Materiais elaborados entre 2005 e 2012, disponibilizados no site do IDT e no Tu alinhas
2.6 Otimizar 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).	-	-	Parcialmente executado	Atendimento por e-mail implementado. Não desenvolvidos os fóruns para discussão.

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

Objetivo específico	Horizonte 2008	PA 2009-2012	Avaliação	Exemplo
Aumentar o nível de informação/sensibilização sobre as substâncias psicoactivas e riscos associados ao seu consumo em meios específicos;	Incluído (Obj.43)	-	Executado	Ações em meios universitários Projetos em contextos festivos
Monitorizar os projetos 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;	-	-	Executado	Acompanhamento das intervenções por parte dos CRI
Reforçar, a abordagem da prevenção dos consumos (álcool, tabaco e drogas) em meio escolar, através das áreas curriculares não disciplinares;	-	-	Executado	Escola segura
Definir com as estruturas/ instâncias criadas ou a criar, responsáveis pela promoção e educação para a saúde, as estratégias adequadas ao desenvolvimento de ações, projetos ou programas relativos ao uso/ abuso de substâncias psicoactivas em meio escolar;	-	-	Executado	Consolidação da articulação com o Ministério da Educação e Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular
Aprofundar as ações no âmbito do programa Escola Segura;	-	-	Executado	Aumentaram os estabelecimentos escolares abrangidos pelo Programa Escola Segura, as ações de sensibilização desenvolvidas e o número de alunos abrangidos
Desenvolver, junto dos públicos do ensino superior, a prevenção, o	-	-	Executado	Intervenção dos CRI em meio

Objetivo específico	Horizonte 2008	PA 2009-2012	Avaliação	Exemplo
aconselhamento e a ação comunitária, no sentido de promover o debate e a participação ativa destes públicos na intervenção sobre a problemática do combate à droga e à toxicodependência, nomeadamente, através da intervenção na e pela formação superior com especial interesse nos domínios da investigação e da avaliação;				universitário
Reforçar a atuação 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;	Incluído (Obj.45)	Incluído (Obj. 35)	Executado	PORI
Aumentar o número de programas de prevenção seletiva e indicada dirigidos a grupos com fatores de vulnerabilidade especificamente definidos e sensíveis às diferenças culturais (p. ex., meios recreativos);	Incluído (Obj.46)	Incluído (Obj. 36)	Executado	PORI
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;	Incluído (Obj.47)	-	-	Sem informação disponível
Reforçar a intervenção em meio laboral tendo em vista a prevenção da desinserção;	-	-	Executado	Projeto Interações (Eurídice)
Aumentar a participação em projetos de cooperação internacional.	-	-	Executado	Participação no Grupo Pompidou

Vetor DISSUASÃO (3 objetivos gerais)

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

Objetivos específicos

Objetivo específico	Horizonte 2008	PA 2009-2012	Avaliação	Exemplo
2.1. Otimizar o acompanhamento das CDT pelo IDT;	Incluído (Obj. 48)	Incluído (Obj. 37)	Executado	Art.º 7.º da Portaria n.º 648/2007, de 30 de Maio
2.2. Harmonizar práticas e procedimentos das CDT no âmbito da aplicação da lei;			Executado	
2.3. Adequar as práticas e procedimentos das CDT à realidade heterogénea do consumo de drogas;			Executado	Encaminhamento em função de diagnóstico individual
2.4. Melhorar o conhecimento na área do uso e abuso de drogas;			Executado	Ações de informação/ sensibilização

2. 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

Objetivo específico	Horizonte 2008	PA 2009-2012	Avaliação	Exemplo
Melhorar a articulação interna com os serviços e as respostas do IDT;	Incluído (Obj. 49)	Incluído (Obj. 38)	Executado	Criação da Sub-comissão da dissuasão
Potenciar a articulação intraministerial no âmbito dos serviços do Ministério da Saúde;	Incluído (Obj. 50)	Incluído (Obj. 39)	Executado	Encaminhamento de indiciados
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	Incluído (Obj. 51)	Incluído (Obj. 40)	Executado	Articulação permanente estabelecida entre as estruturas locais que operam na área da dissuasão da toxicodependência

Objetivo específico	Horizonte 2008	PA 2009-2012	Avaliação	Exemplo
reafirmação do desvalor do ato de consumir, envolvendo-as numa perspetiva de diminuição da procura.				(CDT, CRI, PSP, GNR, Tribunais e Ministério Público, etc.). Criação da Subcomissão de Dissuasão da Toxicodependência.

3. Melhorar o conhecimento científico na área da dissuasão

Objetivo específico	Horizonte 2008	PA 2009-2012	Avaliação
Avaliar o impacto da lei da descriminalização	-	-	Não executado

Vetor RRMD (3 objetivos gerais)

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

Objetivos específicos:

Objetivo específico	Horizonte 2008	PA 2009-2012	Avaliação	Exemplo
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;	Incluído (Obj. 52)	-	Executado	Novas respostas implementadas

Objetivo específico	Horizonte 2008	PA 2009-2012	Avaliação	Exemplo
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;**	Incluído (Obj. 53)	-	Executado	Estratégia Nacional do Sem-abrigo
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 Injeção Assistida;	Incluído (Obj. 54)	-	Executado	PTS mantido Proposta de salas de injeção assistida elaborada
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;	Incluído (Obj. 55)	-	Executado	Maioria dos CAT com interlocutor RRMD Maioria CRI com vetor RRMD
Promover a articulação efetiva 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.	Incluído (Obj. 56)	-	Executado	Sim, protocolos de colaboração elaborados

2. Disponibilizar programas de redução de riscos e minimização de danos a grupos específicos.

Objetivo específico	Horizonte 2008	PA 2009-2012	Avaliação	Exemplo
Promover a integração das respostas também a nível conceptual, considerando a proximidade das intervenções de índole preventiva com o conceito de redução de riscos;	Incluído (Obj. 57)	Incluído (Obj. 47)	Executado	Grupo de intervenção no ensino superior
Dar prioridade à formação das equipas de proximidade para intervir nestes contextos específicos, utilizando uma abordagem de rua informal e difundindo informação objetiva, bem como dotando-as de competências específicas para intervir em situações de overdose;	Incluído (Obj. 59)	-	Executado	Formação equipas de rua e educadores de pares
Fomentar a articulação/intervenção em Meio Prisional com os serviços competentes do Ministério da Justiça, definindo com rigor os limites de intervenção, perspetivando programas baseados no pragmatismo e evidência científica, que disponibilizem à população reclusa todos os meios necessários à contenção das doenças infeciosas e da comorbilidade psíquica, visando a melhoria dos seus indicadores de saúde.	Incluído (Obj. 58)	Incluído (Obj. 48)	Executado	Projeto piloto PETS em meio prisional

3. Desenvolver um processo de melhoria contínua da qualidade da intervenção em RRMD, promovendo uma cultura de formação e avaliação, que constitua o garante desta mesma qualidade da intervenção

Objetivo específico	Horizonte 2008	PA 2009-2012	Avaliação	Exemplo
Incrementar a produção de manuais de boas práticas e de materiais de informação/sensibilização relativos a temáticas específicas;	-	-	Executado	Manual de intervenção em espaços recreativos Produção do manual de procedimentos do programa KLOTHO
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;	-	-	Executado	Formação implementada Técnicos/ agentes próximos da população sensibilizados/ formados
Incrementar mecanismos de acompanhamento, monitorização e de avaliação das várias estruturas e projetos.	-	-	Executado	Todos os projetos PORI acompanhados, monitorizados e avaliados

Vetor Tratamento (3 objetivos gerais)

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

Objetivos específicos

Objetivo específico	Horizonte 2008	PA 2009-2012	Avaliação	Exemplo
Promover o redimensionamento e a reorientação da rede prestadora de cuidados em função da perceção dos contextos globais e locais, constituindo uma rede dinâmica de cuidados integrados com os vetores Prevenção, Redução de Riscos e Minimização de Danos e Reinserção e com os parceiros externos públicos e privados e garantindo uma maior eficiência.	Incluído (Obj. 61)	Incluído (Obj. 50)	Executado	CRI
Promover medidas que permitam facilitar o acesso ao tratamento assim como aos diversos programas, eliminando constrangimentos e listas de espera.	Incluído (Obj. 62)	Incluído (Obj. 51)	Executado	Ver o capítulo sobre a Análise da Eficácia, Eficiência e Qualidade de intervenções específicas - Tratamento
Promover a criação de uma "via verde" de encaminhamento de e para as estruturas de Redução de Riscos e Minimização de Danos.	-	-	Executado	Via verde criada

2. Disponibilizar uma oferta de programas de tratamento e de cuidados diversificada, abrangendo um amplo leque de abordagens psicossociais e farmacológicas, orientadas por princípios éticos e pela evidência científica.

Objetivos específicos

Objetivo específico	Horizonte 2008	PA 2009-2012	Avaliação	Exemplo
Dar continuidade e melhorar a oferta de programas de tratamento à população toxicodependente pautados pela ética e rigor científico, quer se trate de respostas estatais, quer geridas pelos sectores social ou privado;	Incluído (Obj. 63)	-	Executado	Programas metadona
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 (infeciosa), psíquica ou social (exclusão).**	Incluído (Obj. 64 e 65)	Incluído (Obj. 54)	Executado	PIAM
Garantir que o cidadão toxicodependente portador de comorbilidade física (infeciosa), psíquica ou social (exclusão) é acompanhado terapeuticamente em todas as patologias associadas;			Executado	Equipas multidisciplinares Encaminhamento estruturas MS
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.	-	-	Executado	Protocolo com IDT e DGSP

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

Objetivos específicos

Objetivo específico	Horizonte 2008	PA 2009-2012	Avaliação	Exemplo
Elaborar e aperfeiçoar linhas de orientação técnicas ou técnico-normativas para os diversos tipos de intervenção, incluindo os processos de articulação e de integração;	Incluído (Obj. 66)	Incluído (Obj. 56)	Executado	Linhas Orientadoras para tratamento precoce de jovens em risco e de consumidores adolescentes com enfoque nos sintomas precoces, físicos e psíquicos.
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;	Incluído (Obj. 67)	Incluído (Obj. 56)	Não executado	-
Garantir a adequada formação aos interventores do vetor tratamento, quer se trate de elementos internos (IDT), quer externos.	Incluído (Obj. 68)	-	Executado	Ações de formação técnicos CRI
Implementar um processo de avaliação de resultados que permita perceber a evolução dos ganhos em saúde no tratamento das toxicodependências.	-	-	Não Executado	-

Vetor Reinserção (3 objetivos gerais)

1. Garantir a abrangência e a transversalidade dos recursos institucionais/não-institucionais da Reinserção nas várias áreas de vida do cidadão, de forma a facilitar o desenvolvimento de projetos de vida responsáveis e responsabilizantes

Objetivos específicos

Objetivo específico	Horizonte 2008	PA 2009-2012	Avaliação	Exemplo
Encarar a Reinserção como um processo de intervenção em rede, embora trabalhado a três níveis diferentes e complementares: individual, microsocial e macrosocial *.	-	-	Executado	PII - nível individual; Protocolos com ISS,I.P. ao nível macro; Parcerias com IPSS, ao nível microsocial.

2. Potenciar a Reinserção enquanto processo global, implicando todos os atores na ótica da abordagem e das respostas integradas, através de uma gestão participada e efetiva.

Objetivos específicos

Objetivo específico	Horizonte 2008	PA 2009-2012	Avaliação	Exemplo
Garantir a nível interno (IDT) o redimensionamento e a reorientação da intervenção em Reinserção, em função da perceção dos contextos globais e locais, atribuindo-lhe uma metodologia própria de intervenção, com otimização dos recursos existentes (centrais, regionais e locais);	-	-	Executado	Constituição das equipas de reinserção nos CRI. Modelo de Reinserção
Promover a nível externo uma rede de respostas integradas em Reinserção, envolvendo parceiros inter e intrainstitucionais, centrada nas necessidades objetivas do cidadão e da comunidade, particularmente com o Ministério do Trabalho e Solidariedade Social.	Incluído (Obj. 79)	-	Executado	PVE ENSA

Objetivo específico	Horizonte 2008	PA 2009-2012	Avaliação	Exemplo
Promover a cooperação com as estruturas do Ministério da Justiça, no sentido da adequada intervenção em meio prisional.	-	-	Executado	Subcomissão com participação de representante MJ

3. Implementar o processo de melhoria contínua da qualidade em reinserção

Objetivos específicos

Objetivo específico	Horizonte 2008	PA 2009-2012	Avaliação	Exemplo
Incrementar o acesso a novos conhecimentos e metodologias de intervenção, incentivando a investigação em Reinserção;	-	-	Executado	MIR
Potenciar e harmonizar conhecimentos e metodologias de intervenção, a nível inter-institucional;	-	Incluído (obj. 60)*	Executado	Ações de formação
Construir um sistema de recolha de dados e indicadores que permitam avaliar o processo de Reinserção na sua globalidade.	-	-	Executado	Sistema de recolha de dados e indicadores construído

8. Pedido de Informação – Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência

Gesaworld

PEDIDO DE INFORMAÇÃO - COMISSÕES PARA A DISSUASÃO DA TOXICODEPENDÊNCIA

ESTUDO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO PNCDT 2005 - 2012

Distrito	
Nome do responsável pelo preenchimento	
E-mail	

Obs.: Na tabela abaixo, indicar os valores solicitados de forma numérica. Se não houver disponibilidade de informação colocar N.D.

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Orçamento total previsto (anual), em €									
Verba total executada (anual), em €									n.a.

Obs.: Na tabela abaixo, indicar os valores solicitados de forma numérica. Se não houver disponibilidade de informação colocar N.D.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nº total de indiciados que compareceram na CDT							
Nº total de indiciados referenciados para comparecer na CDT							
Nº total de indiciados atendidos por outros serviços (por área)							
Nº total de indiciados encaminhados para outros serviços pela CDT							
Nº total de processos decididos pela CDT							
Nº total de processos na CDT							
Nº total de queixas e reclamações apresentados na CDT							
Tempo médio de atendimento na CDT (desde que o indivíduo foi referenciado até ser atendido)							
Tempo médio de decisão dos processos pela CDT							
Nº de processos reencaminhados para outros serviços com feedback enviado para a CDT							

Observações

Obs.: Espaço destinado a realizar algum comentário sobre os dados supra disponibilizados.

9. Índice de Tabelas e gráficos

Índice de tabelas:

Tabela 1. Estimativa do número de consumidores problemáticos de drogas 70

Tabela 2. Características demográficas dos utentes que iniciam tratamento ambulatório .. 71

Tabela 3. Estimativa número de participantes período PRE-PORI 72

Tabela 4. Infeções evitadas PRE-PORI 73

Tabela 5. Verba alocada a equipas de rua - PRE-PORI 73

Tabela 6. Rácio custo-efetividade PRE-PORI 73

Tabela 7. Poupança em custos PRE-PORI 74

Tabela 8. Rácio custo-benefício PRE-PORI 74

Tabela 9. Infeções evitadas pela intervenção das equipas de rua no âmbito do PORI 74

Tabela 10. Verba alocada a equipas de rua 75

Tabela 11. Rácio custo-efetividade PORI 75

Tabela 12. Poupança em custos equipas de rua - PORI 75

Tabela 13. Rácio custo-benefício PORI. 75

Índice de gráficos:

Gráfico 1. Evolução das Prevalências de Consumo ao Longo da Vida (15-64 anos) – variação da serie temporal 68

Gráfico 2. Prevalência do consumo diário ou quase diário de cannabis entre os jovens adultos (15-34 anos) por género 69

Gráfico 3. Fontes de Informação sobre substâncias ilícitas (15-34 anos) 69

www.sicad.pt

Avenida da República n.º 61
do 1º ao 3º e do 7º ao 9º.
1050-189 Lisboa
Tel.: 211 119 000

GOVERNO DE PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SICAD

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Gesaworld GROUP