

CONSIDERAÇÕES GERAIS sobre o PNRCAD  
(2013-2020)  
e  
RECOMENDAÇÕES NO DOMÍNIO DAS DROGAS  
EM PORTUGAL (APDES)



AGÊNCIA PIAGET PARA O DESENVOLVIMENTO

30 de setembro, 2013



## ÍNDICE

CONSIDERAÇÃO GERAIS.....	2
INTRODUÇÃO .....	7
RECOMENDAÇÕES SÍNTESE NO DOMÍNIO DAS DROGAS EM PORTUGAL.....	9
1. RECOMENDAÇÕES TRANSVERSAIS.....	12
2. RECOMENDAÇÕES DO DOMÍNIO DA PREVENÇÃO: .....	17
3. RECOMENDAÇÕES DO DOMÍNIO DA REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS ..	18
3.1. RECOMENDAÇÕES DO DOMÍNIO DA REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS (CONSUMO DE HEROÍNA E COCAÍNA EM CONTEXTO DE RUA): .....	18
3.2. RECOMENDAÇÕES DO DOMÍNIO DA REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS (CONTEXTOS FESTIVOS): .....	20
4. RECOMENDAÇÕES NO DOMÍNIO DO TRATAMENTO .....	22
5. RECOMENDAÇÕES DO DOMÍNIO DA REINserÇÃO (INserÇÃO SOCIAL E CIDADANIA: ACESSO À HABITAÇÃO E AO TRABALHO) .....	22
6. RECOMENDAÇÕES DO DOMÍNIO DAS NOVAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS – “LEGAL HIGHS” .....	24
CONCLUSÃO .....	26
REFERÊNCIAS:.....	27



O presente documento, da inteira responsabilidade da APDES (Agência Piaget para o Desenvolvimento), integra apreciações globais do Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências (2013-2020) (PNRCAD). A sua elaboração decorre da nossa vontade de colaboração no desenho das políticas interventivas desenvolvidas num setor de atividade que é prioritário na ação da APDES e da assunção do que consideramos ser a nossa responsabilidade de participação cívica.

O PNRCAD é um documento no qual, na globalidade, nos revemos, cujo espírito nos identificamos e que testemunha um esforço de construção de um futuro assente em políticas compreensivas de abordagem do fenómeno das dependências e dos comportamentos aditivos. As suas orientações estão bem fundamentadas e é importante o reconhecimento que faz da necessidade de desenvolver políticas empiricamente sustentáveis. É ainda de realçar positivamente a intenção de criação de uma resposta especializada no âmbito dos comportamentos problemáticos relacionados com outros objetos que não apenas o das drogas, embora a APDES se pronuncie somente sobre este fenómeno uma vez que é ele que constitui em grande medida o foco da sua ação.

Assim, partindo de um material que reúne consenso da nossa parte, apresentaremos de seguida sugestões que visam contribuir para a atual proposta e que gostaríamos de ver espelhadas nos conteúdos dos dois planos de ação (2013-2017 e 2017-2020) que dela derivarão. É importante salientar que os nossos contributos serão divididos em duas secções: a primeira, composta por considerações que radicam de apreciações gerais do documento; a segunda, constituída por recomendações mais específicas e pormenorizadas redigidas pela APDES no sentido de contribuir para operacionalização do plano em análise.

## CONSIDERAÇÃO GERAIS

Uma primeira consideração que se pode considerar transversal ao PNRCAD (2013-2020), objetiva-se na compreensão dos comportamentos aditivos e dependências (CAD), na definição de objetivos, estratégias, indicadores e metas, e prende-se com a **necessidade de reforçar a inclusão de variáveis de natureza social, económica e política na abordagem deste fenómeno.**

Parece-nos que apesar do PNRCAD (2013-2020) fazer referências diretas à natureza biopsicossocial do consumo, ao “contexto político e económico atual”, assim como ao desemprego, estes condicionalismos não são operacionalizados, pelo menos de forma clara na definição de objetivos e estratégias de intervenção. Diferentes estudos têm demonstrado que as taxas de uso de substâncias, os padrões de consumos, o número de pessoas em tratamento, a marginalização do consumo e dos



consumidores estão associadas a indicadores de natureza económica e social como sendo, por exemplo, as taxas de desemprego e os índices de pobreza (e.g., Arkes, 2007, 2011, Chalmers & Ritter, 2011, Lakhdar & Bastianic, 2011, Storti, Grauwe, Sabadash, & Montanari, 2011). West (2013), também citado pelo plano em análise, denota a existência de modelos que afirmam a importância das teorias económicas na predição da prevalência, incidência e taxas de comportamentos aditivos. Um dos indicadores mais relevados neste domínio refere-se à associação entre medidas de desigualdades sociais e o consumo problemático de drogas. Sociedades mais desiguais parecem ter taxas superiores de consumos abusivos de substâncias (e.g., Wilkinson & Pickett, 2007), sendo que as dificuldades económicas se afiguram como um poderoso preditor do consumo problemático de drogas e não do consumo recreativo (Wadsworth, Moss, Simpson, & Smith, 2004). Este é, por isso, um indicador preocupante para todos os estados membros da União Europeia, particularmente para Portugal, que se tem destacado como sendo um dos países cimeiros nos níveis de desigualdade social. Note-se que no período decorrido entre 1993 e 2009, apesar de se ter observado um decréscimo progressivo do nível de desigualdade social, Portugal permanecia enquanto um dos países mais desiguais da União Europeia (Rodrigues, Figueiras, & Junqueira, 2011). Os dados mais recentes do EUROSTAT revelam que a partir de 2011, se verificou uma inversão do padrão decrescente, observando-se um incremento dos níveis de desigualdade social, posicionando Portugal no terceiro país, a seguir à Letónia e à Bulgária, mais desigual da Europa dos 27. Este indicador, e o incremento exponencial das taxas de desemprego e a consequente marginalização económica que antecede a própria marginalização social e a exclusão, impõem respostas de carácter macrossocial urgente, dado adivinharem o agravamento de situações de exclusão e das problemáticas que lhe estão associadas. Este dado é sublinhado por diferentes entidades, organizações e academias nacionais e internacionais, nos quais se destaca no sector financeiro o Fundo Monetário Internacional:

*Portugal's social protection system could do better in mitigating inequalities. The operation of the contributory social protection system reflects the logic of insiders and outsiders and serves to reinforce the gap between rich and poor. In contrast to many other OECD and EU countries, Portugal's social transfers provide more benefits to upper income groups than to lower income groups, aggravating inequality. Particularly in times of fiscal distress and growing concerns about social cohesion, a regressive social protection system looks less and less sustainable both economically and conceptually (International Monetary Fund, 2013, p.14)*

A inexistência de respostas redistributivas a montante, que se poderão inscrever numa lógica de prevenção ambiental, exigem o reforço dos dispositivos de proteção social e a intensificação de respostas no domínio do consumo problemático de drogas. No caso da Grécia por exemplo, verificou-se que o corte da despesa no domínio da redução de riscos enquadrada no atual cenário



macroeconómico, teve um impacto desastroso no consumo problemático de drogas, resultando num incremento das taxas de infeção do VIH, de cerca de 60%, sendo que 50% desse aumento será atribuível aos utilizadores por via endovenosa (Malliori, Terzidou, Paraskevis, & Hatzaki, 2011). Assim, esta medida, além de ter consequências nefastas por si só, contribuindo para o aumento da taxa de infeção do VIH/SIDA, poderá ter consequências iatrogénicas a nível das despesas públicas de saúde, visto que a terapêutica antirretroviral para o VIH/SIDA é altamente dispendiosa e ultrapassa claramente os gastos com equipas de redução de riscos e materiais (Ribeiro, 2009). Será portanto, previsível que o consumo problemático de drogas e das subsequentes consequências sociais que lhe estão associadas tendam, à semelhança do exemplo helénico, a agravar no atual cenário macroeconómico. Este cenário eminente coloca exigências e desafios ao nível do investimento para a intervenção neste domínio, sob o risco de comprometer todo o trabalho de redução de consumos verificados na União Europeia, nomeadamente em Portugal.

Uma segunda consideração que emana diretamente desta primeira prende-se com **uma visão patologizante do uso de drogas** ao longo de todo o documento e, sobretudo, uma excessiva orientação da abordagem do dispositivo para os consumidores problemáticos. A patologização e moralização dos consumos, poderá esvaziar a compreensão holística do fenómeno e contribuir para o desenho de intervenções lacunares e pouco ajustadas às necessidades dos sujeitos. Consideramos ainda, que se trata de um enquadramento empobrecedor, que insiste em concentrar a sua atenção numa parcela minoritária dos atores que optam por utilizar substâncias psicoativas, deixando sem resposta especializada um amplo conjunto de cidadãos que dela beneficiariam. Esta visão é ainda mais limitativa quando aplicada à redução de riscos e/ou minimização de danos que, por natureza, tem por objeto de ação qualquer pessoa que use drogas, mesmo que não tenha desenvolvido com elas uma relação problemática. Um exemplo típico disso mesmo é o trabalho consistente que se tem procurado fazer em contextos festivos nos quais muitas vezes o recurso às substâncias psicoativas é apenas pontual e enquadrado pelo contexto recreativo em que decorre. Ora, este tipo de ação está ausente da secção dedicada à redução de riscos (RR), que se centra apenas na vertente de rua e degradada do fenómeno, e aparece somente no âmbito da prevenção, o que é, na nossa perspetiva, um erro conceptual e um erro interventivo: faz-se da RR uma intervenção meramente paliativa, destinada àqueles que não conseguiram encontrar nos serviços existentes uma resposta que lhes permitisse interromper um percurso de dependência e retirando-lhe uma das suas principais potencialidades - a do contacto com públicos inalcançáveis através das abordagens mais convencionais. Além disso, dirige-se aos outros públicos, nomeadamente aos consumidores de substâncias psicoativas (incluindo o álcool) em contextos festivos, uma abordagem que não é a mais indicada – a da prevenção.



Uma terceira consideração prende-se com o **envolvimento da sociedade civil enquanto interlocutor incontornável para a definição das políticas** a assumir e como participante essencial no desenho das intervenções, na sua implementação e na sua avaliação não tem o destaque que lhe é devido. É necessário criar canais efetivos e regulares de diálogo entre os órgãos de decisão e de conceção das políticas públicas neste domínio, nomeadamente através da nomeação de uma figura institucional que assuma formalmente o papel de *pivot* nessa cooperação, ou da criação de um fórum da sociedade civil para as drogas. Destacamos especialmente, na necessidade de estabelecimento desse diálogo, a importância que deve ser atribuída às associações que representam os próprios utilizadores de drogas, como a CASO, e aos educadores de pares que desempenham as suas funções no terreno, integrados em projetos de redução de riscos.

Por último, pensamos ser importante referir algumas considerações que, não sendo de carácter estrutural, poderão contribuir para o aprimoramento da redação de futuros planos. A nossa perceção é que o PNRCAD, em análise, é por vezes redigido utilizando uma linguagem vaga e pouco operacionalizável, nomeadamente no que se refere ao desenho de medidas concretas face aos objetivos estabelecidos. Ainda no decurso desta consideração, pensamos que a apresentação de dados acerca da prevalência de consumos de drogas nomeadamente os relativos aos estudos de Balsa, Vital, & Urbano (2008, 2013), por vezes carecem de uma discussão mais aprofundada tendo em conta as políticas adotadas neste domínio. Uma sugestão seria, por um lado, usar indicadores comparativos que nos permitam uma avaliação da evolução do fenómeno em Portugal e noutros países com políticas semelhantes ou diferenciadas. Pensamos também que a utilização de indicadores como consumos ao longo da vida parecem ser menos relevantes na análise da evolução de consumos e das políticas do que indicadores de uso recente ou dos últimos 12 meses (Hughes & Stevens, 2012). A não diferenciação do carácter compreensivo destes indicadores poderão confundir o leitor e dificultar a priorização de medidas e de políticas. Trata-se de uma consideração que nos parece ser relevante, nomeadamente no que se refere à comunicação entre técnicos, investigadores e decisores políticos e à implementação de consequentes políticas empiricamente sustentáveis, numa área que como sabemos é especialmente permeável ao dogma e a julgamentos morais.

*Careful communication of claims is thus critical for both academics and advocates, so that evidence-informed accounts are more than mere ammunition for the policy battlefield.*  
(Hughes & Stevens, 2012, p. 111)

Tendo em conta o anteriormente exposto sugerimos que os **dois planos de ação (2013-2017 e 2017-2020) assumam um carácter mais operativo**, de clara articulação entre objetivos e estratégias, com descrição precisa das estratégias interventivas que constituem o essencial da atuação a adotar.



De seguida apresentaremos as **recomendações elaboradas pela equipa da APDES requeridas pelo Grupo de Trabalho Álcool e Dependências da Comissão Parlamentar da Saúde** e apresentadas em julho de 2013 e que poderão oferecer importantes contributos na operacionalização do Plano em análise.

Resta-nos apresentar a nossa total disponibilidade para colaborar, enquanto Membros da Sociedade Civil, na discussão e reflexão futura das políticas das drogas em Portugal.



## INTRODUÇÃO

*Socio-economic deprivation is associated with drug dependence, but not drug use. It is also clear that countries with a lower level of social cohesion have smaller populations of problem drug users per head of population. Thus, addressing poverty and social inequality over the long term will have a significant impact on levels of problem drug use* (Civil Society Forum on Drugs - Recommendations to the EU Member States and to the European Commission regarding the new EU Drugs Strategy and Action Plan, 2012, p. 7)

O atual cenário macro económico constitui para as sociedades democráticas e com sentido de equidade e de justiça social, um desafio suplementar no apoio e desenvolvimento de respostas a grupos e pessoas mais vulneráveis e em risco de exclusão social. De facto, constitui-se um imperativo moral e ético, o Estado e a Sociedade Civil desenvolverem e monitorizarem mecanismos que assegurem o acesso a direitos básicos de existência, como sendo a educação, a proteção social e o acesso à saúde a todos os seus cidadãos independentemente da sua condição. Adicionalmente, a marginalização e as rotas de exclusão de grupos vulneráveis, como sendo os cidadãos com consumos problemáticos de drogas, tem consequências nefastas na pacificação social e em indicadores que afetam diretamente todos os cidadãos, nomeadamente o índice de criminalidade, sentimento de insegurança, perceção de justiça e confiança social, indicadores de saúde pública, como sendo por exemplo a taxa de contaminação do VIH/SIDA.

As seguintes recomendações são apresentadas de acordo com o contexto de especial exigência financeira com que se confrontam atualmente as economias mundiais, particularmente a portuguesa, e que implica a implementação de respostas que sustentadas empiricamente permitam aumentar a eficácia das intervenções e que contribuam para sustentabilidade dos sistemas públicos. Procuramos, também, antecipar os efeitos que uma alteração avulsa, cega e não compreensiva, centrada apenas no corte das despesas neste domínio, possa acarretar na qualidade das respostas desenvolvidas e na inversão dos resultados alcançados, e que em última análise exijam a médio e longo prazo respostas mais dispendiosas.

As recomendações serão problematizadas em 6 níveis de intervenção preferenciais, a saber:

1. Recomendações transversais
2. Recomendações do domínio da prevenção
3. Recomendações do domínio da redução de riscos e minimização de danos



- 3.1. Recomendações do domínio da redução de riscos e minimização de danos (consumo de heroína e cocaína em contexto de rua)
- 3.2. Recomendações do domínio da redução de riscos e minimização de danos (contextos festivos)
4. Recomendações no domínio do tratamento
5. Recomendações do domínio da reinserção (inserção social e cidadania: acesso à habitação e ao trabalho)
6. Recomendações do domínio das novas substâncias psicoativas – “legal highs”

As recomendações do presente documento foram redigidas de acordo com recomendações e informações veiculadas por organismos Europeus e Internacionais, nomeadamente:

1. **Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência** (<http://www.emcdda.europa.eu>)
  - EMCDDA/ECDC (2011). ECDC and EMCDDA guidance. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs.
  - EMCDDA (2011). Drug Policy Profiles – Portugal.
  - EMCDDA (2012). A evolução do fenómeno da droga na Europa. Relatório anual 2012.
2. **Comissão Europeia**
  - Council of the European Union (2012). EU Drugs Strategy (2013-2020). Brussels.
  - Civil Society Forum on Drugs: Recomendações aos Estados Membros e à Comissão Europeia.
3. **Organização Mundial de Saúde**
  - WHO/UNODC/UNAIDS (2007). Effectiveness of interventions to address HIV in prisons (Evidence for Action Technical Paper). Geneva: WHO.
  - WHO (2012a). Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs
  - WHO (2011) European action plan for HIV/AIDS (2012-2015).
4. **Nações Unidas (UNAIDS)**
  - UNAIDS (2010). Getting to Zero: UNAIDS Strategy (2011-2015).



## RECOMENDAÇÕES SÍNTESE NO DOMÍNIO DAS DROGAS EM PORTUGAL

RECOMENDAÇÃO 1: Manter o atual enquadramento legal Português que regulamenta o consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas.

RECOMENDAÇÃO 2: Constituição de um Fórum da Sociedade Civil sobre Drogas, composto por representantes da sociedade civil, dos organismos governamentais e das pessoas que usam drogas.

RECOMENDAÇÃO 3: Reforçar a canalização de recursos/apoios destinados à monitorização e avaliação das políticas de drogas e dos programas associados a diferentes níveis de intervenção.

RECOMENDAÇÃO 4: Otimizar os sistemas de monitorização no sentido de potenciar um acesso mais rápido e compreensivo de indicadores associados ao consumo.

RECOMENDAÇÃO 5: Otimizar os sistemas de alerta rápido que permitam a técnicos, investigadores e a profissionais de saúde acederem em tempo útil a informações que possam evitar efeitos colaterais ou, em última análise, a prevenção de overdoses.

RECOMENDAÇÃO 6: Promover a implementação de metodologias participativas, nomeadamente de educação de pares, na elaboração, implementação e avaliação de projetos no domínio do consumo de drogas.

RECOMENDAÇÃO 7: Definir e implementar um plano específico de combate à Hepatite C no domínio das Políticas das Drogas que inclua estratégias de prevenção, tratamento, monitorização e testagem em utilizadores de drogas.

RECOMENDAÇÃO 8: Ampliar as respostas desenvolvidas no domínio das drogas em contexto não prisional (prevenção, tratamento e redução de riscos e minimização de danos) ao contexto prisional.

RECOMENDAÇÃO 9: Dar continuidade/reabrir financiamento no âmbito dos programas de intervenção focalizada de forma abranger populações em situação de vulnerabilidade, que não estão contempladas em territórios geográficos de intervenção prioritária.

RECOMENDAÇÃO 10: Investir em programas de prevenção de carácter contínuo e sistemático que se materializem em ações de proximidade com os diferentes atores e contextos.



RECOMENDAÇÃO 11: Privilegiar as intervenções precoces que reforçam a promoção de fatores de proteção, contribuindo para um desenvolvimento saudável e prevenindo a adoção de comportamentos de risco no futuro.

RECOMENDAÇÃO 12: Disseminar Programas de Terapêutica Combinada<sup>i</sup> (PTC) com acesso facilitado em contextos de proximidade.

RECOMENDAÇÃO 13: Promover a adaptação dos Kits de Consumo às necessidades específicas dos programas de RRMD.

RECOMENDAÇÃO 14: Promover a implementação de unidades de consumo assistido, como a lei prevê, nos contextos em que uma prévia avaliação de necessidades o justifique.

RECOMENDAÇÃO 15: Criação de equipas de proximidade que visem promover a saúde e segurança dos jovens frequentadores de contextos festivos.

RECOMENDAÇÃO 16: Promover a criação de espaços de atendimento especificamente dirigidos a jovens consumidores de substâncias psicoativas.

RECOMENDAÇÃO 17: Garantir a especificidade das intervenções desenvolvidas pelas equipas de tratamento.

RECOMENDAÇÃO 18: Apoiar a disseminação de programas Housing First (Casas Primeiro).

RECOMENDAÇÃO 19: Reativar o Programa Vida-Emprego, não impondo um critério de abstinência estrito para a frequência do programa.

RECOMENDAÇÃO 20: Prever legalmente a possibilidade de acumulação temporária do RSI com outros rendimentos, quando justificada devidamente pelos técnicos responsáveis no contexto de uma estratégia de inserção definida.

RECOMENDAÇÃO 21: Replicar (implementar e avaliar) em outros contextos geográficos programas de inserção laboral para utilizadores de drogas anteriormente testados e validados: a figura do educador de pares nas equipas de proximidade.

RECOMENDAÇÃO 22: Discutir e avaliar a efetividade da legislação recentemente aprovada que regula as novas substâncias psicoativas. Discutir alternativas legais.



RECOMENDAÇÃO 23: Monitorizar e seguir a evolução do mercado das novas substâncias psicoativas, investindo na criação de equipas multidisciplinares, otimizando o serviço de alerta nacional, reforçando serviços de drug-checking e investigação científica.



## 1. RECOMENDAÇÕES TRANSVERSAIS

### **RECOMENDAÇÃO 1: Manter o atual enquadramento legal Português que regulamenta o consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas.**

A introdução do modelo de descriminalização Português, consagrado com a aprovação do decreto de lei nº30/2000 de 29 de Novembro 2001 que define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, representa um avanço civilizacional na forma de perspetivar e desenvolver respostas no domínio do consumo de substâncias psicoativas, dado configurar a mudança de leitura do consumidor-criminoso para o consumidor-doente, tão bem expresso no documento *Portugal Drug Policy Profiles* do Observatório Europeu das Drogas:

*While some want to see the Portuguese model as a first step towards the legalization of drug use and others consider it as the new flagship of harm reduction, the model might in fact be best described as being a **public health policy** founded on values such as **humanism, pragmatism and participation**. (EMCDDA, 2011, pp. 23-24)*

Trata-se de uma lei cujo princípio fundamental assenta no cumprimento dos **direitos Humanos** e da **Constituição Portuguesa**, dado discutir o consumo problemático de drogas num domínio mais amplo de acesso aos cuidados universais de saúde e de apoio social. Os resultados das políticas e das respostas desenvolvidas neste quadro revelam-se eficazes numa panóplia de indicadores do domínio da saúde, da criminalidade e da reinserção social, que não se limitam unicamente ao sujeito consumidor (e.g., diminuição de práticas de consumo de maior risco, diminuição dos casos notificados de VIH/SIDA na população toxicodependente<sup>ii)</sup>) mas em toda a comunidade envolvente, (e.g., perceção da diminuição da estigmatização associada ao consumo problemático de drogas). Acreditamos por isso, que a recomendação primeira do presente documento é inquestionavelmente a **defesa do atual enquadramento legal de descriminalização do consumo de drogas**, enquanto abordagem que sustenta o desenvolvimento de dispositivos e de intervenções compreensivas neste domínio.

### **RECOMENDAÇÃO 2: Constituição de um Fórum da Sociedade Civil sobre Drogas, composto por representantes da sociedade civil, dos organismos governamentais e das pessoas que usam drogas.**

Defendemos, tal como sublinhado na Estratégia Europeia das Drogas (2013-2020), que a **qualidade de respostas desenvolvidas no domínio das drogas beneficiará do envolvimento ativo da sociedade civil**, sejam organizações não-governamentais, associações de consumidores ou técnicos dos dispositivos de drogas. Relevamos, por isso a constituição de uma plataforma de diálogo nacional,



que à semelhança do Fórum Europeu da Sociedade Civil nas Drogas, permita uma articulação consistente e não pontual entre representantes de entidades governamentais afetas a diferentes ministérios como sendo os da Educação, Saúde, Justiça, Solidariedade e Segurança Social e a Administração Interna, o SICAD, entidades não-governamentais e IPSS e associações de consumidores. O objetivo central desta plataforma é o de discutir, participar e introduzir melhorias na operacionalização de políticas, abordagens e metodologias que possam resultar no incremento da qualidade e na eficácia das respostas atuais.

### **RECOMENDAÇÃO 3: Reforçar a canalização de recursos/apoios destinados à monitorização e avaliação das políticas de drogas e dos programas associados a diferentes níveis de intervenção**

A definição de políticas que sustentam intervenções empiricamente suportadas exige um esforço continuado de monitorização das intervenções e dos resultados alcançados pelos diferentes projetos. O apoio à investigação neste domínio implica a abertura de canais de financiamento, para que organismos internos (entidades governamentais responsáveis pela definição de estratégias no âmbito das dependências como o SICAD) e externos (centros de investigação e organizações não governamentais) possam implementar estudos de monitorização e de avaliação.

Segundo Hughes e Stevens (2012) atualmente assiste-se à relativa inexistência de estudos que monitorizem a implementação e os resultados do modelo de descriminalização português e das intervenções desenvolvidas neste domínio:

*(...) high-level interest and absence of specific evaluations by the Portuguese government has contributed to the some-what unusual situation where accounts of the reform have been published by various and predominantly external stakeholders (p. 102)*

Os autores (Hughes & Stevens, 2012) sublinham ainda que o hiato de investigação e a ausência de metodologias compreensivas tem consequências quer na qualidade da intervenção desenvolvida e no efetivo apoio aos cidadãos a quem se dirigem, quer na fundamentação de respostas que não sendo empiricamente suportadas, se revelam moralistas e dogmáticas.

O **reforço de financiamento de projetos/investigação** que permitam, monitorizar as políticas de drogas e dos seus programas revela-se, por isso, uma importante estratégia para a introdução de melhorias nas respostas atualmente desenvolvidas nos diferentes níveis de intervenção (prevenção, tratamento, redução de riscos e reinserção).

### **RECOMENDAÇÃO 4: Otimizar os sistemas de monitorização no sentido de potenciar um acesso mais rápido e compreensivo de indicadores associados ao consumo.**



A definição de estratégias, modalidades e metodologias de intervenção deve assentar em avaliações sistemáticas que permitam monitorizar os resultados dos projetos e programas no domínio do consumo de drogas. A otimização dos sistemas de monitorização e a articulação a nível nacional e internacional de informação, de resto já consagrada enquanto objetivo central da Estratégia Europeia das Drogas (2013-2020), que potencie um acesso mais rápido e compreensivo de indicadores associados ao consumo, revela-se incontornável para a definição de políticas eficazes, para a não duplicação de recursos e para a definição de estratégias empiricamente suportadas. Apesar de assistirmos a um esforço concertado por parte do Observatório Europeu das Drogas (EMCDDA) e de organizações internacionais tais como a OMS, UNAIDS em disponibilizar indicadores associados ao consumo e respetivas problemáticas, a não utilização de critérios e de grelhas universais que permitam proceder a estudos comparativos entre países e à evolução longitudinal de indicadores, impossibilitam ou dificultam avaliações sistemáticas e compreensivas do fenómeno e do impacto das intervenções. Adicionalmente, pensamos que dados absolutos não nos permitem compreender a associação entre políticas/intervenções e indicadores associados às taxas de prevalência de consumos, doenças infecciosas, mortes associadas ao consumo e *overdoses*. Assim, pensamos que a utilização de dados relativos, como por exemplo informação que contemple rácios de taxas de prevalência do VIH/SIDA sobre o número de rastreios realizados ou número de pessoas que beneficiam de terapêuticas combinadas e número total de consumidores, será de especial relevância para uma abordagem compreensiva do fenómeno do consumo de drogas. Recomendase, por isso, a **otimização de sistemas de monitorização de carácter universal, que permitam integrar dados comparativos de forma a oferecer a técnicos, investigadores e profissionais de saúde, informações atualizadas sobre consumos de substâncias e problemáticas associadas.**

**RECOMENDAÇÃO 5: Otimizar os sistemas de alerta rápido que permitam a técnicos, investigadores e a profissionais de saúde acederem em tempo útil a informações que possam evitar efeitos colaterais ou, em última análise, a prevenção de overdoses.**

Otimizar o sistema de alerta rápido e ampliar o acesso a técnicos, investigadores e a profissionais de saúde informações relativas ao consumo de drogas, particularmente informações que possam perigar a vida do consumidor (e.g., grau de toxicidade e perigosidade das drogas, adulteração, infeções bacterianas causadas pelo consumo, crises de intoxicação aguda, overdoses) assume especial relevância no atual contexto Europeu. Torna-se imperativa a disponibilização de serviços de *Drug Checking* como mecanismo de análise de substâncias e monitorização do mercado permitindo a identificação e controlo de qualidade por entidades competentes, uma compreensão aprofundada da sua farmacologia e efeitos, dos padrões de consumo, e conseqüentemente das especificidades inerentes às intervenções a implementar. O *Drug Checking* é uma ferramenta indispensável num sistema de alerta pois permite, em tempo útil, detetar mudanças no mercado ilegal (por exemplo:



substâncias novas, substâncias tóxicas, adulterantes tóxicos). A existência de um sistema de alerta rápido, enquanto mecanismo de monitorização de indicadores de saúde pública e não enquanto ferramenta persecutória, poderá resultar como sendo especialmente relevante para a definição de estratégias concertadas quer a nível nacional como Europeu. A otimização deste sistema depende também da capacidade de mobilizar os técnicos, investigadores e profissionais de saúde na sua utilização, da articulação e investimento em serviços de análise de substâncias psicoativas e da definição de um protocolo que protegendo os dados do consumidor uniformize o tipo de informações a registar.

**RECOMENDAÇÃO 6: Promover a implementação de metodologias participativas, nomeadamente de educação de pares, na elaboração, implementação e avaliação de projetos no domínio do consumo de drogas.**

Os pares constituem-se enquanto recursos privilegiados na intervenção com grupos vulneráveis e estigmatizados, nomeadamente em contextos *outreach*. A educação de pares é uma metodologia de intervenção que implica o “envolvimento de pessoas da mesma classe social, idade, estatuto social ou vivência cultural que se apoiam entre si, informalmente e formalmente sobre uma variedade de assuntos e preocupações específicas” (The Centre for Harm Reduction, Burnet Institute). A articulação entre educadores de pares e técnicos revela-se uma prática cada vez mais disseminada em contexto internacional, verificando-se já algumas exceções em território nacional<sup>liii</sup> que reforçam o seu carácter inovador na qualidade de intervenção disponibilizada aos utilizadores de drogas (e.g., na dinamização do trabalho e tarefas da equipa, na sensibilização para os serviços, na identificação de novos territórios de intervenção e na adaptação de estratégias de intervenção, Manual o Trabalho Primeiro, APDES, 2012). Adicionalmente, a inclusão de utilizadores de drogas na elaboração, implementação e avaliação dos projetos é por si só um instrumento de empoderamento e de participação cívica, sendo sublinhada, a par de outro sectores da sociedade civil, a sua relevância na Estratégia Europeia das Drogas (2013-2020), na definição das políticas das drogas a nível Nacional, Europeu e Internacional.

**RECOMENDAÇÃO 7: Definir e implementar um plano específico de combate à Hepatite C no domínio das Políticas das Drogas que inclua estratégias de prevenção, tratamento, monitorização e testagem em utilizadores de drogas.**

Uma das prioridades de intervenção no domínio do consumo de drogas, nomeadamente no que se refere ao consumo injetado de substâncias psicoativas, associa-se com a definição de estratégias de prevenção e de tratamento de doenças infecciosas. Apesar do sucesso destas medidas na diminuição das taxas de infeção do VIH/SIDA<sup>liv</sup> em Portugal, a intervenção no domínio **da Hepatite C não tem sido igualmente relevada, quer no domínio da prevenção e tratamento, quer no domínio da**



**monitorização e testagem, constituindo-se atualmente enquanto importante problema de saúde pública.** Nesse sentido, recomenda-se que se inclua um plano específico de combate à Hepatite C, no domínio das Políticas das Drogas, que à semelhança de outros países Europeus tais como França e Escócia, contemplem estratégias e intervenções diferenciadas e específicas a este públicos-alvo<sup>v</sup>.

**RECOMENDAÇÃO 8: Ampliar as respostas desenvolvidas no domínio das drogas em contexto não prisional (prevenção, tratamento e redução de riscos e minimização de danos) ao contexto prisional.**

Uma outra recomendação que engloba os diferentes níveis de intervenção e que se constitui por si só um contexto de intervenção prioritária é referente ao meio prisional. A necessidade de intervenção neste domínio tem sido relevada por diversas entidades internacionais tais como a OMS e UNAIDS e mais recentemente pela Estratégia Europeia das Drogas (2013-2020). **O alargamento das respostas desenvolvidas no domínio das drogas (prevenção, tratamento, redução de riscos e minimização de danos) para a população em geral, e a sua consequente implementação em contexto prisional, prende-se não só com questões de saúde pública, mas também com o cumprimento da igualdade dos cidadãos no acesso a cuidados de saúde.** Revela-se fundamental tornar exequível o cumprimento da Lei n.º 170/99, de 18 de Setembro, n.º 2 do artigo 1.º, que determina que *os cidadãos reclusos mantêm a sua condição de utentes do Serviço Nacional de Saúde e que lhes é garantido o acesso ao mesmo*<sup>vi</sup>.

*Scale up the development, availability and coverage of drug demand reduction measures in prison settings, as appropriate and based on a proper assessment of the health situation and the needs of prisoners, with the aim of achieving a quality of care equivalent to that provided in the community and in accordance with the right to health care and human dignity as enshrined in the European Convention on Human Rights and the EU Charter of Fundamental Rights. (in Estratégia Europeia das Drogas, 2013-2020).*

Adicionalmente, as taxas de consumo e de infeções de VIH/SIDA e de hepatites víricas são claramente mais pronunciados em contexto prisional, o que justifica a necessidade de intervenção prioritária neste domínio. Assim, recomenda-se que se proceda à implementação de dispositivos efetivos de intervenção no domínio do consumo de drogas, que à semelhança do contexto não prisional, incluam respostas de prevenção, tratamento, redução de riscos e minimização de danos, tais o programa de troca de seringas.



## 2. RECOMENDAÇÕES DO DOMÍNIO DA PREVENÇÃO:

No domínio da prevenção das drogas, as recomendações visam ampliar as respostas atualmente existentes a grupos que sendo mais vulneráveis apresentam maior risco de consumo abusivo de substâncias, potenciando desta forma, fatores de proteção através de estratégias empiricamente suportadas.

**RECOMENDAÇÃO 9: Dar continuidade/reabrir financiamento no âmbito dos programas de intervenção focalizada de forma abranger populações em situação de vulnerabilidade, que não estão contempladas em territórios geográficos de intervenção prioritária.**

Uma primeira estratégia no domínio da prevenção prende-se com a necessidade de reforçar intervenções de carácter focalizado de forma a abranger populações consideradas mais vulneráveis ao consumo de drogas, como por exemplo jovens institucionalizados ou com redes de apoio disfuncionais, jovens sem-abrigo, famílias com história de abuso problemático de substâncias, famílias carenciadas, estratégias preventivas de carácter preferencialmente seletivo e/ou indicado. Como se pode observar este tipo de intervenção tem revelado eficácia, permitindo dar resposta a populações que não estão integradas em territórios geográficos de intervenção prioritário, ficando por isso, sem resposta (Carvalho & Frango, 2011).

**RECOMENDAÇÃO 10: Investir em programas de prevenção de carácter contínuo e sistemático que se materializem em ações de proximidade com os diferentes atores e contextos.**

É recomendável que as ações de prevenção, principalmente no caso de se dirigirem a populações vulneráveis, sejam “de longa duração e com intensidade regular” (Carvalho & Frango, 2011). Referem ainda como pressupostos para o desenho de projetos “Garantir uma intensidade regular das intervenções de forma a assegurar resultados mais efetivos e duradouros”. Desta forma recomenda-se que os programas de prevenção tenham a duração mínima de 2 anos. O NIDA (2003) reforça esta ideia determinando que os programas em meio escolar deverão ter entre 10 a 15 sessões no primeiro ano de intervenção e 10 a 15 sessões de reforço no ano seguinte.

**RECOMENDAÇÃO 11: Privilegiar as intervenções precoces que reforçam a promoção de fatores de proteção, contribuindo para um desenvolvimento saudável e prevenindo a adoção de comportamentos de risco no futuro.**

É ainda recomendada uma abordagem precoce, que tenha início na infância, sendo que a intervenção precoce na diminuição de fatores de risco parece ter maior impacto do que a intervenção mais tardia, no que diz respeito a mudança da trajetória do/a jovem (NIDA, 2003).



Negreiros (2000) refere ainda que é mais fácil influenciar atitudes e comportamentos face às substâncias psicoativas quando a intervenção é realizada a partir da primeira infância.

### 3. RECOMENDAÇÕES DO DOMÍNIO DA REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS

#### 3.1. RECOMENDAÇÕES DO DOMÍNIO DA REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS (CONSUMO DE HEROÍNA E COCAÍNA EM CONTEXTO DE RUA):

##### **RECOMENDAÇÃO 12: Disseminar Programas de Terapêutica Combinada<sup>vii</sup> (PTC) com acesso facilitado em contextos de proximidade**

Em Portugal existem algumas Equipas de Rua que incluem nas suas valências PTC. Não obstante, o acesso a estes Programas, e seu funcionamento, não se processa de forma padronizada, o que interfere na sua acessibilidade e condiciona as suas taxas de adesão. Independentemente de serem respostas de baixo limiar, a grande maioria dos programas deste tipo do nosso país têm condicionantes no seu processo de admissão (obrigatoriedade de deslocação a ET ou de receber consulta médica no terreno, apenas disponível em regime semanal) que aumentam o seu nível de exigência, dificultando o acesso daqueles consumidores que se encontram em condições mais desestruturadas e que, paradoxalmente, mais necessitam de respostas céleres.

Neste sentido, a rápida acessibilidade deste tipo de resposta tem vindo a funcionar como fator fundamental para introduzir melhorias na condição geral indivíduo. Da mesma forma, a existência de listas ou de períodos de espera extensos para entrar em Programa, acaba por funcionar de forma anti-terapêutica por perpetuar o consumo regular de substâncias psicoactivas, a situação de dependência e todos os riscos que desta decorrem. A possibilidade de admissão no mesmo dia em que é realizado o pedido, desde que garantidos todos os procedimentos formais obrigatórios (verificação da identidade do utente, diagnóstico da dependência de opiáceos, consentimento informado, etc.), assim como a inclusão de rastreios e outros cuidados de saúde no plano de intervenção individual, por oposição à sua exigência *à priori*, tem vindo a demonstrar ser mais eficaz, sendo, por isso, fundamental proceder a uniformização e disseminação deste tipo de procedimentos<sup>viii</sup> (WHO, 2012b).



### **RECOMENDAÇÃO 13: Promover a adaptação dos Kits de Consumo às necessidades específicas dos programas de RRMD**

A inexistência de utensílios destinados ao consumo seguro e higiénico de drogas torna-se suscetível de disseminar práticas de avultado risco, como a partilha ou a utilização incorreta de parafernália, produzindo, dessa forma, graves implicações na incidência de doenças infecciosas (VIH ou hepatites, por exemplo).

A Organização Mundial de Saúde (Wodak & Cooney, 2004) recomenda, com base em critérios de custo-efetividade, a distribuição de seringas como meio eficaz de prevenção da infeção por VIH. Paralelamente à distribuição de utensílios de injeção, a promoção de alternativas seguras e higiénicas à via endovenosa revela-se também crucial (Correlation Network, 2011). Como tal, recomenda-se que, além dos KIT's atualmente distribuídos, sejam disponibilizados outros elementos, a salientar: diversos calibres de agulhas destinadas à injeção de substâncias; papel 100% alumínio para o uso de drogas por via inalada/fumada; e cachimbos com tubos removíveis, de forma a permitir uma partilha higiénica e segura daquele utensílio. A título de exemplo destas práticas, o GIRUBarcelos, projeto desenvolvido pela APDES, tem um funcionamento um programa de troca de seringas 25G, direcionado para os hábitos de consumo e características da sua população-alvo, que tem demonstrado níveis superiores de adesão.

### **RECOMENDAÇÃO 14: Promover a implementação de unidades de consumo assistido, como a lei prevê, nos contextos em que uma prévia avaliação de necessidades o justifique.**

Em contexto de rua, o consumo de drogas ocorre em cenários promotores de um elevado risco para a saúde pública e individual – sejam edifícios devolutos ou locais públicos, Geram-se, como consequência, condições favoráveis à propagação de doenças infecciosas, ao risco de morte por *overdose*, assim como ao aumento do incómodo público e sentimento de insegurança.

Experiências de outros países apontam a potencialidade destas estruturas no alcance de resultados eficazes, quer promovendo um ambiente seguro e higiénico para a realização de consumos, quer reduzindo o risco de mortes por *overdose* ou de contágio de doenças infecciosas, mas também na promoção da segurança pública e na atenuação do incómodo social (Hedrich, 2004, Hunt, 2006). Trata-se de medidas que, não sendo apenas de cariz sócio-sanitário, não deixam de estabelecer correspondência com a esfera da saúde pública. Importa, assim, sublinhar a relação custo-benefício que delas poderá resultar, atendendo aos encargos suportados pelo Estado Português no tratamento de doenças infecciosas e ao número de casos que, através destas estruturas, poderão ser evitados.



### 3.2. RECOMENDAÇÕES DO DOMÍNIO DA REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS (CONTEXTOS FESTIVOS):

Na sequência do que tem vindo a acontecer a nível europeu e mundial, em Portugal, nas últimas décadas, os consumos de drogas diversificaram-se muito quer ao nível das substâncias mais consumidas, quer quanto ao modo e contexto em que são usadas, quer ainda quanto às motivações e expectativas face ao consumo das mesmas. Os contextos recreativos tornaram-se desde os anos 90 locais privilegiados para a experimentação e para o consumo de substâncias psicoativas entre os jovens. Face a estas novas realidades são necessárias intervenções ajustadas a estes tipos de consumidores e a estes contextos específicos.

No entanto, em Portugal, atualmente, a intervenção em contextos festivos encontra-se muito limitada a nível geográfico, quer a nível nacional, quer a nível mais local, fragmentando as práticas e não acompanhando a cada vez maior mobilidade dos seus frequentadores e organizadores, bem como a proliferação destes contextos. Assim, apesar das melhorias que a intervenção neste campo tem conseguido, estamos ainda longe de cobrir as necessidades e potencialidades do trabalho nesta área, ao nível da promoção de uma noite com mais prazeres e menos riscos. De salientar o caso de grandes cidades como o Porto e Lisboa, a primeira com uma vida noturna em clara expansão e a segunda uma cidade onde diversão noturna é omnipresente e nenhuma delas dispõe, neste momento, de uma equipa de intervenção nestes contextos. Adicionalmente assiste-se a um hiato de investigação quanto às virtualidades deste tipo de ação, uma vez que há pouco material científico produzido neste domínio, sendo necessárias *guidelines* quanto a boas práticas para orientar o desenho das intervenções futuras.

#### **RECOMENDAÇÃO 15: Criação de equipas de proximidade que visem promover a saúde e segurança dos jovens frequentadores de contextos festivos.**

Este tipo de equipas para além de disponibilizar informação sobre substâncias psicoativas, materiais e serviços (ex: Drug-Checking) que permitem reduzir os riscos associados aos consumos devem investir numa intervenção holística, dirigida não apenas aos frequentadores de contextos festivos, mas também a todos os outros atores que direta ou indiretamente estão envolvidos na economia da noite. É fundamental trabalhar com os colaboradores e organizadores de eventos, nomeadamente através do investimento na área da formação.



A intervenção deve ser realizada em contextos de proximidade como bares, discotecas e festivais de Verão, no entanto a literatura tem mostrado a importância e as vantagens do investimento na intervenção *online* dirigida aos jovens.

A utilização das novas tecnologias de informação e comunicação enquanto estratégia de intervenção no âmbito da redução de riscos torna-se fundamental quando trabalhamos junto de populações jovens. Determinadas características deste território trazem vantagens para o trabalho com esta população, por exemplo: o anonimato da pessoa é respeitado; permite o acesso livre a informação e à participação; os jovens são o grupo que mais uso faz das novas tecnologias para procura de informação; o facto de se tratar de um espaço participativo permite também estar a par das tendências, dúvidas, mitos e estratégias de redução de riscos utilizadas. Este aspeto é de extrema importância para o planeamento de estratégias de intervenção adequadas.

**RECOMENDAÇÃO 16: Promover a criação de espaços de atendimento especificamente dirigidos a jovens consumidores de substâncias psicoativas.**

A maioria dos serviços que existem, neste momento, no nosso país são preponderantemente orientados para consumidores problemáticos de heroína e cocaína e os jovens, com um padrão recreativo de consumo, não se identificam com este tipo de respostas, mantendo-se afastados dos serviços, mesmo quando têm dúvidas ou problemas. Assim, tornam-se necessários serviços específicos para esta população, já que, trabalhando desde cedo técnicas de gestão dos consumos de substâncias psicoativas, poder-se-á retardar os primeiros consumos, ou quando isso não for possível, diminuir a frequência dos mesmos e fomentar a integração social do jovem nos vários âmbitos da sua vida.

Para tornar estes locais mais atrativos para a população-alvo, estes espaços estariam dotados de informação direcionada para jovens e acesso à Internet. Estes poderiam ainda ser locais de desenvolvimento de outras atividades como visionamento de filmes, realização de *workshops*, entre outras atividades de carácter mais lúdico. O denominador comum de todas estas atividades seria a reflexão sobre a noite, a festa e o consumo de substâncias psicoativas. Este tipo de serviços praticamente inexistente no nosso país poderiam ser desenvolvido e dinamizado pelas equipas que trabalham no terreno aproveitando as relações já estabelecidas.



#### 4. RECOMENDAÇÕES NO DOMÍNIO DO TRATAMENTO

##### **RECOMENDAÇÃO 17: Garantir a especificidade das intervenções desenvolvidas pelas equipas de tratamento**

A aprovação do Decreto-Lei n.º 17/2012 de 26 de janeiro do Ministério da Saúde, que define a criação do SICAD e extinção do IDT, implicou a mudança da tutela das equipas de tratamento (ET) anteriormente sob alçada direta do IDT para as atuais administrações regionais de Saúde (ARS). Apesar de esta alteração se poder constituir enquanto oportunidade para a otimização do trabalho atualmente desenvolvido pelas equipas, nomeadamente por uma maior articulação com as restantes estruturas do Sistema Nacional de Saúde, sublinha-se a importância de se **garantir a especificidade das intervenções desenvolvidas no domínio das dependências**. Esta recomendação vai ao encontro das preocupações já publicamente mencionadas por anteriores personalidades, relacionadas com as respostas no domínio da intervenção nos comportamentos aditivos, e associa-se fundamentalmente com o desafio que esta mudança implica aquando da integração da tutela das ET numa estrutura que, dada a sua dimensão de carácter generalista como é ARS, poderá acarretar uma progressiva perda de especificidade e de autonomia. Esta mudança tutelar poderá revelar-se uma oportunidade se assente numa avaliação de necessidades, que por um lado, **potencie o conhecimento acumulado das equipas na intervenção no domínio das dependências** e, por outro lado, **procure responder às limitações e dificuldades com que as equipas se deparam neste domínio de intervenção**.

#### 5. RECOMENDAÇÕES DO DOMÍNIO DA REINserÇÃO (INserÇÃO SOCIAL E CIDADANIA: ACESSO À HABITAÇÃO E AO TRABALHO)

##### **RECOMENDAÇÃO 18: Apoiar a disseminação de programas Housing First (Casas Primeiro)**

Não obstante da implementação da Estratégia Nacional de Apoio ao Sem-Abrigo, esta continua a ser uma problemática bastante patente na realidade em Portugal. Se por um lado a operacionalização da Estratégia apenas se tem verificado de forma efetiva nas grandes cidades (Lisboa e Porto), por outro, a opção por respostas coletivas de alojamento continua a ser a estratégia de intervenção predominante, apesar da sua demonstrada ineficácia no que respeita dimensões como a recaída na situação de sem-abrigo, no consumo de SPA, e na doença mental, ou a integração comunitária e a adesão a tratamentos especializados (FEANTSA, 2011; Pathways to Housing, 2005; Tainio & Fredriksson, 2009).

No sentido de colmatar estas lacunas, surge o **modelo Housing First** que pressupõe a retirada do indivíduo da rua e a **passagem imediata para uma casa autónoma** e independente, concebendo a habitação como um direito humano básico e fundamental, tal como previsto na Constituição Portuguesa (Art.º 65). Outros objetivos terapêuticos são apenas trabalhados *a posteriori*, após a



integração em casa e a satisfação da necessidade mais premente: a habitação. O sucesso deste tipo de abordagem tem sido amplamente comprovado (Gulcur et al., 2003; Tsemberis & Eisenberg, 2000; Tsemberis et al., 2004; Padgett et al., 2011; Yanos et al., 2007), urgindo, por isso, disseminá-lo no nosso país<sup>ix</sup>.

**RECOMENDAÇÃO 19: Reativar o Programa Vida-Emprego, não impondo um critério de abstinência estrito para a frequência do programa.**

Existe uma dissociação profunda entre as esferas da inserção laboral e do acompanhamento médico-sanitário aos utilizadores de drogas. Esta dissociação veicula uma ordem de prioridades que se afirma como evidência: a conclusão do tratamento é um passo prévio e necessário para o acesso ao emprego.

Contrariamente, a colocação profissional dos indivíduos em contextos de trabalho - mais do que uma etapa final dos processos de tratamento e reinserção - deverá funcionar como estímulo à estruturação dos indivíduos, tal como reconhecido por um recente estudo do Observatório Europeu das Drogas e da Toxicodependência. A **abstinência do uso de drogas não deve ser necessariamente uma condição de apoio à reintegração social dos sujeitos**, sendo que as questões laborais devem ser equacionadas de raiz nos planos de intervenção dos sujeitos (OEDT, 2012).

Para tal, propõe-se a reativação do Programa Vida-Emprego, incluindo todos os interessados que estejam a ser acompanhados por estruturas especializadas na área da toxicodependência. Concretiza-se assim uma abordagem focada no **potencial do trabalho enquanto força mobilizadora** de um processo de inserção integral, potenciando sinergias entre as esferas da saúde, social e do trabalho.

**RECOMENDAÇÃO 20: Prever legalmente a possibilidade de acumulação temporária do RSI com outros rendimentos, quando justificada devidamente pelos técnicos responsáveis no contexto de uma estratégia de inserção definida.**

Dada a escassez de alternativas compensatórias e não precárias de inserção no mercado de trabalho formal, a generalidade dos indivíduos não se dispõe a iniciar um processo de mudança e de autonomização face ao RSI quando corre o **risco de ficar sem salvaguarda para a sua sobrevivência**. O horizonte de possibilidades com que estes sujeitos se deparam é geralmente muito diminuto, desenvolvendo-se não raras vezes na esfera informal da economia. Adicionalmente, muitos sujeitos declinam a hipótese de um trabalho temporário dado que tal implica o corte imediato do dito subsídio e, quando o trabalho termina, a demora na retribuição da verba obriga a que fiquem um período sem qualquer fonte de rendimentos.

Uma boa medida para contornar esta situação, seria a possibilidade de acumulação (temporária e numa escala decrescente) do RSI com outros rendimentos. Devidamente enquadrada pelos técnicos



de acompanhamento responsáveis, proporciona-se assim uma segurança e **autonomização crescentes** dos sujeitos, facilitando uma **transição efetiva para a esfera laboral**.

**RECOMENDAÇÃO 21: Replicar (implementar e avaliar) em outros contextos geográficos programas de inserção laboral para utilizadores de drogas anteriormente testados e validados: a figura do educador de pares nas equipas de proximidade.**

Tal como em muitos outros países europeus, propostas de inserção laboral de através da educação de pares foram já postas em prática e avaliadas positivamente em Portugal. A educação de pares capitaliza as experiências de vida relacionadas com os consumos de substâncias, transformando-as em valiosos contributos para o desempenho de uma função profissional. No nosso país subsiste ainda um reduzido reconhecimento das potencialidades associadas a esta figura profissional, bem como a sua insuficiente capitalização para a inserção profissional de utilizadores de drogas.

Para que o investimento público já executado em projetos experimentais nesta área seja totalmente rentabilizado, é imperioso apostar na disseminação das metodologias que foram validadas e na sua apropriação por parte de um conjunto cada vez mais alargado de atores.

Propõe-se assim a implementação de projetos ou ações visando a inserção laboral de UD através da figura do educador de pares, com base nas evidências suportadas pela investigação, e nas recomendações de ordem prática que dela resultaram.

## 6. RECOMENDAÇÕES DO DOMÍNIO DAS NOVAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS – “LEGAL HIGHS”

**RECOMENDAÇÃO 22: Discutir e avaliar a efetividade da legislação recentemente aprovada que regula as novas substâncias psicoativas. Discutir alternativas legais.**

Nos últimos tempos o tema das Novas Substâncias Psicoativas (coloquialmente denominadas “Drogas Legais”) tem estado na ordem do dia e tem levantado novos desafios as autoridades legais e sanitárias. De facto, é possível afirmar que estes produtos marcam uma nova etapa na evolução das substâncias psicoativas recreativas. O decreto de lei nº 54/2013 de 17 de Abril que proíbe qualquer atividade de comercialização de novas substâncias psicoativas tem-se revelado eficaz a limitar a venda das atuais substâncias pelas *smartshops*, no entanto, tal como aconteceu noutros países, **parece ser bastante limitado no controlo da venda por canais alternativos como sendo a internet**. É expectável que um grande número destas substâncias apareça no futuro no mercado ilegal, onde a venda é igualmente desregulada, descontrolada e isenta de informação. Tendo como base que estas **substâncias são novas e sem um perfil toxicológico traçado**, ao contrário de substâncias “tradicionais” (ex. cannabis, cocaína, MDMA), o consumo destas novas substâncias psicoativas poderá implicar um risco bastante mais acentuado.



Assim, é recomendado um especial cuidado na avaliação do impacto que terá a legislação e, sendo necessário, **proceder-se ao debate de alternativas legislativas que promovam a real regulação deste mercado** e permitam controlar a sua proliferação. Um ponto de partida seria a discussão da legislação aprovada na Nova Zelândia, onde **é prevista a comercialização de certos produtos que apresentem um risco “menos que moderado”**.

**RECOMENDAÇÃO 23: Monitorizar e seguir a evolução do mercado das novas substâncias psicoativas, investindo na criação de equipas multidisciplinares, otimizando o serviço de alerta nacional, reforçando serviços de drug-checking e investigação científica.**

É necessário considerar que a proibição e restrição legal sucessiva de novas substâncias aumenta a pressão sobre os produtores deste tipo de compostos, o que previsivelmente fará **aumentar o número de substâncias novas a circular no mercado ilegal** no futuro. Ao mesmo tempo, apesar da nova lei limitar a venda em estabelecimentos físicos como *smartshops* onde a fiscalização é mais acessível, o mesmo não acontece com **pontos de venda online**, muitas vezes sediados fora do nosso país.

Assim, recomenda-se um maior investimento em **serviços de deteção, monitorização, informação e estudo das novas substâncias psicoativas**. A monitorização pode ser realizada através da constituição de grupos de trabalho multidisciplinares que incluam representantes de várias áreas, nomeadamente das ciências naturais, médicas e sociais englobando desta forma serviços de saúde, serviços de drug-checking e equipas de redução de risco e universidades. Partindo de vários níveis de análise, este grupo multidisciplinar permitiria construir conhecimento, estruturado e articulado, o que facilitaria conhecer e antecipar não apenas as propriedades farmacológicas das substâncias, seus efeitos e consequências no consumidor, mas também questões macro como as mutações e evoluções dos mercados de substâncias, fortemente acelerados pelos processos de globalização e evolução nos sistemas de comunicação e informação. A criação de um **grupo vocacionado para acompanhar estas questões e elaborar recomendações poderia constituir-se como uma estratégia eficaz** para responder à rapidez com que estas substâncias aparecem e se difundem no mercado, assim como ajudar a antever e planear respostas pragmáticas para lidar com o problema.



## CONCLUSÃO

*Promote and encourage the active and meaningful participation and involvement of civil society, including non-governmental organisations as well as young people, drug users and clients of drug-related services, in the development and implementation of drug policies, at national, EU and international level (Council of the European Union, 2012, p.7).*

As recomendações previstas no presente documento foram redigidas de acordo com dados empiricamente suportados presentes em relatórios internacionais e documentos nacionais especializados no domínio das políticas das drogas e de acordo com o conhecimento pragmático adquirido por várias ONG em mais de 10 anos de intervenção neste domínio.

As recomendações foram redigidas no sentido de responder às necessidades mais prementes de intervenção no âmbito das drogas, tendo em conta o especial contexto de crise económica e financeira do país. Foram por isso, excluídas recomendações, que apesar de relevantes e necessárias, não se revelam prioritárias no contexto atual <sup>x</sup>. Sublinhamos também, a necessidade de contextualizar estas recomendações no atual panorama de instabilidade Português, dado a pressão exercida de exercer cortes consideráveis em domínios centrais como a Saúde, a Educação e a Proteção Social. Os cortes já realizados e previstos nas prestações sociais e nos financiamentos de ONG e IPSS terão um impacto imprevisível na sociedade Portuguesa e afetarão não só as populações já vulneráveis mas toda a sociedade. Neste momento está em causa o cumprimento dos mais básicos Direitos Humanos e tememos que todo o esforço na consolidação do Estado Social realizado nos últimos 40 anos se desvaneça.

Como conclusão, gostaríamos ainda de congratular a atual comissão parlamentar, em auscultar as organizações da sociedade civil, no desenvolvimento de respostas no domínio do consumo problemático de drogas e na prevenção e tratamento do VIH/SIDA. Esta abordagem, de resto consagrada no Tratado de Lisboa, no Livro Branco da Comissão Europeia de 2007, e sublinhada no domínio das drogas pelo Fórum da Sociedade Civil das Drogas (2012) e pelo Conselho Europeu (2012), revela um não negligenciável interesse em operacionalizar políticas no domínio das drogas ajustadas às necessidades das pessoas e comunidades.



## REFERÊNCIAS:

1. APDES (2012). Manual “O Trabalho Primeiro”. <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/4223>
2. Arkes, J. (2011). Recessions and the participation of youth in the selling and use of illicit drugs. *International Journal of Drug Policy*, 22, 335-340.
3. Arkes, J. (2007). Does the economy affect teenage substance use? *Health Economics*, 16, 19-36.
4. Balsa, C., Vital, C. & Urbano, C. (2013). III Inquérito ao consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa 2012 (Relatório preliminar). [http://www.idt.pt/PT/Noticias/Documents/2013/Relatorio%20Preliminar\\_06052013.pdf](http://www.idt.pt/PT/Noticias/Documents/2013/Relatorio%20Preliminar_06052013.pdf).
5. Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2008). II Inquérito Nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população em geral - 2007. Lisboa: IDT, I.P.
6. Carvalho, J. & Frango, P. (2011). *Intervenção Preventiva com Grupos Vulneráveis – A experiência do Programa de Intervenção Focalizada*. Instituto da Droga e da Toxicod dependência – IDT, I.P. [http://www.idt.pt/PDA/Documents/IntervencaoPreventivaComGruposVulneraveis\\_ExpDo\\_PIF.pdf](http://www.idt.pt/PDA/Documents/IntervencaoPreventivaComGruposVulneraveis_ExpDo_PIF.pdf)
7. Cerdá, J. C. M., Danet, A., & Vallecillos, M. R. (2012). Los programas experimentales con heroína en la atención de la población drogodependiente. *Salud y drogas*, 12(1), pp 21-36.
8. Civil Society Forum on Drugs (2012). Recommendations to the EU Member States and to the European Commission regarding the new EU Drugs Strategy and Action Plan.
9. Chalmers, J., & Ritter, A. (2011). The business cycle and drug use in Australia: Evidence from repeated cross-sections of individual level data. *International Journal of Drug Policy*, 22, 341-352.
10. Correlation Network (2001). *Hepatitis C among people who use drugs: key messages from practitioners*. Amsterdam: Correlation Network.
11. Council of the European Union (2012). EU Drugs Strategy (2013-2020). Brussels. <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/12/st17/st17547.en12.pdf>
12. Department of Health (England) and the devolved administrations (2007). *Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management*. London: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive.
13. EMCDDA/ECDC (2011). *ECDC and EMCDDA guidance. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs*. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/ecdc-emcdda-guidance>



14. EMCDDA (2011). *Drug Policy Profiles – Portugal*.  
[http://www.emcdda.europa.eu/publications/searchresults?action=list&type=PUBLICATIONS&SERIES\\_PUB=a106](http://www.emcdda.europa.eu/publications/searchresults?action=list&type=PUBLICATIONS&SERIES_PUB=a106).
15. EMCDDA (2012). *EMCDDA INSIGHTS New heroin-assisted treatment. Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond*.  
[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_154996\\_EN\\_Heroin%20Insight.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_154996_EN_Heroin%20Insight.pdf)
16. FEANTSA (2011). *Breaking down the myths: Providing and managing housing services for homeless people*. Brussels: FEANTSA.
17. Global Fund (2013). *Global Fund Information Note: Harm reduction for people who inject drugs*.  
[http://www.google.pt/url?q=http://www.theglobalfund.org/documents/core/infonotes/Core\\_HarmReduction\\_InfoNote\\_en/&ei=p5ZJUY76BOas0QWimoG4Dq&sa=X&oi=unauthorizedredirect&ct=targetlink&ust=1363778991082682&usq=AFQjCNHQsCWnue9ljwl1P1Jhwa\\_w7OHMeQ](http://www.google.pt/url?q=http://www.theglobalfund.org/documents/core/infonotes/Core_HarmReduction_InfoNote_en/&ei=p5ZJUY76BOas0QWimoG4Dq&sa=X&oi=unauthorizedredirect&ct=targetlink&ust=1363778991082682&usq=AFQjCNHQsCWnue9ljwl1P1Jhwa_w7OHMeQ)
18. Gulcur, L., Stefancic, A., Shinn, M., Tsemberis, S., & Fischer, S. N. (2003). Housing, Hospitalization, and Cost Outcomes for Homeless Individuals with Psychiatric Disabilities Participating in Continuum of Care and Housing First Programs. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13, 171-186.
19. Hedrich, D. (2004). *European report on drug consumption rooms*. Luxemburgo: Office for official publications of the European communities. European monitoring Center for Drugs and Drug Addiction.
20. Hughes, C. E., & Stevens, A. (2012). A resounding success or a disastrous failure: Re-examining the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalization of illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 31, 101-113.
21. Hunt, N. (2006). *The Evaluation Literature on Drug Consumption Rooms*. Joseph Rowntree Foundation.
22. Lakhdar, C. B., & Bastianic, T. (2011). Economic constraint and modes of consumption of addictive goods. *International Journal of Drug Policy*, 22, 360-365.
23. Malliori, M., Terzidou, M., Paraskevis, D., & Hatzaki, A. (2011). HIV/AIDS among IDUS in Greece: report of a recent Outbreak and initial response policies.  
[www.emcdda.europa.eu/news/2011/update1/greek-report](http://www.emcdda.europa.eu/news/2011/update1/greek-report)
24. International Monetary Fund (2013). Portugal: Rethinking the State—Selected Expenditure Reform Options. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2013/cr1306.pdf>.
25. OEDT (2012). *A evolução do fenómeno da droga na Europa. Relatório anual 2012*.  
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2012>



26. Pathways to Housing. (2005). Providing Housing First and Recovery Services for Homeless Adults with Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, Vol. 56, nº 10, pp. 1303-1305.
27. Plano nacional para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências (2013-2020). Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. [http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/E920478E-66F7-4083-8D09-3BED11A012B1/0/PNRCAD\\_2013\\_2020.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/E920478E-66F7-4083-8D09-3BED11A012B1/0/PNRCAD_2013_2020.pdf)
28. Ribeiro, M. (2009) A avaliação económica do custo-efectividade da intervenção das equipas de rua num contexto populacional de toxicodependência. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal.
29. Rodrigues, C. F, Figueiras, R, & Junqueira, V. (2011). Desigualdades em Portugal- Conclusões Preliminares. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <http://www.ffms.pt/upload/docs/e7256dbe-1ee6-4e94-a834-fda6ed9d9bf5.pdf>
30. Storti, C. C., Grauwe, P., Sabadash, A., & Montanari, L. (2011). Unemployment and drug treatment. *International Journal of Drug Policy*, 22, 366-73.
31. Tainio, H., & Fredriksson, P. (2009). The Finnish Homelessness Strategy: From a Staircase Model to a Housing First Approach to Tackling Long-Term Homelessness. *European Journal of Homelessness*, 3, 181-199.
32. UNAIDS (2010). *Getting to Zero: UNAIDS Strategy (2011-2015)*. [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034\\_UNAIDS\\_Strategy\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_en.pdf)
33. Wadsworth, E. J. K., Moss, S. C. Simpson, S. A., & Smith, A. P. (2004). Factors associated with recreational drug use. *Journal of Psychopharmacology*, 18, 238-248.
34. West, R. (2013). Models of addiction - EMCDDA Insights. [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_213861\\_EN\\_TDXD13014ENN.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_213861_EN_TDXD13014ENN.pdf)
35. WHO (2012a). *Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs*. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hepatitis/en/index.html>
36. WHO (2012b). Practical Guidance Toolkit How to implement and scale up opioid substitution therapy (OST) (Based on the experience of selected EU countries: Bulgaria, Estonia, Germany, Latvia, Lithuania, Poland, Portugal and Romania) [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/183380/Practical-Guidance-Toolkit-How-to-implement-and-scale-up-opioid-substitution-therapy-OST.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/183380/Practical-Guidance-Toolkit-How-to-implement-and-scale-up-opioid-substitution-therapy-OST.pdf).
37. WHO (2011) *European action plan for HIV/AIDS (2012-2015)*. <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/european-action-plan-for-hiv-aids-20122015>



38. WHO/UNODC/UNAIDS (2007). *Effectiveness of interventions to address HIV in prisons (Evidence for Action Technical Paper)*. Geneva: WHO. [www.who.int/hiv/idu/en/index.html](http://www.who.int/hiv/idu/en/index.html)
39. Wilkinson R. G, & Pickett K. E. (2007). The problems of relative deprivation: why some societies do better than others. *Social Science and Medicine*, 65, 1965-1978.
40. Wodak A & Cooney A. (2004). *Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*. Evidence for action technical papers. WHO Geneva
41. Yanos, P. T., Felton, B. J., Tsemberis, S., & Frye, V. A. (2007). Exploring the role of housing type, neighborhood characteristics, and lifestyle factors in the community integration of formerly homeless persons diagnosed with mental illness. *Journal of Mental Health*, 16(6), 703-717.

---

<sup>i</sup> O PTC é um Programa de Substituição Opiácea de Baixo Limiar de Exigência (PSOBLE), com valência de terapêutica combinada, destinado a consumidores problemáticos de heroína. É uma medida que se enquadra no âmbito da RRMD, não tendo como objectivo primeiro a abstinência, mas sim a redução de comportamentos de risco e a reaproximação dos indivíduos da rede formal de apoio. Concomitante à administração de metadona são, então, fornecidos outros medicamentos - medicação psiquiátrica, antiretrovíricos e/ou tuberculostáticos - em estreita colaboração com o serviços de infecciologia, pneumologia, Equipas de Tratamento do ex-IDT e outros.

<sup>ii</sup> De acordo com um estudo do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2010 foi o ano de viragem da tendência inicial da epidemia do VIH em Portugal, segundo a qual o grupo dos toxicodependentes representava a maioria dos casos de infeção. Os últimos dados indicam que estes representam apenas cerca de 15% do total de casos notificados em 2010 e 9,6% em 2011. Este cenário não será alheio ao investimento que se tem vindo a fazer numa política nacional consistente de redução de riscos que se traduziu numa generalização territorial dos serviços deste tipo em Portugal a partir de 2004.

<sup>iii</sup> Para mais informações vide Projecto Inpar – Manual “[O Trabalho Primeiro](#)” – APDES.

<sup>iv</sup> Apesar do decréscimo verificado nas taxas de transmissão do VIH/SIDA em utilizadores de drogas, ainda se revela necessário proceder à continuidade e ao reforço das intervenções desenvolvidas neste domínio no sentido alcançar os objetivos definidos pela Estratégia da UNAIDS (2011-2015), nomeadamente de prevenir novas infeções do VIH/SIDA em utilizadores de drogas em 2015.

<sup>v</sup> Atualmente a APDES integra, no âmbito da colaboração com a rede *Correlation*, um projeto Europeu [Hepatitis C Initiative](#), financiado pelo *Drug Prevention and Information Programme* (DPIP) da União Europeia. Os resultados deste projeto materializar-se-ão na elaboração de políticas concretas que, baseadas em boas práticas e no custo-benefício das intervenções, permitam introduzir melhorias nas atuais respostas desenvolvidas neste domínio. Nesse sentido este projeto poderá constituir-se enquanto importante recurso para a elaboração de políticas específicas neste domínio. Os resultados deste projeto serão disponibilizados e debatidos com as entidades governamentais e políticas que manifestarem interesse de intervenção no domínio da hepatite C.

<sup>vi</sup> Esta recomendação foi já produzida em 2006 (Despacho conjunto n.º 72/2006) no Plano de Acção Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional

<sup>vii</sup> O PTC é um Programa de Substituição Opiácea de Baixo Limiar de Exigência (PSOBLE), com valência de terapêutica combinada, destinado a consumidores problemáticos de heroína. É uma medida que se enquadra no âmbito da RRMD, não tendo como objectivo primeiro a abstinência, mas sim a redução de comportamentos de risco e a reaproximação dos indivíduos da rede formal de apoio. Concomitante à administração de metadona são, então, fornecidos outros medicamentos - medicação psiquiátrica, antiretrovíricos e/ou tuberculostáticos - em estreita colaboração com o serviços de infecciologia, pneumologia, Equipas de Tratamento do ex-IDT e outros.

<sup>viii</sup> A APDES desenvolve um PTC, no âmbito do Projecto GIRUGaia, que se destaca precisamente por cumprir estes critérios de rápida acessibilidade. A inovação deste Programa, e motivo do seu reconhecimento pela OMS, é o seu protocolo clínico, que facilita o processo de integração de novos utentes. Este protocolo foi elaborado em 2007, conjuntamente com a equipa clínica da ET de Gaia (médico e enfermeiro), no sentido de dar resposta à impossibilidade da permanência diária de um médico no terreno e à elevada procura do programa. O seu propósito é orientar a Equipa de Enfermagem do PTC na indução e administração de metadona a novos casos, estando prevista, para o efeito, uma dose inicial máxima de segurança que nunca é excedida, e que pode ser administrada pela equipa de enfermagem, de forma a garantir a fidelização e permanência do utente em programa. Depois desta integração no PTC o utente é obrigatoriamente referenciado para consulta médica.

<sup>ix</sup> Em Portugal já existe um programa Casas Primeiro – um projeto pioneiro promovido pela Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS) através de um Acordo Atípico com a Segurança Social – a nossa proposta é precisamente que se replique este tipo de intervenção noutros pontos do país.



---

\* Como por exemplo o tratamento assistido com heroína injetável sob vigilância médica, que apesar de se revelar eficaz em grupos específicos de consumidores crónicos de heroína e de estar já implementado em diversos países (e.g., Dinamarca, Alemanha, Países Baixos, Reino Unido e Suíça) o valor do tratamento é superior ao custo do tratamento de manutenção com metadona EMCDDA, 2012).