



MINISTÉRIO DA SAÚDE



*Avaliação da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga*

1999 – 2004

I.º ENCONTRO  
DE UNIDADES  
ESPECIALIZADAS  
DO IDT

CENTROS DE ATENDIMENTO A TOXICODDEPENDENTES  
CENTROS DE DIA  
COMUNIDADES TERAPÊUTICAS  
UNIDADES DE DESABITUAÇÃO  
UNIDADES DE PREVENÇÃO

*Estratégia de Prevenção e Tratamento*

*Passado, Presente e Futuro*

Albufeira, 9 e 10 de Novembro de 2004

*Índice*

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS 30 OBJECTIVOS

CONSIDERAÇÕES TRANSVERSAIS A TODOS OS OBJECTIVOS

TRATAMENTO

REINSERÇÃO

REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS

PREVENÇÃO

*1. Planos Municipais de Prevenção.*

*2. Programa Quadro Prevenir II*

*3. Intervenção Directa*

MEIO ESCOLAR

O PAPEL DA ARTICULAÇÃO INTERSECTORIAL

CONSIDERAÇÕES VÁRIAS:

O FUTURO: NOVA ESTRATÉGIA E UM NOVO PLANO DE ACÇÃO NACIONAL 2005-2012

O presente documento pretende dar conta da reflexão feita em torno dos 30 objectivos do «Plano de Acção» da «Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga» (Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99 de 26 de Maio).

Considera-se necessária a revisão e actualização de alguns conceitos definidos na «Estratégia».

O actual Plano tem uma vertente de intervenção muito acentuada no consumo de drogas ilícitas, e, em plano secundário, no consumo problemático de outras substâncias, com o conseqüente esvaziamento da abordagem global do consumo de substâncias psicoactivas.

Dever-se-á reconsiderar a primazia da *dependência* face à *adição*.

É desejável que o próximo plano estratégico seja amplamente divulgado e discutido a todos os níveis da estrutura do IDT.

Esta reflexão debruçou-se sobre o período compreendido entre 2000 e 2004.

## CONSIDERAÇÕES SOBRE OS 30 OBJECTIVOS

### PREVENÇÃO PRIMÁRIA

[1 — Reforçar as verbas destinadas à prevenção primária em 150%.]

1. Reconhece-se a existência, durante o período tratado, de um incremento do investimento nesta área, sendo contudo indispensável o reforço do investimento financeiro na prevenção primária.

[2 — Reduzir o número de novos consumidores de substâncias de idade inferior a 18 anos.]

2. A forma como está formulado este objectivo é ambígua e vaga, carecendo de definições claras. Para isso serão necessários estudos de incidência que cubram a totalidade da faixa de população pretendida. Regista-se contudo um esforço notório que foi levado a cabo na recolha de informação fidedigna.

[3 — Definir e implementar planos — se possível municipais — de prevenção primária em 100 % dos concelhos do País.]

3. Houve um crescimento do número e dimensão dos Planos Municipais; referimo-nos a projectos, número de técnicos envolvidos e população-alvo abrangida. Porém, os Planos Municipais cobrem apenas uma parcela do território nacional. Assim importará para o futuro: garantir o princípio da

equidade; privilegiar o primado da qualidade versus da quantidade; garantir o princípio da continuidade; aumento da duração dos projectos para um período de 2/3 anos; equacionar o grau de participação de cada uma das entidades envolvidas nos PMP's; incrementar o nível e rigor do acompanhamento e supervisão destes projectos, bem como as metodologias de avaliação.

[4 — Duplicar a capacidade de intervenção da sociedade civil, através do envolvimento crescente das IPSS e ONG, bem como das associações juvenis, estudantis e desportivas, em actividades específicas de prevenção.]

4. Reforçar e otimizar a capacidade técnica e organizativa da intervenção da sociedade civil.

[5 — Promover todos os anos campanhas mensais de prevenção de âmbito nacional, dirigidas à população em geral e a segmentos ou grupos delimitados, sobre o uso e abuso de substâncias lícitas e ilícitas e criar equipas de intervenção em espaços recreativos e de lazer, com o objectivo de informar sobre os efeitos do consumo de substâncias lícitas e ilícitas e de fomentar a informação sobre os riscos associados ao seu consumo.]

5. Considera-se pertinente o desdobramento do citado objectivo. Foi um objectivo pouco conseguido, no que concerne às campanhas, por número insuficiente, pouco articuladas e continuadas e insuficientemente avaliadas. Para o futuro há necessidade de veicular uma mensagem que reforce a visibilidade do IDT, numa lógica de continuidade e articulação com outras áreas.

[6 — Assegurar, até 2002, a inclusão da prevenção dos consumos de substâncias lícitas e ilícitas nos projectos educativos das 1300 escolas da Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (22% da população escolar) e, até 2004, em 100% das escolas.]

## 6. Atribuição do Ministério da Educação.

[7 — Entre 2001 e 2004, produzir e divulgar, em 100 % das escolas e junto de 100% dos parceiros educativos, materiais de apoio ao diagnóstico de situações de risco, bem como reforçar a produção de materiais existentes de apoio à prevenção da toxicod dependência, desde o 1.º ciclo do ensino básico até ao ensino secundário, recorrendo às novas tecnologias de informação.]

7. Reforçar a parceria entre o IDT e o Ministério da Educação, para o desenvolvimento de um programa a nível nacional, regulamentado e não fragmentado.

[8 — Incluir objectivos de aprendizagem, sugestões de actividades e materiais de apoio relativos a esta temática nas orientações curriculares que estão a ser desenvolvidas para as diferentes áreas e disciplinas.]

## 8. Idem.

[9 — Habilitar e capacitar as forças de segurança a quem compete a prática de uma polícia de proximidade para o desenvolvimento de acções preventivas na área da toxicod dependência.]

9. Este objectivo carece ser redefinido ao nível do papel das forças de segurança, não propriamente no desenvolvimento das acções, mas integrando-as na acção preventiva.

**PREVENÇÃO E REDUÇÃO DE RISCOS;**  
**EM PARTICULAR, CONSUMOS PROBLEMÁTICOS DE DROGAS,**  
**SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE DOS CONSUMIDORES.**

[10 — Criar uma rede primária nacional de redução de riscos, composta por equipas de rua, pontos de contacto e de informação, programas de troca de seringas e programas de substituição de metadona de baixo limiar, em 100 % dos distritos e uma rede secundária nacional de redução de riscos que cubra todos os concelhos com zonas críticas de consumo intensivo com programas de redução de riscos com a configuração mais adequada.]

10. Ainda não foi criada uma rede nacional de redução de riscos. Têm havido apenas respostas pontuais. De futuro, há que evitar a colisão das intervenções e promover a criação de respostas integradas (equipas de rua, programas de baixo limiar de substituição, unidades móveis). Realça-se que o programa nacional de troca de seringas tem cobertura nacional, sendo fundamental a sua continuidade.

[11 — Promover a criação de redes metropolitanas de centros de abrigo, de centros de acolhimento e de centros de dia meramente ocupacionais, que tendencialmente cubram 100% dos toxicodependentes sem enquadramento sócio-familiar.]

11. Este objectivo não foi conseguido. Há algumas respostas, mas manifestamente insuficientes e desarticuladas. Trata-se de uma prioridade para o futuro.

[12— Tornar disponíveis programas de redução de riscos acessíveis a 100% dos toxicodependentes reclusos.]

12. Continuam por definir as atribuições de competências de cada uma das instituições e a sua desejável articulação (Ministério da Saúde / Ministério da Justiça).

[13 — Suster e inverter a tendência de contaminação de toxicodependentes por HIV, hepatites B e C, e tuberculose, fazendo-a convergir com a média da União Europeia.]

13. Foi um objectivo que ao nível das estruturas assistenciais foi atingido quanto à infecção por HIV, continuando a haver provavelmente uma parcela da população toxicodependente, utilizadora da via endovenosa, não coberta. Necessidade de reforço do papel das equipas de rua, dos programas de baixo limiar e da articulação de todas as estruturas sanitárias.

[14 — Diminuir em 50% o número de mortes relacionadas com o consumo de drogas.]

14. Incentivar procedimentos adequados para o estudo destas correlações causa-efeito.

[15 — Diminuir as práticas de consumo problemático, nomeadamente a partilha de seringas (em pelo menos 50%) e o consumo endovenoso.]

15. Idem (ponto 13).

[16 — Criar uma rede nacional de centros de terapêutica combinada para toxicodependentes e doentes com tuberculose e sida e criar uma rede nacional de centros de detecção precoce, anónima e voluntária do HIV, com rastreios gratuitos e acessíveis à população toxicod dependente.]

16 Não foi criada uma rede nacional de CTC's. Existem contudo respostas pontuais com boas práticas reconhecidas. Trata-se de uma prioridade sanitária

[17 — Diminuir o consumo de heroína em um terço.]

17. Este objectivo é transversal a todos os outros objectivos

## **TRATAMENTO**

[18 — Concluir até ao final de 2002 a rede nacional de CAT, aumentar em 50% o número de toxicod dependentes em tratamento e incrementar substancialmente o número de toxicod dependentes cujo tratamento obtém bons resultados.]

18. Aumentar e ajustar as respostas ao nível de tratamento numa lógica de proximidade e necessidades das populações.

[19 — Reforçar até 2002 a capacidade instalada de serviços de desintoxicação em 50%, o que permitirá atingir a oferta suficiente para responder às solicitações.]

19. Foi atingida a oferta suficiente para responder ao número de solicitações para desintoxicação, devendo ser mantida e readaptada ao perfil dos consumidores.

[20 — Reforçar em 100% a capacidade pública de tratamento de substituição de alto limiar de exigência.]

20. Cumpriu-se o objectivo tal como foi definido. Há no entanto a necessidade de manutenção e reforço da capacidade para tratamento de substituição em alto limiar.

[21 — Reforçar até próximo dos 100% o número de centros de saúde que já colaboram com o SPTT na execução de terapêuticas de substituição e aumentar em 300 % a adesão de centros de saúde e serviços hospitalares a protocolos de intervenção no rastreio e tratamento de toxicodependentes.]

21. Este objectivo foi parcialmente atingido, havendo assimetrias regionais em termos da colaboração dos Centros de Saúde e dos Serviços Hospitalares (gerais e psiquiátricos), nos protocolos de intervenção no rastreio e tratamento de toxicodependentes.

### **REINSERÇÃO SOCIAL**

[22 — Reforçar o Programa Vida Emprego, como programa central de reinserção social dos toxicodependentes e dos toxicodependentes reclusos, de modo a aumentar a respectiva capacidade em 50% e a incluir novas valências que concorram, nomeadamente, para a prevenção da desinserção de toxicodependentes ou ex-toxicodependentes empregados.]

22. A experiência do Programa Vida Emprego é insuficiente, mas permite tirar conclusões positivas e linhas estratégicas para as opções futuras.

[23 — Reforçar a rede de apartamentos de reinserção destinados a toxicodependentes em reabilitação, aumentando a capacidade actual em 100%.]

23. Este objectivo não foi conseguido, havendo a necessidade de criar uma rede nacional de apartamentos de reinserção, tendo em conta as necessidades de cada região.

## **COMBATE AO TRÁFICO ILÍCITO DE DROGAS**

### **E AO BRANQUEAMENTO DE CAPITAIS**

[24 — Reduzir substancialmente a disponibilidade de drogas ilícitas, aumentando em cerca de 50% as quantidades de substâncias ilícitas apreendidas, através do esforço concertado das forças e serviços de segurança, articulando a actividade de produção de informações com a acção de polícia e com a investigação criminal nos termos da lei.]

24. Não temos informações que nos permitam tecer qualquer tipo de considerações

[25 — Reduzir em cerca de 25% a criminalidade associada à droga, mediante o reforço das políticas comunitárias de policiamento de proximidade, o aumento de visibilidade das polícias e a racionalização dos respectivos dispositivos.]

25. *Idem.*

[26 — Reforçar o combate ao branqueamento de capitais resultantes do tráfico de drogas, através da agilização do acesso à informação bancária e do estreitamento da cooperação com agências internacionais e polícias estrangeiras.]

26. *Idem.*

## **INVESTIGAÇÃO, INFORMAÇÃO ESTATÍSTICA E EPIDEMIOLÓGICA**

[27 — Incrementar a investigação científica e a divulgação da informação daí resultante, reforçando as verbas destinadas a essa área em 200 % e interessando as instituições universitárias e de investigação científica de maior prestígio para os temas da droga e da toxicodependência.]

27. Foram realizados estudos a nível nacional e local, revelando um esforço importante no sentido de produzir conhecimento. No entanto, há que tornar ágeis os mecanismos de divulgação e discussão dos resultados dos projectos e estudos produzidos. Também é necessário avançar com projectos de investigação ao nível do tratamento e dos fenómenos emergentes, com o intuito de instituir e consolidar boas práticas e definir linhas de actuação.

[28 — Criar até 2002 uma rede informática de suporte ao Sistema Nacional de Informação que permita otimizar a recolha de informação e institucionalizar a prática dos inquéritos nacionais trianuais [trienais] (2001, 2004, 2007, etc.) à população de modo a definir a evolução da prevalência do consumo de drogas e dos consumos problemáticos de drogas.]

28. A rede informática está a ser criada, sem ainda ter atingido a totalidade das estruturas. No futuro há que reforçar e investir em canais de informação.

## **AValiação de Políticas e Acções**

[29 — Implementar a criação de mecanismos de avaliação (interna e externa) de 100% das acções, com vista ao reajustamento das acções desenvolvidas e, consequentemente, da política nacional.]

29. Ao nível das políticas foi previsto e está a ser feito. Ao nível da prevenção primária houve um investimento na avaliação, tendo havido melhorias significativas na avaliação quantitativa / processual, havendo necessidade de reforçar e investir na avaliação de resultados revestida de rigor técnico-científico. Esta última necessidade também se aplica ao tratamento.

### **COOPERAÇÃO INTERNACIONAL**

[30 — Estabelecer e implementar um programa conjunto com Espanha de controlo dos fluxos transfronteiriços de traficantes e consumidores.]

30. Este objectivo foi parcialmente conseguido, estando em execução os protocolos de cooperação internacional (exemplo: programa INTERREG).

## CONSIDERAÇÕES TRANSVERSAIS A TODOS OS OBJECTIVOS

Agilizar procedimentos organizativos das *unidades especializadas*, a fim de facilitar a necessária e adequada celeridade das intervenções.

*Recursos humanos*: reforço do número de técnicos; implementação de medidas de motivação e gestão de recursos – quer sejam funcionários públicos, quer com contratos individuais de trabalho (quadro de pessoal, avaliação de desempenho, progressão nas carreiras, reconhecimento e credibilização dos técnicos, formação, creditação e especialização).

Ausência de referência quanto às *comunidades terapêuticas públicas* nos objectivos específicos do tratamento. Necessidade de inclusão e clarificação da continuidade das mesmas no tratamento, garantindo que as comunidades terapêuticas tenham condições de qualidade e de competitividade com outras estruturas de tratamento.

## TRATAMENTO

### NA GENERALIDADE

#### **Avaliação [2000 a 2004]**

- Salvo algumas questões de pormenor que poderão estar desactualizadas face à realidade actual, todas as medidas que seguiram as orientações da estratégia revelaram-se positivas, pelo que essencialmente o que falhou foi o não se dispor de condições para viabilizar integralmente a maior parte dos objectivos que se mantêm actuais.
- Deviam ter havido avaliações periódicas entre 2000 e 2004.
- Aumentar a Rede Nacional de CAT e proporção de Txs em tratamento.
- Aumentar a cooperação com CS / Hospitais.
- Parcialmente conseguido e apenas incidindo na colaboração relativa aos programas de tratamento opiáceo.
- Muito longe do desejável em relação a uma efectiva cooperação conjunta para os programas terapêuticos (e também PP, Reinserção, RR MD).

#### **Futuro [2005 a 2012]**

- Importante diversificar as estruturas de tratamento (ver cooperação CAT, CS e outros) e adequar as respostas às características específicas de cada região.
- Descentralização de consultas com base em parcerias com CS / CM / Hospitais e outras entidades, de modo que haja mais valias mútuas.
- Planeamento dos Recursos Humanos dos CAT com vistas a criar condições para formas de intervenção descentralizadas, em parceria (formação, acompanhamento, supervisão, de técnicos dos CS, CM, etc.).
- Desenvolver iniciativas de acompanhamento de jovens com comportamentos de risco e de filhos de toxicodependentes em articulação com UP / CS / CM / Pedopsiq., etc.
- Face à comorbilidade da toxicodependência é fundamental a formulação e implantação de *linhas de orientação* nomeadamente em infecciologia, psiquiatria, obstetrícia e pediatria.
- É importante investir na rede de cooperação com as farmácias.

## PRISÕES

### **Avaliação [2000 a 2004]**

— Não houve nenhuma evolução positiva em relação às metas definidas.

### **Futuro [2005 a 2012]**

— É urgente proceder como citado no texto da estratégia.

— Necessidade de linhas de orientação em relação a evitar hiatos nos tratamentos em curso, à entrada e saída das prisões.

## UNIDADES DE DESABITUAÇÃO

### **Avaliação [2000 a 2004]**

— A meta foi cumprida não tanto por mérito próprio mas sobretudo por redução da procura.

### **Futuro [2005 a 2012]**

— Proposta de se reformularem as UD's em Unidades de Internamento com intervenção em várias patologias aditivas e psiquiátricas.

## FISCALIZAÇÃO ENTIDADES INTERVENIENTES

### **Avaliação [2000 a 2004]**

— Raramente efectuada

### **Futuro [2005 a 2012]**

— Melhor articulação com a Segurança Social nomeadamente em relação aos critérios de subsídio para CT's.

## REINSERÇÃO

### **Avaliação [2000 a 2004]**

— Grau de realização dos objectivos muito aquém do desejável.

### **Futuro [2005 a 2012]**

— A reformulação do PVE deve garantir maior continuidade dos processos de reinserção e menor burocracia;

— Deve investir-se no aumento de apartamentos terapêuticos;

— Deve investir-se no aumento dos acolhimentos temporários;

— Deve melhorar-se a articulação entre CAT / IRS / EP, em relação a garantir processos de reinserção quando as pessoas saem em liberdade;

## REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS

### **Avaliação [2000 a 2004]**

Grau de realização dos objectivos muito aquém do desejável.

### **Futuro [2005 a 2012]**

É necessário aumentar substancialmente a intervenção em RR MD.

É necessária maior articulação entre os CAT's e as Equipas de proximidade.

É necessário pensar RR MD em relação às novas formas de consumos de drogas.

É fundamental a articulação entre os programas de tratamento e as medidas de RR MD.

As estratégias de RR MD devem ser adequadas às condições próprias de cada região

## PREVENÇÃO

Em 1999, após debate público, e fruto de consenso e da vontade política, foi aprovada a primeira «Estratégia Nacional de luta contra a droga», onde ficaram definidos os princípios, os objectivos e as diferentes opções estratégicas que orientaram até hoje as nossas diferentes intervenções.

Este documento harmonizou e estruturou, pela primeira vez, as distintas intervenções existentes a nível nacional, integrando as diferentes vertentes de abordagem ao fenómeno da toxicodependência: *prevenção, tratamento, reinserção social, redução de danos, formação, combate ao tráfico, branqueamento de capitais e investigação.*

Destacamos os três grandes programas sobre os quais desenvolvemos a nossa reflexão.

### *1. Planos Municipais de Prevenção.*

É uma das medidas principais da Estratégia, pelo seu carácter inovador e integrador das políticas de prevenção e dos diferentes parceiros comunitários: Estado, privados e autarquias.

#### *1.1. Ganhos:*

- facilidade com que os diferentes parceiros aderiram a um projecto comum numa perspectiva integrada de intervenção comunitária;
- pensar de forma concertada, desenvolvendo e agindo localmente, tendo em conta as realidades de cada comunidade;

- clarificação que cada um tem das suas responsabilidades, encargos específicos, com vista ao trabalho final;
- criação de uma rede preventiva envolvendo todos os parceiros sociais;
- reforço da componente avaliativa dos projectos.

### *1.2. Aspectos menos conseguidos:*

- deficiente dotação da maioria das UP's em meios humanos e tecnológicos que permitam apoiar, supervisionar e melhorar o rigor metodológico;
- o atraso e a lentidão quer no alargamento, quer nas renovações dos planos municipais, o que não permite garantir a necessária continuidade de intervenção no terreno;
- pouca visibilidade da acção / intervenção desenvolvida nos planos municipais;
- frequentes limitações das entidades promotoras no domínio das tecnologias preventivas.

### *1.3. Aspectos futuros a considerar:*

- autonomia técnica para as UP's;
- alargamento da execução dos Planos Municipais para 2 / 3 anos;
- publicitar com mais eficácia os projectos e acções a desenvolver;
- promover a formação inicial e contínua dos técnicos do IDT e de outros intervenores neste domínio;
- redefinir a participação (técnica e financeira) dos parceiros;
- sistematizar os materiais a disponibilizar como suporte à intervenção preventiva.

## *2. Programa Quadro Prevenir II*

Embora este programa esteja terminado e em fase de avaliação, foi ao longo destes 2 anos uma peça importante da estratégia e do «Horizonte 2004».

### *2.1. Ganhos:*

- o período de 2 anos que ajudou para a estabilidade das acções;
- objectivos, situações e grupos bem definidos, assim como o quadro financeiro, permitindo a flexibilidade de contextos não delimitados geograficamente;
- instrumento importante, pelo seu carácter pioneiro, no envolvimento e na mobilização da sociedade civil.

### *2.2. Aspectos menos conseguidos:*

- dificuldade de realizar, regionalmente, um melhor acompanhamento dos projectos de âmbito nacional deste programa.

### *2.3. Aspectos futuros a considerar:*

- um programa quadro reformulado a partir da avaliação que está a ser feita, privilegiando acções inovadoras;
- articulação com outros programas / projectos a serem desenvolvidos.

### *3. Intervenção Directa*

*Campanhas* — dirigidas a situações ou grupos específicos, foram irregulares e sem continuidade temporal e temática.

#### *3.1. Ganhos:*

- metodologia que promove a aproximação do IDT à comunidade em geral;
- sensibilização à temática.

#### *3.2. Aspectos futuros a considerar:*

- maior recurso aos meios de comunicação social;
- salvaguardar o princípio da continuidade e da uniformidade.

## MEIO ESCOLAR

### *1. Ganhos:*

- existência de programas apoiados pelo IDT (PMP e PQP II) com intervenção nesta área;
- coordenação e racionalização de meios (IDT / escolas / parceiros);
- assinaturas de protocolos de cooperação com ESE's e Universidades (formação inicial e contínua de docentes).

### *2. Pontos fracos:*

- desarticulação interministerial (Ministério da Saúde / Ministério da Educação) que condicionou a implementação PES/PATO;
- ausência de intervenção em rede, ao nível do Projecto Escola Segura (Ministério da Administração Interna) e das Escolas Promotoras de Saúde.

### *3. Aspectos futuros a considerar:*

- articulação interministerial (Ministério da Saúde / Ministério da Educação) que se pode operar através das suas estruturas distritais e concelhias;
- o IDT deve desenvolver estratégias de cooperação com os diferentes agentes educativos que se constituirão como vectores do enquadramento e desenvolvimento de cada programa;
- concepção e elaboração de materiais de prevenção de suporte à actividade em meio escolar;
- fomentar a investigação na área recorrendo às estruturas do Ensino Superior.

## O PAPEL DA ARTICULAÇÃO INTERSECTORIAL

*IPJ* — a articulação foi pontual, pelo que seria conveniente que viesse a ser assumida de forma concertada e sistemática.

*Forças de Segurança* — tem havido alguma coordenação de esforços que será conveniente reforçar, nomeadamente ao nível da escola segura.

*Ministério da Segurança Social da Família e da Criança* — considera-se importante a articulação com este ministério na definição e implementação de programas de intervenção no contexto familiar.

### CONSIDERAÇÕES VÁRIAS:

- reforço dos recursos humanos e tecnológicos das UP's;
- autonomia técnica para as UP's;
- promover a formação inicial e contínua dos técnicos do IDT e de outros intervenientes neste domínio;
- reforçar a articulação intra-institucional entre as diferentes unidades especializadas do IDT;
- reforço da articulação intersectorial (clarificação dos papéis dos vários intervenientes).

## O FUTURO

### NOVA ESTRATÉGIA E UM NOVO PLANO DE ACÇÃO NACIONAL

2005-2012

Alguns pontos para reflexão.

*1. necessidade de um Novo Plano de Acção Nacional para a Área da Toxicoddependência para o período 2005-2012.*

— Tendo em conta as novas realidades e os novos indicadores disponíveis (consumos, grupos de consumidores, novos tipos de consumos, entre outros), apontar metas para os próximos 8 anos passíveis de serem avaliadas, qualitativa e quantitativamente.

— Convocar um *fórum nacional* para reflectir e encontrar consensos. Fazer coincidir em termos de objectivos e do tempo de implementação a nova estratégia nacional e a nova estratégia europeia (2005-2012).

*2. repensar o IDT na sua organização, estrutura, filosofia e respostas.*

(Considerando o que vier a ser definido na nova estratégia, em relação a esta área.)

— Definir uma estrutura mais flexível nas respostas, com maior mobilidade na acção de apoio comunitário e articulando as diferentes valências com maior eficiência, mais autonomia e mais simplicidade na sua estrutura organizativa (descentralizar serviços).

— Autonomia técnica das UP's.

— Recursos humanos e logísticos adequados às atribuições das UP's, que permitam o apoio concreto, no terreno, ao desenvolvimento das acções.

*3. propor um novo compromisso de intervenção autárquica.*

— Salvar o trabalho desenvolvido e a experiência adquirida até agora nos *Planos Municipais de Prevenção*, nos *Planos Intermunicipais* e *Planos Integrados*, e, em articulação com as autarquias, a Associação Nacional de Municípios e a Associação Nacional de Freguesias, e demais estruturas, chegar a um compromisso sobre uma proposta construída com todos os parceiros.

— Considerar a futura organização das regiões e as suas implicações no desenho e competências autárquicas.

— Criação de *observatórios regionais*, articulados com a estrutura central, para recolha e tratamento de informação e de indicadores regionais.

*4. propor a criação de uma grande plataforma de diálogo e cooperação com a sociedade civil e as suas estruturas representativas.*

— O único espaço em que a sociedade civil tem representação é no Conselho Nacional, que se reúne apenas uma vez por ano, e, sendo muitas as organizações, não se proporcionam um espaço e um tempo para o diálogo aberto, mais profundo e profícuo. Este Conselho Nacional deverá ter uma reunião geral a partir da qual funcionem plataformas que respondam a situações muito precisas (por exemplo, plataformas como *meio laboral*, *meio universitário*, *comunicação social*, entre outras).