

---

# **GIRUGaia**

Protótipo SROI Avaliativo  
2015-2016

# SUMÁRIO EXECUTIVO

A APDES, ONGD portuguesa fundada em 2004, promove o desenvolvimento integrado de populações em situação de vulnerabilidade, melhorando o acesso à saúde, emprego e educação. O GIRUGaia (GG) surge como uma resposta multidisciplinar de proximidade que atua junto de Pessoas que utilizam drogas (PUDs) em Vila Nova de Gaia. A equipa promove práticas de consumo mais seguras e informadas, disponibiliza serviços promotores de saúde e inclusão e advoga pelos direitos e necessidades das PUDs.

A presente análise - de setembro, 2015 a setembro, 2016 - pretende demonstrar a contribuição desta intervenção para a qualidade de vida dos seus beneficiários - utentes, famílias e parceiros da rede formal de cuidados de saúde, bem como o valor social das mudanças promovidas.

No período analisado, os serviços do GG resultaram num Rácio SROI de 4,7, i.e., por cada 1€ investido no projeto foram gerados 4,70€. Mesmo usando abordagens mais conservadoras na análise, o retorno social foi superior ao dobro do investimento. Apesar de todos os *stakeholders* terem atribuído mudanças ao projeto, as mais significativas foram sentidas junto dos utentes, revelando maior impacto social: melhoria do estado físico de saúde e diminuição de práticas de risco.

Estes resultados evidenciam que através da combinação de ações integradas no tecido social e de Redução de Riscos e Minimização de Danos surgem os maiores benefícios para utentes e sociedade em geral e demonstram a efetividade do GG em atingir as metas a que se propõe.

Recomenda-se uma maior monitorização de indicadores relevantes por parte da equipa técnica e a inclusão de toda a rede de *stakeholders* que o GG mobiliza, de modo a que se obtenham resultados ainda mais sólidos e representativos do impacto social do projeto.

# 1. ÂMBITO

## 1.1. O QUÊ?

Em 2001, Portugal adotou uma abordagem inovadora no âmbito da política de drogas que combina a implementação de uma mudança legislativa - que descriminaliza o consumo de substâncias psicoativas ilícitas para uso pessoal - com uma estratégia de intervenção que integra serviços especializados, gratuitos e acessíveis de Prevenção, Tratamento, Reintegração social e Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD). Os resultados positivos da adoção deste modelo foram já evidenciados no âmbito de múltiplos estudos, mas uma franja da população marginalizada e com consumos problemáticos permanecia sem aceder aos serviços disponibilizadas pelo Estado.

Tendo como missão a promoção do desenvolvimento integrado junto de populações em situação de vulnerabilidade e com o objetivo de melhorar o acesso à saúde, ao emprego e à educação, a Agência Piaget para o Desenvolvimento (APDES) - ONGD portuguesa fundada em 2004 - juntou-se ao Ministério da Saúde, através do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), para colmatar esta fragilidade e assim alcançar as populações que estão à margem das estruturas formais. É neste contexto que se inscreve o projeto GIRUGaia, uma equipa multidisciplinar que intervém junto das Populações que utilizam Drogas (PUDs), em Vila Nova de Gaia. Assente nos princípios da RRMD, promove a adoção de práticas de consumo mais seguras e informadas e disponibiliza serviços promotores de cidadania, saúde e inclusão social que visam a aproximação destas pessoas à rede formal de cuidados. Deste modo, o GIRUGaia tem como principais objetivos:

1. Reduzir práticas de risco (de consumo de substâncias psicoativas e sexuais);
2. Promover a aproximação das PUDs à rede formal de cuidados ;
3. Advogar pelos direitos e necessidades das PUDs junto da comunidade e das instâncias formais;
4. Capacitar as PUDs para o exercício de uma cidadania plena.

A avaliação vai recair sobre os serviços que o GIRUGaia disponibiliza junto das PUDs.

## 1.2. PORQUÊ?

Esta análise tem dois objetivos: i) perceber se a intervenção está a contribuir efetivamente para as metas a que se propõe - nomeadamente para a melhoria da qualidade de vida dos seus beneficiários diretos - ou se é necessário modificar e adequar a intervenção de modo a que o projeto gere as mudanças pretendidas e ii) demonstrar o valor social das mudanças potenciadas pelo projeto com o objetivo de captar novos financiamentos.

Por estas razões, esta análise destina-se a informar os gestores da APDES e potenciais financiadores, nomeadamente privados, que continuam afastados da necessidade deste tipo de respostas sociais e que carecem de resultados comprovativos da pertinência e do valor destas intervenções. Habitualmente, os projetos são avaliados numa lógica de execução de serviços, sem qualquer referência ao valor que acrescentam, o que limita a demonstração da sua relevância junto da sociedade e, em particular, dos potenciais investidores.

## 1.3. COMO?

O GIRUGaia propõe-se a uma análise avaliativa da sua intervenção no período entre setembro de 2015 e setembro de 2016. Cada ciclo de projeto tem a duração de 2 anos com a obrigatoriedade de realização de relatórios anuais. Pretende-se que nos próximos 3 meses sejam recolhidos os dados históricos necessários à análise, conjugando-os com os que a equipa já dispõe.

Relativamente aos recursos humanos alocados a este processo avaliativo, estarão envolvidos membros da Equipa Técnica do GIRUGaia e do Departamento de Investigação (DI) da APDES, assim como um membro da Direção da organização. Os *stakeholders* também estarão disponíveis ao longo deste processo: os beneficiários pelo contacto direto e diário que mantêm com o GIRUGaia; todos os outros através de contacto telefónico ou por via eletrónica.

Os responsáveis por conduzir a análise serão um auditor externo e três pessoas da organização: a coordenadora do GIRUGaia, uma investigadora do DI e um elemento do Departamento de Candidaturas e Projetos, durante 2 dias por semana, ao longo de 3 meses.

## 2. STAKEHOLDERS

### 2.1. IDENTIFICAÇÃO DE STAKEHOLDERS

Os *stakeholders* são parte determinante na implementação de qualquer intervenção. No caso da Equipa de Rua GIRUGaia, os atores que contribuem para a execução do projeto são diversos, multifacetados e oriundos de diferentes contextos. Desde logo, o elemento chave da intervenção reside na população-alvo, isto é, nos beneficiários diretos, constituída pelos utentes.

Este grupo amplo de indivíduos é constituído por três diferentes categorias, de acordo com a relação que mantêm com o projeto: i) pessoas que integram no Programa de Terapêutica Combinada (PTC) e o Programa de Substituição Opiácea de Baixo Limiar de Exigência; ii) pessoas que integram o Programa de Troca de Seringas (PTS) e/ou de troca de pratos; e iii) pessoas com outras problemáticas, nomeadamente trabalhadores/as do sexo e pessoas em situação de sem abrigo. Optou-se por não dividir este grupo em segmentos uma vez que as categorias não são mutuamente exclusivas, ou seja, a maior parte dos indivíduos não se situa apenas numa delas mas sim nas que, no momento, correspondem às suas necessidades.

É junto deste grupo de *stakeholders* que se espera alcançar as mudanças materiais mais pertinentes com a intervenção implementada. Por outro lado, e intimamente relacionados com estes, estão as Famílias dos utentes que pontualmente contactam com a equipa.

Numa outra esfera relacional com o projeto, encontram-se os parceiros. Entre estes é possível elencar quatro grandes grupos: i) as entidades da rede formal dos cuidados de Saúde; ii) da área social; iii) as entidades da Sociedade Civil que disponibilizam respostas que vão para além das incluídas no projeto, mas que também colmatam necessidades dos utentes; e, finalmente, iv) as Redes de Trabalho que, juntamente com a Equipa, partilham saberes e boas práticas em torno das áreas de intervenção. Estes parceiros, ao trabalharem em rede e em estreita articulação, constituem-se como uma Resposta Integrada no contexto de atuação do GIRUGaia, isto é, ao serem oriundos de diferentes esferas de atuação possuem valências distintas e, ao mesmo tempo, complementares que permitem satisfazer de forma abrangente as necessidades dos utentes.

Os financiadores também constituem uma componente para a manutenção do projeto, desde logo o SICAD, estrutura do Ministério da Saúde e financiador principal (80% do total); existem ainda um conjunto de outras entidades que contribuem para o cofinanciamento do projeto, como por exemplo, o Banco Alimentar que fornece bens alimentares para distribuição aos utentes.

Um outro *stakeholder* muito importante é a Comunidade em geral. Sendo o GIRUGaia uma equipa de proximidade, considera-se fundamental a existência de uma boa relação e aceitação por parte da comunidade relativamente ao projeto e às pessoas junto de quem intervém.

Finalmente, só é possível implementar o projeto com uma Equipa Técnica pluridisciplinar e especializada, recorrendo a elementos de diversas áreas científicas e Educadores de Pares. Para além destes, devido ao facto da intervenção acontecer 7 dias por semana, torna-se necessário o recurso a voluntários. Estes, tendem a ser da área social e/ou pares que passam a contribuir para a execução de tarefas após uma pequena formação com a Equipa Técnica.

Tabela 1 - Identificação de Grupos e Segmentos de Stakeholders

STAKEHOLDERS	CARACTERIZAÇÃO	RELAÇÃO COM O PROJETO
Utentes	Pessoas que integram o Programa de Terapêutica Combinada (PTC) e o Programa de Substituição Opiácea de Baixo Limiar de Exigência (PSOBLE); e/ou o Pessoas que integram o Programa de troca de seringas (PTS) e/ou troca de pratos; e que podem ainda possuir outras problemáticas associadas como serem trabalhadores/as do sexo ou viverem em situação de sem abrigo.	A maioria dos utentes contacta diariamente com o projeto (7 dias por semana) para a toma observada de antirretrovirais, tuberculostáticos e medicamentos psiquiátricos e/ou metadona.  Podem (ou não) integrar outros apoios: encaminhamentos para estruturas da rede formal, troca de materiais, cuidados de saúde, apoio psicossocial, social e jurídico. Os utentes que não integram o PTC e/ou o PSOBLE contactam com o projeto de forma mais pontual e em função das suas necessidades: quando necessitam, por exemplo, de material de consumo ou de algum tipo de apoio psicossocial.
Famílias	Famíliares identificados como próximos dos utentes	Contactam pontualmente com o projeto em caso de necessidade, dúvidas ou preocupações sobre o seu familiar.  Têm disponível o contacto telefónico da equipa que podem usar sempre que seja necessário. Podem encaminhar ou solicitar serviços da equipa para o seu familiar.
Parceiros das estruturas da rede formal dos cuidados de Saúde	Entidades estatais que prestam serviços de saúde (Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia (CHVNG), Unidade de Tratamento (ET), Unidade de Desabilitação do Norte (UD)), Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP); Centros de Saúde.	Recebem, através de um processo de encaminhamento, os utentes do projeto cujas necessidades de saúde não podem ser colmatadas no seu âmbito de atuação.  Nos últimos anos não tem sido dado feedback formal e por escrito a estes financiadores; apenas em conversações informais.
Outros Parceiros - i) Estruturas da rede formal de apoio - ação social; ii) Outros entidades de apoio (AMI; Registo Civil; Albergue; GAIURB; escritório de advogados); iii) Redes de trabalho (C.A.S.O, R3, Fórum Nacional da Sociedade Civil, Comissão de Acompanhamento do Programa Nacional de Troca de Seringas)	i) Entidades estatais que prestam serviços de apoio social (Segurança Social, Juntas de Freguesia, Câmara Municipal); ii) Entidades públicas e/ou privadas que prestam serviços sociais diversos; iii) Entidades que individualmente ou em rede partilham informações e boas práticas em questões relacionadas com a população-alvo e com as suas necessidades.	i) Recebem, através de um processo de encaminhamento, os utentes do projeto cujas necessidades no âmbito do apoio social não podem ser colmatadas no seu âmbito de atuação; ii) Atendem os utentes cujas necessidades não são cobertas no âmbito de atuação do projeto nem de articulação com as estruturas formais de apoio; iii) A equipa do projeto participa em momentos de discussão com outras entidades, sempre que se organizam reuniões e/ou debates. Nos últimos anos não tem sido dado feedback formal e por escrito a estes financiadores; apenas em conversações informais.

STAKEHOLDERS	CARACTERIZAÇÃO	RELAÇÃO COM O PROJETO
Financiadores- i) SICAD (principal); ii) Fornecedores (Banco Alimentar, Padaria X, Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge (INSA))	i) Serviço do Estado que promove a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências; ii) Fornecedores que suportam o cofinanciamento do projeto através da doação de produtos e/ou serviços.	i) Financia o projeto a 80% para um período de 4 anos. Recebem mensalmente indicadores de monitorização do projeto e anualmente um relatório técnico e outro financeiro; ii) Doam bens alimentares com uma periodicidade definida (BA: de 2 em 2 meses; padaria: 2 vezes por semana); o INSA disponibiliza um técnico de análises clínicas para fazer colheitas de sangue, analisa as colheitas e comunica os resultados. Nos últimos anos não tem sido dado feedback formal e por escrito a estes financiadores; apenas em conversações informais.
Comunidade em geral	Pessoas alvo de ações de informação e sensibilização.	Recebem informação sobre o projeto e são sensibilizados para as necessidades da população-alvo através de publicações nas redes sociais, de eventos organizados em meio público, de ações estruturadas de sensibilização (como as que acontecem com alunos do Ensino superior).  Participam em ações pontuais da equipa: eventos públicos e, por exemplo, ações de recolha de vestuário ou bens alimentares.
Staff	Pessoal técnico (enfermeiros, assistente social, psicólogo, criminólogo e sociólogo) e educadores de pares que integram a equipa.	Executam as tarefas da equipa de modo a assegurar os serviços prestados e a cumprir os objetivos previstos em candidatura.
Voluntários	Pessoas que, individualmente, se voluntariam para auxiliar na execução das tarefas da equipa.	Colaboram esporadicamente com a equipa, após receberem uma pequena formação, de modo a suprir necessidades pontuais.
Outros Doadores	Pessoas ou entidades que suportam o cofinanciamento do projeto através de doações monetárias.	Doam pontualmente dinheiro à APDES para os seus projetos. Recebem anualmente o relatório de atividades da organização, entre os quais se inclui dados do GIRUGaia.

## 2.2. INCLUSÃO/EXCLUSÃO DE STAKEHOLDERS NA ANÁLISE

O grupo Utentes constitui o grupo de *stakeholders* mais importante na intervenção levada a cabo pelo GIRUGaia. É a estas pessoas que a intervenção é dirigida, é para e com elas que a intervenção é pensada. Neste sentido, é junto dos Utentes que se esperam alcançar as maiores mudanças materiais do projeto e, por este mesmo motivo, não seria possível excluí-los desta análise.

As Famílias são também um elemento fundamental na vida dos indivíduos. Se é certo que grande parte dos utentes quebrou os laços com a família - quebra frequentemente relacionada com o percurso de vida marcado pelos consumos - e que muitos continuam afastados e sem qualquer perspetiva de retorno; por outro lado, para aqueles que conseguiram manter esta relação e para os que a recuperaram, os elementos da Família são fundamentais para apurar mudanças ocorridas neste processo.

Tabela 2 - Inclusão/Exclusão de *Stakeholders* na análise

STAKEHOLDERS	INCLUSÃO (S/N)	JUSTIFICAÇÃO
Utentes	Sim	Espera-se que sejam o grupo de <i>stakeholders</i> que mais experienciam as mudanças resultantes do projeto.
Famílias	Sim	Espera-se que estes experienciem mudanças relevantes resultantes do projeto na vida dos seus familiares que beneficiam diretamente da intervenção e na relação que com eles mantêm.
Parceiros das estruturas da rede formal dos cuidados de Saúde	Sim	A inclusão deste grupo deve-se particularmente ao facto desta análise estar focada na melhoria da qualidade de vida dos utentes, perspectivada a partir das mudanças no seu bem-estar físico e psicológico. Uma dimensão que é, simultaneamente, o foco principal da intervenção (e que, por isso, se espera ajudar a melhorá-la), bem como a área que, estrategicamente, é mais apelativa para captar a atenção de atuais e potenciais financiadores. Por outro lado, espera-se que estes observem mudanças importantes resultantes do projeto, trazendo ainda uma perspectiva comparativa (uma vez que contactam com outras PUDs que não são beneficiários do projeto) e longitudinal (muitos destes parceiros contactavam já também com esta população antes da intervenção).
Outros Parceiros - i) Estruturas da rede formal de apoio - ação social; ii) Outros entidades de apoio (AMI; Registo Civil; Albergue; GAIURB; escritório de advogados); iii) Redes de trabalho (C.A.S.O, R3, Fórum Nacional da Sociedade Civil, Comissão de Acompanhamento do Programa Nacional de Troca de Seringas)	Não	As mudanças que experienciam e/ou observam não são suficientemente materiais para serem incluídos na análise. Por outro lado, são um grupo bastante heterogéneo e, portanto, torna impraticável a construção de uma teoria da mudança em conjunto.
Financiadores- i) SICAD (principal); ii) Fornecedores (Banco Alimentar, Padaria X, Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge (INSA))	Não	As mudanças que experienciam e/ou observam não são suficientemente materiais para serem incluídos na análise.
Comunidade em geral	Não	As mudanças que experienciam não são suficientemente materiais para a sua inclusão, Por outro lado, são um grupo tão vasto que auscultá-los se torna muito dispendioso para os recursos humanos e financeiros disponíveis.
Staff	Não	Apesar deste grupo poder observar mudanças importantes resultantes do projeto, por questões de disponibilidade de recursos não será possível incluí-lo na análise.



STAKEHOLDERS	INCLUSÃO (S/N)	JUSTIFICAÇÃO
Voluntários	Não	As mudanças que experienciam e/ou observam não são suficientemente materiais para serem incluídos na análise
Outros Doadores	Não	Não têm proximidade suficiente com o projeto para serem capazes de perceber as mudanças.

## 2.3. PLANO DE ENVOLVIMENTO DOS STAKEHOLDERS

O plano de envolvimento de cada grupo de stakeholders incluídos na análise encontra-se descrito na tabela 3.

Na fase de mapeamento, foi constituído 1 grupo focal com 6 representantes do grupo dos utentes. Para contactar as Famílias optou-se pela entrevista telefónica devido à dificuldade em agendar contacto presencial. Relativamente aos parceiros, rapidamente se percebeu que estariam mais disponíveis para um contacto presencial, motivo pelo qual foi adotado esse método.

Relativamente à quantificação do impacto, optou-se pelo inquérito presencial junto dos utentes por estarem mais disponíveis e do inquérito por telefone e eletrónico junto de famílias e parceiros, respetivamente; por se terem revelado os métodos de contacto mais eficientes.

Finalmente, apesar de se ter procurado alcançar uma amostra representativa do processo, é necessário ter em consideração que quer os utentes, quer as Famílias são atores algo voláteis no seu contacto com a Equipa e, portanto, nem sempre foi possível assegurar a representatividade das amostras. Por outro lado, a não aleatoriedade da amostra prende-se, essencialmente, com a disponibilidade dos elementos que constituem a constituem.

Em relação aos parceiros, a indisponibilidade de agendamento de contacto - por motivos de agendas individuais e profissionais - constituiu um grande obstáculo à obtenção de uma amostra representativa.

Tabela 3 - Plano de Envolvimento de Stakeholders

STAKEHOLDER	SEGMENTO	U	MAPEAMENTO DO IMPACTO			QUANTIFICAÇÃO DO IMPACTO		
			Nº	Amostragem	Método	Nº	%	Método
Utentes	N/A	88	5	não aleatória	Grupo focal presencial	72	82	Inquéritos presenciais
Famílias	N/A	22	4	não aleatória	Entrevistas telefónicas	21	95	Inquéritos telefónicos
Parceiros das estruturas da rede formal dos cuidados de Saúde	N/A	7	2	não aleatória	Entrevistas presenciais	7	100	Inquéritos online

## 3. RECURSOS

### 3.1. INVESTIMENTOS

A tabela seguinte apresenta o tipo de recursos que cada *stakeholder* deve investir para tornar possível a abertura e funcionamento do GCMP, assim como o respetivo valor. Para os beneficiários deste projeto, PD, CP e CF, os recursos investidos prendem-se essencialmente com o valor a pagar pelas atividades de que irão beneficiar. Precisamente por este motivo, o tempo que despendem para frequentar estas atividades não tem um valor monetário atribuído.

Tabela 4 - Investimento Assumido na Análise

STAKEHOLDERS	VALOR
Utentes	0,00 €
Famílias	0,00 €
Parceiros das estruturas da rede formal dos cuidados de Saúde	0,00 €
Outros Parceiros - i) Estruturas da rede formal de apoio - ação social; ii) Outros entidades de apoio (AMI; Registo Civil; Albergue; GAIURB; escritório de advogados); iii) Redes de trabalho (C.A.S.O, R3, Fórum Nacional da Sociedade Civil, Comissão de Acompanhamento do Programa Nacional de Troca de Seringas)	0,00 €
Financiadores- i) SICAD (principal); ii) Fornecedores (Banco Alimentar, Padaria X, Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge (INSA))	82 885,39 €
Comunidade em Geral	0,00 €
Staff	0,00 €
Voluntários	1 037,64 €
Outros Doadores	52 090,52 €
TOTAL	135 813,55 €

## 4. REALIZAÇÕES

A tabela seguinte apresenta, simultaneamente, as atividades aglomeradas e discriminadas, dado que a leitura exclusiva dos totais poderia enviesar a análise - por se constatar uma aparentemente desproporcionalidade entre o nº de atividades e o nº de beneficiários. Porém, trata-se de uma desproporção benéfica, que possibilita que cada PUD possa recorrer, de forma integrada, a diversos serviços e produtos.

Todos os valores foram retirados do Relatório de Atividades, com exceção do nº de beneficiários do apoio jurídico - estimado com base nos valores do ano corrente. Relativamente ao Apoio Social, por ter uma frequência muito variável (resposta a necessidades emergentes dos utentes), optou-se por não estimar o seu valor. Noutros casos, o nº de atividades foi registado, mas o nº de beneficiários é desconhecido, o que se deve ao carácter mais pontual da atividade e não exclusivo para Utentes.

Tabela 5 - Realizações

QUE ATIVIDADES FORAM REALIZADAS?	Nº DE ATIVIDADES	Nº DE HORAS TOTAL	Nº DE BENEFICIÁRIOS
1. Integração de PUD's em RRMD	3402	N/A	88*
1.1.PUDs que integram PTC*** e/ou PSOBLE	-	-	81
1.2.Outros	3402	-	7
2.Encaminhamentos	327	N/A	88
2.1. Encaminhamentos	243	-	-
2.2. Acompanhamentos	84	-	-
3. Educação para práticas de RRMD	8656	N/A	88*
3.1.Distribuição de kits para consumo endovenoso	2909	-	24
3.2.Distribuição de pratas para consumo fumado	3642	-	16
3.3.Distribuição de preservativos	203	-	-
3.4.Ações de educação para práticas de consumo	622	-	60
3.5.Ações de educação para a saúde	1188	-	72
3.6.Distribuição de materiais informativos de RRMD	86	-	Missing
3.7.Ações de (in)formação e sensibilização ****	6	-	-
4. Cuidados de saúde	238	N/A	35**
4.1.Consultas médicas	86	-	33
4.2.Cuidados de enfermagem	65	-	35
4.3.Rastreios	45	-	35
4.4.Vacinas	42	-	38

5. Apoio psicossocial	5546	N/A	58**
5.1. Atendimento psicossocial	560	-	67
5.2. Ações de promoção de cidadania	730	-	71
5.3. Cuidados de higiene	5	-	5
5.4. Apoio alimentar	4251	-	88
6. Apoio social	-	N/A	20
7. Apoio Jurídico	35	N/A	13
8. Avaliação	13	N/A	N/A
8.1. Relatório	1	-	-
8.2. Indicadores mensais	12	-	-
9. Comunicação Digital	216	N/A	N/A
10. Pesquisa e atualização do mapa de territórios (saídas exploratórias)	3	N/A	10
11. Participação (Reuniões), formação e consultoria	33	N/A	N/A
11.1. Estruturas da rede formal de apoio - ação social	2	-	-
11.2. Outras Entidades de Apoio (Albergue, GAIURB, Advogados)	1; 1; 15	-	-
11.3. Redes de trabalho (R3, CASO, FNESC/VIH, CAPTS).	3; 5; 3; 3	-	-

\*Número máximo de beneficiários; \*\*Valor médio, \*\*\*Inclui medicação Antiretroviral (VIH e VHC), Antituberculostáticos, Medicação Psiquiátrica, \*\*\*\*Ações promovidas junto dos utentes do projeto e da população em geral, como por exemplo; Dia do Support, Don't Punish!.3. Teoria da mudança

## 5. TEORIA DA MUDANÇA

A partir de um conjunto de atividades<sup>1</sup> implementadas pelo GG, procedeu-se à construção da teoria da mudança (TM) para os três *stakeholders* considerados fundamentais na sua execução.

### UTENTES

Ao integrarem o programa de RRMD do GG, em particular ao aderirem ao PSOBLE, os utentes reduzem os consumos de substâncias psicoativas, passam a saber mais sobre como prevenir comportamentos de risco, bem como a usar mais frequentemente material de consumo assético, sem custos ou julgamentos.

Segundo a literatura (MacArthur et al., 2014), existem evidências de que a RRMD e as práticas de informação, educação e comunicação que lhe estão associadas são eficazes na redução de comportamentos de risco, nomeadamente de injeção, suportando a ideia de que os utentes ficam mais empoderados no que diz respeito à capacidade de gestão e de domínio das suas vidas.

Em paralelo, as intervenções que proporcionam ambientes mais seguros para o consumo, proporcionam proteção da cena das drogas na rua (McNeil et al., 2014). O que permite sustentar que o projeto, através da diminuição do consumo de drogas, conduz a uma menor dependência do “mercado paralelo” e, por conseguinte, a uma menor exposição a situações de risco<sup>2</sup>.

Por fim, existe evidência suficiente para concluir sobre a eficácia da disponibilidade de material assético na redução de comportamentos de risco (MacArthur et al., 2014), o que sugere que a disponibilização deste material suporta uma mudança ao nível da menor partilha de materiais e/ou não reutilização dos mesmos.

Estas três cadeias de mudanças conduzem à 1ª mudança material: diminuição dos comportamentos de risco, isto é, dos comportamentos que colocam em causa, a sua saúde, a sua vida<sup>3</sup> e a Saúde Pública.

As cadeias de mudanças seguintes resultam de uma adesão imediata a processos clínicos (vacinas, rastreios, esquemas medicamentosos) que, por sua vez, conduzem a um maior acesso aos cuidados de saúde e, ainda, à diminuição da taxa de doenças infecciosas<sup>4</sup> - para a qual também contribui a diminuição da partilha de material de consumo já referida (Aspinall et al., 2014). Este processo culmina na 2ª mudança material: “utentes fisicamente mais saudáveis”.

Por fim, a última cadeia de mudanças assenta no facto de os utentes passarem a estar mais cuidados, o que gera uma diminuição do sentimento de vergonha sobre si próprios e, por conseguinte, o aumento do sentimento de que conseguem ter maior domínio sobre a sua vida<sup>5</sup>.

Em conjunto, estas mudanças conduzem à 3ª mudança material: “aumento dos níveis de autoestima”<sup>6</sup>.

1 “Integração de PUDs em RRMD”, “Educação para práticas de RRMD”, “Cuidados de saúde”, “Apoio psicossocial”, “Encaminhamentos” e “Apoio social e jurídico”.

2 “Para a heroína a gente tem de se fazer à vida.”

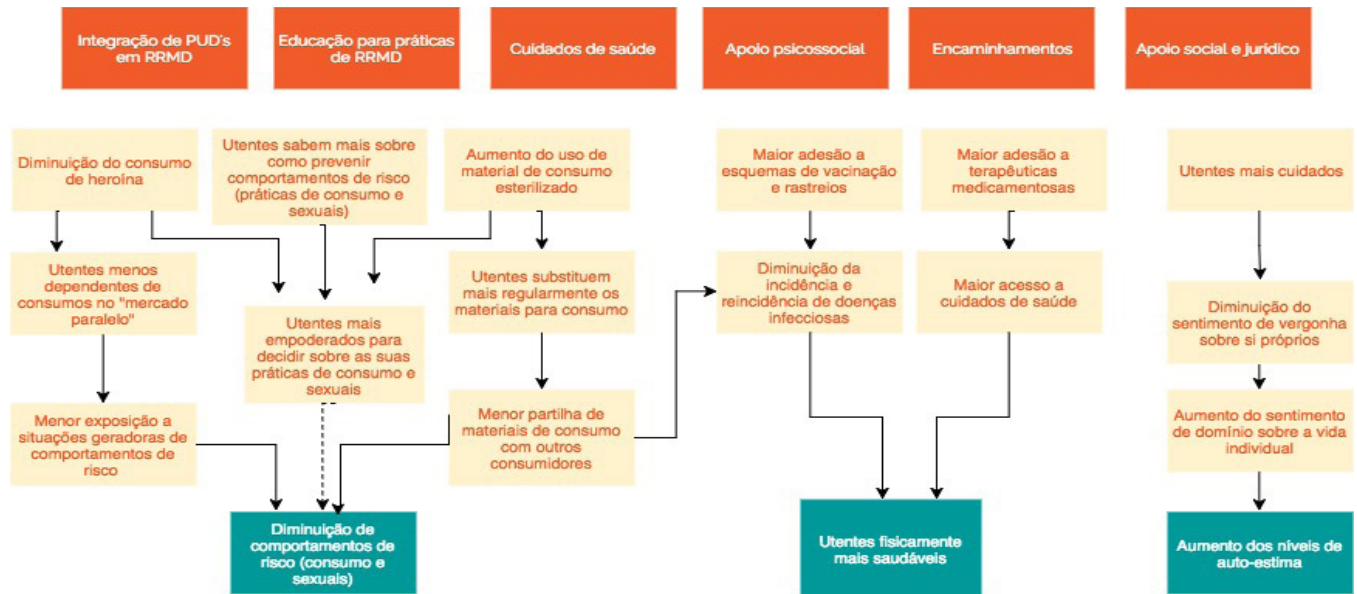
3 “Para mim trouxe uma modificação de 90%. Eu era drogado e agora não sou. Mudei de vida, mas na totalidade, isto é, 90%.

4 Em 2009, a OMS, a UNAIDS e o Gabinete das Nações Unidas para as Drogas e Crime enunciaram conjuntamente várias conclusões, destacando-se a referência às abordagens de outreach como um meio altamente eficaz e recomendado no acesso às populações utilizadores de drogas e na prevenção do VIH/SIDA nesses contextos (WHO, UNODC, UNAIDS, 2009).

5 “Sinto-me mais confiante.”

6 “Hoje sinto-me como antes de entrar para a droga. Isto é, sinto-me vivo.”

Figura 1 - Teoria da Mudança | Utentes



## FAMÍLIAS

Relativamente às famílias, as duas grandes mudanças materiais são a “diminuição do conflito familiar” e o facto de as famílias se tornarem “funcionalmente mais equilibradas”.

A 1ª resulta de alterações nos comportamentos de risco dos utentes, o que conduz as famílias a sentirem-se menos expostas a situações de risco/perigo, menos angustiadas e, por conseguinte, mais seguras<sup>7</sup>. Por outro lado, por encontrarem no GIRUGaia mais informação e apoio na gestão do problema do utente, estão mais informadas e sentem-se mais apoiadas, o que conduz a uma relação menos tensa e mais harmoniosa no seio familiar<sup>8</sup>.

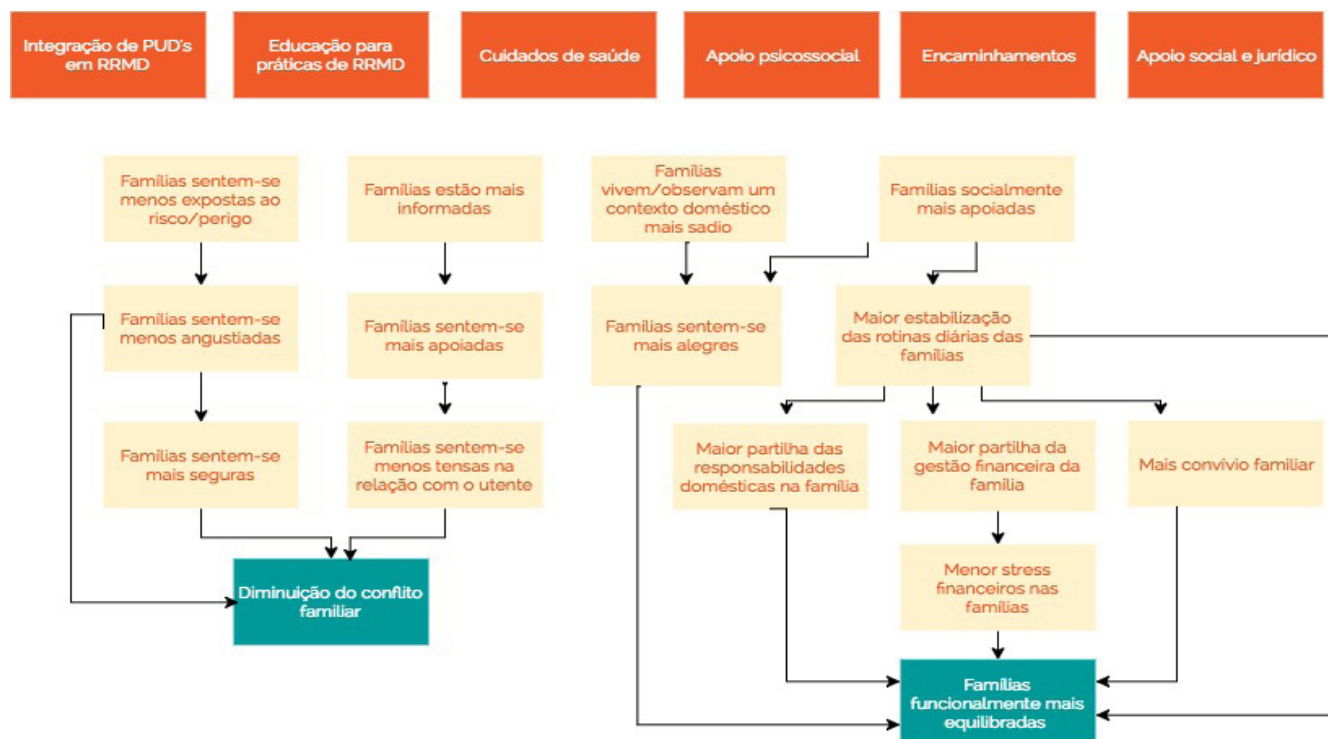
A 2ª mudança material advém de os utentes - mais cuidados e saudáveis - refletirem nas suas práticas essa nova condição, conduzindo a um ambiente familiar mais saudável e, por conseguinte, a um estado de maior alegria/contentamento. Para o maior equilíbrio funcional das famílias contribui ainda o facto de estarem socialmente mais apoiadas - através do apoio social ao utente - e, por conseguinte, conseguirem ter as rotinas diárias diárias mais estabilizadas), quer ao nível da partilha de responsabilidades domésticas, quer da gestão financeira e da partilha de mais momentos de convívio, que se tinham quebrado com os consumos<sup>9</sup>.

7 “Aumentou muito muito a nossa segurança, nós nunca estávamos sossegados.”

8 “Agora estamos muito em paz, raramente discutimos.”

9 “Antes era sempre preciso ser eu a ir buscar, trazer, constantemente a depender de mim para tudo. Agora ele tomou essa responsabilidade e isso é muito bom, faz uma mudança grande para a vida familiar”.

Figura 2 - Teoria da Mudança | Famílias



## PARCEIROS

Finalmente, para os “Parceiros” a 1ª grande mudança material diz respeito ao “aumento da capacidade de prevenção da doença”, que resulta da observação de utentes mais cuidados e com menos práticas de risco<sup>10</sup> e, por relação, de menos casos positivos para doenças infecciosas<sup>11</sup> (“Eu penso que a diminuição da taxa de incidência das doenças infecciosas, isto diminuiu drasticamente.”).

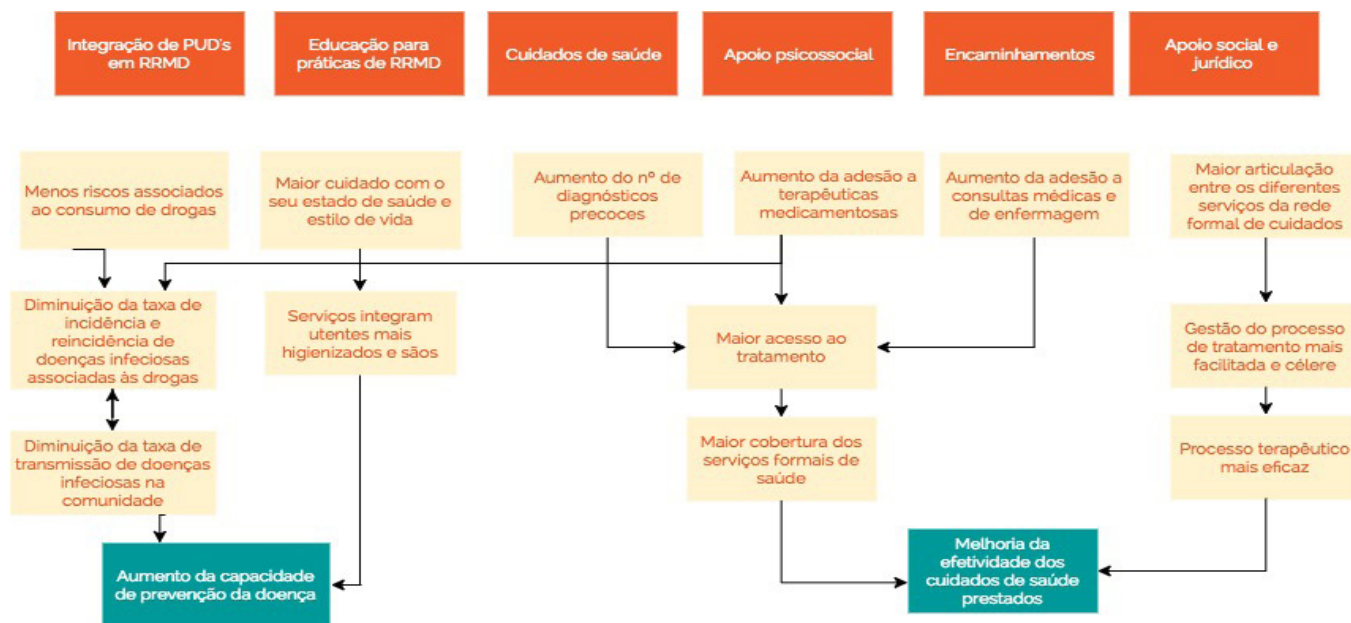
A 2ª mudança material consiste na “melhoria da efetividade dos cuidados de saúde prestados”, isto é, o GG aproxima as pessoas da rede formal de cuidados de saúde, tornando os próprios serviços mais eficazes por assegurar que estas pessoas vão ao médico, fazem as medicações prescritas, cumprem os tratamentos.

10 “As pessoas estão mais cuidadas, não chegam tão mal como chegavam antes, a precisar de tantos cuidados e estão menos doente.”

11 Os programas de substituição opiácea revelaram-se eficazes em diferentes avaliações sistemáticas (Mattick et al., 2009; Gowing et al., 2008, OMS, 2009) na redução da seroconversão do HIV; na redução do risco de infeção pelo HIV em aproximadamente 50%; na redução da frequência de injeção, partilha de materiais injetáveis e comportamentos de risco de injeção; e na reduzindo o risco de sexo inseguro. Relativamente ao tratamento eficaz da hepatite C, este resulta em benefícios individuais ao impedir a progressão da doença, mas também ajuda a combater a epidemia ao eliminar a potencial fonte de infeção (European Network Social Inclusion and Health, 2011). Um modelo recente sugere que ao tratar 40 infeções por cada 1000 UD's por via endovenosa ao longo de 1 ano, durante 10 anos, reduzir-se-á 72% a prevalência de hepatite C nesta população (Hagan e Schinazi, 2012). Isto demonstra que intervir sobre o sujeito provoca mudanças não só nele próprio, mas também em todo o sistema de Saúde.

Neste sentido, o projeto, funciona como o veículo de encaminhamento das PUDs para a rede<sup>12</sup>, contribuindo em simultâneo para que o seu funcionamento seja mais eficaz. O envolvimento dos *stakeholders* permitiu acrescentar a esta cadeia “maior articulação entre os diferentes serviços da rede formal de cuidados”, tendo sido referido que o próprio projeto aproximou os serviços. Também assim, a eficácia da prestação de cuidados saiu reforçada.

Figura 3 - Teoria da Mudança | Parceiros



12 Num relatório publicado pela Organização Mundial de Saúde (Grenfell et. al, 2012), é atribuído às equipas de proximidade um papel preponderante na mediação entre utilizadores de drogas e os serviços relacionados com o rastreio e tratamento de VIH e tuberculose. Também os programas de substituição opiácea revelaram evidências científicas na para melhorar o tratamento anti-retroviral em usuários de opiáceos com HIV positivo (Malta et al., 2008, WHO, 2007b, Tilson et al., 2007, Lucas et al., 2006, citado no OEDT - ECDC 2011).



## 6. PROVAS E VALOR

### 6.1. INDICADORES

Os indicadores definidos na análise para cada *stakeholder* encontram-se descritos na tabela 7.

A definição dos indicadores teve por base as informações recolhidas na fase de auscultação dos *stakeholders* e conhecimento prévio das temáticas relativas aos mesmos. Para cada mudança, foram definidos dois indicadores, incluindo, sempre que possível, uma dimensão subjetiva e objetiva. Para cada indicador, as opções de resposta foram apresentadas recorrendo a escalas de Likert com 4 ou 5 níveis, conforme apropriado. Dada a ausência de informação relativa aos indicadores definidos para o ponto de partida (momento anterior ao envolvimento do *stakeholder* no projeto), foram usados dados históricos.

Relativamente ao *stakeholder* “utentes”, a mudança “diminuição de práticas de risco” foi avaliada através da média aritmética entre a frequência de partilha de materiais de consumo (indicador objetivo) e a gravidade do consumo de drogas (indicador subjetivo). Para o primeiro indicador, apesar de se tratar de uma frequência, considerou-se o uso de uma escala qualitativa de respostas, dado que a frequência de partilha de materiais depende diretamente da frequência de consumo de cada utente, e, por essa razão, o uso de uma escala quantitativa - e.g., número de vezes - poderia revelar-se de difícil interpretação.

A mudança “melhoria do estado físico de saúde” foi avaliada através da perceção do utente relativamente ao seu estado geral de saúde (indicador subjetivo) e da frequência de ida a consultas médicas/de enfermagem (indicador objetivo). Neste último caso, optou-se pelo recurso a uma escala de respostas quantitativa - número de vezes por ano - por se ter considerado que devolveria respostas mais interpretativas.

Relativamente à mudança “aumento dos níveis de autoestima”, foram também usados dois indicadores: sentimento de vergonha em relação a si próprio e controlo sentido sobre a própria vida. Excepcionalmente, optou-se pelo uso de dois indicadores com carácter subjetivo, dada a natureza da mudança a avaliar. O uso de escalas psicométricas para avaliar esta evolução poderia ter sido útil, mas para efeitos da presente prototipagem, optou-se por uma abordagem simplificada. O mesmo racional foi aplicado para a definição dos indicadores para os restantes *stakeholders*.

Tabela 7 - Indicadores da Análise

STAKEHOLDER	MUDANÇA	INDICADOR	ESCALA		FONTE
			min	max	
Utentes	Diminuição de práticas de risco (consumo e sexuais)	Média Aritmética entre “Frequência com que partilha materiais de consumo” e “Nível de gravidade do consumo de drogas”	1	5	Inquérito aos utentes
	Utentes fisicamente mais saudáveis	Média Aritmética entre “Perceção do seu estado geral de saúde” e “Nível de adesão a consultas médicas e cuidados de saúde”	1	5	Inquérito aos utentes
	Aumento dos níveis de autoestima	Média Aritmética entre “Nível de vergonha sentido sobre si próprio” e “Nível de domínio sentido sobre a vida individual”	1	4	Inquérito aos utentes
Famílias	Diminuição do conflito familiar	Média Aritmética entre “Nível de segurança sentido em relação aos comportamentos desviantes e/ou agressivos do utente” e “Nível de tensão sentida na relação com o utente”	1	4	Inquérito às famílias
	Famílias funcionalmente mais equilibradas	Média Aritmética entre “Nível de partilha das responsabilidades domésticas na família/em casa” e “Nível de stress financeiro sentido em relação à gestão da vida familiar”	1	4	Inquérito às famílias
Parceiros	Aumento da capacidade de prevenção da doença	Média Aritmética entre “Taxa de incidência/reincidência de doenças infecciosas nesta população” e “Perceção do estado geral de saúde dos utentes”	1	5	Inquérito aos parceiros
	Melhoria da efetividade dos cuidados de saúde prestados	Média Aritmética entre “Nível de adesão ao processo terapêutico” e “Nível de articulação entre os diferentes serviços da rede formal de cuidados”	1	5	Inquérito aos parceiros

## DISTÂNCIA PERCORRIDA (QUANTIDADE DE MUDANÇA)

Para o cálculo das distâncias percorridas (DP), i.e. da quantidade de mudança sentida, foi calculada a diferença entre as médias obtidas para o momento atual e para o ponto de partida, ajustando para a amplitude da respetiva escala. Desta forma, foi possível perceber a magnitude da evolução de cada mudança e estabelecer comparações.

Todas as DP encontradas foram no sentido positivo (>0%), indo, de uma forma geral, de encontro aos objetivos do projeto (tabela 8). No entanto, há alguns aspetos a considerar.

Relativamente ao *stakeholder* “utentes”, a mudança mais significativa foi a “diminuição de práticas de risco” (24%). De facto, esta é uma das dimensões mais trabalhadas pela equipa junto dos utentes, por se considerar fundamental para atingir a meta a que o GG se propõe. No entanto, pode considerar-se que a magnitude da DP reportada possa estar aquém da realidade. A deseabilidade social pode aqui desempenhar um papel relevante, dada a possibilidade de o utente não reportar uma hipotética elevada frequência de partilha de materiais de consumo no momento anterior ao projeto, por reconhecer agora o prejuízo desse comportamento. Estes fatores podem ter condicionado uma subestimativa no valor da DP. Relativamente à mudança “melhoria do estado geral de saúde”, a DP foi de 20%, valor que pode também estar abaixo do expectável: tendo em conta que muitos dos utentes foram integrados no projeto há já vários anos, poderão reportar níveis de saúde mais baixos no momento atual pelo impacto de fatores como, por exemplo, o envelhecimento, apresentando dificuldade em distinguir o efeito isolado desse parâmetro. Deve também aqui considerar-se a possibilidade de haver viés de progressão natural da doença, i.e., independentemente do efeito positivo gerado pela intervenção, o percurso natural de doença pode sempre condicionar um agravamento do estado de saúde.

Por oposição, as DP para o *stakeholder* “Parceiros” foram de 30% e 60%, verificando-se a possibilidade de as mesmas estarem sobrestimadas, se comparadas com a magnitude das evoluções verificadas junto dos restantes *stakeholders*. O baixo envolvimento deste grupo na análise efetuada (29%) pode efetivamente ter comprometido uma medição correta e representativa das evoluções sentidas. Não obstante, espera-se que este grupo de *stakeholders* seja o mais capacitado para fornecer respostas com validade, dado incluir profissionais especializados, e, portanto, com maiores níveis de literacia em saúde.

Tabela 8 - Quantidade de mudança (DP)

STAKEHOLDER	MUDANÇA	DP
Utentes	Diminuição de comportamentos de risco (consumo e sexuais)	24,0%
	Utentes fisicamente mais saudáveis	20,0%
	Aumento dos níveis de autoestima	10,0%
Famílias	Diminuição do conflito familiar	30,0%
	Famílias funcionalmente mais equilibradas	17,5%
Parceiros	Aumento da capacidade de prevenção da doença	30,0%
	Melhoria da efetividade dos cuidados de saúde prestados	60,0%

## 6.2. VALOR DAS MUDANÇAS

Nesta fase da análise, procurou-se apurar de que forma seria possível obter as mudanças atribuídas à intervenção do GG através da aquisição de serviços ou respostas disponíveis no mercado. Assim, a tabela 9 apresenta um conjunto de aproximações financeiras que foram definidas tendo por base o método das preferências reveladas. Isto é, procurou-se perceber de que forma o mercado e as escolhas dos indivíduos poderiam conduzir a obtenção de serviços que tornasse possível alcançar o valor máximo das mudanças elencadas.

### UTENTES

Para valorar a mudança “diminuição de comportamentos de risco”, considerou-se que seria necessário disponibilizar um conjunto permanente de serviços aos utentes: acesso diário ao PSOLE; acesso a informação sobre práticas de risco e a um grupo de apoio psicológico que, paralelamente à disponibilização de materiais, permitisse aos indivíduos manterem-se afastados de práticas de risco. Como foi referido no grupo focal inicial, são vários os que apontam esta necessidade de um apoio que vá para além dos materiais - e que os motiva e incentiva a adotarem práticas mais seguras de consumo ou a abandonarem-nas por completo. Os valores apresentados remetem para referências do mercado, estudos empíricos e ainda dados do próprio relatório financeiro do projeto.

Para a mudança “utentes fisicamente mais saudáveis”, seria essencial assegurar uma série de serviços e bens a cada utente, na ausência no GG: consultas, medicações e ainda a uma alimentação diversificada e saudável. As fontes utilizadas para esta mudança remetem-nos para portarias do Diário da República, assim como para o Infarmed e ainda para gastos do projeto e informações do mercado. Esta é a mudança à qual é imputado um maior valor económico (o que corresponde diretamente à mudança mais importante apurada com os questionários administrados).

Para “aumento dos níveis de auto-estima”, define-se sessões continuadas de psicoterapia como essenciais, no sentido em que - com esta população - há todo um trabalho de desconstrução de preconceitos, estereótipos internalizados e de capacitação que é necessário desenvolver. Seria ainda fundamental capacitar os indivíduos pessoal e profissionalmente: no grupo focal, os utentes demonstraram valorizar a estruturação da sua vida pessoal, mas também profissional, tornando desta forma possível afastar a ideia de que vivem à margem da sociedade. Dados da DECO e de serviços semelhantes disponíveis no mercado constituem as fontes desta mudança.

### FAMÍLIAS

A “diminuição do conflito familiar” é, de acordo com os serviços disponíveis no mercado, assegurada por sessões de terapia familiar contínuas para o utente e familiares mais próximos. A mudança “famílias funcionalmente mais equilibradas” - que, de acordo com as entrevistas telefónicas às famílias remetia frequentemente para questões relacionadas com a gestão de contas e da vida familiar -, seria atingida com uma intensa formação em finanças pessoais e um workshop de gestão doméstica. Considera-se ainda necessário recorrer a terapia familiar para promover uma maior harmonia e equilíbrio. A DECO e o mercado são as fontes consideradas para estas mudanças.

Nas famílias, o valor económico das mudanças está diretamente relacionado com a importância de cada uma delas junto dos inquiridos.

## PARCEIROS

O aumento de capacidade de prevenção da doença” seria alcançada com vários workshops que os profissionais de saúde deveriam frequentar, no sentido de adotarem atitudes mais inclusivas e sensíveis perante as PUDs; a “melhoria da efetividade dos cuidados de saúde” seria possível recorrendo a uma equipa especializada de apoio domiciliário que chegasse junto das PUDs e ainda a uma campanha de sensibilização dirigida à necessidade de aderir aos cuidados de saúde. Finalmente, seriam promovidos encontros regulares entre os parceiros, de modo a estimular e alimentar uma boa articulação entre todos. Estas AF foram sugeridas pelos parceiros entrevistados na fase de envolvimento e o valor económico das mudanças corresponde também à importância de cada uma delas. Importa referir que as fontes remetem mais uma vez para o mercado.

Tabela 9 - Valor das Mudanças

STAKEHOLDER	MUDANÇA	VALOR	RACIONAL / AF
Utentes	Diminuição dos comportamentos de risco	2 233,00€	1) Tratamento PSOBLE: 5€*365(dias); 2) Workshop em práticas de risco para PUDs (1h/mês): 15€*12(meses)=120; 3) Sessão de Grupo de Apoio psicológico (1h/mês): 15€*12(meses)=120; 4) Kit troca de materiais: 3€(unidade)*52(semanas)=156€; 5) Papel de alumínio(1€*12(meses)=12€
Utentes fisicamente mais saudáveis		15 274,00€	1) Consultas médicas (clínica geral): 4,5€*2(vezes ano)=9€; 2) Medicação HIV: 1000€*12(meses)*11(utentes infectados)=132000€/88(total de utentes)=1500€; 3) Medicação HCV: 30000€(valor total tratamento)*40(utentes infectados)=1200000€/88(total de utentes)=13636€; 4) Outra medicação: 10€*12(meses)=120€; 5) Consulta de enfermagem (vacinação...): 4,5€*2(vezes ano)=9€
Aumento dos níveis de autoestima		1 660,00€	1) Psicoterapia(semanal,6meses): 50€*26(semanas)=1300€; 2) Workshop de competências pessoais: 15€*12(meses)=180€; 3) Workshop de competências profissionais: 15€*12(meses)=180€;

STAKEHOLDER	MUDANÇA	VALOR	RACIONAL / AF
Famílias	Diminuição do conflito familiar	1 200,00€	Terapia familiar (quinzenal): $50€ \cdot 12(\text{meses}) \cdot 2 = 1200€$
	Famílias funcionalmente mais equilibradas	885,00€	1) Curso de formação em finanças pessoais: $40€ \cdot 6(\text{meses}) = 240€$ ; 2) Workshop gestão doméstica(2h): $15€ \cdot 3(\text{pessoas}) = 45€$ ; 3) Terapia familiar(quinzenal): $50€ \cdot 6(\text{meses}) \cdot 2 = 600€$
Parceiros	Aumento da capacidade de prevenção de doença	4500,00€	1) Workshop de doenças infecciosas (6 sessões para 10 pessoas de cada organização parceira): $25€ \cdot 10(\text{participantes de cada um dos parceiros}) \cdot 6(\text{sessões}) = 1500€$ ; 2) Workshop sobre o acesso aos cuidados de saúde, questões de advocay (6 sessões para 10 pessoas de cada organização parceira): $25€ \cdot 10(\text{participantes de cada um dos parceiros}) \cdot 6(\text{sessões}) = 1500€$ ; 3) Workshop sobre práticas de consumo/práticas de RRMD (6sessões para 10 pessoas de cada organização parceira): $25€ \cdot 10(\text{participantes de cada um dos parceiros}) \cdot 6(\text{sessões}) = 1500€$ .
	Melhoria da efectividade dos cuidados de saúde prestados	6271,00€	1) Equipa de Apoio Domiciliário Especializado Médico e de Enfermagem (50€/mês/utente): $50 \cdot 12(\text{meses}) \cdot 44(\text{nr de utentes}) / 7(\text{parceiros}) = 3771€$ 2) Campanha de sensibilização para adesão aos cuidados de saúde: 500€; 3)Eventos anuais, de lazer, entre os parceiros (4 por ano, com cerca de 5 participantes por parceiro): $500 \cdot 4 = 2000€$

## 7. IMPACTO E RETORNO SOCIAL

### 7.1. DURAÇÃO E REDUÇÃO

A duração do impacto do GG foi medida com a questão “Se o GiruGaia acabasse hoje, quanto tempo acha que duraria cada uma das mudanças identificadas?”. Usou-se uma escala de resposta de 8 pontos<sup>13</sup>, situando-se os utentes numa duração média de 4 anos (isto é, se o projeto terminasse de imediato, o seu impacto manifestar-se-ia pelos próximos 4 anos). Porém, considerou-se uma taxa de redução de 50% para duas mudanças<sup>14</sup> - pois acredita-se que apenas metade do impacto transitaria para anos subsequentes - e de 25% para a outra<sup>15</sup> - por se assumir que esta manter-se-ia junto da maior parte dos indivíduos<sup>16</sup>.

As famílias apontam 3 anos para a duração, mas as taxas de redução são de 50% por se considerar que parte do impacto se perderia com a ausência de contacto com o GG.

Os parceiros referem 1 ano de duração<sup>17</sup>, terminando o impacto com o fim do projeto.

Estes resultados demonstram que utentes e famílias se consideram mais autonomizados após a intervenção. Os parceiros, com uma visão mais ampla, consideram que a ausência do projeto, remeteria de novo os indivíduos para uma situação de afastamento da rede.

Tabela 10 - Duração e Redução das Mudanças

STAKEHOLDER	MUDANÇA	DURAÇÃO (EM ANOS)	TAXA DE REDUÇÃO
Utentes	Diminuição de comportamentos de risco (consumo e sexuais)	4	50%
	Utentes fisicamente mais saudáveis	4	25%
	Aumento dos níveis de autoestima	4	50%
Famílias	Diminuição do conflito familiar	3	50%
	Famílias funcionalmente mais equilibradas	3	50%
Parceiros das estruturas da rede formal dos cuidados de Saúde	Aumento da capacidade de prevenção da doença	1	100%
	Melhoria da efetividade dos cuidados de saúde prestados	1	100%

<sup>13</sup> Em que 1 é “termina de imediato”, 2 “6 meses”, 3 “1 ano”, 4 “2 anos”, 5 “3 anos”, 6 “4 anos”, 7 “5 anos” e 8 “mais de 5 anos”.

<sup>14</sup> “Diminuição do comportamento de risco” e “Aumento dos níveis de auto-estima”.

<sup>15</sup> “Utentes fisicamente mais saudáveis”.

<sup>16</sup> O GG cumpre a sua função de encaminhamento para as estruturas da rede formal de cuidados de saúde e depois prevê - sabendo que isto não acontece com todos os utentes - que estes se mantenham em contacto com a rede.

<sup>17</sup> “Para ambas as mudanças.

## 7.2. ATRIBUIÇÃO I

De modo a apurar em que medida as mudanças experienciadas pelos *stakeholders* através da intervenção do GG poderiam ter sido alcançadas sem o projeto, questionou-se como estaria cada um dos inquiridos se “nunca tivesse entrado em contacto com o GG”.

Utentes e famílias, de um modo geral, referem que no cenário hipotético de não contacto com a equipa, estariam exatamente na mesma situação em que estavam no momento 0 da intervenção, aquando do 1º contacto com o GG. Porém, optou-se por considerar, para estes casos, uma Atribuição de 10% para cada mudança por, numa perspetiva mais conservadora, se aceitar que os indivíduos poderiam ter usufruído de mudanças nas suas vidas – positivas – dependendo de outros elementos e fatores mesmo externos ao GG.

Os parceiros reportam elevados valores de Atribuição, o que também levanta questões: foram apenas 2 os inquiridos; e, sendo estes da área da saúde, é fundamental o acompanhamento que o GG faz dos seus utentes para que estes sejam assíduos às estruturas de saúde. Optou-se então por reduzir em 10% as Atribuições dos parceiros para cada mudança.

Tabela 11 - Atribuição I

STAKEHOLDER	MUDANÇA	ATRIBUIÇÃO I
<i>Stakeholder*</i>	Mudança*	Atribuição I
Utentes	Diminuição de comportamentos de risco (consumo e sexuais)	0%
	Utentes fisicamente mais saudáveis	10%
	Aumento dos níveis de autoestima	0%
Famílias	Diminuição do conflito familiar	0%
	Famílias funcionalmente mais equilibradas	0%
Parceiros das estruturas da rede formal dos cuidados de Saúde	Aumento da capacidade de prevenção da doença	83%
	Melhoria da efetividade dos cuidados de saúde prestados	93%

## 7.3. ATRIBUIÇÃO II

Para apurar em que medida as mudanças alcançadas pelos *stakeholders* são fruto de outras intervenções, paralelas ao GG, questionou-se cada pessoa se “Recebe apoio de outras intervenções, para além do GiruGaia, que ajudem” a assegurar a mudança em questão”.

As respostas dos utentes e das famílias remetem para um claro afastamento de outras estruturas da sociedade que os apoiem a alcançar as mudanças elencadas. Efetivamente, esta é uma realidade junto destes dois grupos de *stakeholders*: o isolamento que os coloca numa situação de maior vulnerabilidade é uma constante, frequentemente quebrada apenas pelo contacto com o GG.



Por outro lado, os parceiros atribuem parte das mudanças para as quais o projeto contribuiu a outras intervenções. Mais uma vez, estes resultados concordam com a lógica de intervenção vivenciada no dia-a-dia. Os parceiros articulam com um conjunto de outras estruturas – frequentemente com papéis complementares – que, para além do GG, contribuem também para as duas mudanças em questão.

Tabela 12 - Atribuição II

STAKEHOLDER	MUDANÇA	ATRIBUIÇÃO II
Utentes	Diminuição de comportamentos de risco (consumo e sexuais)	6%
	Utentes fisicamente mais saudáveis	1%
	Aumento dos níveis de autoestima	0%
Famílias	Diminuição do conflito familiar	0%
	Famílias funcionalmente mais equilibradas	0%
Parceiros das estruturas da rede formal dos cuidados de Saúde	Aumento da capacidade de prevenção da doença	25%
	Melhoria da efetividade dos cuidados de saúde prestados	20%

## 7.4. DESLOCAÇÃO

Não existe nenhuma mudança à qual faça sentido aplicar uma taxa de deslocação, uma vez que os *stakeholders* não identificaram outros fatores, elementos ou intervenções - para além da do GG - que contribuam para as mudanças aferidas ao longo deste exercício. .

## 7.5. CÁLCULO DO RETORNO SOCIAL

O rácio de retorno social do investimento (SROI) foi de 4,7, sendo o valor de impacto social gerado de 641.969,72€. Importa referir o valor do investimento da implementação do GG no período em análise: 135.813,55€.

O rácio SROI de 4,7 indica que, para o período de setembro de 2015 a setembro de 2016, por cada 1€ investido foram gerados 4,7€ de valor social. Este valor inclui uma projeção até setembro de 2018.

Relativamente ao impacto de cada mudança, destaca-se positivamente o valor de “utentes fisicamente mais saudáveis” para os “utentes”. Por outro lado, a que gerou um valor de impacto mais baixo foi “aumento

da capacidade de prevenção de doença” para os “parceiros”, com taxas de Atribuição I e Redução bastante elevadas.

O GG está efetivamente a contribuir para um conjunto de mudanças no que respeita à RRMD associada aos consumos de SPA junto dos *stakeholders*, nomeadamente dos beneficiários.

## 7.7 ANÁLISE DE SENSIBILIDADE

Ao longo da análise, foram sendo feitas estimativas e aproximações que, de alguma forma, poderão introduzir erro no cálculo do rácio SROI. De modo a compreender qual o efeito da alteração de determinados fatores, considerados críticos para a análise, i.e., mais subjetivos, procurou testar-se o efeito dessa variação no valor de impacto gerado e rácio SROI - e assim entender o quão vulnerável é o modelo final relativamente a esses parâmetros. Foram testados 3 fatores e realizadas 6 análises de sensibilidade, ou seja, foram construídos 6 cenários alternativos, incluindo um pessimista e um otimista para cada fator identificado (tabela 13).

Para os dois primeiros cenários, foram manipuladas as variáveis relativas à mudança com maior impacto no modelo (“utentes fisicamente mais saudáveis”), já que era expectável que fosse essa a gerar uma maior amplitude de variação no rácio SROI. Para esse efeito, o valor total das Aproximações Financeiras feitas para essa mudança foi reduzido para metade no primeiro caso (cenário pessimista) e aumentado para o dobro no segundo caso (cenário otimista). A escolha de uma variação de 50% foi arbitrária, dado que mais importante que perceber a percentagem de variação mais realista a testar, seria perceber o quanto o modelo seria sensível a variações neste parâmetro. Para o primeiro cenário (diminuição das AF em 50%), verificou-se uma variação no rácio SROI de -41% (SROI=2,78). O valor de impacto total passou de 641.969,72€ para 377.325,71€. No segundo cenário (aumento das AF em 50%), o rácio variou em +82% (SROI= 8,62), com um valor de impacto total de 1.171.257,74€. Alterações neste fator produzem, portanto, alterações significativas no rácio.

O segundo fator testado foi a variação da Atribuição II em 20% para as Mudanças do *stakeholder* “Famílias” (“diminuição do conflito familiar” e “famílias funcionalmente mais equilibradas”). Dado que esta taxa tem o valor de 0% no modelo final, considerou-se a possibilidade de os *stakeholders* avaliados não terem conceptualizado corretamente a informação que se pretendia obter no questionário, relativamente a este parâmetro. Para o cenário pessimista (aumento de 20% na Atribuição II), o rácio SROI variou -1% (SROI=4,70), enquanto que no cenário otimista variou +1% (SROI= 4,75). Se fossem feitas alterações de maior proporção nesta taxa para as mudanças consideradas, a variação do SROI seria ainda assim muito pequena, indicando que o modelo não é sensível a este fator.

Por fim, foi ainda considerado outro fator. Para os dois últimos cenários alternativos, as quantidades calculadas (DP) para ambas as mudanças identificadas para o *stakeholder* “Parceiros” variaram em 50%. Optou-se por testar este fator, uma vez que se considerou anteriormente (ver capítulo 5) a ocorrência de uma estimativa sobrestimada nestas DP. Assim, de acordo com o cenário pessimista (diminuição das DP em 50%), o rácio SROI variou em 0% (SROI=4,71), enquanto que no cenário otimista (aumento das DP em 50%) a variação foi de +1% (SROI= 4,75). Mais uma vez, após alteração deste fator, a variação do SROI foi muito pequena, indicando que o modelo não é sensível a este fator.

De acordo com a análise de sensibilidade realizada, pode concluir-se que o modelo de análise final é robusto, resultando num rácio SROI que varia, após a manipulação de vários fatores, entre 2,78 e 8,62. As aproximações financeiras relativas à mudança “utentes fisicamente mais saudáveis” constituem a maior fragilidade do modelo. No entanto, mesmo após a diminuição das mesmas em 50%, o rácio SROI manteve-se numa proporção de 1:2,8, o que indica um retorno de investimento bastante satisfatório.

Tabela 13 - Análise de Sensibilidade

CENÁRIOS	O QUE MUDOU EM RELAÇÃO AO CENÁRIO BASE	RÁCIO SROI RESULTANTE	% VARIAÇÃO DO RÁCIO SROI
Cenário Pessimista Aproximações Financeiras	Diminuição, em 50%, das Aproximações Financeiras para a Mudança 2 do <i>Stakeholder</i> “Utentes”	2,778262658	-41%
Cenário Otimista Aproximações Financeiras	Aumento, em 50%, das Aproximações Financeiras para a Mudança 2 do <i>Stakeholder</i> “Utentes”	8,624012403	82%
Cenário Pessimista Descontos (Atribuição II)	Aumento, em 20%, das Taxas de Desconto (Atribuição II) para as Mudanças 1 e 2 do <i>stakeholder</i> “Família”	4,701400983	-1%
Cenário Otimista Descontos (Atribuição II)	Diminuição, em 20%, das Taxas de Desconto (Atribuição II) para as Mudanças 1 e 2 do <i>stakeholder</i> “Família”	4,75229083	1%
Cenário Pessimista Quantidades	Diminuição, em 50%, da %DP para a Mudança 2 do <i>stakeholder</i> “Parceiros”	4,713658727	0%
Cenário Otimista Quantidades	Aumento, em 50%, da %DP para a Mudança 2 do <i>stakeholder</i> “Parceiros”	4,753220265	1%

Stakeholders	Universo	Recursos	Mudanças					Descontos (DC)						Impacto		
			Descrição	Indicador	QT	Aproximação Financeira (AF)	Valor	AT I	AT II	DS	CM	DR	RD	Ano 1	Ano 3	Total
Utentes	88	0 €	Diminuição de comportamentos de risco (consumo e sexuais)	Média Aritmética entre "Frequência com que partilha materias de consumo" e "Nível de gravidade do consumo de drogas"	24%	1) Tratamento PSOBLE: 5€*365(dias); 2) Workshop em práticas de risco para PUDs (1h/mês): 15€*12(meses)=120; 3) Sessão de Grupo de Apoio psicológico (1h/mês): 15€*12(meses)=120; 4) Kit troca de materiais: 3€(unidade)*52(semasnas)=156€; 5) Papel de alumínio(1€*12(meses)=12€	2.233,00 €	10%	6%	0%	1	4	50%	39.898,17 €	9.974,54 €	67.623,91 €
			Utentes fisicamente mais saudáveis	Média Aritmética entre "Perceção do seu estado geral de saúde" e "Nível de adesão a consultas médicas e cuidados de saúde"	20%	1) Consultas médicas (clínica geral): 4,5€*2(vezes ano)=9€; 2) Medicação HIV: 1000€*12(meses)*11(utentes infectados)=132000€/88(total de utentes)=1500€; 3) Medicação HCV: 30000€(valor total tratamento)*40(utentes infectados)=120000€/88(total de utentes)=13636€; 4) Outra medicação: 10€*12(meses)=120€; 5) Consulta de enfermagem (vacinação...): 4,5€*2(vezes ano)=9€	15.274,00 €	10%	1%	0%	1	4	25%	239.520,76 €	134.730,43 €	529.288,02 €
			Aumento dos níveis de autoestima	Média Aritmética entre "Nível de vergonha sentido sobre si próprio" e "Nível de domínio sentido sobre a vida individual"	10%	1) Psicoterapia(semanal,6meses): 50€*26(semasnas)=1300€; 2) Workshop de competências pessoais: 15€*12(meses)=180€; 3) Workshop de competências profissionais: 15€*12(meses)=180€;	1.660,00 €	10%	0%	0%	1	4	50%	13.147,20 €	3.286,80 €	22.283,35 €
Famílias	22	0 €	Diminuição do conflito familiar	Média Aritmética entre "Nível de segurança sentido em relação aos comportamentos desviantes e/ou agressivos do utente" e "Nível de tensão sentida na relação com o utente"	30%	Terapia familiar (quinzenal): 50€*12(meses)*2=1200€	1.200,00 €	10%	0%	0%	1	3	50%	7.128,00 €	1.782,00 €	12.081,34 €
			Famílias funcionalmente mais equilibradas	Média Aritmética entre "Nível de partilha das responsabilidades domésticas na família/em casa" e "Nível de stress financeiro sentido em relação à gestão da vida familiar"	17%	1) Curso de formação em finanças pessoais: 40€*6(meses)=240€; 2) Workshop gestão doméstica(2h): 15€*3(pessoas)=45€; 3) Terapia familiar(quinzenal): 50€*6(meses)*2=600€	885,00 €	10%	0%	0%	1	3	50%	3.066,53 €	766,63 €	5.197,49 €
Parceiros das estruturas da rede formal dos cuidados de Saúde	7	0	Aumento da capacidade de prevenção da doença	Média Aritmética entre "Taxa de incidência/reincidência de doenças infecciosas nesta população" e "Perceção do estado geral de saúde dos utentes"	30%	1) Workshop de doenças infecciosas (6sessões para 10 pessoas de cada organização parceira): 25€*10(participantes de cada um dos parceiros)*6(sessões)=1500€; 2) Workshop sobre o acesso aos cuidados de saúde, questões de advocay (6sessões para 10 pessoas de cada organização parceira): 25€*10(participantes de cada um dos parceiros)*6(sessões)=1500€; 3) Workshop sobre práticas de consumo/práticas de RRMD (6sessões para 10 pessoas de cada organização parceira): 25€*10(participantes de cada um dos parceiros)*6(sessões)=1500€;	4.500,00 €	73%	25%	0%	1	1	100%	1.913,63 €	0,00 €	1.913,63 €
			Melhoria da efetividade dos cuidados de saúde prestados	Média Aritmética entre "Nível de adesão ao processo terap. utico" e "Nível de articulação entre os diferentes serviços da rede formal de cuidados"	60%	1) Equipa de Apoio Domiciliário Especializado Médico e de Enfermagem (50€/mês/utente): 50*12(meses)*44(nr de utentes)/7(parceiros)=3771€; 2) Campanha de sensibilização para adesão aos cuidados de saúde: 500€; 3)Eventos anuais, de lazer, entre os parceiros (4 por ano, com cerca de 5 participantes por parceiro): 500*4=2000€	6.271,00 €	83%	20%	0%	1	1	100%	3.582,00 €	0,00 €	3.582,00 €
Outros Parceiros - i) Estruturas da rede formal de apoio - ação social; ii) Outros entidades de apoio (AMI; Registo Civil; Albergue; GAIURB; escritório de advogados); iii) Redes de trabalho (C.A.S.O, R3, Fórum Nacional da Sociedade Civil, Comissão de Acompanhamento do Programa Nacional de Troca de Seringas)	0	0														
Financiadores- i) SICAD (principal); ii) Fornecedores (Banco Alimentar, Padaria X, Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge (INSA))	0	82.685,39 €														
Comunidade em geral	0	0														
Staff	0	0														
Voluntários	0	1.037,64 €														
Outros Doadores	0	52.090,52 €														
Investimento Total		135.813,55 €														

Impacto Total	641.969,72 €
Rácio SROI	4,727

## 8. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Este exercício de análise avaliativa da intervenção do GG - entre setembro de 2015 e setembro de 2016 - permitiu uma reflexão sobre vários componentes do projeto: desde os instrumentos de registo dos serviços disponibilizados, passando pelo papel que cada *stakeholder* desempenha em todo o processo, até, por exemplo, à relevância e ao papel que cada um destes atribui a um projeto cujo início remonta a 2003.

De acordo com a análise implementada, os maiores níveis de impacto verificam-se junto dos *stakeholders* “utentes”, o beneficiário mais direto do projeto. O impacto total do GG neste grupo é de cerca de 619.195,28 € - valor que inclui projeções para 2017 e 2018. Para os restantes *stakeholders* incluídos - “Famílias” e “Parceiros” - o valor de impacto total foi de 17.278,83 € e 5.495,62 €, respetivamente. Estes resultados demonstram que o impacto é bastante menor junto destes dois *stakeholders* face ao do utente.

O maior nível de impacto do GG foi concretizado na mudança “utentes fisicamente mais saudáveis”, com um valor de retorno social de 529.288,02€. Adicionalmente, aquela onde se verificou o 2º valor mais elevado foi “diminuição de práticas de risco” (67.623,91€). Os serviços prestados no âmbito do GG têm por base a aposta numa abordagem integrada, promovendo a adoção de práticas de consumo mais seguras, maiores níveis de informação e disponibilização de serviços promotores de saúde e inclusão, visando a aproximação dos utentes à rede formal de cuidados, sendo através das ações promovidas no contexto desta última, que se obtém o maior impacto a nível social. De facto, a diminuição de práticas e de consumos de risco e a aproximação das PUDs à rede formal são dois pilares da intervenção do GG. Esta análise reforça a ideia de que é através de um esforço sinérgico entre ações de RRMD e de integração que surgem os maiores benefícios para beneficiários diretos e sociedade em geral.

O rácio SROI indica um retorno de investimento de 1:4,7. Mesmo após a análise de sensibilidade, a proporção nunca foi inferior a 1:2,8, o que indica que, mesmo com uma abordagem conservadora, o retorno é superior ao dobro do investimento. Apesar de se tratar de um processo de prototipagem, a robustez e elasticidade do modelo final traduz confiança face ao resultado obtido.

No entanto, há limitações a considerar na interpretação dos resultados, bem como recomendações a fazer, que foram surgindo ao longo da análise:

Verificou-se a ausência de dados em algumas dimensões importantes: número de beneficiários alcançados em cada atividade realizada, bem como o nr. de atividades de apoio social. Apesar do financiador principal não o exigir, no futuro a equipa deve monitorizar os indicadores em falta.

Relativamente à fase de recolha de informação junto dos *stakeholders*, houve dificuldade no preenchimento de questionários, nomeadamente pelos “utentes” e famílias” - grupos com níveis mais baixos de literacia. Uma revisão atenta da linguagem do questionário e posterior adaptação da mesma, será uma estratégia a ter em conta. Há ainda outros fatores a considerar nesta fase do processo de avaliação, nomeadamente no que ao uso de dados históricos diz respeito. Tendo em conta que é necessário apelar à memória dos indivíduos para lembrarem hábitos e experiências passadas, a possibilidade de erro é grande, questionando-se assim a validade dos dados. No futuro, recomenda-se a recolha regular de informação para os indicadores apresentados, minimizando/eliminando esta possível fonte de erro. Outra opção poderá ser o recurso a escalas validadas para aferir a evolução das mudanças e fazer a respetiva quantificação; porém acarreta mais custos e maior carga para o inquirido.

Em relação às mudanças identificadas e avaliadas pelos “Parceiros”, recomenda-se o uso de indicadores objetivos. Os serviços de saúde possuem registos quantitativos referentes, por exemplo, a taxas de incidência de doenças infecciosas, ao nr. de consultas, ao nr. de indivíduos em tratamento e de indivíduos encaminhados para outras estruturas. Esta informação poderá valorizar e conferir robustez à análise.

Os resultados desta análise podem ainda ser comprometidos pela baixa taxa de resposta deste grupo - 29%. Por outro lado, dado que se trata do grupo com maiores níveis de literacia, espera-se que o efeitos do baixo tamanho amostral não sejam relevantes para a presente análise.

Finalmente, vale a pena referir duas importantes limitações deste exercício: por um lado, a exclusão da análise de serviços prestados por outros *stakeholders*, nomeadamente, no que aos cuidados da rede formal da ação social diz respeito. A não inclusão destes serviços constitui uma importante lacuna na análise da intervenção do GG que promove o acesso a medidas de apoio social, assume a gestão social de vários casos, promove a integração em respostas de habitação de pessoas em situação de sem-abrigo, entre outros aspetos; por outro lado, uma análise mais completa contemplaria um conjunto de *stakeholders* não incluídos: equipa técnica, voluntários, financiadores, comunidade em geral, entre outros. Um projeto como o GG, com uma intervenção multifacetada, especializada e integrada no contexto social em que se movimenta, não existe sem o envolvimento de uma ampla rede de pessoas e organizações que devem, futuramente, ser envolvidas.