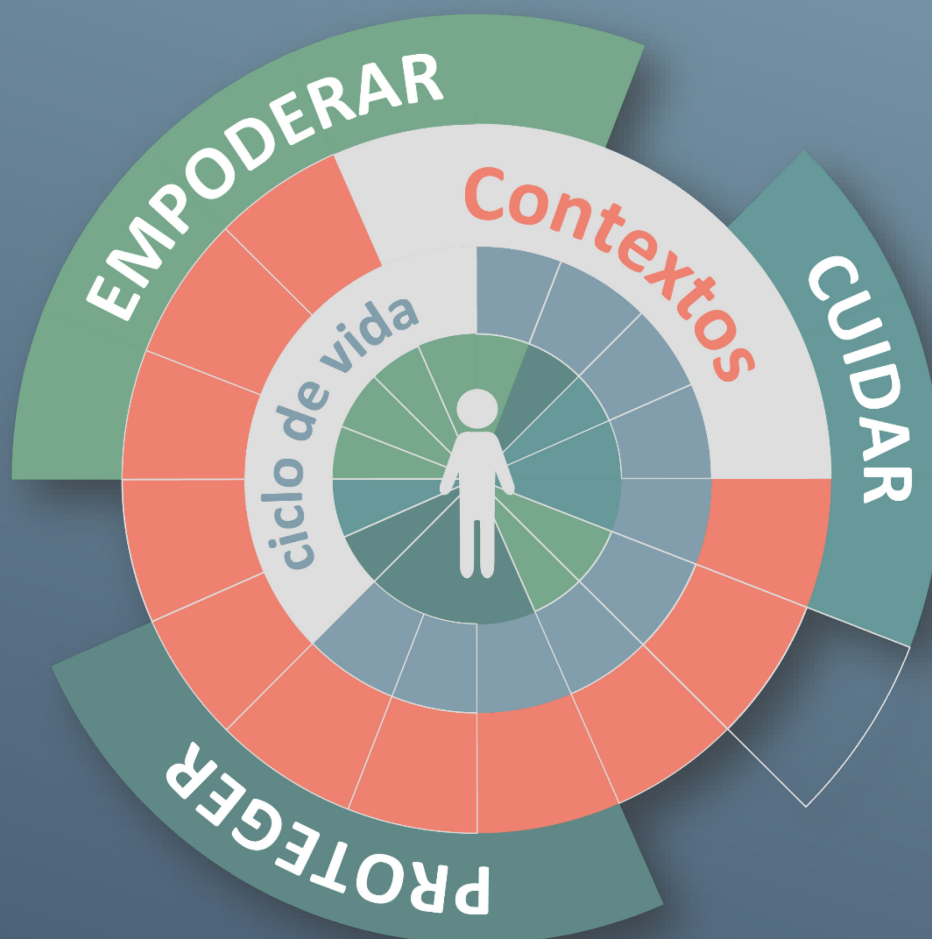


Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2030

— PNRCAD 2030 —

VERSÃO ALARGADA



FICHA TÉCNICA

Título: Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências — PNRCAD 2030 — versão alargada.

Editor: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD)

Morada: Parque de Saúde Pulido Valente. Alameda das Linhas de Torres – Nº. 117, Edifício SICAD

1750–147 Lisboa

Edição: Lisboa 2023

A construção do PNRCAD 2030 resulta da partilha e discussão em encontros e grupos de trabalho de diferentes abrangências e com diferentes intervenientes os quais constituem a estrutura de coordenação nacional na área dos comportamentos aditivos e dependências em três níveis:

- Ao nível político e governamental, através do Conselho Interministerial, presidido pelo Primeiro-Ministro e composto pelo membro do governo responsável por esta política, o(a) Ministro(a) da Saúde, e pelos diferentes ministros das 13 áreas governamentais (Administração Interna, Defesa Nacional, Negócios Estrangeiros, Finanças, Agricultura, Economia, Ambiente, Justiça, Trabalho, Segurança Social, Educação, Saúde, Ciência e Ensino Superior) relacionadas com esta problemática e envolvidas no PNRCAD; Ao nível executivo, através da Comissão Técnica, presidida pelo Coordenador Nacional (que por inerência de funções é o Diretor-Geral do SICAD) e composta por representantes de cada um dos ministros do Conselho Interministerial, operacionalizando a sua ação através de oito Subcomissões*, constituídas por representantes de diferentes entidades com responsabilidades na implementação do PNRCAD; Ao nível social, através do Conselho Nacional, órgão consultivo do Primeiro-Ministro e composto por representantes de órgãos estatutários (Governos das regiões Autónomas da Madeira e dos Açores, PGR e Conselho Superior da Magistratura) e da sociedade civil.

* **Subcomissão Acompanhamento e Avaliação** (Coordenador Nacional; Subcomissão Prevenção, Redução de Riscos, Minimização de Danos, Tratamento e Reinserção; Subcomissão Dissuasão; Subcomissão Redução da Oferta de Substâncias Ilícitas; Subcomissão Regulação e Fiscalização da Oferta de Substâncias Lícitas; Subcomissão Informação e Investigação; Subcomissão Comunicação e Formação; Subcomissão Relações Internacionais e Cooperação); **Subcomissão Prevenção, Redução de Riscos, Minimização de Danos, Tratamento e Reinserção** (SICAD; DGS; ARS Norte/DICAD; ARS Centro/DICAD; ARS LVT/DICAD; ARS Alentejo/DICAD; ARS Algarve/DICAD; GNR; PSP; DGPRM; ISS; CNPDPCJ; DGRSP; IPDJ; DGE; ANSR) **Subcomissão Dissuasão** (SICAD; ARS Norte/DICAD; ARS Centro/DICAD; ARS LVT/DICAD; ARS Alentejo/DICAD; ARS Algarve/DICAD; PGR; GNR; PSP; DGRSP; CNPDPCJ); **Subcomissão Redução da Oferta de Substâncias Ilícitas** (PGR; ASAE; SEF; SIS; SIED; GNR; PSP; PJ/UNCTE; DGPI; DGRSP; AMN; AT); **Subcomissão Regulação e Fiscalização da Oferta de Substâncias Lícitas** (SICAD; INFARMED; DGS; ARS Norte/DICAD; ARS Centro/DICAD; ARS LVT/DICAD; ARS Alentejo/DICAD; ARS Algarve/DICAD; SGMAL; GNR; PSP; ASAE; ANSR; DGE; IPDJ; DGAV; DGAE;DGC; IVV; AdoP; ERC; AT; ITP; Auto Regulação Publicitária); **Subcomissão Informação e Investigação** (SICAD; DGS; INMLCF; INSA; INEM; ARS Norte/DICAD; ARS LVT/DICAD; ARS Alentejo/DICAD; ARS Algarve/DICAD; DGAI; MDN/DGPRN; ASAE; SEF; GNR; PSP; PJ/LPC; ANSR; SRIJ; DGRSP; DGE; CIG; CNPDPCJ; INE; SCML); **Subcomissão Comunicação e Formação** (SICAD; INFARMED; ARS Norte/DICAD; ARS Centro/DICAD –; ARS LVT/DICAD; ARS Alentejo/DICAD; ARS Algarve/DICAD; GNR; PSP; ANSR; PJ; MDN/DGPRN; DGE – Direção-Geral da Educação; DGES; AT; SCML;ITP); **Subcomissão Relações Internacionais e Cooperação** (SICAD; CDT LVT; DGS - Direção-Geral da Saúde; ARS Norte/DICAD; ARS LVT/DICAD; ARS Alentejo/DICAD; MNE; PJ/UNCTE; SEF; SIED; SIS; GNR; PSP; DGPI; AT; SCML).

Coordenação Nacional para os Comportamentos Aditivos e as Dependências

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2030

— PNRCAD 2030 —

Versão alargada

Índice

Prefácio	8
Introdução.....	10
I — Enquadramento.....	13
<i>Enquadramento nacional.....</i>	<i>13</i>
<i>Enquadramento internacional.....</i>	<i>15</i>
<i>Situação atual — A contextualização do fenómeno em Portugal, problemas identificados e desafios</i>	<i>18</i>
II — Orientações e opções estratégicas	23
<i>Orientações estratégicas.....</i>	<i>23</i>
Visão	24
Princípios	25
<i>Centralidade no cidadão.....</i>	<i>25</i>
<i>Humanismo e Pragmatismo</i>	<i>25</i>
<i>Igualdade e Equidade</i>	<i>26</i>
Duração	26
Âmbito	27
Ciclo de vida e género	28
<i>Ciclo de vida.....</i>	<i>28</i>
<i>Gravidez e período neonatal.....</i>	<i>28</i>
<i>Crianças até aos 9 anos</i>	<i>29</i>
<i>Jovens dos 10 aos 24 anos (sub-etapas dos 10 aos 14; dos 15 aos 19 e dos 20 aos 24 anos).....</i>	<i>30</i>
<i>Adultos dos 25 aos 64 anos.....</i>	<i>32</i>
<i>Adultos acima dos 65 anos</i>	<i>34</i>
<i>Género</i>	<i>36</i>
Contextos	38
<i>Familiar</i>	<i>39</i>
<i>Escolar - Básico, Secundário, Ensino Profissional e Universitário</i>	<i>39</i>
<i>Desportivo.....</i>	<i>40</i>
<i>Laboral</i>	<i>41</i>
<i>Prisional</i>	<i>41</i>
<i>Recreativo</i>	<i>42</i>
<i>Comunitário</i>	<i>43</i>
<i>Rodoviário.....</i>	<i>43</i>

Virtual	44
Macro-ambiental.....	45
Tipos de Intervenção	46
Prevenção	46
Dissuasão.....	48
Redução de Riscos e Minimização de Danos.....	48
Tratamento.....	50
Reinserção.....	51
Opções estratégicas	53
Pilares	53
Empoderar.....	55
Cuidar	57
Proteger.....	58
Objetivos gerais	60
OG1 — <i>Reforçar a literacia em CAD, dotando o cidadão de informação, conhecimento e competências com vista a tomar decisões informadas e gerar comportamentos saudáveis e seguros.....</i>	61
OG2 — <i>Promover a inclusão social e a capacitação para o exercício da cidadania informada das populações mais vulneráveis com CAD.....</i>	61
OG3 — <i>Criar condições do ambiente externo para promover comportamentos de menor risco/mais saudáveis.</i>	61
OG4 — <i>Reforçar a equidade e igualdade de acesso a todos os serviços relacionados com CAD, independentemente da condição dos indivíduos (sexo, idade, etnia, língua, origem, religião, orientação sexual, identidade e expressão de género e características sexuais, situação judicial, condição social, económica ou outra), em todos os contextos.....</i>	62
OG5 — <i>Garantir a disponibilidade e a qualidade na prestação de serviços relacionados com CAD.</i>	62
OG6 — <i>Reduzir e gerir os riscos de exposição ao consumo de substâncias psicoativas e a outras práticas potencialmente aditivas, inclusive através de regulação e fiscalização adequadas, mas também através de medidas de proteção social a grupos mais vulneráveis a essa exposição.</i>	63
OG7 — <i>Aumentar a segurança e diminuir a criminalidade relacionada com o consumo e a oferta ilegal de substâncias psicoativas e com outras práticas potencialmente aditivas.</i>	63
OG8 — <i>Reforçar a monitorização dos mercados internos e globais e a capacidade para a deteção e o alerta precoces, e acelerar os processos de adaptação da regulação a novas necessidades diagnosticadas.....</i>	64
OG9 — <i>Aprofundar e gerir o conhecimento, promover capacitação dos intervenores, divulgar informação e garantir os compromissos internacionais e a representação nacional e desenvolver relações de cooperação em matéria de CAD.</i>	64
Metas.....	65
Objetivos específicos	66

III — Sustentabilidade e gestão	83
<i>Áreas transversais</i>	83
Informação e investigação	83
Formação	83
Comunicação	84
Relações internacionais e cooperação	84
<i>Gestão do plano</i>	86
Coordenação	86
Orçamento	88
Metodologia de elaboração do plano	89
Recomendações da avaliação externa	91
Implementação, monitorização e avaliação	93
<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	96
<i>SIGLAS E ACRÓNIMOS</i>	105
<i>ANEXO 1. Glossário</i>	109
<i>ANEXO 2. Enquadramento Epidemiológico</i>	119
<i>Composição das Subcomissões da Comissão Técnica</i>	120

Prefácio

É indiscutível o reconhecimento nacional e internacional da política portuguesa na área dos comportamentos aditivos e dependências (CAD), sobretudo no que respeita às substâncias ilícitas.

A Estratégia Nacional de Luta contra a Droga de 1999 (ENLCD) e as 13 medidas estratégicas nela vertidas — entre as quais se destacam a descriminalização do consumo de substâncias psicoativas ilícitas (concretizada pela Lei n.º 30/2000, 29 de novembro), as políticas de redução de danos, a disponibilização de acesso a tratamento a todas as pessoas que usam drogas que dele necessitem, o foco na intervenção preventiva e as abordagens ao nível da reinserção social e profissional, continuam, no essencial, atuais e têm norteado desde então os planos nacionais que se lhe seguiram, implementados através dos respetivos planos de ação.

Não obstante o sucesso da aplicação do modelo integrado na abordagem aos CAD, que passou pela inclusão dos problemas relacionados com o uso nocivo do álcool, volvidos mais de 20 anos e em circunstâncias diferentes, persistem alguns dos problemas anteriormente identificados e emergiram, entretanto, novos fenómenos ligados ao consumo de substâncias psicoativas (SPA) e novas formas de CAD, entre elas, as adições sem substância, designadamente o uso problemático do jogo, dos écrans e das redes sociais.

Nos oito anos decorridos desde o planeamento estratégico referente aos CAD encarados de forma abrangente (PNRCAD 2013-2020), assistimos à emergência de um novo cenário intensificado pela pandemia Covid-19, que nos confronta com uma nova realidade à qual teremos, inevitavelmente, que dar resposta. O mundo virtual entrou nas nossas vidas e instalou-se, com tudo o que de vantajoso e de prejudicial lhe está inerente. Este será um dos grandes desafios dos próximos tempos, ao qual se juntarão, seguramente, outros.

O modelo português, construído sobre princípios, técnica, saberes científicos e humanos, modos de estar e de fazer, tem acolhido no seu domínio esferas de responsabilidade cada vez mais vastas. Persiste neste novo ciclo, na busca de entender e responder a novos CAD e à diversidade de públicos e contextos, pretendendo, contudo, manter a orientação humanista, e a exigência da eficácia e da qualidade.

Alguns indicadores alertam-nos para uma degradação da capacidade de manter os níveis de excelência que os nossos concidadãos nos reconhecem. O horizonte de atuação é cada vez mais vasto; ambicionamos uma capacidade de conhecimento e intervenção mais precisa e célere.

Fazer jus aos desafios atuais implica a criação de condições para percorrer esse caminho, sob pena da intervenção se dissipar, perder identidade e, sobretudo, eficácia.

Introdução

O Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2030 (PNRCAD–2030), assumido como a estratégia e política nacional prioritária a implementar no âmbito da abordagem aos CAD, simboliza a capacidade de as entidades interministeriais congregarem esforços em prol de uma causa, transversal e atual na realidade mundial e portuguesa, pela dimensão e importância que ocupa na vida de muitos dos cidadãos e da sua comunidade.

Este Plano Nacional conta com a participação de inúmeras entidades, com responsabilidade no âmbito da redução da procura, mas também da oferta, domínios que moldaram estruturalmente o anterior Plano e que permeiam transversalmente o atual planeamento estratégico. Resulta do cruzamento destas perspetivas e requer, para a sua operacionalização, monitorização e avaliação, a diligência de todos, a nível global e local.

A formulação deste Plano assentou numa metodologia de partilha e discussão em encontros e grupos de trabalho de diferentes abrangências e com diferentes intervenientes, com suporte num conjunto de referenciais entendidos como fundamentais: as avaliações do PNRCAD 2013-2020, a caracterização da situação epidemiológica do país em matéria de CAD e o conhecimento técnico-científico atualizado, o enquadramento nacional em termos de políticas conexas nas áreas da saúde, educação ou social e o enquadramento internacional, quanto a compromissos assumidos e estratégias internacionais para as quais Portugal também contribui.

As recomendações resultantes da avaliação ao anterior plano orientaram no sentido de serem criadas condições políticas e estruturais para uma atuação num leque alargado de comportamentos potencialmente aditivos e dependências, que suporte um incremento da cooperação entre os diversos intervenientes na definição, operacionalização, monitorização e avaliação do mesmo; e um incremento da agilidade, quer na recolha e partilha de informação e conhecimento sobre o fenómeno dos comportamentos aditivos e as respostas a ele dirigidas, quer na adequação das abordagens à diversidade de comportamentos potencialmente aditivos e dependências.

Identificaram-se, a nível nacional e internacional, diversos documentos estratégicos com os quais o atual Plano está alinhado, pretendendo-se, neste novo ciclo, reforçar e agilizar as dinâmicas de cooperação já iniciadas, encetando outras, tanto ao nível macroestrutural (internacional e nacional), como em contextos designados, da família à comunidade, nos domínios do conhecimento e da intervenção.

A par da vasta experiência acumulada, e presentes as condições de operabilidade, entende-se que este incremento da cooperação e da agilização, poderá resultar numa adequação mais eficaz das respostas à diversidade, e ter impacto no fim último a que este Plano se dirige: uma visão de comunidades mais saudáveis, com menos problemas ligados ao consumo de substâncias psicoativas e a outros comportamentos com potencial aditivo.

Uma análise crítica da situação nacional em matéria de comportamentos aditivos permitiu evidenciar algumas tendências que merecem particular atenção no planeamento, como o incremento de problemas ligados ao consumo de álcool, canábis, cocaína, medicação psicoativa sem enquadramento médico ou jogo a dinheiro. No anterior ciclo estratégico deram-se os primeiros passos na abordagem a outro tipo de comportamentos potencialmente aditivos, com substâncias (potenciadores de desempenho físico e cognitivo) ou sem estas (jogo a dinheiro, videojogos, redes sociais, principalmente), ao nível do conhecimento e/ou da intervenção, abordagem esta que se pretende reforçar no novo ciclo. Neste quadro, a utilização de ecrãs em geral tem vindo a ser alvo de uma preocupação crescente por parte das famílias portuguesas, potenciada pela amplitude da sua disseminação no contexto pandémico.

Este alargamento do âmbito de atuação tem sido, por sua vez, acompanhado de um esforço para a diferenciação das respostas em função de aspetos como a etapa do ciclo de vida ou o contexto (já previstos no anterior Plano Nacional), pretendendo-se prosseguir nesta diferenciação em função da diversidade de pessoas, experiências e contextos, em última análise, de cada cidadão.

No presente Plano adiciona-se, formalmente, o género como fator a orientar intervenções diferenciadas, fruto da evidência científica e do reconhecimento de que a experiência e os problemas associados a produtos e atividades potencialmente aditivos, bem como as necessidades de intervenção, podem ser distintos em função do género considerado. Havendo trabalho feito nos domínios do conhecimento e da intervenção, importa agora expandi-lo e aprofundá-lo.

Por sua vez, no que diz respeito aos contextos, entendeu-se adicionar o contexto virtual, como objeto de planeamento, onde muitas dinâmicas no âmbito da oferta de produtos e atividades potencialmente aditivos sucedem, e onde uma boa parte da comunicação e recreação hoje acontecem, por vezes de forma desequilibrada face a outras alternativas, e com potencial prejuízo para o desenvolvimento e bem-estar. Pretende-se neste novo ciclo aprofundar o conhecimento sobre estas dinâmicas e ajustar intervenções considerando as experiências em contexto virtual e concretizando-as, também, neste mesmo contexto. Para além deste, inclui-se, agora formalmente, o contexto macroestrutural como objeto de planeamento. Considerando o plano legislativo, por exemplo, trata-se de um contexto de atuação com uma longa história de intervenção. No entanto, este tipo de abordagem compreende um conjunto mais vasto de medidas, com evidência de potenciais impactos positivos, que importa valorizar.

Face ao exposto, a ambição deste Plano consiste em ser suficientemente abrangente e versátil de forma a contemplar uma gama cada vez mais ampla de produtos e atividades potencialmente aditivos, a par da diversidade de experiências com estes, num universo de múltiplas entidades corresponsáveis cuja cooperação

se pretende reforçar, e, ao mesmo tempo, manter a consistência e a coerência do modelo de atuação. Tal ambição requer, por um lado, uma estrutura de coordenação forte, com condições para dinamizar esta cooperação e facilitar a operacionalização e, por outro, uma rede comunitária com condições humanas e logísticas para implementar as intervenções.

Os princípios humanistas, particularmente a centralidade no cidadão, e a integração de respostas (prevenção, dissuasão, tratamento, reinserção, redução de riscos e minimização de danos), suportadas em informação e conhecimento, têm sido e continuarão a ser a identidade do Modelo Português. Contudo, estas respostas necessitam ser reforçadas e ampliadas através do incremento dos recursos humanos e logísticos. Por via das relações internacionais e da cooperação, que se têm ampliado e aprofundado ao longo dos anos, este modelo, reconhecido internacionalmente, tem sido amplamente partilhado com outros países, mantendo-se o olhar internacional depositado nesta experiência, que conta já com mais de 20 anos, e que tem requerido da parte de todos uma grande resiliência, em função de crises sucessivas, das quais sobressaem a crise económica e a crise pandémica.

Tendo por base esta identidade, a coerência e a consistência do Plano assentarão em três pilares: Empoderar, Cuidar e Proteger. Pretende-se contribuir para a capacitação das pessoas e das comunidades de forma a ser alcançado o máximo potencial e bem-estar, com maior resiliência face à adversidade, de cada um e da comunidade, em particular, com menos problemas ligados a CAD. Para aqueles que se confrontam com problemas, é necessária uma rede de apoio, nas diversas vertentes do modelo integrado, e em conexão com as respostas adjacentes, pretendendo-se o aumento da sua abrangência quanto a CAD, a agilização e diferenciação das respostas, considerando, particularmente, públicos mais vulneráveis e o incremento da sua referência. Para além do empoderamento e do cuidar, considerou-se relevante destacar num pilar as iniciativas de proteção das pessoas, incluindo a proteção da exposição a produtos e atividades potencialmente aditivos ou a problemas a estes associados, com especial enfoque nos grupos de pessoas mais vulneráveis.

Estes três pilares enquadram a definição de objetivos gerais e específicos para este ciclo estratégico, aos quais acrescem objetivos ligados às áreas que são transversais ao desenvolvimento do Plano: Informação e Investigação, Formação, Comunicação, Relações Internacionais e Cooperação.

A estrutura de apresentação deste Plano organiza-se em três capítulos: Enquadramento (nacional, internacional, situação atual do País quanto à contextualização do fenómeno dos CAD, em maior detalhe em anexo), Orientações e Opções Estratégicas (visão, princípios, duração, âmbito, ciclo de vida e género, contextos, tipos de intervenção, pilares, objetivos gerais, metas, objetivos específicos) e Sustentabilidade e Gestão (áreas transversais e gestão do plano, em termos de coordenação, orçamento, metodologia da sua elaboração, resultados da avaliação externa do Plano anterior e implementação, monitorização e avaliação do Plano atual). No ANEXO I consta o Glossário dos principais conceitos utilizados e no ANEXO II o detalhe do Enquadramento Epidemiológico Nacional.

I — *Enquadramento*

Enquadramento nacional

O PNRCAD 2030 foi construído durante a pandemia por SARS-CoV-2¹, momento ímpar da história individual e coletiva à escala global, ao qual a conceção do documento não é alheia. A pandemia teve um reflexo no quotidiano nas nossas vidas, com repercussões no imediato, mas também no nosso futuro, que não podemos ainda avaliar, mas que podemos antever como complexo e agudizador de vulnerabilidades e fatores de risco individuais e sociais com expressão nos CAD, para os quais serão necessárias respostas adequadas, monitorização contínua e enquadramento no contexto estrutural político, económico, social e da saúde.

Os CAD são um fenómeno complexo do ponto de vista social e sanitário que contempla milhões de pessoas em todo o mundo, com consequências que, quando nefastas, não se refletem apenas nos sujeitos que o protagonizam, mas também nas suas famílias e comunidades, gerando enormes custos e danos para a saúde pública, ambiente, produtividade no trabalho, entre outros. Representam também, em termos de segurança, ameaças que estão associadas à violência, à criminalidade e à corrupção. Em Portugal, as tendências e padrões associados aos CAD manifestam características e fatores semelhantes aos globais, contudo, a realidade conjuntural e estrutural da sociedade portuguesa, apresenta fatores específicos que têm de ser equacionados quando se definem estratégias e desenham respostas.

Ao longo das últimas duas décadas, os planos nacionais em matéria de CAD desenvolveram uma abordagem comum e partilhada com inúmeras instâncias públicas, privadas e da sociedade civil, sendo marcados por uma ação concertada e equilibrada nos designados domínio da oferta e da procura, nomeadamente no que se refere à segurança e à saúde. A abordagem adotada nos instrumentos políticos precedentes, teve por base um enunciado de princípios e premissas que no seu conjunto, assentaram na ideia da importância do conhecimento e monitorização epidemiológica do fenómeno; do desenho e implementação de políticas e medidas eficazes e baseadas em evidência e na qualidade da intervenção; da multidisciplinaridade e multisetorialidade; da inovação e da prospetiva; do respeito pelos Direitos Humanos, no qual se inclui a igualdade de género, a equidade na saúde e a participação e envolvimento da sociedade civil no desenho e implementação de respostas, ideias estas estabelecidas ainda numa lógica de cooperação e coordenação a nível nacional e internacional.

Dada a atualidade desta abordagem, o presente plano dá-lhe continuidade e consagra-a nos seus princípios, nos pilares, nas metas e nos objetivos, adaptando-a aos novos desafios e problemas emergentes. Nesse sentido, face à complexidade e transversalidade dos CAD, assume-se como necessário e obrigatório alinhar a ação estratégica

¹ Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

deste instrumento político com as orientações e objetivos definidos pelas instâncias internacionais, como adiante veremos, mas igualmente com as políticas e orientações estratégicas de outras entidades nacionais, naquela que é a sua ação na promoção da saúde individual e coletiva e da segurança, e que se encontram plasmadas em diversos documentos e planos, designadamente os que adiante se apresentam.

O PNRCAD-2030 está alinhado com as [Grandes Opções 2022-2026](#), aprovadas pela Lei n.º 24-C/2022, de 30 de dezembro, designadamente nos pontos relacionados com o investimento na qualidade dos serviços públicos, particularmente o SNS, a segurança interna e o combate ao cibercrime. O PNRCAD-2030 está, também, alinhado com os objetivos inscritos nas Grandes Opções 2023-2026, designadamente a aceleração da mudança de modelo de desenvolvimento económico, social e territorial do país, a redução das desigualdades e, em particular, o novo modelo de organização das respostas aos comportamentos aditivos e dependências.

Os grandes pilares e metas do plano estão igualmente alinhados específica e complementarmente com os principais vetores do [Plano Nacional de Saúde — Revisão e Extensão a 2021](#), «Cidadania em Saúde», «Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde», «Qualidade em Saúde» e «Políticas Saudáveis», enquadrando também as orientações estratégicas relativas ao papel do cidadão, referindo a importância da sua capacitação para assumir a responsabilidade de defender a sua saúde individual e coletiva, salientando a necessidade de ser informado e dotado de autonomia de modo a poder tomar adequadamente decisões relacionadas com a alteração de comportamentos menos saudáveis, ou quando for o caso, com a gestão da sua doença. Destaca-se ainda a convergência deste plano com as linhas de orientação estratégica do Plano Nacional de Saúde 2030, nomeadamente «Promover a Saúde», «Manter ou Reforçar as Estratégias que Funcionam», «Recuperar e Melhorar o Acesso e a Intervenção», «Preparar e Antecipar o Futuro».

O PNRCAD-2030 está também alinhado com os outros programas prioritários da saúde, designadamente, com os Programas Nacionais para a área das [Infeções Sexualmente Transmissíveis e da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana](#) (cf. despacho n.º 5868/2021 GSEAS) (nomeadamente no que se refere ao Programa de Troca de Seringas), [Tuberculose](#), [Saúde Mental](#), [Prevenção e Controlo do Tabagismo](#), [Hepatites Virais](#), [Promoção da Alimentação Saudável \(PNPAS\)](#), [Promoção da Atividade Física \(PNPAF\)](#), o [Programa Nacional para as Doenças Oncológicas](#), o [Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil \(PNSIJ\)](#), bem como o [Plano de Ação para a Literacia em Saúde](#). Neste último, a promoção da responsabilização e do autocuidado nas várias áreas da Literacia em Saúde, estão incluídos os CAD, designadamente, a prevenção dos CAD sem substância, dos consumos de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas e da utilização racional e segura do medicamento, entre outros (Arriaga *et al.*, 2019; DGS, 2013, 2016a, 2016b, 2016c, 2016d, 2016e, 2016f, 2018; Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, 2020).

Acresce ainda o [Referencial de Educação para a Saúde](#) instrumento de suporte às escolas nas áreas da Saúde Mental e Prevenção da Violência; Educação Alimentar e Atividade Física; Afetos e Educação para a Sexualidade e os CAD. E também com o II [Plano Nacional para a Juventude \(PNJ\)](#), instrumento político de coordenação intersectorial da política de juventude em Portugal, cujo principal objetivo é a efetivação dos direitos das pessoas jovens, em termos económicos, sociais e culturais, numa perspetiva transversal das políticas públicas de juventude, ao apresentar medidas setoriais, nomeadamente, em relação à educação, emprego e ao

empreendedorismo, habitação, saúde, ambiente e desenvolvimento sustentável, governança e participação, igualdade e inclusão social (Pereira *et al.*, 2017; Resolução do Conselho de Ministros n.º 114-A/2018).

O PNRCAD-2030 articula também com a [Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária 2021-2030 – Visão Zero 2030](#), desenvolvida pela Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR), do Ministério da Administração Interna (MAI), na prossecução da Visão Zero 2030. Tratando-se os CAD de uma problemática multidimensional, este plano tem em conta também as estratégias nacionais em que se entrecruzam problemáticas relacionadas, como é o caso da [Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não-Discriminação Portugal + Igual \(ENIND\) 2018-2030](#) e a [Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo 2017-2023](#), na medida em que se trata de uma realidade vivenciada por muitas das pessoas com CAD (RCM n.º 61/2018; n.º 85/2017; Núcleo Executivo do GIMAE, 2018; RCM n.º 2/2020 que altera a RCM n.º 107/2017 que aprova a Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo 2017-2023).

Por último, o PNRCAD-2030 alinha-se com a [Estratégia Nacional de Combate à Pobreza 2021-2030](#), documento que tem por base uma abordagem global, multidimensional e transversal de articulação das políticas públicas e atores, definindo prioritariamente seis eixos de intervenção (Gabinete da Ministra de Estado e da Presidência, s.d.), em estreita articulação com o [Pilar Europeu dos Direitos Sociais](#), o respetivo [Plano de Ação](#) e com os [Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030](#) - ODS (UN, 2015).

Enquadramento internacional

O PNRCAD-2030 encontra-se alinhado com as orientações e objetivos definidos pelas instâncias internacionais, que se encontram mencionados em diversos documentos (destacados nas referências bibliográficas) e alguns dos quais abaixo explanados.

A [Agenda 2030 e os Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável \(ODS\)](#) definem um conjunto de objetivos e metas quantificáveis a realizar pelos Estados para promover políticas mais efetivas e humanas, colocando a dignidade humana e o desenvolvimento sustentável no centro das suas preocupações.

No âmbito do Objetivo 3 “Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”, o presente Plano visa contribuir até 2030, em particular, para a implementação do objetivo 3.5 “Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas e uso nocivo do álcool” (UN, 2015).

No que diz respeito especificamente às substâncias ilícitas, os principais instrumentos jurídicos da comunidade internacional são as três Convenções das Nações Unidas², que regem a produção, o comércio e o uso dos

² Convenção Única sobre Estupefacientes de 1961, modificada pelo Protocolo de 1972 (<https://dre.pt/application/conteudo/149202>); Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971 (<https://dre.pt/application/conteudo/392622>); Convenção contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas de 1988 (<https://dre.pt/application/conteudo/304535>).

estupefacientes e de substâncias psicotrópicas cujo objetivo geral é limitar a produção, distribuição e uso de drogas para fins médicos e científicos. Portugal é signatário das três Convenções e a política nacional encontra-se totalmente alinhada com as disposições das Convenções.

Importa neste âmbito referir igualmente a resolução intitulada *[Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem](#)*, adotada em 2016 na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre drogas (UNGASS), a qual contém mais de cem recomendações operacionais e regista progressos relevantes em termos de acesso a medicamentos controlados, ao princípio da proporcionalidade das sentenças, às medidas alternativas à prisão, às intervenções em matéria de redução de danos, tudo isto numa lógica de maior integração das questões de saúde pública e da proteção dos Direitos Humanos nas políticas a desenvolver pelos Estados. A grande maioria dessas recomendações encontram-se contempladas no presente Plano (UNODC, 2016).

Mais recentemente, o Segmento Ministerial da Comissão de Estupefacientes das Nações Unidas, que teve lugar em março de 2019, adotou a «*[Ministerial Declaration on strengthening our action at the national, regional and international level to accelerate the implementation of our joint commitments to address and counter the world drug problem](#)*», a qual veio enfatizar a relevância de se garantir que esta nova arquitetura internacional de política de drogas seja firmemente assumida, especialmente nas áreas dos Direitos Humanos, saúde e desenvolvimento, melhor refletindo a natureza transversal do objetivo dos instrumentos internacionais de controlo de droga, de proteção da saúde e do bem-estar da humanidade.

Importa igualmente mencionar outro documento relevante no que respeita à política internacional em matéria de drogas: as Diretrizes Internacionais sobre Direitos Humanos e Política de Drogas divulgadas em março de 2019 à margem do Segmento Ministerial acima referido. Estas diretrizes têm como base o trabalho de especialistas em Direitos Humanos e de diversos organismos das Nações Unidas e propõem-se ser um guia para os governos desenvolverem políticas públicas de drogas em conformidade com os Direitos Humanos, ao mesmo tempo que tomam em consideração as obrigações concomitantes em relação às Convenções Internacionais para o controlo de drogas. Com base na natureza universal dos Direitos Humanos, o documento cobre uma variedade de áreas políticas, desde o desenvolvimento até à saúde pública e à justiça criminal.

O PNRCAD-2030, tal como todos os documentos que têm definido a política portuguesa em matéria de drogas desde a primeira Estratégia Nacional de 1999, dá corpo aos princípios fundamentais e obrigações decorrentes das normas de Direitos Humanos que agora se encontram plasmados nas Diretrizes Internacionais sobre Direitos Humanos e Políticas de Drogas (International Centre on Human Rights and Drug Policy *et al.*, 2020).

Relativamente às matérias relacionadas com o uso nocivo do álcool, o PNRCAD-2030 encontra-se alinhado com a *[Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol](#)*, que define as áreas prioritárias que têm orientado as intervenções e recomenda a implementação de medidas a nível nacional para promover a redução do uso nocivo do álcool e as doenças a ele atribuíveis com o objetivo último de melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos, comunidades e sociedades (WHO, 2010).

Desde a aprovação da Estratégia Global, o compromisso dos Estados Membros de reduzir o uso nocivo do álcool tem sido reforçado com a adoção de declarações emanadas da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre doenças não transmissíveis, designadamente o [*Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region \(2016-2025\)*](#), o qual menciona o uso nocivo do álcool como um dos quatro principais fatores de riscos das doenças não transmissíveis. Este Plano de Ação constitui uma referência no quadro da implementação de políticas que mitiguem os níveis de mortalidade prematura e de morbilidade associados a doenças não-transmissíveis e propõe a priorização de intervenções de nível populacional reguladoras de consumos problemáticos e de promoção da saúde em contextos específicos (WHO, 2016).

Ainda no que se refere ao álcool, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico divulgou recentemente diversos documentos³ que foram também uma fonte inspiradora para este Plano Nacional, identificando medidas que vão ao encontro das consideradas relevantes pela OMS, identificou medidas que vão ao encontro das consideradas relevantes pela OMS, designadamente as relacionadas com os preços, os impostos, a restrição do acesso, a publicidade e a rotulagem.

Ao nível europeu, a [*Estratégia da União Europeia em matéria de Drogas \(2021-2025\)*](#) e o [*Plano de Ação da União Europeia em matéria de Drogas \(2021-2025\)*](#), aprovado sob Presidência Portuguesa do Conselho da UE constituem o novo quadro político da União Europeia neste domínio e reafirmaram a abordagem baseada na evidência científica, abordando os vários aspetos da situação da droga de uma forma equilibrada entre a redução da oferta e a redução da procura de droga. Para além destes dois pilares, tradicionais nos anteriores documentos europeus, tanto a referida estratégia como o referido plano de ação incluem pela primeira vez um capítulo dedicado aos danos relacionados com as drogas, colocando o enfoque nas necessidades de saúde das pessoas que consomem drogas (UE, 2021a, 2021b).

Importa ainda destacar as referências, em ambos os documentos, à promoção de uma política em matéria de drogas centrada nas pessoas e orientada para a proteção dos Direitos Humanos, prioridades que têm vindo a pautar os sucessivos Planos Nacionais nesta matéria.

No que respeita aos CAD sem substância, e particularmente à perturbação de jogo, esta tem sido abordada pelas diversas instituições da União Europeia⁴ (Comissão Europeia, Conselho e Parlamento Europeu), bem como pela OMS que, em 2018, incluiu os «distúrbios com videojogos» na lista de doenças que são classificadas como perturbações de saúde mental na nova edição da [*Classificação Internacional de Doenças \(International Classification of Diseases, ICD-11\)*](#).

³ *Preventing Harmful Alcohol Use* https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/preventing-harmful-alcohol-use_6e4b4ffb-en#page1; *Tackling Harmful Alcohol Use - Economics and Public Health Policy* (https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/tackling-harmful-alcohol-use_9789264181069-en#page1).

⁴ “Recomendação da Comissão de 14 de julho de 2014 sobre princípios com vista à proteção dos consumidores e dos utilizadores de serviços de jogo em linha e à prevenção do acesso dos menores aos jogos de azar em linha”; “Comunicação da comissão ao parlamento europeu, ao conselho, ao comité económico e social e ao comité das regiões (2012): Para um enquadramento europeu completo do jogo em linha”.

Situação atual — A contextualização do fenómeno em Portugal, problemas identificados e desafios

Desde que há memória que o ser humano vai procurando, mais ou menos conscientemente, mais ou menos intencionalmente, experiências de prazer ou de alívio do desprazer, experiências de descoberta, partilhadas com outros ou solitárias, mas também formas de garantir um certo desempenho, físico ou intelectual.

Estas experiências, estas ações, não são pares em valor simbólico. A elas são atribuídas funções, poderes, riscos, conotações morais e legais distintas, em função da linha do tempo, dos lugares sociais, culturais, políticos e económicos e todos estes elementos na história de cada indivíduo.

Em particular, estas experiências, estas ações, não são equitativas quanto ao potencial de desenvolvimento de problemas, para o próprio, para os próximos e para a sociedade. Nesta equação entram variáveis ligadas à substância ou atividade, ao indivíduo, e ao contexto micro, meso e macro em que este se move.

Neste quadro, um conjunto de comportamentos, entendidos de potencial aditivo e de desenvolvimento de problemas, foram sendo priorizados como objeto de intervenção e de vigilância epidemiológica. São os consumos de um leque de substâncias com propriedades psicoativas, algumas legais, outras ilegais, de acesso mais ou menos limitado, como são exemplos o álcool, as substâncias ilícitas, os medicamentos psicoativos, são as práticas como a do *gaming*, do *gambling* ou uso da internet.

Os mecanismos de vigilância epidemiológica, em Portugal, o Sistema Nacional de Informação sobre Substâncias Psicoativas, Comportamentos Aditivos e Dependências, têm como propósito caracterizar a população no que toca ao contacto, padrões de utilização, problemas e representações quanto a estes comportamentos. Visam também monitorizar o mercado, como medida da disponibilidade e acesso.

As opções estratégicas para o PNRCAD-2030 partiram de uma análise da situação atual do fenómeno em Portugal, das tendências e evolução dos problemas relacionados com os comportamentos aditivos e dependências.

Essa informação consta no «Enquadramento Epidemiológico, uma breve perspetiva da situação atual» (Carapinha & Guerreiro, 2021), anexo ao PNRCAD-2030 onde se apresentam em detalhe as prevalências, padrões de utilização, problemas, motivações, atitudes e perceções de risco, na população geral e em subgrupos populacionais específicos, considerando, designadamente, o ciclo de vida, o género, o contexto, a par de indicadores quanto aos mercados. Esse enquadramento permitiu identificar alguns desafios para o próximo ciclo estratégico, destacando-se de seguida alguns deles.

Contemplando o leque de substâncias psicoativas sob vigilância epidemiológica, verifica-se como o álcool é a substância psicoativa mais consumida em Portugal, transversal a grupos etários, género, regiões ou classes sociais, ainda que os padrões de consumo possam variar em função destes segmentos populacionais. É um produto legal e a sua obtenção é fácil. Está presente à refeição, em ocasiões festivas familiares, a marcar etapas de vida e celebrações, em momentos de convívio e diversão. A exposição a esta substância, desde tenra idade, é generalizada, e o início do consumo é demasiado precoce. A evidência científica consolidada em matéria de danos neurológicos da exposição ao álcool em tenra idade, desde a vida intrauterina, dá nota do relevo da priorização de objetivos visando o retardar do primeiro contacto com esta substância em Portugal. Acresce que, os jovens são o subgrupo populacional que bebe de forma mais intensiva por ocasião, ao que se associam os efeitos adversos no organismo da intoxicação e os efeitos decorrentes do compromisso da capacidade de julgamento.

Por sua vez, os portugueses parecem estar a fazer cada vez mais uso de um conjunto de outras substâncias psicoativas. Neste campo, destaca-se de forma muito evidente o aumento da utilização da canábida. Neste campo, destaca-se de forma muito evidente o aumento da utilização da canábida. Esta é a substância ilícita mais consumida pelos portugueses, sobretudo pelos mais jovens (1 em cada 4 jovens de 18 anos), a larga distância das restantes substâncias ilícitas (menos de 1 em cada 10 jovens de 18 anos, por exemplo), tendendo os portugueses também a diferenciá-la das restantes no que toca a apreciações de risco e facilidade de acesso.

Este fenómeno do incremento da utilização da canábida, a par, aliás, do incremento de atitudes mais favoráveis e diminuição de perceções de risco, no que toca ao consumo ocasional, não ao regular, não será alheio à oferta da canábida medicinal como um recurso, aos debates sobre a possibilidade da legalização para uso recreativo ou à introdução no mercado de produtos legais de canábida. O cidadão comum contacta com diferentes tipos de notícias na comunicação social. Por um lado, notícias sobre resultados de investigação onde são elencados efeitos benéficos de determinados canabinóides, por outro lado, notícias sobre o incremento de internamentos por surtos psicóticos paralelos a consumos de canábida. Para o cidadão comum, em qualquer dos casos trata-se de canábida. O debate de ideias, o confronto de perspetivas, são salutar numa sociedade criativa. Contudo, nas dinâmicas da promoção da saúde, importa aumentar a literacia do cidadão nestas matérias.

Para além da canábida, assiste-se a um incremento da utilização de outras substâncias, da cocaína, das anfetaminas, do *ecstasy* e do uso indevido de medicação psicoativa. Estas tendências não são, contudo, lineares na população, na sua verificação e na sua magnitude. Assim, destaca-se, nas mulheres, o incremento dos consumos de álcool, e nas mais jovens, também o de canábida, nos homens, os aumentos dos consumos de cocaína, e nos mais jovens, também os aumentos dos consumos de *ecstasy*, de anfetaminas e, nos estudantes universitários em particular, o aumento do consumo de canábida. Entre os idosos está a ocorrer um incremento da utilização de medicação psicoativa sem enquadramento médico.

Por sua vez, nos últimos anos têm surgido alguns indicadores da utilização de substâncias potenciadoras do desempenho físico ou do desempenho intelectual, fenómeno cujo conhecimento importa aprofundar no contexto da população portuguesa.

Paralelamente, tem vindo a diminuir o número de pessoas que consomem opiáceos, que consomem por via injetada. Contudo, a dimensão da população mantém-se elevada e, mais importante, com uma elevada vulnerabilidade, na qual se conjugam os fatores do envelhecimento, comorbilidades várias, carências sociais e estigma, necessitando de respostas multidisciplinares de acesso facilitado.

Os dados disponíveis quanto a problemas ligados ao uso de substâncias psicoativas suscitam algumas preocupações que imprimem a necessidade de desenvolver estratégias visando a prevenção e a atuação dirigida a estes.

Constata-se que, embora, percentualmente, tenha diminuído ligeiramente a prevalência do consumo de álcool, o número de pessoas, sobretudo de grupos etários mais avançados, com dependência alcoólica, aumentou fortemente, bem como a mortalidade em acidentes de viação com o condutor com TAS \geq 0,5g/l. No mesmo sentido, tem aumentado o número de cidadãos afetados por dependência de canábис, principalmente em certos grupos etários, o número de hospitalizações por perturbação psicótica e esquizofrenia associados a canábис, a procura de tratamento devido ao consumo de canábис, de cocaína e, também, ao abuso de medicamentos psicoativos, bem como a presença de cocaína em mortes relacionadas com o uso de drogas.

Os dados apontam, por um lado, para um incremento da potência/pureza de vários grupos de substâncias e, por outro, para a adulteração das substâncias com outras, designadamente novas substâncias psicoativas, o que sugere a relevância do conhecimento da composição da substância por parte do utilizador como medida de redução de danos.

Noutro campo, temos atividades altamente estimulantes, cujo balanço entre os benefícios e os prejuízos pode, em determinados períodos da história do indivíduo e configurações sistémicas associadas, desequilibrar-se, mais ou menos fortemente, a favor dos prejuízos. A utilização da Internet em geral, e as redes sociais virtuais em particular, estão amplamente difundidas, mas o balanço entre os benefícios e os prejuízos pode, em determinados períodos da história do indivíduo e configurações sistémicas associadas, desequilibrar-se, mais ou menos fortemente, a favor dos prejuízos. Para além da utilização da Internet em geral e das redes sociais virtuais em particular, estão ainda em causa o *gaming* ou o *gambling*, cada vez mais jogados na Internet.

Nos últimos anos tem vindo a aumentar a prevalência de indicadores de uso excessivo de Internet entre os mais novos. As prevalências de dependência da Internet são de 0,5 % (moderada) e menos de 0,1 % (severa), sendo esta utilização mais problemática e particularmente mais comum entre os jovens de 15-24 anos (0.2 %)⁵.

A Internet tem um potencial enorme de benefícios para o quotidiano do ser humano e foi um instrumento fundamental para a saúde dos cidadãos no contexto pandémico, em que os contactos presenciais estavam comprometidos. A internet está imersa no quotidiano das pessoas, potencialmente, em qualquer lugar, em qualquer momento, está sempre disponível, basta um *click* no telemóvel. O dia-a-dia é hoje passado entre o virtual e o não virtual, com o virtual a ganhar terreno. Neste contexto, merece reflexão a relevância da promoção

⁵ Balsa, C., Vital C. & Urbano C. (2018). IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17. Lisboa: SICAD.

de um equilíbrio entre estas duas dimensões da experiência humana, que não são qualitativamente equitativas no que toca às necessidades que suprem ou às relações estabelecidas, por exemplo.

Em particular, tendo em vista um desenvolvimento físico e emocional saudável, importa equilibrar o uso de ecrãs no seio familiar, quer pelos filhos, quer pelos pais, considerando a relevância dos momentos de partilha na família. As crianças devem ser protegidas da exposição a conteúdos inapropriados na Internet, do *cyberbullying*, em suma, capacitadas e supervisionadas, para que possam aproveitar os benefícios enquanto evitam os possíveis riscos de navegar na Internet.

Os videojogos, jogados na internet ou não, têm-se vindo a instalar cada vez mais enquanto opção de lazer, principalmente entre os mais novos (6 em cada 10 alunos de 13-18 anos jogam em dia de escola, por exemplo). Potencialmente, vão ao encontro de diversas necessidades humanas, como de pertença, realização ou descoberta, e podem ter benefícios diversos, a nível cognitivo, comportamental ou emocional. Por outro lado, podem também envolver consequências adversas para o jogador, no que toca aos conteúdos a que está exposto, alterações do sono, isolamento social, obesidade ou adição.

Tal como referido a propósito de outras atividades, como o uso da internet em geral ou as redes sociais, um dos principais desafios neste âmbito consiste no equilíbrio entre o tempo passado nesta atividade e o tempo passado noutras atividades fundamentais para o desenvolvimento humano.

As características e a diversidade dos videojogos de hoje são muito distintas das dos videojogos que os pais, eventualmente, conheceram. Neste sentido, importa aumentar o conhecimento em geral e a literacia das famílias em particular, quanto às propriedades dos videojogos de hoje, quanto às práticas de jogo (que podem envolver também diálogo, partilha de imagens, vídeos) e ao papel que podem representar para os jovens, reconhecendo tanto os benefícios como os riscos envolvidos.

Por sua vez, o jogo a dinheiro (*gambling*) tem uma prevalência muito elevada em Portugal, essencialmente devido aos jogos institucionais. A prevalência de portugueses que desenvolvem uma relação problemática (jogo patológico) com o jogo a dinheiro é de 0,6 %, percentagem que tem vindo a aumentar significativamente.

As plataformas de jogo *online* facilitam o acesso e têm características estruturais que as tornam, potencialmente, mais aditivas. Cada vez mais estas são preferidas ao jogo de base territorial, evolução que se intensificou no contexto pandémico.

Tal como em relação ao *gaming*, também o *gambling* é uma categoria que engloba uma grande variedade de jogos, como as lotarias, as apostas desportivas, as *slot-machines*, o poker ou a roleta, que, por sua vez, podem ser jogados em ambientes diversos, *online* ou *offline*. As pessoas que procuram estes jogos não têm o mesmo tipo de perfil. Jogos como o Euromilhões são mais transversais à população em geral, mas o perfil de pessoas que joga jogos de casino é distinto (mais jogados por homens, por exemplo). Com particular relevância, o perfil de pessoas que desenvolvem problemas de jogo é diferente consoante fatores como a modalidade ser *online* ou *offline* (os primeiros tendem a ser mais novos, por exemplo).

Neste quadro, importa desenvolver o conhecimento e definir estratégias para que o jogo não progrida para níveis de risco e de problemas, a par da adequação das respostas de tratamento face ao incremento da procura.

Esta breve ilustração dá bem nota do desafio que representa a elaboração de um Plano desta envergadura. Os comportamentos aditivos são múltiplos e os padrões de utilização e de problemas desenvolvidos diferem em função dos subgrupos populacionais considerados. Se, por um lado, há um conjunto de fatores de influência na iniciação, intensificação, desenvolvimento de problemas, amplamente consolidados na literatura, e, de alguma forma transversais a comportamentos aditivos, por outro lado, a especialização da monitorização, investigação e intervenção permitem detetar quadros muito particulares, a contextos, ciclos de vida, posição social, cultural, por exemplo. Tal implica diferentes níveis de abrangência das medidas planeadas, desde as mais genéricas ou universais, até às mais especializadas, alicerçadas, em qualquer dos casos, numa cooperação multisectorial.

II — Orientações e opções estratégicas

Orientações estratégicas

Foram determinantes para as orientações estratégicas os seguintes pressupostos:

O reconhecimento de que a problemática dos CAD não se limita às questões da saúde, tratando-se de um fenómeno biopsicossocial, multidimensional, que envolve uma diversidade de situações e implica o envolvimento e cooperação entre todos os sectores das diferentes áreas governamentais, das entidades públicas e da sociedade civil, trabalhando lado a lado para objetivos comuns;

A importância da existência de orientações claras e específicas para esta área, e da necessidade de promover a perceção do risco e a prevenção dos comportamentos aditivos, reduzindo os riscos e tratando as dependências e suas consequências, sem nunca abandonar as pessoas, independentemente do contexto em que se encontrem, do tipo de substância e grau de dependência, promovendo a sua reinserção;

A experiência comprovada da eficácia do modelo de intervenção integrada na resposta à redução dos CAD, mas também a necessidade de investimento na adaptação aos novos desafios, e a certeza de que a articulação e cooperação interinstitucional, nacional e internacional, são fundamentais e constituem o garante da implementação eficaz de um plano elaborado para uma problemática desta natureza.

Visão

Ter comunidades mais saudáveis, com menos problemas associados ao consumo de substâncias psicoativas e a outros comportamentos com potencial aditivo, através de políticas públicas colaborativas que garantam o respeito pelos Direitos Humanos e contribuam para uma sociedade mais informada, saudável e segura.



Espera-se que todos os cidadãos possam adquirir um grau de informação e capacitação que lhes permita tomarem decisões de comportamentos sem adição, com evidentes ganhos em saúde na área dos CAD, contribuindo para uma sociedade mais saudável e mais segura, com menor sofrimento e em respeito pelos Direitos Humanos.

Pretende-se que em 2030, todos os parceiros públicos e privados tenham as suas atividades nesta área claramente inscritas nos seus planos de ação, e que esteja garantida a implementação de iniciativas/medidas diferenciadas, focadas nas necessidades dos cidadãos e comunidades, por via de políticas públicas de proximidade que contribuam para ganhos em saúde, bem-estar e em segurança.

Espera-se, ainda, que esta política mantenha o reconhecimento a nível nacional e internacional, mercê do compromisso claro de todos os setores com intervenção nesta área (CAD), na adequação das medidas e alargamento à nova realidade dos CAD.

Em síntese, pretende-se contribuir para a saúde e bem-estar ao longo de toda a vida em geral, bem como para a prevenção e redução dos CAD, proporcionando maior qualidade de vida e menor sofrimento a todos os cidadãos com problemas de CAD em particular.

Princípios

Para a prossecução desta visão de comunidades saudáveis, o PNRCAD-2030 mantém os princípios que têm norteado a estratégia portuguesa neste domínio e que fazem parte da sua identidade. São princípios que se prendem com uma certa perspetiva sobre o ser humano e sobre as intervenções: centralidade no cidadão, humanismo e pragmatismo, igualdade e equidade, participação, territorialidade, subsidiariedade, qualidade e inovação.

Sendo o Cidadão o eixo estruturante deste Plano, destacam-se, neste âmbito, os três primeiros princípios:



Centralidade no cidadão

A centralidade no cidadão tem sido um princípio constante na política de redução de comportamentos aditivos e dependências, considerando que a intervenção nesta matéria não constitui um fim em si mesmo, devendo descentrar-se das substâncias e assumir como foco o cidadão e as suas necessidades objetivas e subjetivas. O cidadão deve ser o promotor da sua qualidade de vida, ao longo das diferentes etapas e ciclos da mesma e nos diferentes contextos em que se insere, e ter uma participação ativa e informada, com corresponsabilização nas tomadas de decisão face ao seu projeto de vida, no exercício dos seus direitos e deveres de cidadania.

Considera-se, em observância dos Direitos Humanos, que cabe a qualquer cidadão, na posse de todas as suas capacidades de decisão, a opção e gestão das suas ações e comportamentos, cabendo aos serviços um papel fundamental na informação e capacitação, visando a promoção de escolhas informadas e saudáveis, bem como a garantia de acessibilidade e qualidade dos recursos necessários ao seu projeto de vida.



Humanismo e Pragmatismo

O Humanismo e o Pragmatismo foram dois dos princípios estruturantes da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga 1999 (ENLCD), à qual foi dada sequência nos Planos Nacionais de 2005-2012 e 2013-2020 e que continuam a manter toda a pertinência para o atual Plano: *“O princípio humanista significa o reconhecimento da plena dignidade humana das pessoas envolvidas no fenómeno das drogas e tem como corolários a compreensão da complexidade e relevância da história individual, familiar e social dessas pessoas, bem como a consideração da toxicodependência como uma doença e a consequente responsabilização do Estado na realização do direito constitucional à saúde por parte dos cidadãos toxicodependentes e no combate à sua exclusão social, sem prejuízo da responsabilidade individual. (...)”* (IDT, 2005; [Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99](#); SICAD, 2013a).

O princípio do pragmatismo, enquanto princípio inspirador da ENLCD, é complementar ao princípio humanista, na medida em que determina uma atitude de abertura à inovação, promovendo a adoção de soluções adequadas à conjuntura nacional e que visem resultados práticos positivos, a partir dos resultados cientificamente

comprovados, das experiências ensaiadas nos diversos domínios, dos diagnósticos efetuados, sem dogmas que impeçam a inovação.

Estes dois princípios são aplicáveis a todos os tipos de CAD e a sua aplicação é consubstanciada através das intervenções resultantes das sinergias dos mecanismos de proximidade existentes, designadamente a participação ativa de muitas entidades particulares (Instituições Particulares de Solidariedade Social e Organizações Não Governamentais), com resultados efetivos em ganhos em saúde e na promoção do bem-estar social.



Igualdade e Equidade

A questão da igualdade é sempre colocada quando pensamos nas diferenças existentes no acesso ou prestação de serviços a grupos mais vulneráveis ou situações que se distinguem por alguma especificidade que pode ser motivo de discriminação. Refere-se não apenas a todas as situações de diferença, de género, de nacionalidade, de naturalidade e de estatuto socioeconómico.

Entendendo-se por equidade em saúde a «ausência de diferenças evitáveis, injustas e passíveis de modificação, no estado de saúde de grupos populacionais oriundos de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos» (Marmot, 2007; Marmot *et al.*, 2008; WHO, 2010b, cit. In DGS, 2012), procurar-se-á que, através da intervenção em determinantes de saúde, e em particular nos determinantes sociais da saúde, se consiga reduzir alguma desigualdade base.

O respeito pelo princípio da equidade implica que necessidades iguais de cidadãos diferentes sejam respondidas de modo justo e com qualidade, de forma oportuna e no momento adequado, ou seja, utilizando todos os recursos existentes, adequando-os às suas necessidades e dando oportunidade para que cada um possa atingir o seu potencial de saúde.

Duração

O PNRCAD-2030 assume-se como um compromisso a 10 anos (2021-2030), a operacionalizar em 3 Planos de Ação: de quatro anos (2021 a 2024), de três anos (2025 a 2027) e novamente de três anos (2028 a 2030).



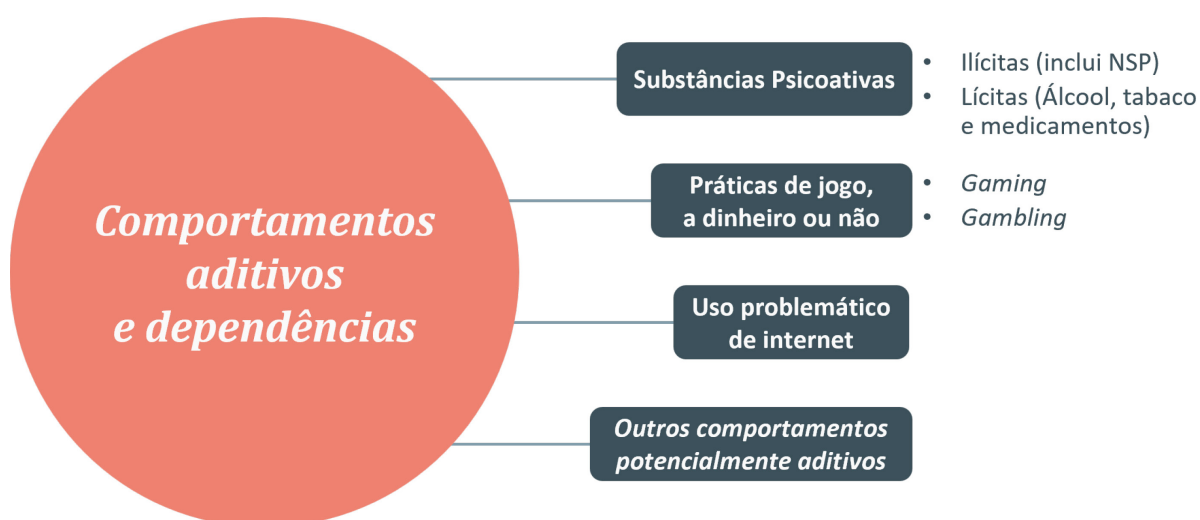
Espera-se com este universo temporal, a manutenção de uma linha de continuidade em termos de opções estratégicas macro, contudo, operacionalizando as intervenções em ciclos mais curtos, possibilitando deste modo, adaptar e selecionar objetivos específicos prioritários adequados às diferentes necessidades identificadas.

Considerando a alargada dimensão temporal do Plano Nacional e não descurando a importância de uma análise sistemática da evolução das diferentes situações por ele abrangidas, será imprescindível a identificação de prioridades na intervenção a desenvolver em cada Ciclo/Plano de Ação (2021-2024, 2025-2027 e 2028-2030), devendo as mesmas ser congruentes com as necessidades identificadas e plasmadas em cada momento de avaliação efetuado ao plano antecedente. Estas prioridades serão identificadas através dos Objetivos Específicos a determinar para cada ciclo e serão expressas em cada Plano de Ação.

Âmbito

O âmbito de abrangência do PNRCAD-2030 são os CAD, tendo em conta os novos desafios que se colocam nesta área e também o princípio base deste plano, que é a centralidade no cidadão. Existe neste sentido, uma responsabilidade acrescida na sua implementação, nomeadamente no que respeita à promoção da literacia em CAD, à capacitação dos cidadãos e assunção da sua autonomia face às decisões informadas que tomarem no âmbito dos comportamentos aditivos em geral, com vista ao seu bem-estar e qualidade na sua saúde. Estão incluídos no conceito de CAD:

- o uso de substâncias psicoativas ilícitas e de novas substâncias psicoativas;
- o uso de substâncias psicoativas lícitas, como o álcool, o tabaco ou os medicamentos;
- padrões comportamentais excessivos associados a práticas de jogo, a dinheiro ou não;
- o uso problemático de Internet;
- e outros comportamentos potencialmente aditivos, que possam ter a possibilidade de virem a ser consagrados como tal nas classificações de doenças, atendendo à evolução dos consumos e adições comportamentais verificadas (p.e, na área alimentar, pornografia, etc.).



Ciclo de vida e género

Ciclo de vida

O processo de desenvolvimento coloca ao indivíduo um conjunto de tarefas que deverão ser identificadas e ultrapassadas em fases específicas de maturação neurobiológica, sensório-motor, psicológica, moral e social. Os períodos de transformação ou de transição, trazem consigo experiências de tensão resultantes de fatores internos e/ou externos, que são geridos em função dos recursos pessoais, das dinâmicas dos contextos envolventes e dos fatores ambientais.

Vários autores⁶ estabelecem uma importante relação entre as fases críticas de transição ao longo do desenvolvimento e o surgimento de comportamentos aditivos como mecanismos mal adaptativos para lidar com os mesmos. A esta linha de reflexão acresce a forte evidência de que, em muitas situações, estes comportamentos surgem associados a situações traumáticas ou experiências negativas precoces, que condicionaram o normal desenvolvimento do indivíduo e a forma como as transições são plenamente consolidadas; outras ainda, relacionadas com a procura de experiências prazerosas.

Um documento estratégico orientador de políticas em CAD, tem necessariamente de considerar as fases do ciclo de vida em que se identificam períodos críticos no desenvolvimento dos comportamentos e traçar para as mesmas, linhas de ação direcionadas a prevenir ou mitigar o impacto dos fatores desencadeantes e das vulnerabilidades diagnosticadas.

Naturalmente, as intervenções deverão ajustar o seu propósito de acordo com a fase de desenvolvimento e o grau de pertinência das abordagens, face à maturidade e experiência de vida do indivíduo e dos grupo-alvo. Intervindo preventivamente, dever-se-á antever períodos críticos, reforçar estratégias de *coping* e desenvolver a consciência dos riscos. Por outro lado, quando a intervenção recai já sobre os CAD, dever-se-á ter em consideração o impacto e consequências do comportamento na fase de desenvolvimento em curso, em especial, nas manifestações precoces e tardias da problemática.

Do ponto de vista operacional, consideram-se as seguintes fases do ciclo de vida:

Gravidez e período neonatal

Este é por definição um período crítico para os múltiplos indivíduos implicados. Para a grávida, o nascimento de um filho pressupõe o confronto com transformações físicas, psicológicas, familiares e sociais, para as quais são essenciais os recursos socio emocionais de que dispõe. Acarreta uma mudança de papel, ou o reforço do mesmo, anteriormente assumido, implicando esta transição um carácter mais ou menos crítico, em função de decorrer ou não de um projeto de vida. Considera-se, igualmente, um processo crítico para o pai e para a restante família, obrigando a uma redefinição mais ou menos significativa dos papéis assumidos por cada um.

⁶ Prochaska & DiClemente, (1983); Pollak et al. (1998); Schulenberg & Maggs (2002); McCrory & L. Mayes (2015).

Naturalmente, constitui ainda um período altamente crítico para o feto e posteriormente para o recém-nascido, dada a total exposição às condições que envolvem o seu desenvolvimento intrauterino e os primeiros dias de vida.

Os comportamentos aditivos podem ter uma função significativa na vivência desta fase de transição, em função do seu (re)aparecimento, manutenção ou suspensão. Nesse sentido, pode assumir-se como um mecanismo mal adaptativo para lidar com uma mudança não desejada (ou para a qual se antecipam experiências negativas), manter-se por desconhecimento do seu impacto sobre o feto ou por se atribuir ao mesmo um efeito positivo na gestão das vivências, ou poderá dar-se ainda, a supressão desse comportamento, para proporcionar a si e ao feto um estado de harmonia que se traduz na procura de hábitos mais saudáveis.

Os estudos sobre os efeitos da exposição a substâncias psicoativas no útero são claros, em particular no que diz respeito ao álcool. A associação do consumo de SPA a malformações e a síndromes de abstinência neonatais tem sido objeto de preocupação entre os profissionais de saúde, com especial incidência sobre o álcool e a sensibilização para a prevenção do Síndrome Alcoólico Fetal (SAF). Contudo, ainda que não haja um limiar seguro para o consumo de álcool durante a gravidez, a tolerância social e o enquadramento cultural, geram uma atitude menos prevenida que se traduz na exposição precoce do feto a esta substância.

Crianças até aos 9 anos

A segunda fase de desenvolvimento integra o que se designa por primeira e segunda infância. É caracterizada por uma rápida evolução em múltiplos planos como o físico-motor, o cognitivo, o linguístico e o socio-emocional. O grau de autonomia da criança depende da segurança com que ela explora o meio circundante. É uma fase muito influenciada pela dinâmica familiar e o progressivo alargamento do círculo social-externo. A criança é particularmente sensível aos modelos parentais e o exercício da parentalidade, é essencial para que este processo de transição se desenvolva de forma segura, consistente e coerente.

Devido à conjugação de múltiplos fatores, identificam-se situações em que a função parental tem vindo a ser fragilizada. Por um lado, verifica-se uma menor maturidade dos pais, a qual se associa a um menor suporte da família alargada, a sobrecarga resultante de dinâmicas sociais e laborais mais exigentes e da crescente influência de fatores externos resultantes da evolução tecnológica. O universo digital coloca novos desafios aos pais na monitorização da vida dos seus filhos, na gestão dos limites, na transmissão de valores que encontram nas redes sociais influenciadores com igual ou maior capacidade de modelação social.

A menor sensibilidade ou a maior fragilidade dos pais pode ter impacto significativo na criança em crescimento, justificando que seja sobre a família que se desenvolva uma das mais importantes linhas de ação a integrar numa estratégia nacional de resposta aos CAD.

Jovens dos 10 aos 24 anos (sub-etapas dos 10 aos 14; dos 15 aos 19 e dos 20 aos 24 anos)

O terceiro grupo etário, é muito abrangente integrando a pré-adolescência, a adolescência e os jovens adultos. Constitui-se como um grupo heterogéneo com tarefas desenvolvimentais muito diferentes que têm em comum, a transformação rápida e a experiência de roturas profundas no decurso das diferentes fases.

O **período dentre os 10 e os 14 anos** é marcado pelas transformações biológicas e fisiológicas que constituem a puberdade, através das quais o corpo da criança atinge a maturação reprodutiva. Sendo uma fase desencadeada por fatores hormonais, são significativas as implicações no plano psicológico. O desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários e a rápida transformação do corpo, resultam numa profunda transformação da imagem de si, transformação esta que pode decorrer com níveis significativos de sofrimento. O receio de um desenvolvimento corporal desarmonioso – *dismorfofobia* - está frequentemente associado a alterações de comportamento que podem assumir um carácter desafiante ou, pelo contrário, de evitamento do contacto com os pares com os quais se comparam. Qualquer dos mecanismos pode reforçar a curiosidade sobre as SPA quer pelo efeito facilitador da interação social, quer pela associação deste comportamento a um estatuto social desejado.

Simultaneamente, sendo a puberdade uma fase determinante do desenvolvimento psicosexual, as substâncias psicoativas podem igualmente surgir como facilitadoras do desenvolvimento da interação sexual, utilidade esta que se manterá nas restantes sub-etapas que integram esta fase de desenvolvimento, o mesmo se aplicando à idade adulta.

Outros comportamentos aditivos poderão ganhar uma maior dimensão nesta sub-etapa. É o caso do videojogo ou do uso problemático da internet. O universo digital, face às questões anteriormente referidas, pode representar um contexto facilitador para o acesso aos objetivos idealizados. Dominar as dificuldades de um determinado jogo, proporciona o reconhecimento entre pares que por vezes poderá compensar um menor sucesso escolar, ou menores aptidões sociais. A plataforma de jogo providencia um contexto de socialização virtual, que permite contornar inibições. Em alternativa, as redes sociais oferecem, igualmente, a possibilidade de ensaiar a sexualidade, explorando de forma anónima, conteúdos pornográficos, sites de encontros, entre outros conteúdos proporcionados por este contexto. A inocência com que este tipo de exploração pode ser desenvolvido, expõe o pré-adolescente a riscos para os quais poderá não ter recursos internos para gerir, acabando por comprometer um desenvolvimento ajustado.

A fase dos **jovens entre os 15 e os 19 anos**, tem por base a continuidade do processo de transformação física e biológica, intelectual, psicológica, social e emocional. O adolescente tem por tarefas a construção da sua autonomia, a consolidação de uma identidade e o desenvolvimento da sua intimidade. É uma fase de mudança de referenciais, com o grupo de pertença a assumir maior influência do que a família. A exploração do mundo e dos desafios que ele traz, associado a uma maior instabilidade emocional, abre portas a novos riscos no âmbito dos comportamentos aditivos. As substâncias são encaradas como oportunidades para a superação de limites que vão do *bodybuilding*, à resistência física, à performance sexual, ao desempenho intelectual, entre outros, como também para gerir situações de tensão e desprazer.

É, simultaneamente, uma fase de grandes decisões, que envolvem a capacidade de perspetivar o futuro, criar condições à persecução do mesmo, optar por continuar os estudos ao invés de ingressar no mercado de trabalho, arriscar a saída de casa para estudar longe da família. É uma fase de grandes tensões que faz apelo à maturidade desenvolvida, à capacidade de antecipar os problemas e identificar soluções, de gerir a ansiedade e pôr à prova a autoestima e a autoconfiança.

Finalmente, é uma fase em que predomina um sentimento depressivo associado à moratória adolescente, durante a qual, o jovem se confronta com a perda das regalias e da tolerância que lhe era atribuída enquanto criança, mas ainda não é reconhecido enquanto adulto, autónomo e competente. A esta profunda alteração de estatuto, associa-se uma menor sensibilidade à realidade envolvente, atribuível à profunda transformação neurobiológica em curso. A conjugação destes fatores resulta numa maior procura de experiências de grande intensidade, através das quais o adolescente procura os seus limites ao mesmo tempo que procura corresponder às expectativas dos outros.

Em suma, este é uma fase em que o adolescente é exposto a um conjunto alargado de fatores de risco para o desenvolvimento de comportamentos aditivos.

Alguns contextos poderão nesta sub-etapa ganhar maior destaque, nomeadamente o contexto universitário, que serve de palco a algumas das experiências anteriormente descritas, nomeadamente a exploração de um novo nível de autonomia e estatuto, o reajustamento funcional a novas regras e expectativas, o confronto com elevados níveis de tensão e competitividade e a vivência da dinâmica recreativa académica na qual é, por norma, proporcionado um fácil acesso a substâncias psicoativas com especial incidência no álcool.

Por fim, um último destaque para a emergência da prática do jogo a dinheiro que, se inicia nesta sub-etapa e que se ajusta à procura de autonomia financeira, à apetência por experiências intensas, resultantes de apostas e desafios, e à procura de afirmação e ilusão de controlo.

Jovens adultos entre os 20 e os 24 anos, introduz, por comparação com as anteriores, o exercício de uma crescente autonomia e a entrada na vida ativa. Corresponde ao finalizar do percurso académico e à decisão de adiar ou não a procura de emprego, o afastamento da família para novas realidades geográficas, a exploração plena da sexualidade e a progressiva procura de estabilização afetiva. A exploração da sexualidade e a afirmação da identidade de género pode acarretar, no confronto com o núcleo familiar e a sociedade em geral, vivências de profundo sofrimento, nas quais o consumo de SPA pode assumir um papel significativo. Em alguns contextos as SPA surgem associadas a práticas sexuais não consensuais, constituindo-se como um facilitador para a libertação pessoal na exploração dos seus limites neste campo.

Consoante os contextos de desenvolvimento e a experiência prévia de vida, esta fase de transição poderá ser vivida com maior ou menor ansiedade, em função das perspetivas de futuro e da incerteza que as envolve. Os fatores de tensão apresentados paras as sub-etapas anteriores mantêm-se e as estratégias para lhes corresponder também. A resposta de tratamento poderá agora ganhar maior dimensão atendendo a que as vulnerabilidades identificadas, expostas a fatores não atenuados ou contidos, podem redundar no desenvolvimento de processos de dependência que requerem agora cuidados especializados. A articulação com

os cuidados de saúde primários e com as respostas ao nível da saúde ocupacional poderão ser importantes no sentido da identificação precoce de sinais de sofrimento e o desenvolvimento de intervenções breves de motivação para o início de processos de mudança.

Também as abordagens em contexto laboral começam a ganhar dimensão nesta faixa etária, sobretudo quando perspetivados os processos de integração associados ao início da atividade laboral, e a possível exposição a práticas de excessos associadas a culturas institucionais. Neste sentido é muito importante que a estratégia nacional contemple um forte investimento no desenvolvimento de respostas neste contexto que poderão ir de processos de sensibilização, à estruturação e capacitação de pares ajudantes que em articulação com as chefias e a gerência possam contribuir para um contexto de trabalho protetor e capaz de apoiar os seus elementos mais vulneráveis.

Adultos dos 25 aos 64 anos

A idade adulta é uma fase de desenvolvimento marcada pela procura de estabilização das aquisições feitas em estádios anteriores. É o período em que se atinge o auge da resistência física e em que, cognitivamente, o pensamento pós formal ganha maior consistência, fruto do final da maturação neurobiológica.

Concluído o percurso académico, estabilizada uma relação afetiva, consolidada a autonomia em relação à família de origem, a primeira metade desta fase, é marcada pela experimentação de três novos papéis: ser marido/mulher ou companheiro(a), ser trabalhador(a) e ser pai/mãe, entre outros. Contudo, algumas das tarefas da etapa anterior vão sendo adiadas para fases mais tardias do ciclo de vida, prolongando-se e condicionando a entrada na idade adulta. Por fatores marcadamente socioeconómicos, assistimos ao prolongar dos estudos, à entrada tardia no mercado de trabalho, bem como ao adiamento do casamento/união de facto que, presentemente, por comparação com os anos 90, acontece cerca de 7 anos mais tarde (Caldeira & Garcia, 2017). É, pois, natural que o primeiro filho surja igualmente mais tarde, remetendo a conclusão das três principais tarefas desta fase de desenvolvimento, para o final desta primeira fase.

São vários os fatores críticos presentes nesta primeira sub-etapa da vida adulta. Na continuidade da afirmação de uma identidade de género e da procura de uma relação afetiva estável, os limites biológicos quer para a sexualidade quer para a conceção, introduzem frequentemente receios sobre a incapacidade de dar e ter prazer ou gerar uma nova vida, retomando o fantasma de um corpo insuficiente ou disfuncional.

Resultante da consolidação das relações afetivas, o jovem adulto confronta-se com o afastamento do núcleo familiar de origem e a criação do seu próprio núcleo familiar, processo este desenvolvido com mais ou menos tensão e/ou suporte.

No plano laboral, o início da vida ativa, acarreta para o jovem, a necessidade de se afirmar num novo contexto, demonstrando não apenas as suas competências técnicas, mas igualmente as socioemocionais, nomeadamente de assertividade, comunicação, gestão de conflitos e adaptação a novas regras e expectativas. O desejo e necessidade de ser aceite por num novo grupo pode despertar inseguranças e conflitos ou abrir espaço a adoção de comportamentos aditivos que estejam enraizados na cultura institucional.

Os comportamentos aditivos, assumem ao longo desta etapa, um carácter mal adaptativo cujo impacto será tanto maior quanto a fragilidade dos recursos pessoais e a menor efetividade rede de suporte envolvente. As intervenções nesta fase, devem desenvolver-se nos contextos em que os adultos se movem e com os pretextos que os mesmos proporcionam. Deste modo, quer o contexto laboral, quer o contexto escolar, assumem um carácter essencial. A aprendizagem faz-se através do papel parental, com o adulto a poder ser envolvido precocemente em processos de construção de uma parentalidade securizante, desde os primeiros anos de vida dos seus filhos. Se a consciencialização dos riscos não pode ser feita durante a fase de vida em que os mesmos tiveram lugar, o processo de desenvolvimento permite agora, uma segunda oportunidade a partir da gestão do percurso dos filhos, com os conteúdos aprendidos a poderem ser ainda aplicados ao percurso de vida do próprio. É também uma oportunidade para reatualizar o reportório de conhecimentos e estratégias anteriormente adquiridos, em particular, no que diz respeito aos comportamentos aditivos sem substância, área em constante evolução.

No plano do exercício físico, abre-se, igualmente, oportunidade para um trabalho preventivo, tendo por base preocupações com a manutenção da forma e estética do corpo. A atividade física pode assumir uma função compensatória do stress diário, resultando por vezes em práticas excessivas quer na intensidade e frequência, quer no recurso a substâncias de controlo da massa muscular.

As respostas de redução de riscos e minimização de danos em contexto recreativo assumem igualmente um papel importante numa estratégia ajustada a esta fase do ciclo de vida. A criação de contextos seguros de recreação, deve passar pela capacitação do *staff* dos espaços de diversão noturna para um serviço responsável e contentor dos frequentadores mais vulneráveis, num exercício articulado com as autoridades competentes e com a comunidade alargada.

Por fim, esta é a faixa etária que maior representatividade tem entre a população que solicita ajuda em contexto de tratamento, sendo essencial que a estratégia nacional reforce a capacidade de resposta, ajustando-a à emergência de novos padrões de consumo. Este esforço de adaptação, deve ter em consideração as comorbilidades que frequentemente despontam no início da idade adulta, reforçando a articulação com as estruturas da rede de respostas em saúde mental e ajustando os programas terapêuticos a necessidades específicas da patologia dual, quer no plano ambulatorio quer nas intervenções desenvolvidas em comunidade terapêutica, independentemente de serem públicas ou privadas.

Para Papalia, Olds e Feldman (2013) *“a meia-idade é considerada uma época para fazer um balanço e tomar decisões em relação aos anos de vida restantes”*. É uma fase em que o suporte a terceiros assume centralidade na vida dos adultos, quer de familiares descendentes, quer dos precedentes. Assiste-se a uma mudança profunda de papéis, envolvendo a responsabilidade de cuidar dos anteriores cuidadores e gerir o processo de afirmação daqueles que ainda há pouco eram cuidados. Todos estes processos de ajustamento afetivo desenvolvem-se de forma concomitante com dinâmicas laborais, nas quais alterações decorrentes da progressão numa carreira ou da evolução funcional dentro da empresa, podem, por incompatibilidade com a vida familiar, ou por falta de recursos para lidar com as expectativas, acarretar um acréscimo de tensão.

Eventos traumáticos, como o confronto com doenças incapacitantes, a perda de pessoas próximas e outras situações que escapam ao controlo da pessoa, podem gerar níveis de sofrimento para os quais os recursos desenvolvidos - internos e externos – podem revelar-se como insuficientes para lhe fazer face. Os comportamentos aditivos podem ganhar expressão como tentativas de compensação de estados emocionais dolorosos.

É igualmente essencial, a antecipação de eventos que ponham em risco a estabilidade pessoal e familiar, como por exemplo a transição entre empregos, o final de relações afetivas, o nascimento de netos, o luto pela perda de entes queridos, a preparação para reforma entre outros. A redução do estigma associado ao pedido de ajuda psicológica, a falta de noção dos recursos disponíveis e como os utilizar, resulta frequentemente no facto do pedido de apoio surgir numa fase já baste adiantada do problema.

Adultos acima dos 65 anos

A última das fases de desenvolvimento considerada neste documento estratégico é caracterizada não tanto pelo ajustamento físico, psicológico ou social a um conjunto de aquisições, mas antes à adaptação a um conjunto de perdas aos mais diferentes níveis. Naturalmente, este processo acarreta o confronto com fatores críticos - como o final da atividade laboral, a perda de entes queridos, o decréscimo de força física e da saúde, entre outros - que requerem da pessoa um leque de capacidades, que se não foram antes desenvolvidas, a deixam numa situação de vulnerabilidade. Se a evolução para um novo plano de harmonia não é conseguida, o bem-estar é ameaçado, e uma multiplicidade de mecanismos defensivos são ativados, entre os quais o desenvolvimento de comportamentos aditivos.

No anterior Plano Nacional (PNRCAD 2012-2020) sublinhava-se já a gravidade do consumo de substâncias ilícitas e o consumo excessivo de álcool na população idosa, face às suas especificidades fisiológicas realçando a maior sensibilidade aos seus efeitos a nível cerebral, bem como as repercussões do envelhecimento no seu processo de metabolização, lenificando-o (Gossop, 2008; IAS, 2010). O mesmo documento evidenciava o potencial impacto do consumo destas substâncias no agravamento do processo de envelhecimento normal, aumentando o risco de disfunção cognitiva e de demência (Kim *et al.*, 2012).

Nesta faixa etária o consumo de substâncias, pode assumir diferentes facetas, desde o agudizar de um padrão de risco que se foi mantendo presente, ao ressurgir de comportamentos que haviam sido controlados no passado, à iniciação de novos comportamentos ou ao emergir pontual de momentos de perda de controlo e excesso. Estas facetas, correspondem, naturalmente, às características das pessoas e dos seus contextos, mas também do seu índice de atividade e integração social sendo essencial a compreensão da função que as substâncias vêm assumir na tentativa de encontrar um novo equilíbrio.

Neste particular, a relação que o idoso desenvolve com o medicamento, pode assumir um padrão de abuso ou pelo menos de uso indevido, seja ele intencional ou não. A condição de saúde do adulto idoso pode expô-lo a situações de polimedicação que, se não forem bem geridas e monitorizadas pode acarretar problemas graves de saúde e aumentar o risco de acidentes.

Nesta faixa etária é, ainda, emergente a preocupação com o desenvolvimento de padrões de adição sem substância com especial atenção aos jogos de sorte e de azar, de que as raspadinhas são exemplo. A natureza simples do jogo, o fácil acesso e a expectativa de sucesso e de oferta de uma vida melhor conjugam-se com a desocupação da pessoa idosa e uma menor consciência dos riscos associados a este tipo de comportamentos.

A projeção feita pelo INE, em 2020, da evolução da população residente em Portugal até 2080, aponta para o decréscimo de 2 milhões de habitantes. A população acima dos 65 anos aumentará de 2,2 para 3,0 milhões de pessoas com o rácio em relação à população jovens a situar-se em 300 idosos para 100 jovens, o que representa um enorme agravamento face a 2012 (INE, 2020). A população ativa – entre os 15 e os 64 anos diminuirá para 4,2 milhões de pessoas projetando a necessidade de desenvolver uma rede de estruturas dedicadas ao cuidar da população idosa, e à capacitação de cuidadores formais ou informais.

A intervenção direcionada a este grupo etário, pode desenvolver-se em múltiplos contextos e níveis de intervenção. É essencial antecipar eventos críticos, naturais nesta faixa etária, como a saída da vida ativa, justificando-se a sensibilização das grandes e médias empresas para o desenvolvimento de programas de preparação da reforma de modo a garantir uma vivência mais pacífica do processo de reforma.

Naturalmente, a experiência de perdas no plano afetivo são fatores de risco que associados a processos de isolamento social, podem estar na origem do desenvolvimento progressivo de comportamentos aditivos. Neste sentido, a articulação com os cuidados de saúde primários, para além de proporcionar a identificação de situações de comorbilidade, poderá proporcionar a organização de grupos de entreajuda que vão ao encontro dos riscos inerentes a estes processos, reforçando a importância de uma atitude proativa no cuidar da saúde pelos próprios, mais ainda, a consciência de que a saúde é um bem coletivo que deve ser promovido com a participação de todos.

Ainda no plano social, é importante ter em consideração o desenvolvimento de respostas e estratégias dirigidas aos consumidores de longa duração, que atingem esta fase de desenvolvimento com um reduzido suporte familiar. Respostas de redução de risco poderão ser de enorme importância, sobretudo no âmbito da população sem abrigo, mas será também essencial a articulação com o Programa Nacional para a Saúde Mental, na resposta às situações de comorbilidade.

Género

Os padrões dos CAD têm evoluído nos últimos anos, destacando a prevalência de determinadas substâncias em detrimento de outras, realçando as adições sem substância lado a lado com as que têm substâncias por base, diferenciando a sua prevalência em fases particulares do ciclo de vida, destacando a importância dos contextos e dos ambientes no desenvolvimento deste tipo de comportamentos. Nesta perspetiva, a análise desta realidade sobre o prisma do género, vem questionar o formato tradicional das respostas existentes e a necessidade de conceber abordagens diferenciadas que tenham em consideração particularidades e significados que possam resultar desta leitura.

A análise da informação disponível no Sistema Nacional de Informação sobre Substâncias Psicoativas e Comportamentos Aditivos no que diz respeito à distribuição por género (Carapinha & Guerreiro, 2018, 2019), tem revelado diferenças que devem ser tidas em consideração num documento de definição das políticas nacionais neste domínio.

Um estudo do INFARMED (2017) revela que Portugal é o país da OCDE com maior consumo reportado de ansiolíticos, hipnóticos e sedativos. De uma forma geral, a toma de sedativos, tranquilizantes ou hipnóticos é uma prática mais feminina do que masculina (Balsa, Vital & Urbano, 2018), discrepância que se verifica também quanto à utilização sem receita médica entre os mais jovens (Carapinha, Calado & Neto, 2020; Lavado & Calado, 2020) e no contexto da procura de tratamento por problemas associados ao abuso destes medicamentos. Concomitantemente, é também entre as mulheres que é maior a percentagem de mortes por overdose com presença de medicamentos psicoativos, nomeadamente benzodiazepínicos (SICAD, 2020, 2021). Noutro plano, a probabilidade de utilização de substâncias potenciadoras do desempenho físico é quatro vezes maior nos homens do que nas mulheres. Entre os utilizadores, é mais comum os homens usarem esteroides androgénicos anabolizantes, enquanto, por outro lado, é mais comum as mulheres usarem diuréticos (Tavares et. Al., 2020).

São reconhecidas disparidades entre géneros nos padrões de consumo das restantes substâncias psicoativas. No caso particular do consumo de álcool, ainda que o género masculino apresente uma maior prevalência de consumo em particular nos padrões de maior intensidade, esta diferença tende a reduzir nas faixas etárias mais jovens como o atesta os estudos desenvolvidos em contexto escolar (Lavado & Calado, 2020).

As mulheres são mais sensíveis aos efeitos do álcool mesmo bebendo em menores quantidades do que os homens, apresentando uma maior vulnerabilidade para danos a nível cerebral e hepático (Erol & Karpyak, 2015). Curiosamente, se apenas se tiver como referência o grupo de consumidores na população geral, as mulheres apresentam maior frequência de consumo de substâncias ilícitas do que os homens. A análise anteriormente referida aponta, ainda, no sentido de que as mulheres consumidoras apresentam indicadores mais elevados de morbilidade e mortalidade.

Também ao nível dos comportamentos aditivos sem substância se verificam disparidades entre géneros. A prevalência de uso da Internet é ligeiramente superior entre os homens por comparação com as mulheres, sendo também superior a prevalência de uso mais problemático (Balsa, Vital & Urbano, 2018, Ponte & Batista, 2019). Em termos de atividades online, os rapazes passam muito mais tempo a jogar e as raparigas em redes sociais

(Carapinha, Calado & Neto, 2020; Lavado & Calado, 2020; Ponte & Batista, 2019). Entre os estudantes do 8.º/10.º/12.º ano as raparigas apresentam uma maior dependência das Redes Sociais, do que os rapazes (Matos *et al.*, 2019) sendo que aos 18 anos essas diferenças já não se verificam (Carapinha, Calado & Neto, 2020).

Por fim, no que diz respeito ao jogo a dinheiro, entre 2015 e 2019 o aumento da prevalência fez-se sentir em ambos os géneros (Carapinha, Calado & Neto, 2020; Lavado & Calado, 2020). Embora se trate de uma prática que se mantenha como predominantemente masculina, estas discrepâncias quanto à prevalência de jogo podem variar em função de aspetos como o grupo etário considerado. Por exemplo, entre os 15 e os 34 anos é um pouco superior a percentagem de mulheres que refere jogar em casinos (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

Entre os jovens de 18 anos, por cada rapariga que aposta online cinco rapazes apostam. Considerando por sua vez os estudantes de 13-18 anos a discrepância é também muito significativa (cerca de um para quatro) para o jogo a dinheiro em geral. Esta particular discrepância poderá estar relacionada com o tipo de apostas em causa, porventura apostas desportivas (Carapinha, Calado & Neto, 2020; Lavado & Calado, 2020).

Com exceção para a Raspadinha, um pouco mais mencionada pelas mulheres, a prática de jogo a dinheiro tende a ser, de forma transversal aos jogos, mais mencionada pelos homens. O Placard é o tipo de jogo cujo discrepância homem/mulher é mais acentuada.

A probabilidade de ser jogador patológico é maior entre os homens do que entre as mulheres: por cada mulher dois homens têm esta problemática (Balsa, Vital & Urbano, 2018). No entanto, entre 2012 e 2017 constata-se que o aumento da prevalência de jogo patológico é mais expressivo entre as mulheres do que entre os homens (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

Uma outra temática relacionada com as questões de género, que importa aprofundar, prende-se com a relação entre os CAD e a identidade de género que não o binário. Ainda que não existam estudos nacionais que caracterizem esta relação, um estudo recente dá nota da necessidade e relevância da adaptação das intervenções a esta população específica (Pinto *et al.*, 2021).

Um documento orientador das políticas em CAD deve garantir um enfoque sobre as questões específicas nesta matéria, incentivando o desenvolvimento de estudos, reflexões e documentos orientadores para a compreensão e abordagem aos CAD, tendo em conta as questões de género como elas se configuram na atualidade. Alguns autores (Cochran, Peavy & Robohm, 2007; Senreich *et al.*, 2010), sugerem que as respostas na área dos CAD deveriam integrar temas específicos presentes nas narrativas trazidas a tratamento por pessoas pertencentes a este grupo, nomeadamente a homofobia e a transfobia, os problemas familiares, a violência e o isolamento social.

Naturalmente, estes indicadores sustentam a ideia de que é importante diferenciar as intervenções em função do género. As intervenções e as mensagens veiculadas devem ter em atenção particularidades como a perceção de risco, o grau de literacia em CAD, a perceção de autocontrolo que diferenciam o género em função de fatores, como a idade, o tipo de comportamento aditivo, ou as substâncias de consumo.

Novos estudos deverão ser desenvolvidos de modo que, para além da prevalência dos comportamentos aditivos nas suas diversas formas, os mesmos possam proporcionar uma compreensão do significado da sua expressão quando cruzados com fatores como as etapas do ciclo de vida, a região de residência, o nível de escolaridade, o enquadramento familiar, entre outras.

Particularidades como a vivência da maternidade, justificam a estruturação de respostas específicas que sensibilizem a mulher para os riscos dos CAD no decurso deste processo, quer para o seu próprio equilíbrio quer para feto em gestação.

Do mesmo modo, um enfoque especial deverá ser dado às interfaces entre os CAD e a vivência da sexualidade, tendo por base as diferenças como, rapazes e raparigas, homens e mulheres, experienciam esta importante componente da sua vida. Diferentes estudos atestam a forte relação entre a vivência da sexualidade e o uso de SPA (Barger *et al.*, 2020; Bruno *et al.*, 2012; Calsyn *et al.*, 2011; Marshal *et al.*, 2008; Ritchwood *et al.*, 2015) identificando o modo como a mesma condiciona a experiência e aumentando o conjunto alargado de riscos. Estas reflexões deverão ter em conta a orientação sexual e o seu cruzamento com as diferentes fases do ciclo de vida, desde o questionamento sobre a identidade de género, passando pela sua expressão, a forma como é assumida a sua orientação e a plena vivência da sexualidade.

As questões de género, amplamente discutidas atualmente no que se refere à não [binariedade](#) (homem/ mulher) e à sua diversidade, são uma dimensão fundamental na abordagem atual aos CAD. A pluralidade da realidade humana nesta matéria constitui um desafio que tem de ser equacionado na definição das políticas em CAD. Nesse sentido, é necessário mais conhecimento e é fundamental o desenho de respostas ajustadas a esta realidade.

Contextos

A Teoria dos Sistemas Ecológicos de Bronfenbrenner (1977) enfatiza a importância de compreender e intervir sobre os indivíduos em função dos seus múltiplos contextos, dos fatores que lhe estão associados e da interação que se desenvolve entre eles. Os contextos podem distribuir-se por vários níveis de proximidade, desde o plano familiar, escolar ou laboral, a contextos mais amplos como o comunitário, o ambiental e o virtual.

As dinâmicas sociais que se desenvolvem em cada contexto, determinam o potencial de proteção ou de risco que os mesmos podem assumir para os indivíduos em função das vulnerabilidades por estes apresentadas.

Um documento estruturante da política nacional em matéria de CAD, necessariamente deverá ter em consideração os diferentes contextos, diferenciando e adequando o tipo de intervenção e respetivas mensagens em função dos mesmos, mediante o diagnóstico de necessidades e recursos. O anterior Plano Nacional (SICAD, 2013a) assumia já a centralidade no cidadão e nos seus contextos e o presente documento mantém o mesmo enfoque, mas reflete as mudanças que nos últimos anos tiveram lugar, em particular sob a forte influência da evidência científica emergente e da situação pandémica vivida, evidenciando alguns contextos por contraste com outros.

Consideram-se neste Plano, à semelhança dos anteriores, os seguintes Contextos de Intervenção – Familiar, Escolar (Básico, Secundário, Profissional e Universitário), Recreativo, Laboral, Comunitário, Rodoviário Prisional e Desportivo aos quais foram acrescentados os contexto virtual e o ambiental.

Familiar

O meio familiar constitui-se como um contexto de intervenção por excelência para o desenvolvimento de intervenções que privilegiem a literacia em saúde, o desenvolvimento de ambientes protegidos de desenvolvimento e a promoção de valores, autonomia e responsabilidade com especial foco em temas respeitantes à saúde e bem-estar. É um contexto que enquadra intervenções dirigidas a qualquer tipo de comportamento aditivo, aos mais diversos níveis, desde a prevenção ao tratamento e à reinserção e ajustando-se a qualquer fase do ciclo de vida.

Sendo um contexto muito sensível a fatores macrossociais, a intervenção visa, frequentemente desenvolver competências parentais e familiares que compensem vulnerabilidades de diferentes ordens, desde as económicas, às sociais e as culturais, entre outras. É ainda um contexto de intervenção que facilmente proporciona interfaces para as intervenções em desenvolvimento noutros contextos, nomeadamente o escolar, o laboral e o comunitário, entre outros.

Face aos fenómenos emergentes como o uso problemático da internet, para as quais o nível de literacia é ainda muito baixo, as intervenções neste contexto assumem-se como essenciais, quer para o aumento da consciência do risco, que para um diagnóstico precoce, ou ainda para o desenvolvimento de competências para lidar com os riscos associados, desenvolvendo recursos disponíveis na resposta aos problemas instalados.

Escolar - Básico, Secundário, Ensino Profissional e Universitário

A escola, a par da família são os principais contextos para o desenvolvimento de intervenções dirigidas a crianças e adolescentes. Conjuga um espaço de aprendizagens - no qual se poderão enquadrar processos de promoção de literacia em CAD, com um contexto ideal de socialização e de desenvolvimento pessoal. Neste sentido, as intervenções em meio escolar, podem ajustar-se aos níveis de risco identificados, variando de um carácter universal direcionado a todas as crianças e jovens, para um carácter seletivo ou indicado, quando dirigido a populações ou indivíduos vulneráveis.

As intervenções desenvolvidas neste contexto devem adaptar-se à fase de desenvolvimento dos grupos-alvo, abordando os CAD em função da pertinência dos mesmos e do grau de maturidade e experiência de vida dos destinatários. A intervenção em contexto escolar deve ainda levar em consideração comportamentos aditivos que possam resultar das características específicas deste contexto, nomeadamente a gestão de expectativas e a exigência de resultados escolares e académicos

A nível universitário, ganha pertinência o desenvolvimento de intervenções de redução de riscos e minimização de danos, sobretudo no âmbito das festividades académicas.

Independentemente dos níveis de ensino, a intervenção em contexto escolar deve ter por objetivo a criação de ambientes protetores e promotores de um desenvolvimento saudável assente sobre regras claras e um controlo sobre fatores externos que facilitem o acesso e adoção de comportamentos de risco.

Desportivo

O contexto desportivo, à semelhança dos dois contextos anteriores, proporciona um importante cenário de sociabilização, de aquisição de valores e desenvolvimento de atitudes que se poderão constituir como protetores face aos CAD, nomeadamente através da promoção do sentimento de pertença a um grupo de referência, o *“reforço da autoestima e da capacidade de controlo emocional e gestão da frustração, entre outros.”* (SICAD, 2013a).

Contudo, este contexto, mantém nos dias de hoje o mesmo carácter ambíguo que em 2012 foi descrito como mal definido, carecendo de maior investimento e objetivação (SICAD, 2013a). Assume um carácter ambivalente onde se conjuga a atividade física e o bem-estar com os riscos associados ao desejo de superação na procura de melhores níveis de performance. O uso neste contexto de substâncias psicoestimulantes (dopantes) ou de esteroides anabolizantes, vem-se assumindo como um fator de preocupação. Este comportamento configura-se como um problema de saúde pública, porque extravasa o universo dos atletas de desporto de competição, atingindo uma faixa muito mais alargada da população no âmbito da sua atividade quotidiana de fitness.

Ainda que prevaleça a falta de estudos comprovativos da eficácia das intervenções desenvolvidas em contexto desportivo, experiências como o Projecto EuroFIT (van de Glind *et al.*, 2017) proporcionam indicadores em como uma abordagem integrada no âmbito do Exercício e Saúde pode proporcionar, mudanças significativas na área dos comportamentos aditivos, em especial do consumo abusivo de álcool.

O desporto constitui-se como um contexto de uma enorme riqueza tendo em conta a sua abrangência em termos etários, geográficos, socioeconómicos, étnicos, etc. A dinâmica sazonal das múltiplas modalidades, a diversidade de eventos de dimensão variável, proporciona um cenário excelente para veicular mensagens preventivas para o público em geral.

Mas este contexto assume-se, igualmente, como um espaço em que a confraternização resultante dos eventos desportivos surge frequentemente associada a comportamentos de excesso, nomeadamente do consumo de bebidas alcoólicas cujas marcas assumem um lugar de destaque no plano da publicidade e do patrocínio às equipas.

O controlo deste tipo de dinâmica passa pela sensibilização de órgãos dirigentes desportivos no sentido de promover a adoção de medidas de redução de riscos na gestão de eventos desportivos, ou de momentos de convívios a eles associados, com especial incidência nos escalões mais jovens. Esta linha de investimento poderá igualmente permitir uma mais eficaz aplicação das medidas de regulação ou autorregulação da comunicação comercial no que toca à publicidade de bebidas alcoólicas em eventos desportivos envolvendo menores e o evitar de medidas mais drásticas ao nível das políticas neste domínio.

Laboral

O contexto laboral é o ambiente no qual a população adulta passa uma parte significativa do seu tempo. Integra uma enorme diversidade de realidades, que variam em dimensão, ramo de atividade, solidez económica, condições proporcionadas, volume de produção, etc. As atividades desenvolvidas são, igualmente, de uma enorme variabilidade. Segundo o EMCDDA (2017, p. 143) *“os problemas de consumo de substâncias são altamente pertinentes nos setores em que existem problemas de segurança ou em que as falhas de desempenho individuais podem ter um impacto significativo. Estes incluem, entre outros, os setores da construção, agricultura, transportes, energia, tecnologias da informação e comunicação e serviços financeiros”*.

O ambiente de trabalho pode assumir-se como um fator protetor ou de risco para o desenvolvimento de comportamentos aditivos em contexto laboral, condicionando o bem-estar do trabalhador, com repercussões quer na empresa, quer na sua vida pessoal e familiar. Para tal pesam uma diversidade de fatores, entre os quais se destacam a intensidade e o ritmo de trabalho, o tipo de horários praticados, as condições físicas do local de trabalho, a exposição a situações geradoras de stress (relacionadas com hierarquias ou colegas de trabalho) e a ausência de recompensa ou reconhecimento de desempenho.

Neste sentido, os objetivos estratégicos de intervenções neste contexto visam a minimização desta problemática na empresa através da consciencialização dos riscos associados ao consumo de substâncias psicoativas, e a importância da adoção de políticas de segurança e saúde que integrem medidas efetivas tendentes à redução e controle do problema. Centradas nos gestores e dirigentes, estas medidas deverão proporcionar a identificação de fatores de stress associados à atividade laboral, bem como aqueles que criam condições facilitadoras do desenvolvimento de CAD. A intervenção deverá proporcionar a estruturação de regulamentos internos, produzidos com a participação ativa dos trabalhadores e suas estruturas representativas os quais proporcionem uma noção clara do posicionamento da empresa face a este tipo de comportamentos (Linhas Orientadoras para Intervenção em Meio Laboral; SICAD, 2014b).

Por fim, e em estreita articulação com a saúde ocupacional, nestes serviços deverão ser estabelecidos circuitos que proporcionem o encaminhamento de um trabalhador identificado com problemas aditivos, para um serviço de tratamento, salvaguardando além do crucial sigilo, também os mecanismos necessários à sua reinserção posterior.

Prisional

Este contexto tem características próprias, que justificam e condicionam a intervenção no âmbito dos CAD.

A especificidade da intervenção neste contexto deverá dar resposta aos consumidores que sejam objeto de uma pena de reclusão, no sentido de garantir tratamento, consubstanciando suporte psicológico e medicamentoso a processos de desabituação; mas terá simultaneamente, que oferecer respostas interventivas para o consumo que tem lugar dentro do estabelecimento prisional, pressupondo substâncias de menor pureza e maior probabilidade de partilha de materiais de consumo, o que consubstancia um risco acrescido de transmissão de doenças infecciosas.

A natureza desta realidade obriga a um forte investimento em abordagens de tipo psicoeducativo, visando o aumento da consciência dos riscos particulares associados ao consumo de substâncias. A intervenção deverá igualmente enquadrar abordagens de redução de riscos e minimização de danos, proporcionando apoio aos reclusos que optem por não parar o consumo, providenciando cuidados básicos e suporte motivacional para o início de um processo de mudança. A resposta de tratamento deve proporcionar o despiste de comorbilidades que este contexto tende a potenciar. Este despiste ganha um relevo especial por se verificar uma relação entre o consumo de drogas e a reincidência criminal e pela prevalência de condenados por crimes associados à problemática do consumo de substâncias psicoativas e de problemas relacionados com o jogo.

As intervenções de reinserção de carácter individual ou de grupo, devem assentar sobre o desenvolvimento de competências socioemocionais, a estruturação de projetos de vida e sobretudo, de prevenção de recaída, com especial incidência sobre os riscos de overdose em situações de saída precária, ou após o cumprimento da pena.

Este contexto carece de uma estratégia de intervenção baseada na constante caracterização da realidade, apenas possível através da articulação entre respostas internas ao sistema prisional e a respostas externas desenvolvidas intramuros, ou enquanto charneira com o exterior ao sistema, preparando a saída e a integração social de forma dinâmica e focalizada, numa estreita e harmonizada articulação entre estruturas.

Recreativo

As intervenções desenvolvidas em contexto recreativo, situam-se num nível meso-sistémico incidindo sobre dinâmicas coletivas distribuídas, geograficamente, por múltiplos espaços.

É contexto caracterizado por estar organizado com o objetivo de proporcionar prazer e bem-estar a quem o frequenta, tendo por base uma indústria dinâmica e muito lucrativa. Em função disto, há uma grande tolerância social, ao comportamento de consumo que se desenvolve neste contexto.

A diversidade do grupo-alvo que abrange, em termos de faixa etária, motivações, interesses e relação com as substâncias de consumo, obriga a uma plasticidade da abordagem, maioritariamente desenvolvida através de estratégias de proximidade, numa perspetiva de redução de riscos e minimização de danos. O enfoque da intervenção deve incidir sobre informação pertinente de acordo com os padrões de consumo atuais, direcionada à perceção de riscos, à prestação de cuidados básicos e reforço das condições sanitárias e de segurança.

Este tipo de intervenção está maioritariamente a cargo de organizações não governamentais, sendo essencial ao desenvolvimento destas estratégias, a capacidade de as financiar mediante a abertura de concursos públicos e de uma boa articulação com os serviços da administração pública nomeadamente nas áreas da saúde, administração local e forças de segurança.

Importa não deixar de referir que uma parte importante das estratégias de intervenção em contexto recreativo deverão ser articuladas com o domínio da oferta, envolvendo os empresários da noite e os produtores de festivais musicais, promovendo o desenvolvimento de serviços responsáveis, suportados pela formação de staffs e o enfoque no controlo das condições físicas dos espaços de recreação.

Comunitário

À semelhança do contexto anterior, a comunidade constitui-se como um nível meso-sistémico que integra diferentes realidades que estabelecem interfaces diversas entre si. Configurando-se como um espaço de referências e de desenvolvimento global dos indivíduos e populações este contexto encerra uma multiplicidade de fatores, uns protetores outros de risco que se conjugam de forma diferente de indivíduo para indivíduo em função da forma como os mesmos interagem e são impactados pelas múltiplas componentes desta realidade.

Como foi destacado no Plano Nacional anterior, Comunidades saudáveis e criativas são protetoras e potenciadoras da qualidade, bem-estar e saúde das populações e dos indivíduos. As intervenções de base comunitária combinam várias estratégias para produzir impacto quer sobre os indivíduos quer sobre a comunidade no seu todo, tendo em consideração os recursos existentes e as necessidades identificadas. Neste sentido os processos diagnósticos assumem um carácter essencial da definição de políticas, para o melhor direcionamento das intervenções.

A intervenção comunitária envolve, normalmente múltiplos parceiros, e dirige-se a diferentes grupos-alvo - famílias, jovens adultos e crianças, trabalhadores, profissionais, frequentadores de espaços de recreação, atletas, etc. - e distribui-se por diferentes espaços e tempos muito diversos. Exige uma boa articulação dos interventores e uma boa combinação das expertises que cada um traz consigo. Podem também incluir os meios de comunicação social, que podem ser utilizados para expor e sensibilizar para os problemas e contribuir para a sua manutenção na agenda dos decisores. A recomendação internacional (OEDT, UNODC⁷) é que as intervenções e políticas a implementar tenham por base a evidencia científica que ateste a sua eficácia. As intervenções deste tipo constituem um poderoso instrumento de mudança.

Para se conseguirem comunidades de pertença protetoras e atentas ao bem-estar e saúde das populações, não indutoras de comportamentos aditivos e dependências, o envolvimento e participação de todos na procura de soluções para os problemas afigura-se muito relevante. A articulação entre o poder local e os serviços públicos e não-governamentais configura uma arquitetura de resposta local onde as estratégias de prevenção ambiental marcam presença.

Rodoviário

A intervenção em contexto rodoviário, incide no que Marc Augé⁸ (1998) denominava de “não lugares”, isto é, os espaços que se situam entre os contextos significativos para as pessoas. O fluxo que se desenvolve nestes espaços é condicionado pelo estado de consciência dos indivíduos que neles circulam, independentemente de serem condutores ou peões. As substâncias psicoativas, e mais recentemente a distração resultante do uso de aparelhos digitais, são apontados como causas maiores para o número de acidentes e vítimas mortais no contexto rodoviário.

⁷ *United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC).*

⁸ *Não Lugares, introdução a uma antropologia da sobre modernidade, Bertrand Editora (1998)*

A intervenção específica direcionada à redução do número de acidentes rodoviários provocados por estados alterados de consciência, assume um papel altamente relevante em qualquer política no âmbito dos CAD.

Neste sentido são vários os níveis a que este tipo de intervenção pode ser desenvolvido. Num plano preventivo, as abordagens psicoeducativas de sensibilização de condutores, peões, futuros condutores e ocupantes, podem aumentar a consciência da dimensão do problema e a compreensão dos fatores de risco associados e as atitudes protetoras passíveis de serem desenvolvidas. Num plano de redução de riscos e minimização de danos, ações podem ser implementadas em contexto recreativo, que proporcionem ao condutor e/ou aos seus acompanhantes uma noção da taxa de alcoolémia resultante do consumo álcool (ou a deteção de outras SPA) por parte dos diferentes atores. Podem ser implementadas estratégias de devolver o condutor alcoolizado ao seu destino sem fazer perigar a sua saúde ou a de outros condutores, através de políticas de disponibilização de transportes públicos ou facilitar o acesso a meios alternativos de deslocação. Este tipo de ações requerem uma boa coordenação entre a indústria de recreação noturna, a administração local, estruturas da economia social e forças de segurança.

No plano rodoviário, são essenciais as ações de fiscalização desenvolvidas por forças de segurança, como fator dissuasor do consumo de substâncias psicoativas.

Naturalmente, outro tipo de medidas de carácter político pode ser adotado neste contexto, como o agravamento do quadro contraordenacional previsto no Código da Estrada, associado à condução sob o efeito de substâncias psicoativas, ou da imposição de sistemas de controlo automático de que são p.e. *alcohol interlocks* para condutores profissionais.

Por fim, e não menos importante, relembrar que estratégias centradas nos meios de comunicação social, podem assumir sazonalmente um papel importante na sensibilização dos condutores e ocupantes, para os riscos associados à condução sob o efeito de substâncias psicoativas.

Virtual

As tecnologias de informação e comunicação (TIC) têm assumido nos últimos anos um papel importante na saúde, contribuindo em múltiplas áreas, desde a veiculação de informação, à promoção da consciência de facetas específicas de um problema, do suporte ao diagnóstico e à intervenção terapêutica permitindo a superação de distâncias físicas entre pacientes e profissionais de saúde, em particular no decurso das fases mais críticas da recente pandemia. Como recurso ele proporciona o acesso a múltiplas fontes de conhecimento, oferece plataformas de suporte à sociabilização, constitui-se como uma alternativa ao comércio e assume uma centralidade nas atividades de lazer de cidadãos de todas as idades.

O contexto virtual, pode ser visto como um suporte a intervenções que se desenvolvem num plano físico/presencial, mas é ele próprio um “espaço” onde se desenvolvem estratégias específicas em áreas de ação tão variadas quanto a prevenção, o tratamento, a redução de riscos e a reinserção. Simultaneamente o contexto digital vem assumindo nos últimos anos um lugar de destaque no desenvolvimento dos CAD sem substância. O carácter difuso deste contexto expõe o seu frequentador, a vulnerabilidades pessoais associadas ao uso das

funções executivas, em particular, à capacidade de autorregulação e à consciência dos riscos específicos associados a atividade digital nas redes sociais.

O novo ciclo estratégico deverá dar continuidade à evolução das intervenções suportadas pelas TIC e potenciar o contexto virtual enquanto espaço emergente e cada vez mais central na dinâmica pessoal e social dos cidadãos. Em complemento, dever-se-á nesta nova etapa estratégica, e sobretudo devido à sua dupla vertente potenciadora de CAD, utilizar este contexto para reforçar os mecanismos de proteção aos cidadãos mais vulneráveis, ajustando os instrumentos normativos que proporcionem uma experiência segura e protegida para todos os cibernautas.

Macro-ambiental

Por fim, as abordagens desenvolvidas numa perspetiva ambiental, assumem neste novo ciclo estratégico uma referência especial. Resultado de linhas de investigação recentes, (Susan Michie *et al.*, 2011; West & Brown, 2013) novos modelos de explicação da adição vêm dar ênfase à importância do ambiente enquanto fator facilitador ou promotor de comportamentos aditivos, em associação com fatores motivacionais e de défice de competência pessoal. Esta linha de compreensão da adição sublinha a importância da presença de estímulos ambientais que desencadeiam no indivíduo processos associativos automáticos que ligados à acessibilidade, fragilizam a capacidade e o desejo consciente do indivíduo para se autorregular.

De acordo com este modelo explicativo COM-B⁹ é essencial a existência de uma estratégia que seja conducente ao desenvolvimento de ambientes protetores e facilitadores do desenvolvimento humano. Enquanto linha de ação, ela situa-se num plano macro-sistémico direcionado ao coletivo mais do que à mudança individual.

De acordo com o OEDT¹⁰ (EMCDDA, 2018) as intervenções ambientais podem dividir-se em três categorias principais - regulamentares, físicas e económicas - embora exista uma relação estreita entre elas. Na primeira categoria cabem todas as ações que se enquadrem no plano normativo, determinando através de regras uma noção clara do posicionamento social em relação a um determinado comportamento, estabelecendo limites e consequências ao seu incumprimento. As intervenções no plano físico, condicionam a acessibilidade, facilitando o envolvimento com os comportamentos desejados e dificultando a possibilidade de concretizar o comportamento indesejado. Intervenções deste tipo, podem ser aplicadas a diferentes realidades desde a organização de espaços de trabalho ou à disposição de serviços e recursos em espaços de recreação, entre outros. Por fim, as intervenções no plano económico, que podem situar-se ao nível da definição do preço dos produtos de consumo, mediante a aplicação de impostos ou definindo políticas de preços.

⁹ O Comportamento (B) é o resultado da combinação da Capacidade (C) e da Motivação (M) para o desenvolver dentro de um ambiente que proporciona a Oportunidade (O) para que ele aconteça.

¹⁰ EMCDDA (2018), Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical Report, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo

Tipos de Intervenção

Na definição das áreas de intervenção e na organização das respostas plasmadas neste documento estratégico, são tidas em conta as evoluções que o próprio conceito de adição conheceu nos últimos dez anos. Já se prenunciando na altura da elaboração do Plano Nacional anterior, estas alterações vieram a conhecer a sua plena confirmação pela evidência, nomeadamente, no que se refere às adições comportamentais, ora constantes dos sistemas de classificação internacionais de referência. Nessa linha, as áreas de intervenções mencionadas terão em consideração este dado, ao referenciarem respostas que, necessariamente, terão de contemplar também estas, manifestações dos fenómenos aditivos, bem como revelarem a capacidade de se adaptarem a outras adições que a evidência científica venha a identificar como tal. No planeamento das políticas e respostas para o próximo ciclo, importante se torna ter em conta o que se apura das avaliações do Plano anterior. Tendo a realidade dos últimos anos evidenciado não só este alargamento do fenómeno das adições a comportamentos que não envolvem substâncias, bem como evoluções não lineares das tendências de consumo de SPA (por um lado, novos padrões e tendências de consumo, e por outro a manutenção e mesmo agudização dos clássicos problemas relacionados com o consumo endovenoso), a que se somou, no final do ciclo, a eclosão da pandemia Covid 19, é fundamental realçar que o modelo de intervenção integrada revelou eficiência e eficácia no apoio aos cidadãos com CAD, em todas as suas fases, desde a prevenção e avaliação precoce, dissuasão, reinserção, passando pelo tratamento e redução de riscos e minimização de danos (RRMD).

Para a eficácia das respostas organizadas e a estruturar nas diferentes áreas de intervenção, salienta-se a importância da existência de um esforço permanente de articulação entre serviços públicos e parceiros estratégicos, permitindo o planeamento, a concretização e a avaliação de respostas flexíveis, inclusivas, relevantes para os contextos e comunidades onde são implementadas e orientadas para a realidade dos cidadãos com CAD, adaptadas à fase em que a o cidadão se encontra, no que se refere à globalidade das suas necessidades biopsicossociais.

Prevenção

Nas últimas décadas, registaram-se grandes avanços na área da prevenção, quer na sua conceptualização teórica, quer nas suas práticas, com o desenvolvimento e implementação de intervenções preventivas baseadas num quadro de conhecimentos mais sólido e na evidência científica, movimento que passou a designar-se a “ciência da prevenção”. A Sociedade Europeia de Investigação em Prevenção (European Society for Prevention Research - EUSPR) define a ciência da prevenção como um esforço multidisciplinar que considera a etiologia, a epidemiologia, os modelos de intervenção e a eficácia na implementação de intervenções num vasto leque de problemas sociais e de saúde (EUSPR, 2021).

A prevenção visa impedir ou atrasar o início de comportamentos indutores de CAD, evitar o desenvolvimento da progressão dos mesmos, assim como problemas de saúde e sociais conexos. A prevenção tem também uma intenção mais ampla: promover a saúde individual e coletiva. Pretende incentivar o desenvolvimento saudável das crianças e dos jovens, mas também promover o desenvolvimento das famílias, comunidades e ambientes

protetores e seguros. A prevenção encerra em si uma multidimensionalidade de domínios e de níveis de ação que vão do micro ao macro social. Nela estão envolvidos muitos atores e setores sociais, atuando em diversos contextos, designadamente a família, escola, o meio laboral a comunidade, e meios de comunicação social e em rede e o ambiente geral, ao longo de todo o ciclo de vida do indivíduo. (EMCDDA, 2011, 2019).

As atividades de prevenção realizam ações específicas centradas em fatores de risco e de proteção modificáveis, considerados causadores ou atenuantes de problemas de saúde. Nesse sentido, para a prevenção dos CAD é fundamental agir na deteção precoce de fatores de risco e vulnerabilidade, nos fatores de proteção e na identificação de estratégias de ação sobre o ambiente (EMCDDA, 2019).

A prevenção está contida num modelo integrado de respostas que prevê um contínuo nos cuidados de saúde. Neste modelo, as intervenções preventivas têm como base a avaliação dos fatores de risco e de proteção dos grupos- alvo, o que permite criar e implementar projetos de prevenção dirigidos às características e evolução das suas necessidades. **A intervenção preventiva é operacionalizada em três níveis:**

Prevenção Universal – Dirigida à população em geral ou subgrupos da população. Não é avaliado o grau de risco dos indivíduos ou grupos, sendo este desconhecido ou variável.

Prevenção Seletiva – Dirigida a grupos que partilham fatores de risco, sendo o nível do risco variável entre os indivíduos. O nível de risco dos grupos pode ser delimitado em função de indicadores sociodemográficos e contextuais.

Prevenção Indicada – Definida tendo em conta a avaliação do risco individual, é dirigida a Indivíduos que apresentam alguns fatores de risco ou sintomas que sugerem uma perturbação. (EMCDDA, 2011, 2019; UNODC, 2018).

Paralelamente e transversalmente foi proposta ainda outra abordagem em prevenção, designada **Prevenção Ambiental** que visa, através de estratégias globais que intervêm ao nível da sociedade e dos sistemas sociais, a alteração de ambientes culturais, sociais, físicos e económicos que interferem nas escolhas individuais. As intervenções preventivas ambientais têm como objetivo limitar a exposição a oportunidades comportamentais pouco saudáveis e de risco e promover a disponibilidade de oportunidades mais saudáveis e de gestão do risco. As intervenções ambientais atuam nos níveis micro, meso e macro e são de três tipos: regulamentar/normativo; físico e económico (EMCDDA, 2018).

Uma abordagem preventiva eficaz, requer a consolidação de um sistema nacional de prevenção, suportado em respostas transdisciplinares e multicomponentes. Este sistema deverá promover a implementação de abordagens inovadoras e baseadas em evidência, o que solicita, para além de recursos financeiros e humanos qualificados, uma coordenação efetiva, definição de prioridades, supressão de abordagens ineficazes, a monitorização contínua e um esforço avaliativo consistente. Demanda também o envolvimento concertado e cooperante dos diferentes intervenientes e entidades da sociedade civil, suportado por documentos orientadores e compromissos concretos de ação (EMCDDA, 2011, 2019; UNODC, 2018).

Dissuasão

A Dissuasão surge da opção política e legislativa de descriminalizar o consumo de SPA. Juntamente com as demais áreas de missão que constituem o modelo português, a Dissuasão ocupa um lugar específico na intervenção em CAD, contribuindo para a redução do consumo de substâncias ilícitas e para a diminuição das dependências.

A forte componente humanista e inovadora desta intervenção gera uma cisão com o modelo criminalizador, dando origem a um novo paradigma, ainda proibicionista, mas alicerçado em valores como os do pragmatismo e respeito pela dignidade humana. O estigma social associado à figura do toxicodependente desvanece-se, e em seu lugar surge a legítima preocupação com a pessoa, na qual é centrada toda a intervenção.

Os consumidores são afastados dos tribunais, numa clara rutura entre o crime por tráfico e a contraordenação por consumo, sendo aproximados dos dispositivos da área da saúde, a quem passa a ser prestado apoio específico ou tratamento especializado. É sobre este cenário de mediação, entre a identificação de situações de risco e a sua referência para serviços de saúde e de intervenção especializada em dependências, que a abordagem dissuasora tem lugar.

O rastreio e o encaminhamento atempado de situações de risco, constituem verdadeiras “janelas de oportunidade” junto de uma população muito específica, dificilmente abrangida por outra via que não a da Dissuasão. O importante papel preventivo que as Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT) desenvolvem, enquanto serviços do Ministério da Saúde, responsáveis pela operacionalização da Lei da Descriminalização do consumo (Lei n.º 30/2000 de 29 de novembro), assume especial destaque enquanto uma oportunidade de mudança no rumo de vida de muitos consumidores.

O espaço da Dissuasão consiste assim num momento privilegiado para intervir, sensibilizando, coresponsabilizando, mas também possibilitando uma oportunidade para alterar comportamentos e recuperar escolhas, desta vez informadas e por essa razão mais conscientes. Priorizando um modelo de intervenção integrado, os parceiros comunitários, chamados a intervir em vários momentos da abordagem dissuasora, reivindicam a necessidade de manutenção de uma rede de articulação que se quer dinâmica e alinhada, respondendo com eficácia aos habituais e novos desafios em CAD.

Redução de Riscos e Minimização de Danos

As políticas de redução de riscos e minimização de danos (RRMD) em Portugal têm seguido uma orientação segundo dois princípios fundamentais: o princípio do Humanismo, que reconhece a plena dignidade das pessoas, determinando a adoção de intervenções que permitam preservar nos dependentes a consciência da sua própria integridade, que facilitem o acesso a programas de tratamento e que minimizem a sua marginalização e exclusão.

Por outro lado, o princípio do Pragmatismo, que complementa o anterior, implica a promoção de intervenções que minimizem os efeitos do consumo de drogas e salvaguardem a sua inclusão social, favorecendo a diminuição do risco de disseminação de doenças infecciosas e a redução de outros riscos socio sanitários.

A abordagem no âmbito da RRMD tem consistido na promoção da mudança dos comportamentos aditivos, com ou sem substâncias, de modo a diminuir os riscos e danos a estes associados, nos casos em que não é possível suprimi-los. As intervenções baseiam-se, assim, num forte compromisso com a saúde pública e com os Direitos Humanos (SICAD, 2016).

No âmbito da RRMD é assim importante que cada intervenção seja adaptada às necessidades locais e aos diferentes grupos. Compete às equipas no terreno, em colaboração com os responsáveis das políticas sócio sanitárias e com os cidadãos, incluindo os que utilizam substâncias psicoativas, definir as necessidades e as prioridades, tendo por base um diagnóstico, fomentando a construção de um projeto de intervenção comunitária.

As respostas sócio sanitárias desenvolvidas em Portugal, que fazem parte da rede de intervenção de RRMD têm um enquadramento normativo legal desde 2001, expresso no Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de junho, e destinam-se “à sensibilização e ao encaminhamento de toxicodependentes bem como à prevenção e redução de atitudes ou comportamentos de risco acrescido e minimização de danos individuais e sociais provocados pela toxicodependência.” (Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de junho). Neste diploma entendem-se as estratégias de RRMD como um conjunto de práticas de saúde pública e de intervenção comunitária destinadas a reduzir as consequências negativas do uso de substâncias e a promover comportamentos e comunidades mais saudáveis, orientadas para:

- a redução da frequência e a intensidade do comportamento aditivo com ou sem substâncias;
- a redução dos danos associados aos CAD, incluindo a prevenção de comportamentos sexuais de risco associados ao consumo de substâncias psicoativas e à condução sob o efeito destas substâncias;
- a promoção do conhecimento dos riscos associados aos CAD e as melhores formas de lidar com eles, incluindo o acesso a meios de controlo de qualidade dessas substâncias - análises - e a facilitação da difusão da informação daí proveniente;
- a promoção de práticas de consumo menor risco (IDT, 2009b).

O mesmo diploma tipifica a intervenção em RRMD em Portugal em nove estruturas e/ou programas sócio sanitárias: Equipas de Rua, Gabinetes de Apoio a Toxicodependentes sem Enquadramento Sociofamiliar, Pontos de Contacto e de Informação, Programas para Consumo Vigiado, Centros de Acolhimento, Centros de Abrigo, Espaços Móveis de Prevenção de Doenças Infeciosas, Programas de Substituição em Baixo Limiar de Exigência e Programas de Troca de Seringas.

Existe ainda um conjunto de respostas que são transversais ao funcionamento destas estruturas, podendo ser desenvolvidas em mais do que um dos tipos de estrutura. Exemplo disso são as ações de educação e sensibilização, o trabalho de rua (*outreach work*), os cuidados de saúde (consultas médicas, cuidados de enfermagem) e o apoio social (atendimento psicossocial, encaminhamento para serviços sociais e de saúde).

É assim a RRMD um modelo de prestação de serviços integrados centrado nos indivíduos que leva em consideração a intersecção de vulnerabilidades, disponibilizando programas que os ajudam alcançar ganhos em saúde (HRI, 2021).

Tratamento

Enquadrado pela visão humanista, o Modelo de Intervenção no âmbito do tratamento é marcado por uma abordagem multidimensional, holística, centrada nas necessidades, estado de saúde e direitos do cidadão com CAD. Trata-se de uma intervenção que procura de forma integrada, articular diferentes recursos terapêuticos especializados, em momentos simultâneos ou sucessivos, mediante um diagnóstico prévio, que possa contemplar a globalidade dos problemas biopsicossociais do cidadão com CAD, compreendendo respostas ajustadas ao longo de todo o ciclo de vida individual e familiar e que atendem ainda à gravidade dos consumos. O processo terapêutico pressupõe uma avaliação realizada por técnicos especializados em que a determinação do grau de gravidade dos CAD poderá recorrer a instrumentos de rastreio específicos, sendo preferencialmente utilizados o *The Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT*, o *the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST*, para as situações que envolvem o consumo de álcool ou as substâncias ilícitas como problema aditivo principal respetivamente (SICAD, 2013b), e ainda o *South Oaks Gambling Screen*, para situações em que o jogo patológico assume a primazia na definição desse mesmo problema (SICAD, 2018a).

Neste modelo de tratamento, a cada utente é atribuído um técnico de referência responsável pelo delineamento, planificação de um projeto terapêutico individual, o qual através de intervenções específicas e individualizadas, supervisionadas, acompanhadas e atualizadas, visa reunir as condições pessoais que permitam a abstinência e a plena reintegração do cidadão na sociedade, tanto quanto lhe permita o seu potencial biopsicossocial.

Este modelo de intervenção pressupõe um contínuo interdependente de respostas, designadamente de prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção (Melo & Duran, 2019). Esta rede de respostas públicas é disponibilizada por equipas técnicas especializadas a operar nas Unidades de Intervenção Local (UIL), desenvolvidas para o efeito, e atualmente afetas às Administrações Regionais de Saúde, I.P. (ARS) e distribuídas por todo o território nacional que contam com estruturas especializadas em tratamento ambulatorio e de internamento, para desintoxicação e ainda com a possibilidade de referenciação para intervenções de mais longo prazo, em Comunidade Terapêutica, a maioria do sector social ou privado e convencionadas com estado (SICAD, 2011), havendo ainda respostas específicas de acordo com o tipo de adição como o caso das unidades de alcoologia. A par com estas estruturas e dado o carácter multifacetado inerente a esta problemática, preconizou-se uma rede de referenciação/articulação com outros serviços de saúde, sociais e comunitários públicos e privados (ONG) ao nível da referenciação, por forma a melhor assegurar a identificação precoce, nomeadamente nos mais jovens, e a complementaridade de outras respostas mediante as necessidades do cidadão e dos seus familiares. Destaca-se a este nível a elevada relevância da intervenção ao nível dos cuidados de saúde primários, fundamentais para viabilizar um diagnóstico precoce, intervenção breve e referenciação adequadas.

Todas as respostas e programas terapêuticos disponibilizados nas diferentes áreas de intervenção procuram ser estandardizados, baseadas na evidência científica e consagrados em documentos orientadores, diversificados em função da multiplicidade e interação de fatores que estão na origem do desenvolvimento e manutenção de comportamentos aditivos e sua eventual evolução para a dependência (SICAD, 2013b).

Atualmente os padrões de consumo tendem a evoluir segundo novas tendências, em especial nos consumidores mais jovens, com grande incidência no álcool, estimulantes e canabinoídes, sendo que a estes últimos acresce a preocupação da sua perigosidade devida a serem cada vez mais potentes. Também o surgimento de novas substâncias e novos comportamentos aditivos sem substância como o caso da internet e do jogo patológico, *gambling e gaming* oferecem novos desafios à pesquisa e intervenção, os quais serão igualmente atendidos no delineamento e execução do presente Plano.

Reinserção

A intervenção em reinserção que é desenvolvida junto dos cidadãos com comportamentos aditivos e dependências (CAD) visa, sobretudo, o desenvolvimento da autonomia e a promoção da cidadania plena. Pretende promover a mudança, de forma a inverter processos de exclusão, e maximizar as potencialidades dos indivíduos, num processo participado e colaborativo (Almeida *et al*, 2020, p. 21).

É precisamente no cidadão que se centra toda a intervenção em reinserção, que se deve pautar pelo respeito e garantia das suas opções, direitos e deveres. Neste sentido, importa avaliar as necessidades específicas que apresenta e, em conjunto com o próprio, identificar estratégias que conduzam à resolução das mesmas. O ponto de partida para a intervenção é o diagnóstico social, que permite conhecer em pormenor as necessidades multidimensionais da pessoa, nas suas diferentes áreas de vida, identificando as vulnerabilidades, mas também as potencialidades para a sua reinserção.

De acordo com o Modelo de Intervenção em Reinserção (IDT, 2009), a intervenção deve ser planificada, em conjunto com a pessoa, e consubstanciada num Plano Individual de Inserção (PII), sempre que possível. Este planeamento permite garantir o envolvimento do cidadão no seu próprio processo de reinserção e dos técnicos envolvidos na resolução dos problemas diagnosticados. A negociação e contratualização do PII permite ainda a monitorização e avaliação da intervenção, realçando os resultados obtidos ao longo do tempo.

Este processo pressupõe um acompanhamento sistemático e continuado do cidadão, assente numa relação próxima e de confiança, que permita o desenvolvimento das suas competências pessoais e o exercício dos seus direitos e deveres enquanto cidadão. Pretende-se, assim, aumentar as competências nas suas diferentes áreas de vida, reaproximar o cidadão às redes primárias e secundárias, reduzindo as condições de vulnerabilidade identificadas.

O acompanhamento social sustenta-se num trabalho em equipa e na articulação interinstitucional, de forma a proporcionar uma resposta integrada às necessidades do cidadão, maximizando os recursos disponíveis na comunidade. Deste modo, a intervenção em reinserção dirige-se não só ao cidadão com CAD, mas também aos sistemas sociais presentes no contexto onde este se situa, de forma a estabelecer parcerias e facilitar o acesso às respostas disponíveis. “Neste processo, a intervenção não se limita a agir junto dos cidadãos com CAD, mas ultrapassa o âmbito individual, e abrangendo os sistemas sociais mais relevantes, desde a família, as empresas, a comunidade, entre outros” (Almeida *et al*, 2020, p. 21).

O papel dos sistemas sociais na construção de percursos de inserção sustentáveis e duradouros é fundamental, pelo que importa quebrar os estereótipos associados às dependências, contribuindo para a desmistificação de mitos e preconceitos sobre os CAD, aumentando assim as oportunidades para a reinserção de pessoas com CAD.

Efetivamente, não basta a mudança de atitudes e comportamentos por parte do cidadão com CAD ou a aquisição de competências relacionais e profissionais, se o meio onde ele se insere não apresentar condições que permitam a inserção (Carvalho, 2007, p. 18). A modificação das condições de integração na comunidade e a promoção da mudança nos sistemas sociais são fundamentais para conferir viabilidade e sustentabilidade aos processos de reinserção. Trata-se, assim, de preparar os diferentes sistemas sociais para a integração das pessoas com CAD, contribuindo para a transformação do funcionamento das instituições e serviços públicos face a questões com as quais não estão habituados a lidar (Carvalho *et al*, 2014, p. 13).

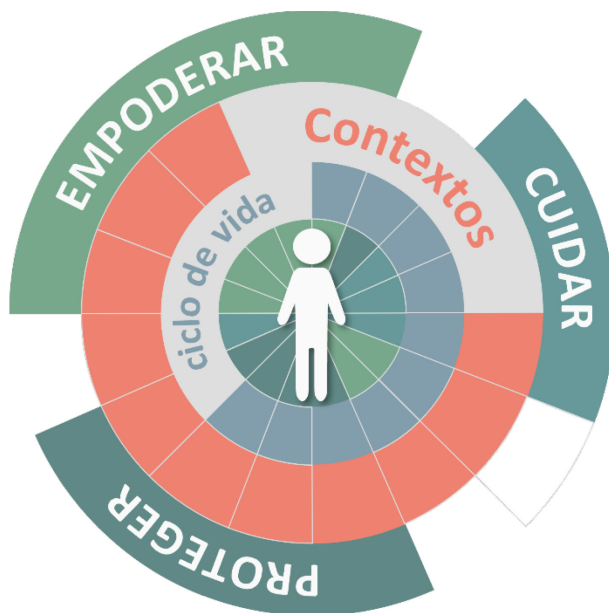
Exige-se, assim, uma intervenção transformadora do ambiente em que o indivíduo está inserido. “Se não houver uma alteração das condições de reprodução da pobreza, de exclusão, todo o processo de reinserção fica hipotecado. A reinserção social tem que ser equacionada do ponto de vista individual, interindividual, social e político.” (Almeida *et al*, 2020, p. 21).

Desta afirmação resulta a importância de políticas públicas, promotoras da inserção social e profissional, que permitam o acesso aos recursos e ao emprego, enquanto estratégias fundamentais de integração social.

Por outro lado, uma intervenção dirigida às instituições e à própria comunidade, através de estratégias informativas e colaborativas, numa lógica dialogante e participativa, permite a redução do estigma associado aos CAD e, por esta via, o aumento das oportunidades e recursos disponíveis, no respeito pelos Direitos Humanos (Almeida *et al*, 2020, p. 180).

Opções estratégicas

Pilares



Os três pilares do PNRCAD-2030 — Empoderar, Cuidar e Proteger — concretizam as linhas estratégicas do que se entende ser o seu caminho e fim último: construir comunidades mais saudáveis, com menos problemas associados ao consumo de substâncias psicoativas e a outros comportamentos com potencial aditivo.

Movimentos de diversas proveniências na sociedade (o alargamento do campo de produtos ou atividades considerados potencialmente aditivos; a evidência técnica e científica sobre a diversidade da experiência humana neste domínio, ou sobre a miríade de impactos destes produtos ou atividades, uns mais positivos, outros mais negativos; os movimentos favoráveis ou desfavoráveis à legalização de determinadas substâncias psicoativas para fins recreativos e/ou clínicos ou, por outro lado, à limitação do acesso a produtos e atividades legais, para citar alguns) têm trazido à discussão pública elementos que permitem ter uma apreciação mais complexa quanto às pessoas que, nestas comunidades, procuram, como as outras, incrementar o seu bem-estar ou evitar mal-estar, contudo, por vias com um certo grau de risco quanto a consequências negativas e/ou potencialmente aditivas.

Com particular relevo para os pilares deste plano, reconhece-se que o equilíbrio quanto às possibilidades de uma experiência de vida de maior ou menor realização e bem-estar, especialmente no que concerne à utilização de produtos ou atividades potencialmente aditivas, se jogam na relação entre as pessoas e o ambiente, concretizado, neste plano, num conjunto de contextos de vida.

Neste entendimento, reconhece-se, aliás, de acordo com o pragmatismo que, em Portugal, tem caracterizado as Estratégias Nacionais, que, num momento ou noutra do ciclo de vida, o cidadão estará mais ou menos exposto a estes mediadores do bem-estar/mal-estar. Em sucessivos Planos, e também neste, é assumido o compromisso de proteger o cidadão através da promoção de ambientes mais seguros, com menor grau de risco e menor probabilidade de danos, designadamente por via do controlo e adequação do acesso. Contudo, ainda assim, a comunidade saudável não é uma comunidade livre de riscos. Deste modo, uma visão de promoção de comunidades saudáveis implica, também, contribuir para que os cidadãos possuam recursos internos que lhes permitam lidar com os desafios que lhe vão sendo colocados nos seus vários contextos de vida, alguns deles envolvendo produtos ou atividade potencialmente aditivas. Nas circunstâncias em que as experiências com estes produtos ou atividades assumem configurações problemáticas, pontuais ou continuadas no tempo, o cidadão encontrará, nesta comunidade, respostas que lhe sejam adequadas, de qualidade e, oferecidas com dignidade.

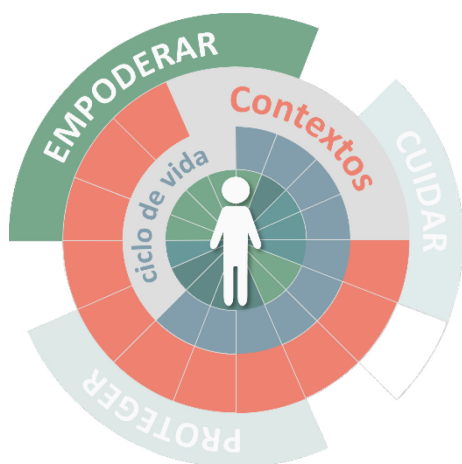
O atual Plano retoma, portanto, e realça, a orientação humanista que tem sido a marca de água dos sucessivos Planos, colocando o cidadão como eixo central, enfocando, particularmente, as suas necessidades e potencialidades, os seus direitos e responsabilidades. Tal decisão tem uma miríade de conotações e implicações no que se perspectiva serem os pilares e os objetivos traçados.

O reconhecimento de que o cidadão é diverso, em etapas do ciclo de vida, género, nacionalidade, estatuto económico, social, educacional, cultural, familiar, estilos de personalidade, conhecimentos, concepções de bem-estar (entre outras dimensões possíveis), e que tem experiências diversas na sua utilização deste tipo de mediadores de bem-estar, em função de variáveis internas e externas, do produto ou atividade, da fase do ciclo de vida (ainda que possam ser identificadas tendências predominantes), reflete-se na priorização das vertentes da atualização da informação, conhecimento e competências; do desenvolvimento de condições para a inovação e adequação das intervenções à diversidade; da cooperação nos planos do saber e da ação, visando uma intervenção personalizada, de qualidade, e integrada com outros sectores, nos níveis local e nacional.

Nesta diversidade, terão particular destaque, neste Plano, os grupos populacionais que, pela sua idade, estilo de vida, posição social, económica ou cultural, dependência ou morbilidade, ou outros fatores, se encontrem em posição de particular vulnerabilidade, por vezes por via da estigmatização, pugnando-se pelo reforço e criação de iniciativas que visem a sua proteção e inclusão na comunidade e facilitação do acesso a apoio com dignidade.

O reconhecimento de que o cidadão tem possibilidades múltiplas, que podem ser favorecidas com vista a facilitar uma experiência de vida de maior realização e satisfação, uma melhor capacidade de gestão da exposição e utilização de produtos ou atividades potencialmente aditivos, de resiliência em circunstâncias problemáticas e de recuperação, reflete-se na priorização do seu empoderamento, desenvolvendo os seus recursos internos, em contexto comunitário, mas também nos cuidados especializados prestados, bem como as condições para o seu exercício.

Este reconhecimento é extensível à sua experiência própria, a valorizar no âmbito do aprofundamento do conhecimento e melhoria dos planos, programas e intervenções a desenvolver, sendo desejável a sua participação.



Promover a capacidade de os cidadãos lidarem com os desafios que o quotidiano lhes coloca nos seus vários contextos de vida, de forma a terem uma experiência o mais próxima possível de realização e bem-estar.

Visando uma comunidade mais saudável, este pilar dá nome a uma intenção de promover a capacidade de os cidadãos lidarem com os desafios que o quotidiano lhes coloca nos seus vários contextos de vida, de forma a terem uma experiência o mais próxima possível de realização e bem-estar. Entende-se que o desenvolvimento desta capacidade e desta experiência de vida se desenrola no encontro entre o cidadão e as pessoas que vão fazendo parte da sua vida ao longo do desenvolvimento, em contextos vários, sendo também influenciado por um conjunto de condições ambientais estruturais.

Neste Pilar, traça-se um caminho particular em direção a este propósito, o caminho do empoderamento. Este implica, por um lado, o desenvolvimento de recursos internos e, por outro, a criação ou ampliação de condições para o cidadão e para os agentes presentes nos vários contextos de sua vida, tendo em vista encontros promotores de realização e bem-estar.

A evidência científica acumulada quanto a variáveis individuais associadas a maior ou menor probabilidade de desenvolver uma relação problemática em termos de CAD, apoia linhas de atuação com o intuito de fortalecer um certo conjunto de recursos internos no cidadão: autoestima, autoconhecimento, valores, atitudes, competências sociais, emocionais e cognitivas, informação e conhecimento, entre outras categorias possíveis.

Historicamente, e também neste Plano, esta linha de investimento incide particularmente nas etapas mais precoces do ciclo de vida, por serem fases críticas de desenvolvimento, mas não se resume a estas. Assim, seja em etapas posteriores do ciclo de vida, seja em fases de maior intensificação ou mesmo de problemas relacionados com produtos ou atividades potencialmente aditivas, mantém-se como relevante o desenvolvimento daqueles recursos internos, designadamente no âmbito da divulgação de informação e conhecimento em geral, ou, de forma mais especializada, em intervenções concretas.

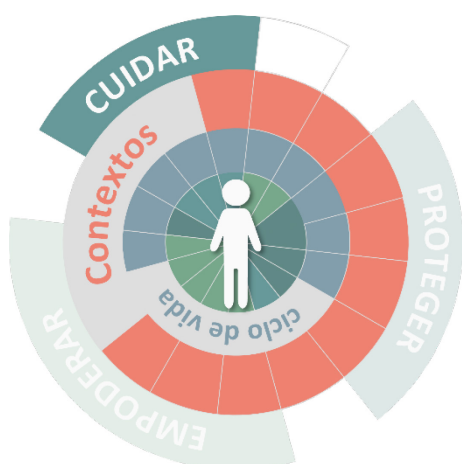
A par dos recursos mencionados, este Plano pretende dar enfoque ao desenvolvimento de recursos internos que sejam mobilizadores da participação do cidadão na transformação do ambiente. Trata-se de uma visão do cidadão autónomo, já patente no Plano Nacional de Saúde, isto é, o cidadão que tem a sua própria perspetiva, que é crítico e que atua face ao sistema para que este melhor se adequa a ele. Está em causa a promoção da capacidade de adaptação do indivíduo ao ambiente, mas posicionando-o como agente ativo na adaptação do próprio ambiente.

Paralelamente, porque o indivíduo vive na relação com o outro em diversos contextos, a família em primeiro lugar, a escola, os pares, a comunidade próxima, em meio desportivo, recreativo, laboral, presencial e/ou virtualmente, para citar alguns dos exemplos, esta linha de investimento pretende também promover o desenvolvimento de recursos internos (conhecimentos, competências, atitudes, por exemplo) dos agentes presentes nestes contextos, fortalecendo, assim, o seu potencial impacto facilitador de um desenvolvimento saudável e de uma experiência de vida de maior realização e bem-estar, tendo em conta a gestão do contacto com produtos ou atividades potencialmente aditivas.

Cada um destes agentes, mesmo que não trabalhando em serviços especializados, é, potencialmente, um agente de saúde. Por sua vez, os profissionais que trabalham em serviços especializados, na área da saúde, em CAD, carecem de um investimento especializado, nos seus recursos próprios, designadamente tendo em conta o desafio da diversidade.

A par do desenvolvimento de recursos internos, o empoderamento do cidadão e dos agentes do contexto também se faz pela disponibilização, construção ou reforço de meios ou condições. A um primeiro nível, está em causa o desenvolvimento de condições para que o cidadão tenha à sua disposição alternativas várias de promoção do seu bem-estar e realização pessoal, bem como de participação na melhoria das respostas ou serviços. Num segundo nível, está em causa o desenvolvimento de condições de operabilidade para os agentes dos contextos atuarem como facilitadores da saúde, serem proativos na identificação precoce, efetuarem uma intervenção de primeira linha, quando é caso disso, e articularem com outros agentes da comunidade. Tratando-se a comunidade de um ambiente vivo, com recursos, interdependências e sinergias diversas entre os vários contextos em que o cidadão se move, a cooperação emerge necessariamente como elemento facilitador da capacidade de resposta.

Como tem sido apanágio da estratégia portuguesa, tanto o desenvolvimento de recursos internos como o de condições, deverão incluir iniciativas com graus de abrangência diferenciados. Está em causa a abrangência quanto aos objetivos da intervenção, quanto aos grupos-alvo a que se dirige e quanto aos parceiros envolvidos.

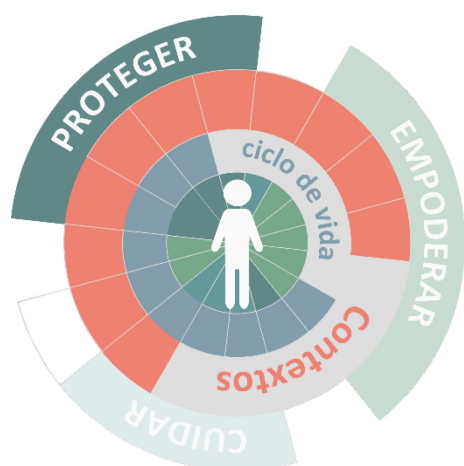


Na visão deste plano, uma comunidade saudável cuida de todos os seus cidadãos. Os principais desafios para os próximos anos estão em consonância com dois dos vetores do Plano Nacional de Saúde: facilitação do acesso e incremento da qualidade das intervenções.

No que diz respeito ao primeiro desafio, pretende-se fortalecer a capacidade dos serviços ou respostas em se ajustarem proativamente à diversidade do cidadão. O conhecimento desta diversidade poderá ser enriquecido a partir da investigação, da experiência técnica e clínica e da participação dos utilizadores ou potenciais utilizadores dos serviços.

O desenvolvimento desta capacidade de ajustamento diz respeito à criação ou adaptação estrutural, funcional, técnica e humana, de respostas para diferentes públicos sociais, diferentes práticas potencialmente aditivas, diferentes experiências quanto a estas práticas, diferentes recursos, diferentes necessidades, com particular atenção aos públicos mais vulneráveis. Para que este ajustamento seja possível será, portanto, necessária a capacitação do sistema em recursos internos, mas também em meios e condições que o habilitem a operacionalizá-lo. Paralelamente, tal diversidade implica que o ajustamento dificilmente será alcançado por este ou aquele serviço especializado, mas, antes, por uma rede de serviços ou respostas, em articulação e cooperação.

Um segundo grande desafio, abraçado já em planos anteriores, consiste em fomentar o contínuo aumento da qualidade da intervenção desenvolvida, tendo em conta o sucessivo aumento da sua abrangência. A par do conhecimento científico, tal desafio suporta-se no que têm sido as capacidades de partilha, de abertura a diferentes perspetivas e de discussão construtiva que têm caracterizado os mais diversos atores no campo dos CAD. Dir-se-ia que não só o fim, mas também este caminho para o incremento da qualidade tem uma importante relevância. Os atores participantes neste processo têm vindo a diversificar-se, pugnando este Plano pelo incremento desta participação. Com efeito, o incremento da qualidade é um processo dinâmico que também carece da criação ou reforço de condições próprias para a sua construção em vários fóruns, desde o nível mais local ao internacional, com diferentes tipos de atores.



Numa comunidade saudável, as instâncias com poder simbólico e operacional assumem a sua parte de responsabilidade na proteção do cidadão face a problemas ligados à oferta e utilização de produtos ou atividades potencialmente aditivas.

O PNRCAD-2030 assenta numa conceção do fenómeno dos comportamentos aditivos e dependências como altamente complexo e indissociável de uma relação entre a pessoa e o seu ambiente. Optou-se, estrategicamente, por diferenciar a atuação no ambiente em dois pilares distintos, com o intuito de tornar mais clara a posterior organização dos objetivos.

No pilar EMPODERAR enfoca-se, principalmente, as potencialidades do ambiente como agente promotor da saúde. Já no pilar PROTEGER são particularmente reconhecidas as potencialidades do ambiente no que toca ao desenvolvimento de problemas, e, também, na proteção face a estes. Reconhecendo a potencialidade do ambiente como indutor de problemas, este Pilar tem como principal desígnio investir em linhas de atuação que reduzam este potencial efeito. Estão em causa duas grandes linhas de investimento, uma dirigida à disponibilização de produtos legais e outra relativa à disponibilização de produtos ilegais.

Ambiciona-se que a forma como os produtos legais são publicitados e disponibilizados seja o menos indutora possível de uma utilização que resulte problemática para o cidadão. O conhecimento acumulado tem demonstrado como há uma série de fatores que favorecem uma maior intensidade na utilização, e que medidas ponderadas na forma como estes são disponibilizados ou apresentados poderão ter um impacto importante quanto a uma utilização mais equilibrada para o desenvolvimento e bem-estar. Esta ambição só poderá ser concretizada por via do diálogo e cooperação entre as várias partes envolvidas. Ainda que possam existir interesses primordiais distintos, a proteção do cidadão, será, porventura, uma causa última que a todos une. Naturalmente, as medidas consensualizadas ou determinadas no âmbito da vertente da regulação e responsabilidade social, carecem por sua vez de condições para a sua operacionalização no terreno. Paralelamente, mantém-se como relevante e merecedora de maior investimento, a estratégia de monitorização da implementação das medidas acordadas. Segundo o pressuposto de que a pedagogia é mais fértil a longo prazo, tal fiscalização tem, potencialmente, uma importante função pedagógica, não se descurando, contudo, o efeito dissuasor das sanções.

Quanto aos produtos ilícitos, pretende-se proteger o cidadão de toda a criminalidade associada ao tráfico de estupefacientes, com efeitos colaterais diretos e indiretos no cidadão, principalmente os mais vulneráveis. De uma forma geral, as principais orientações para os próximos anos consistem na intensificação da atuação, incremento da informação e partilha de conhecimento, bem como de toda a cooperação entre os agentes envolvidos.

Neste Pilar pretende-se ainda dar um destaque especial à proteção do cidadão que, devido à sua utilização de produtos ou atividades potencialmente aditivas ou, que, devido à utilização destes produtos ou atividades por terceiros, se encontre em situação de particular vulnerabilidade, suscetível de ser vítima de violência física ou psicológica. Com este destaque pretende-se que no próximo ciclo de atuação esta dimensão receba uma atenção particular, com vista ao delineamento ou reforço de mecanismos de proteção, enfim, com vista ao empoderamento de um sistema de proteção.

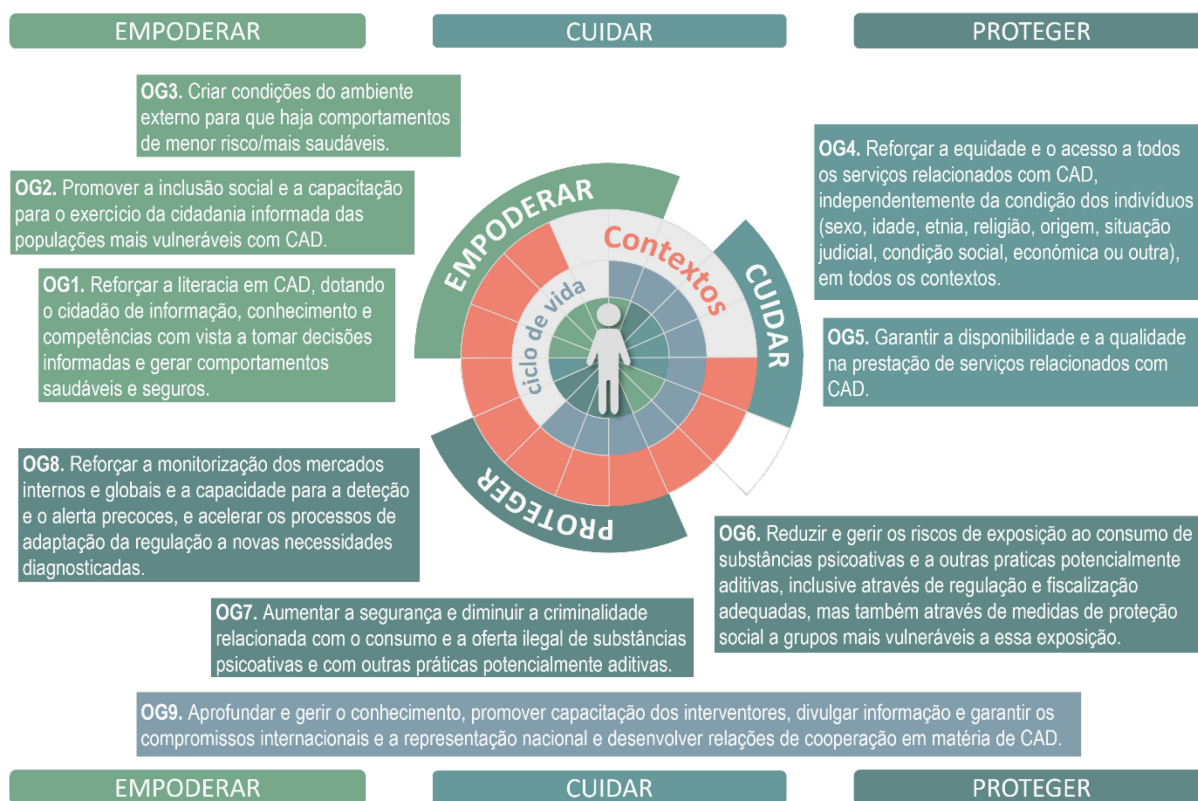
Exposta a conceção de cada um dos pilares em que assenta o presente Plano, é óbvia a interdependência entre estes, principalmente no que toca aos impactos esperados no cidadão. Promover comunidades mais saudáveis em matéria de comportamentos aditivos e dependências implica investir nos três Pilares, fazendo uso de várias formas de saber e chamando todos os atores para a discussão e cooperação, atores nacionais, mas também, todos os atores e organismos internacionais com os quais se tem tido, ao longo dos anos, estreita cooperação. Portugal tem tido um importante papel no fomento de políticas promotoras do respeito pelos Direitos Humanos, ambicionando-se a manutenção da sua influência, e tem-se enriquecido, também, com os *fora* internacionais de partilha de conhecimento e de experiências.

O caminho para uma comunidade mais saudável pode desenrolar-se, desde logo, por uma comunidade de intervenientes em cooperação construtiva.

Objetivos gerais

A política nacional em matéria de intervenção nos CAD tem sido caracterizada pelos princípios do humanismo e pragmatismo como base de todas as orientações, e pela qualidade da intervenção desenvolvida pelas instituições públicas e privadas no âmbito dos CAD. Considerando os direitos do cidadão, nomeadamente, o acesso a informação e serviços especializados e adequados a cada situação, a abordagem é desenvolvida com especial enfoque na centralidade do cidadão, garantindo ainda os princípios de igualdade e equidade.

Os objetivos gerais do PNRCAD-2030, indicam o caminho que se pretende seguir de modo a garantir a observância de todos os princípios que lhe estão subjacentes, tendo em conta os desafios que se colocam atualmente.



OG1 — Reforçar a literacia em CAD, dotando o cidadão de informação, conhecimento e competências com vista a tomar decisões informadas e gerar comportamentos saudáveis e seguros.

A promoção da literacia em CAD é determinante para que o cidadão esteja capacitado a tomar decisões adequadas em saúde, proporcionando uma utilização mais eficiente e racional dos recursos do sistema de saúde. A literacia em CAD deve constituir-se como uma prioridade na sociedade atual, na medida em que contribui para a mudança de comportamentos e atitudes e para o desenvolvimento saudável e seguro das crianças, dos jovens e jovens adultos, e consequentemente para uma diminuição do consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas. Procura-se também promover o retardar da idade de início do consumo de substâncias psicoativas, bem como reduzir o risco da utilização problemática das tecnologias. É um desafio longo, com várias técnicas e estratégias que promovem respostas preventivas precoces a diferentes níveis (macro, micro e pessoal) e que por sua vez antecipam riscos, potenciam o desenvolvimento de competências socioemocionais, aumentam a resiliência, trabalham a pressão dos pares, promovem processos de tomada de decisão de forma consciente e responsável, e reforçam os processos de vinculação familiar, escolar e social, de acordo com o nível de desenvolvimento.

OG2 — Promover a inclusão social e a capacitação para o exercício da cidadania informada das populações mais vulneráveis com CAD.

Os cidadãos com problemas de CAD encontram-se frequentemente em situação de exclusão social, de marcado isolamento e de rejeição social face ao meio onde se inserem. Na promoção da sua inclusão social é fundamental a existência de interações positivas com a sociedade, o que implica o (re)estabelecimento de ligações entre as pessoas e o seu contexto social, de forma a criar ou reparar os laços sociais entre os cidadãos e os sistemas sociais (SICAD; 2014a). Os percursos de inserção social de um cidadão com CAD são frequentemente lentos e sinuosos, requerendo intervenções globais e sistémicas, num processo que envolve interactivamente a sociedade e o cidadão com CAD e que visa criar condições que permitam ao cidadão optar livremente pelo exercício pleno da cidadania. Ao longo dos últimos anos têm-se preconizado modelos de intervenção integrados, centrados nas necessidades reais do cidadão que se encontra em risco de desinserção.

OG3 — Criar condições do ambiente externo para promover comportamentos de menor risco/mais saudáveis.

A capacitação e a promoção da mobilidade dos sistemas através de ações que visem o aumento da literacia em CAD constituem orientações estratégicas centrais para a promoção da cidadania e para a tomada de decisão informada face a estes fenómenos, quer por parte dos cidadãos, quer pelos responsáveis e agentes dos sistemas sociais em que estes se inserem. As iniciativas em literacia e uma cultura inclusiva e de diversidade ao nível da envolvente externa são um complemento imprescindível para as intervenções mais centradas no cidadão, contribuindo decisivamente para o remover de barreiras e para a promoção do acesso a uma verdadeira cidadania, com plena incorporação dos Direitos Humanos.

OG4 — Reforçar a equidade e igualdade de acesso a todos os serviços relacionados com CAD, independentemente da condição dos indivíduos (sexo, idade, etnia, língua, origem, religião, orientação sexual, identidade e expressão de género e características sexuais, situação judicial, condição social, económica ou outra), em todos os contextos.

A expansão e disponibilização da informação e do conhecimento sobre os comportamentos aditivos e as dependências chama a atenção para a complexidade do desenvolvimento dos CAD e para a necessidade de se adequar a oferta das respostas e dos cuidados, num equilíbrio de variáveis entre a proximidade desejável, o acesso fácil, a inovação, a qualidade e a complementaridade dos cuidados, num quadro de universalidade e com uma perfeita articulação entre os diversos intervenores nos diferentes níveis de cuidados. Assim pretende-se que o cidadão ganhe mais responsabilidade na gestão da sua saúde (ou doença).

OG5 — Garantir a disponibilidade e a qualidade na prestação de serviços relacionados com CAD.

A política nacional em matéria de intervenção nos CAD, que converge com a política europeia e com outras estratégias internacionais, tem pugnado por uma cultura de qualidade nos serviços prestados pelas instituições públicas e privadas no âmbito dos CAD, com especial enfoque na centralidade do cidadão e reconhecimento dos seus direitos a receberem uma carteira diversificada de serviços.

A qualidade nos serviços prestados aos cidadãos com CAD implica a presença de competências dos profissionais que integram as equipas multidisciplinares, o recurso a metodologias válidas de avaliação de políticas e estratégias definidas, mecanismos de cooperação e convergência dos stakeholders, bem como de referenciação e articulação entre as respostas existentes na Administração Pública e sociedade civil.

De entre os potenciais ganhos proporcionados pela integração das respostas diferenciadas, especializadas e adequadas ao nível de gravidade dos CAD pode-se destacar a melhoria contínua na qualidade dos serviços prestados aos cidadãos em matéria de CAD, ao longo do ciclo de vida, com base em modelos e referenciais técnico-científicos válidos, na intersectorialidade das respostas e na maior focalização nas necessidades do cidadão.

A importância particular da evolução demográfica com o envelhecimento dos cidadãos com CAD, em situação de vulnerabilidade social e padecendo de múltiplas comorbilidades envolve aspetos específicos na prestação dos cuidados e especial atenção deve ser prestada aos determinantes da autonomia e independência, nesta etapa do ciclo de vida.

OG6 — Reduzir e gerir os riscos de exposição ao consumo de substâncias psicoativas e a outras práticas potencialmente aditivas, inclusive através de regulação e fiscalização adequadas, mas também através de medidas de proteção social a grupos mais vulneráveis a essa exposição.

A existência de medidas, de natureza fiscal ou de proibição e limitação da produção, colocação no mercado, publicidade e uso, não têm contribuído de forma sustentada para diminuir significativamente a perceção do risco ou a facilidade percebida quanto à acessibilidade de substâncias ou de práticas potencialmente aditivas.

A regulação e fiscalização do mercado de substâncias lícitas visa garantir a proteção dos cidadãos, através de medidas legislativas, regulatórias, de autorregulação dos operadores económicos e de aplicação da lei. No entanto, a falta de recursos das entidades envolvidas, nomeadamente no que se refere à fiscalização, tem impedido cumprir alguns dos compromissos assumidos nesta área.

A articulação entre entidades e parceiros da sociedade civil envolvidos, relativamente às diferentes práticas de consumo, através de plataformas de partilha, reflexão sobre os temas, à semelhança do que tem sido a experiência do Fórum Nacional Álcool e Saúde (FNAS), com compromisso de reforço das ações necessárias para prevenir e reduzir danos, poderá contribuir para reduzir as consequências dos consumos/usos nocivos de substâncias ou de práticas potencialmente a aditivas.

Por outro lado, a implementação de estratégias e intervenções preventivas de carácter ambiental no âmbito dos CAD visa limitar a exposição a oportunidades comportamentais pouco saudáveis e de risco, focando-se na alteração dos comportamentos e das práticas pessoais e sociais, no sentido da promoção da saúde individual e coletiva. São igualmente fulcrais para a promoção da literacia em CAD dos agentes decisores e políticos, contribuindo para a sua maior responsabilização e envolvimento na construção de ambientes mais saudáveis e seguros para o cidadão.

OG7 — Aumentar a segurança e diminuir a criminalidade relacionada com o consumo e a oferta ilegal de substâncias psicoativas e com outras práticas potencialmente aditivas.

Com o presente plano pretende-se, também, contribuir para a melhoria dos índices de segurança, diminuindo a criminalidade relacionada com o consumo e a oferta ilegais de substâncias psicoativas assim como a criminalidade relacionada com outras práticas potencialmente aditivas.

No que respeita especificamente à oferta de substâncias ilícitas, pretende-se reforçar significativamente a capacidade de atuação das diversas entidades com responsabilidades no domínio da fiscalização, prevenção e da investigação criminal dentro do quadro das competências legalmente definidas.

Pretende-se igualmente reforçar a capacidade das autoridades no domínio da prevenção e repressão do branqueamento de capitais associado ao tráfico de drogas, bem como de outra criminalidade também associada ao tráfico de drogas, como é o caso da criminalidade violenta e da corrupção.

Os objetivos específicos e ações concretas a inserir neste plano nacional deverão ainda contribuir para o aumento significativo dos níveis de recuperação de ativos patrimoniais gerados pelo tráfico ilícito de drogas.

OG8 — Reforçar a monitorização dos mercados internos e globais e a capacidade para a deteção e o alerta precoces, e acelerar os processos de adaptação da regulação a novas necessidades diagnosticadas.

Os circuitos que vão da produção à distribuição não conhecem fronteiras e beneficiam da progressiva eliminação de controlos fronteiriços ou barreiras alfandegárias, quer no que se refere à promoção do comércio internacional, quer no quadro do processo de integração económica em certas regiões, como na Europa. A dimensão dos negócios ilícitos e a sua penetração na economia legal ameaçam a estabilidade das economias e dos mercados financeiros.

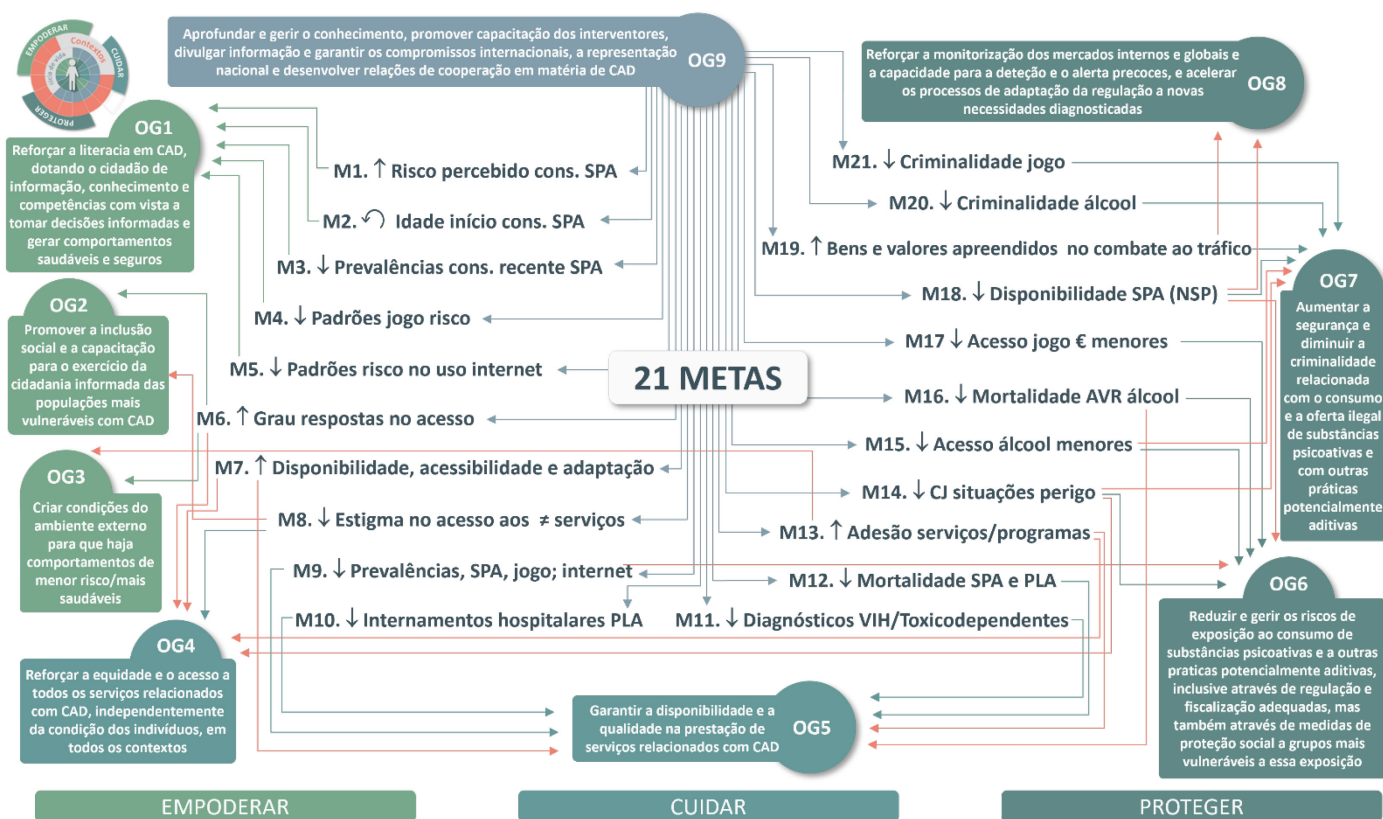
Pretende-se reforçar a monitorização dos mercados ilícitos internos e globais assim como a capacidade para a deteção e o alerta precoces, através da cooperação entre os diversos órgãos de polícia criminal e demais entidades, bem como com o estabelecimento de novas parcerias ou reforço das já existentes com países terceiros e organizações internacionais. Face a novas necessidades diagnosticadas, pretende-se ainda acelerar, dentro do que se mostre necessário, os processos de adaptação da regulação existente.

OG9 — Aprofundar e gerir o conhecimento, promover capacitação dos intervenores, divulgar informação e garantir os compromissos internacionais e a representação nacional e desenvolver relações de cooperação em matéria de CAD.

Para que a implementação do plano se possa concretizar com vista a atingir as metas é fundamental assegurar um conjunto de objetivos transversais, para os quais concorrem também todas as entidades que nele participam. Estes objetivos transversais focam-se no conhecimento, na capacitação dos profissionais dos serviços, no desenvolvimento de estratégias e produtos comunicacionais, na garantia do cumprimento dos compromissos internacionais, na representação nacional e na cooperação internacional.

Metas

As metas de impacto abaixo elencadas do PNRCAD-2030 são medidas através de indicadores a definir em sede de cada um dos Planos de Ação. Tal permitirá, entre outros, a integração de novos indicadores nos diferentes ciclos de ação e a oportunidade de criação de instrumentos com vista à disponibilização de indicadores considerados relevantes e ainda não disponíveis.



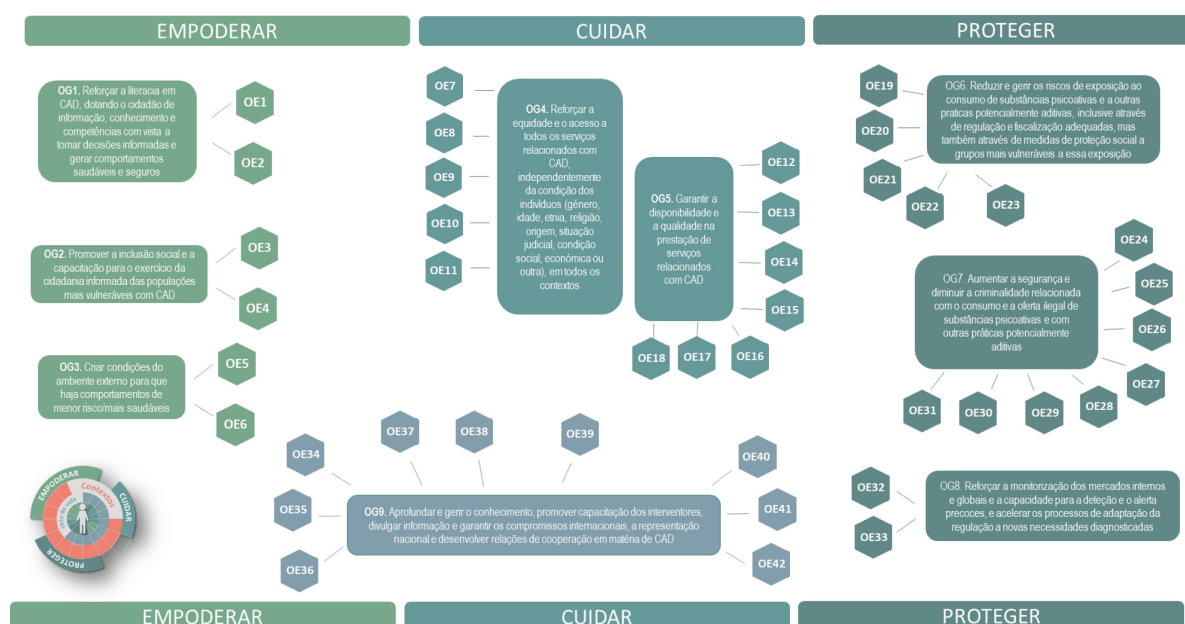
O cumprimento das metas de impacto é medido através de indicadores quantitativos, definidos em sede de cada um dos Planos de Ação a implementar futuramente e permitirão avaliar quanto os objetivos gerais foram atingidos:

- M1 — Aumentar o risco percebido do consumo de substâncias psicoativas;
- M2 — Retardar a idade de início do consumo de substâncias psicoativas;
- M3 — Diminuir as prevalências e padrões de consumo recente de substâncias psicoativas;
- M4 — Diminuir padrões de jogo de risco;
- M5 — Diminuir padrões de risco no uso da Internet;
- M6 — Aumentar o grau de resposta às necessidades dos utentes no âmbito do acesso às condições básicas para o exercício da cidadania;
- M7 — Aumentar a disponibilidade, acessibilidade e adaptação das respostas à especificidade dos utentes;
- M8 — Reduzir o estigma no acesso aos diferentes serviços;

- M9 — Diminuir as prevalências de abuso e dependência do consumo de substâncias psicoativas, do jogo e da Internet;
- M10 — Diminuir os internamentos hospitalares com diagnósticos 100 % atribuíveis ao álcool;
- M11 — Diminuir o número de novos casos de VIH associados à utilização de drogas injetadas;
- M12 — Diminuir a mortalidade relacionada com o consumo de drogas e com o consumo de álcool;
- M13 — Aumentar a adesão dos utentes aos serviços/programas;
- M14 — Diminuir o número de crianças e jovens em situação de perigo relacionado com CAD;
- M15 — Reduzir a disponibilidade/acesso a bebidas alcoólicas entre menores (de 18 anos);
- M16 — Diminuir a mortalidade em acidentes de viação relacionados com o álcool;
- M17 — Reduzir a disponibilidade/acesso a jogo a dinheiro entre menores;
- M18 — Diminuir a disponibilidade de substâncias psicoativas ilícitas no mercado, incluindo as novas substâncias psicoativas;
- M19 — Aumentar o número dos bens e valores apreendidos no âmbito do combate ao tráfico ilícito de drogas;
- M20 — Reduzir a criminalidade relacionada com o álcool;
- M21 — Reduzir a criminalidade relacionada com jogo.

Objetivos específicos

Os objetivos específicos enquadram a operacionalização do plano e visam fazer atingir as metas, balizados pelos objetivos gerais e os pilares definidos. De acordo com o ciclo de ação, serão selecionados os objetivos específicos considerados prioritários, assim como as ações subsequentes para os atingir.



OE1 — Desenvolver a percepção do risco associado a comportamentos de consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas e evitar ou retardar a iniciação ao consumo das mesmas, o mau uso de medicamentos, bem como identificar precocemente padrões de comportamento desadaptativo predisponente ao desenvolvimento de CAD, como seja o uso problemático (nocivo) de Internet e do ecrã e práticas problemáticas de jogo.

A evolução do conhecimento no âmbito dos CAD tem suportado a importância do desenvolvimento de estratégias de sensibilização e informação que contribuam para o aumento do conhecimento em geral e a literacia das famílias em particular, quanto às especificidades e características dos CAD.

Com este objetivo pretende-se potenciar estratégias de disseminação de informação sobre saúde e comportamentos que podem diminuir o risco e minimizar danos associados aos consumos de substâncias psicoativas, promovendo também a mobilização de educadores de pares, devidamente formados, para influenciarem positivamente os comportamentos dos grupos-alvo, com vista a facilitar a mudança de atitudes e de comportamentos de risco.

De igual modo se procura potenciar a especialização dos profissionais e outros interventores para a identificação de fatores e comportamentos de risco e eventuais CAD, para intervirem numa perspetiva de motivação para a mudança (intervenções breves e entrevista motivacional) assim como para referenciar para as estruturas/respostas adequadas e de acordo com o nível de risco identificado.

Estas estratégias devem-se estender às práticas de jogo e às características dos videojogos e ao papel que podem representar para os jovens, identificando tanto os benefícios como os riscos envolvidos. Numa perspetiva de saúde pública, promoverem-se estratégias de sensibilização sobre uso saudável das tecnologias será um enorme desafio para todos os intervenientes neste domínio, potenciando-se a sua utilização no plano da saúde (e-health) e reduzindo-se o seu uso negativo no desenvolvimento de relações sociais inseguras.

Deste modo procura-se contribuir para o desenvolvimento de um clima de segurança através de programas específicos, assegurando a divulgação de informação e sensibilização das comunidades, para permitir aos cidadãos estabelecerem relações de confiança e diálogo.

OE2 — Intervir precocemente junto dos consumidores de Baixo Risco e Risco Moderado, promovendo a consciencialização do risco, a responsabilização do comportamento e a motivação do indivíduo para uma eficaz mudança comportamental.

A Dissuasão sofreu ao longo dos anos uma redefinição estratégica, fruto de uma redução da prevalência do consumo endovenoso e de um aumento de consumidores de canábis, especialmente entre a população mais jovem. O investimento na intervenção direcionada à população não toxicodependente tornou-se uma prioridade, mobilizando os recursos existentes e os principais parceiros estratégicos para o reforço da componente preventiva da abordagem das CDT, contrapondo à sua outra componente punitiva/sancionatória que lhe é característica. A estreita articulação com as forças de segurança, possibilitou identificar uma franja populacional dificilmente acessível por outra via que não a da descriminalização, provocando consequentemente, um aumento no número de consumidores de baixo risco e risco moderado direcionados às

CDT, otimizando o potencial preventivo destes serviços. Detetar precocemente situações de risco, rastrear e encaminhar atempadamente as situações problemáticas, constituem importantes pilares para uma efetiva redução de comportamentos aditivos e diminuição de eventuais situações de dependência.

Neste âmbito, pretende-se potenciar a componente preventiva na abordagem das CDT, mediante uma resposta específica, direcionada a indiciados em situação de baixo risco, informando sobre a Lei da Descriminalização e sensibilizando para os riscos e consequências do uso de SPA, devolvendo ao consumidor a oportunidade de fazer escolhas informadas e conseqüentemente mais conscientes.

OE3 — Desenvolver abordagens específicas de intervenção em CAD, adaptadas às necessidades e características dos cidadãos.

Num contexto de incerteza face à presente crise sanitária e que previsivelmente perdurará num período pós - COVID-19, será primordial o desenvolvimento de estratégias de intervenção visando a ressocialização/reinserção de pessoas com CAD, principalmente em risco de pobreza e de desigualdade social acrescida.

Assim, pretende-se garantir a continuidade da intervenção em reinserção desenvolvida para os cidadãos com CAD, como pedra basilar para o desenvolvimento da sua autonomia e a promoção da cidadania plena, potenciando a prática do Modelo de Mediação Social e Comunitária no âmbito da Reinserção de Pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências e promover o desenvolvimento de intervenções no domínio da inclusão social, baseadas na evidência, procurando contribuir para a limitação das situações de pobreza persistente e de exclusão social associadas aos CAD. Igualmente relevante será o reforço do alinhamento estratégico com os parceiros privilegiados em dissuasão, possibilitando a existência de respostas específicas em matéria de inclusão social, intensificando o impacto das intervenções.

Por outro lado, a promoção da capacitação das Empresas sobre a complexidade dos CAD, é crucial ser assegurada de forma a desmistificar mitos e perceções negativas existentes, contribuindo para a atenuação das dificuldades na angariação de entidades empregadoras nos processos de integração de um cidadão com CAD.

OE4 — Desenvolver respostas específicas que viabilizem o exercício da cidadania entre a população com vulnerabilidades para os CAD.

Promover o exercício da cidadania nas populações com CAD implica o desenvolvimento de respostas que por um lado estejam dotadas da especificidade e abrangência necessárias para atender as diferentes vulnerabilidades destes cidadãos e por outro que operem de forma integrada, por forma a contemplar a complexidade das problemáticas biopsicossociais associadas aos CAD. Nesta linha, há ainda que atender não só à proteção face aos riscos associados aos padrões mais clássicos de consumo, como também desenvolver respostas orientadas para os CAD que vieram a emergir em outros contextos nomeadamente o recreativo, envolvendo populações com outras características e que perante os consumos de SPA, adotam perceções e atitudes de desvalorização do risco, tornando-se dessa forma mais vulneráveis a estes.

Assim pretende-se promover o desenvolvimento de estratégias de intervenção estruturadas e de procedimentos necessários para continuar a garantir o atendimento/acompanhamento dos cidadãos em situação de desfavorecimento socioeconómico com CAD, reduzir os comportamentos de risco associados aos CAD, bem como potenciar o desenvolvimento de intervenções no domínio da inclusão social, baseadas na evidência, procurando contribuir para a limitação das situações de pobreza persistente e de exclusão social associadas aos CAD.

Igualmente se destaca a possibilidade de continuar a detetar situações de vulnerabilidade entre a população intervencionada pelas CDT, contribuindo para um acesso mais ágil a respostas que viabilizem a capacitação para o exercício pleno da cidadania, colmatando a desinserção social.

OE5 — Capacitar os sistemas sociais (escolas, autarquias, associações, empregadores, comércio) para o desenvolvimento de ambientes colaborativos no que se refere à literacia em CAD.

Com este objetivo pretende-se agilizar a articulação entre as redes de suporte na comunidade dirigidas aos CAD e melhorar o conhecimento dos envolventes externos nesta matéria, promovendo o envolvimento ativo dos cidadãos.

Assim, para o alcance sustentado da implementação destes circuitos diferenciados e específicos no âmbito dos CAD, mais próximos e mais adequados às necessidades reais das pessoas e às exigências da vida em comunidade, será importante promover-se o desenvolvimento de linhas de ação dirigidas às dimensões inerentes às boas práticas de literacia em CAD, com envolvimento dos profissionais, cidadãos, familiares e parceiros institucionais.

OE6 — Dinamização da articulação com entidades parceiras com responsabilidade em matéria de intervenção em dissuasão dos consumos de SPA, alinhando respostas e intervenções.

As CDT não sendo instâncias de tratamento, desenvolvem um papel mediador junto dos principais parceiros que prestam uma importante resposta comunitária em termos de apoio especializado, ao nível da prevenção indicada e do tratamento, ao cidadão com problemática relacionada com CAD. Desde 2001, ano em que as CDT iniciaram funções, que a aposta no trabalho conjunto, articulado e complementar tem sido um dos principais focos de investimento. Alargar a rede de colaboradores, dinamizar e reforçar as parcerias já existentes e estabelecer novos circuitos de articulação, constituem importantes áreas de investimento para a área da dissuasão.

Prevê-se potenciar as articulações interinstitucionais em Dissuasão, implementando estratégias de cooperação específica entre estruturas, que possibilitem a concretização de iniciativas conjuntas, em prol de maior eficácia das respostas dirigidas ao cidadão com comportamentos aditivos e dependências.

OE7 — Aumentar a capacidade de resposta a cidadãos com CAD, atendendo também aos novos perfis de consumos e/ou com adições sem substância em programas das diversas áreas de intervenção.

Nos últimos anos têm-se assistido a um processo de melhoria contínua da qualidade da intervenção, através do reforço da componente técnico-científica e metodológica e da inovação nos processos de avaliação, de monitorização e de reporte das intervenções. Incentivando a continuidade dos progressos alcançados, igualmente necessário, será garantir o aumento da abrangência e da acessibilidade às respostas, a eficácia e a eficiência na utilização dos recursos, promovendo ganhos reais em saúde para as populações-alvo das intervenções.

Face ao aumento do conhecimento sobre o fenómeno dos CAD pretende-se assegurar a sustentabilidade da rede global de respostas integradas e complementares no âmbito da prevenção, da dissuasão, da redução de riscos e minimização de danos, do tratamento e da reinserção, promovendo-se novas abordagens, como sejam as desenvolvidas no âmbito dos problemas ligados ao álcool em RRMD – Wet Houses, e incentivar a criação e a disseminação de programas e respostas no âmbito do uso problemático de ecrã, da Internet e do Jogo.

OE8 — Disponibilizar e incrementar a acessibilidade a serviços de intervenção em CAD, suprimindo os obstáculos ao acesso a respostas assistenciais (prevenção indicada, RRMD, tratamento, reinserção social) promovendo respostas adaptadas e integradas (digitais, presenciais, rede de referência), baseadas na evidência científica e nas melhores práticas, de acordo com as necessidades biopsicossociais dos utentes com CAD.

Considerando a Rede de Referência/Articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências, uma das medidas estruturantes que transita de anteriores ciclos estratégicos com o necessário relançamento e adaptações introduzidas, como uma mais-valia e um suporte para dar resposta a necessidades identificadas dos cidadãos, aos diversos níveis de intervenção nos CAD.

Deste modo a diversificação da oferta de serviços e cuidados apropriados às características dos diferentes grupos populacionais, deve pautar-se por uma maior inclusão e diversidade e, por isso mesmo, estender-se à rede social de pessoas LGBTQIA+, de minorias étnicas, dos migrantes, dos refugiados e pessoas em situação de sem-abrigo, num quadro de universalidade, possibilitando a oportunidade de utilizar os cuidados de saúde e sociais em CAD, nos diferentes contextos e em proximidade.

À semelhança do preconizado em anteriores ciclos estratégicos, torna-se de particular importância promover-se a disponibilização de intervenções terapêuticas orientadas para as necessidades específicas e as experiências de vida das mulheres, como a saúde materna e condições perinatais, a violência, as doenças sexualmente transmitidas e os problemas de saúde mental, bem como garantir o acesso prioritário a cuidados específicos e integrados das mulheres grávidas com CAD e seu familiar/companheiro ou outro elemento significativo, em consonância com as suas necessidades.

Será igualmente relevante desenvolverem-se medidas e estratégias que respondam às necessidades identificadas no âmbito dos CAD sem substâncias, nomeadamente as ligadas ao jogo. A potenciação da criação

de intervenções descentralizadas e serviços de proximidade para cidadãos com problemas de uso de internet, ecrã e de jogo, garantindo a existência de respostas diferenciadas de acordo com os níveis de risco identificados, será um desafio para todos os intervenientes neste domínio.

Também será importante, potenciar-se a articulação entre a rede de respostas dirigidas a intervenção de crianças e jovens com CAD, a fim de se garantir a existência de respostas diferenciadas de acordo com os níveis de risco detetados para crianças e jovens expostos a CAD, em contexto familiar ou tutelar de menores.

OE9 — Garantir de forma igualitária o acesso voluntário e a continuidade da prestação de cuidados de saúde em meio prisional.

A importância de assegurar respostas integradas às necessidades diversas e específicas dos cidadãos com CAD, com e sem substâncias, que se encontram num contexto prisional e após a sua saída do estabelecimento prisional, promovendo a sua especificidade e acessibilidade e em equidade às disponíveis em meio livre, impulsiona à continuidade dos programas, das estruturas e iniciativas desenvolvidas no âmbito das intervenções preventivas, do tratamento e da reinserção social dos cidadãos reclusos.

Será de primordial relevância garantir a continuidade da realização de rastreio de doenças infecciosas, e do acesso dos reclusos aos programas socio-terapêuticos e farmacológicos que deles necessitem, bem como promover a redução de riscos e minimização de danos associados aos CAD no contexto prisional, disponibilizando intervenções específicas e diferenciadas.

A melhoria da prestação de cuidados de saúde no âmbito dos CAD, em contexto prisional será potenciada pela possibilidade de capacitação dos profissionais intervenientes no contexto prisional, na identificação de CAD e de indicadores de comorbilidades, para poderem intervir numa perspetiva de motivação para a mudança.

OE10 — Assegurar a plena cidadania das pessoas com CAD, em respeito pelos Direitos Humanos.

A importância do papel do cidadão ou das organizações representativas dos interesses dos cidadãos, enquanto pontos centrais do sistema de saúde geral e de saúde em CAD, em particular, deve ser potenciada e reforçada tendo em vista assegurar que as entidades que integram a rede de cuidados em CAD agem em função do cidadão, proporcionando-lhe cuidados especializados e adequados às necessidades biopsicossociais identificadas.

Tal como tem sido atendido em anteriores ciclos estratégicos, pretende-se continuar a diligenciar a prestação de cuidados holísticos e centralizados no cidadão, suportados na evidência científica através de abordagens compreensíveis, de tolerância, flexibilidade e de respeito e dignidade pela pessoa com CAD.

Igualmente se pretende promover a responsabilização dos cidadãos na gestão da sua saúde, valorizando comportamentos saudáveis nos variados contextos, melhorando a capacidade do cidadão em compreender e gerir questões relacionadas com o seu bem-estar e saúde. O envolvimento dos cidadãos, as suas famílias e outras pessoas relevantes, em todas as fases do percurso evolutivo da abordagem dos CAD, bem como medidas de esclarecimento social afiguram-se como formas de redução do estigma e da discriminação.

OE11 — Assegurar o alinhamento e a equidade nas intervenções, promovendo abordagens/respostas direcionadas para a especificidade das necessidades dos consumidores.

A consolidação da área da dissuasão enquanto umas das cinco áreas de missão do modelo português implicou, nos últimos anos, um trabalho de reforço de uma identidade nacionalmente harmonizada, em que os princípios da equidade das respostas dirigidas ao cidadão acabam por sobrepor-se às diferenças geográficas e/ou dimensionais das distintas 22 CDT. Apesar da inevitável particularidade de cada serviço, o foco da intervenção é o indivíduo e as necessidades que apresenta, numa perspetiva humanista e integradora, onde impera a centralidade no cidadão.

Será determinante ajustar a abordagem às necessidades, condições e contextos de vida dos indivíduos, desenvolvendo uma resposta específica e adequada à singularidade de cada consumidor, que contemplará o desenvolvimento de protocolos de intervenção ajustados a eventuais indicadores de risco acrescido.

OE12 — Garantir a qualidade na prestação de serviços e integração das respostas relacionados com CAD (especialização CAD).

Pretende-se garantir e dar sequência a uma política de qualidade desenvolvida no anterior Plano Nacional, bem como inventariar práticas e programas, validados, certificados ou acreditados a nível nacional e internacional.

A harmonização de práticas com base na gestão do conhecimento e a sua divulgação pelos profissionais, e o desenvolvimento de iniciativas e estratégias para a promoção da cadeia de valor em saúde para o cidadão com CAD é de fulcral importância para assegurar a qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos.

Tendo em atenção as necessidades dos cidadãos com CAD, será importante adequar-se as respostas às diferentes etapas do seu ciclo de vida, como seja desenvolver-se uma rede qualificada e de elevada capilaridade de cuidados, num quadro de maior eficiência, mas também de equidade, aproximando mais a prestação de cuidados de saúde e sociais dos cidadãos com CAD, nas suas múltiplas dimensões existenciais.

OE13 — Desenvolver intervenções de prevenção, tratamento e RRMD e outras medidas dirigidas aos riscos associados aos consumos endovenosos, relações sexuais desprotegidas, ou/e outros comportamentos de risco, sob a influência de substâncias psicoativas, nomeadamente os consumos sexualizados de drogas/chemsex (em colaboração com o Programa Nacional para as Infecções Sexualmente Transmissíveis e Infeção por VIH, Programa Nacional para as Hepatites Virais e Programa Nacional para a Tuberculose).

A identificação de grupos de risco com maiores vulnerabilidades requererá a potenciação de respostas inovadoras, nomeadamente no âmbito da RRMD. É necessário continuar-se a prevenir, testar e tratar as doenças infecciosas transmitidas por via sanguínea, em especial a infeção por VIH e a hepatite C.

Assim, devem ser priorizados os domínios de intervenção que promovam a diminuição da prevalência e incidência de doenças infecciosas (infeção por VIH/SIDA, hepatites e Tuberculose) associadas aos CAD e de outras consequências negativas para a saúde e no plano social. O enfoque da intervenção deverá continuar a centrar-

se nas diversas perspetivas de intervenção, nomeadamente nas áreas da prevenção, redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção, potenciando as iniciativas de cuidados de saúde de proximidade com um baixo limiar de exigência e o aumento da acessibilidade das respostas aos cidadãos que delas necessitam.

Assim, e à semelhança de anteriores ciclos estratégico pretende-se dar continuidade ao trabalho que permite contribuir para a prossecução das metas definidas para 2030 pelo Programa Conjunto da Organização das Nações Unidas para o VIH/SIDA (ONUSIDA) quanto ao controlo da infeção por vírus da imunodeficiência humana VIH/SIDA, em colaboração com o Programa Nacional para as Infeções Sexualmente Transmissíveis e Infeção por VIH, bem como alargar o rastreio das hepatites virais e infeções sexualmente transmissíveis para o contexto comunitário, chegando às pessoas que se encontram fora da rotina dos sistemas de saúde e dos serviços sociais.

Igualmente relevante será otimizar o diagnóstico precoce e a adesão ao tratamento da Tuberculose na população consumidora de substâncias psicoativas.

OE14 — Reduzir as comorbilidades associadas aos CAD.

As inúmeras problemáticas associadas à diversidade dos CAD com e sem substâncias, nomeadamente dos âmbitos da saúde e psicossocial, cuja expressão é multivariada e complexa impõem abordagens integradas, sistémicas, ágeis e atempadas destes problemas de saúde pública.

Nos últimos anos têm-se assistido na Europa à grande disponibilidade, inovação e o aumento da produção de todo o tipo de substâncias psicoativas sintéticas de elevada potência, que representam ameaças consideráveis para a saúde dos consumidores e constituem motivo de elevada preocupação pelo risco elevado de contribuírem para o desenvolvimento de doenças graves nos consumidores. Tendo-se conhecimento que o consumo, principalmente de alto risco, de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, causa danos reais (consequências negativas) para a pessoa (incluindo a dependência, mas também outros problemas de saúde, psicológicos ou sociais) ou coloca a pessoa num elevado risco/probabilidade de sofrer estes danos¹¹, releva a necessidade de intervenções especializadas e diferenciadas, em articulação com demais serviços de saúde e sociais.

Assim, pretende-se reduzir o risco de desenvolvimento de comorbilidades psiquiátricas e orgânicas associadas aos CAD com e sem substâncias e garantir a disponibilização de respostas especializadas e multidisciplinares para a abordagem dos problemas de saúde e outros, visando melhorar o funcionamento pessoal e social.

¹¹ *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2012). Principles of PDU Indicator revision.*

OE15 — Promover uma intervenção específica direcionada para a problemática de risco moderado e de alto risco, facilitando o contacto com os sistemas de saúde e a respetiva adesão ao processo terapêutico, contribuindo para a redução/abstinência dos consumos e para o restabelecimento psicossocial dos consumidores dependentes de SPA.

A especificidade da intervenção em dissuasão, posiciona os serviços que operam nesta área, numa situação intermédia entre o despiste de situações problemáticas e a intervenção especializada para debelar situações de dependência. Situadas numa zona fronteira entre a deteção, o rastreio, a intervenção breve/motivacional por um lado, e a prevenção indicada e o tratamento especializado por outro, as CDT desenvolvem uma resposta específica, protocolada e trifásica (avaliação, intervenção motivacional e follow-up) prestando um serviço de mediação junto de estruturas que oferecem respostas integradas como a de prestação de cuidados sócio sanitários, tratamento e reinserção social.

A intervenção será desenvolvida a dois níveis, por um lado, intervir nas situações que não constituem dependência, mas carecem de respostas motivacionais e dissuasoras de comportamentos de risco; e simultaneamente, identificar situações nocivas ou de alto risco, motivando e trabalhando a adesão ao respetivo processo terapêutico.

OE16 — Reduzir as consequências tardias e o impacto dos CAD com e sem substâncias e a mortalidade associada ao consumo de substâncias psicoativas.

Devido à elevada prevalência de um leque significativo de patologias crónicas e incapacidades associadas que os cidadãos com CAD padecem, a implementação de medidas de prevenção e de novas ferramentas e estratégias universais de tratamento e de RRMD são necessárias para apoiar a adesão à abordagem multidisciplinar destas patologias e reverter o impacto na saúde pública.

A inclusão de medidas eficazes para prevenir as mortes relacionadas com o consumo de substâncias psicoativas têm por objetivo a proteção adequada dos cidadãos que recorrem ao consumo de substâncias psicoativas, em diversos contextos e nas diferentes etapas do seu ciclo de vida.

Em relação aos CAD sem substância, no que diz respeito às práticas de jogo a intervenção deverá centrar-se, principalmente numa ótica preventiva, nos processos de sensibilização e informação e dinâmicas familiares, que promovam práticas saudáveis e responsáveis de jogo pelas crianças e jovens. Pretende-se minimizar o impacto das redes sociais e da sua relação com os níveis de saúde mental infantil e juvenil.

A promoção e o incentivo à participação e ao envolvimento ativo e significativo do cidadão no desenvolvimento do domínio da sua saúde, é fulcral para poder debelar-se as consequências nefastas dos CAD.

OE17 — Dar resposta aos novos desafios, novas substâncias, os CAD sem substância.

A publicação científica que subjaz ao conhecimento dos serviços internacionais que disponibilizam cuidados aos cidadãos com CAD sem substância, com especial enfoque nas práticas problemáticas de jogo e nas situações de maior gravidade por motivos de jogo patológico, as quais podem ter repercussões significativas a nível pessoal e

familiar, dão conta da multiplicidade de modelos de intervenção face à diversidade fenomenológica e de apresentação clínica. No âmbito da rede pública de cuidados especializados em CAD é fundamental aproveitar e otimizar as práticas técnico-científicas e os recursos existentes, bem como fortalecer e diversificar a prestação de cuidados.

A grande acessibilidade e oportunidades de jogo de base territorial, como também de jogo *online* e o conhecimento da crescente prevalência de jogadores com problemas, a nível nacional, releva para a importância do domínio da prevenção e das possibilidades de expansão e adequação das respostas no âmbito do tratamento face ao aumento da procura.

A intervenção deverá centrar-se, primordialmente, numa ótica preventiva, no desenvolvimento de medidas de proteção para que o jogo não progrida para níveis de risco. Para as situações identificadas de casos de perturbação de jogo deverão ser proporcionadas respostas de acompanhamento específico e adequado desta problemática. Para o efeito é crucial a criação de condições para o desenvolvimento de uma intervenção articulada e intersectorial, nos diferentes contextos e adaptada ao ciclo de vida do cidadão, bem como a sensibilização e capacitação de profissionais e de outros intervenores.

É de sublinhar a importância de se promover a adaptação dos serviços e dos equipamentos, baseada em critérios de qualidade e na estimativa das necessidades de intervenção em CAD sem substância, bem como potenciar a criação de novas respostas dirigidas em particular à população jovem com problemas ligados a práticas de jogo.

OE18 — Garantir condições de logística adequada à prestação dos cuidados (recursos logísticos e humanos) nos diferentes níveis de intervenção.

A importância atribuída à organização dos serviços de saúde, na evolução da conceção e da prática da governação da saúde¹² em geral e dos comportamentos aditivos e das dependências em particular, destacou a dimensão da gestão da capacidade dos serviços e cuidados de saúde. Neste sentido importa exaltar que a conceção das estratégias de intervenção no âmbito dos CAD deve reforçar toda a sua arquitetura organizativa e atender à necessidade de se encontrar um equilíbrio favorável entre a interligação e integração dos cuidados nos diferentes níveis de intervenção e a utilização dos diversos recursos, a fim de se poder responder com suficiente estabilidade, alcance e flexibilidade adaptativa às necessidades dos cidadãos com CAD.

A amplitude do objetivo proposto, deverá ser balizada nas expectativas sobre a realidade passada, a presente e a previsível evolução futura do contexto de prestação de cuidados de saúde relacionados com CAD, face às numerosas exigências colocadas pela complexidade dos CAD, nas suas múltiplas vertentes.

Pretende-se mobilizar o envolvimento e participação dos diversos organismos, de acordo com as respetivas atribuições/competências, na concretização dos cuidados que efetivamente respondam às necessidades dos

¹² World Health Organization – Health systems: Improving performance. Genève, 2000

cidadãos com CAD, potenciando a proximidade e a territorialidade das intervenções, aprofundando a descentralização das respostas aos cidadãos e otimizando os recursos da comunidade.

OE19 — Garantir que a disponibilização, venda, acesso e consumo de álcool no mercado, seja feita de forma segura e não indutora de uso/consumo de risco e nocivo, através de regulação, regulamentação e fiscalização adequadas.

A evidência de que o consumo de álcool em Portugal tem evoluído de forma negativa nos últimos três anos, e o conhecimento sobre os efeitos do consumo excessivo de álcool na saúde pública e na esperança média de vida, que em Portugal se estima poder ser reduzida em um ano, nos próximos 30 anos, determinou a necessidade de incluir um objetivo específico relativo a esta questão.

OE20 — Contribuir para o uso e consumo racional dos medicamentos, anabolizantes e substâncias psicoativas lícitas através da regulamentação e da fiscalização adequadas.

A utilização de substâncias dopantes fora do desporto de competição e na sociedade em geral é preocupante, tanto a nível internacional como a nível nacional, chegando mesmo em alguns países a ser considerada como um problema de saúde pública pois, ao contrário do que acontece no desporto de competição, atinge uma faixa muito alargada da população. Por outro lado, enquanto a luta contra a dopagem a nível do desporto de competição se encontra devidamente regulada, através da existência de organizações antidopagem na maioria dos países do mundo, adequadamente enquadradas pela Agência Mundial Antidopagem (AMA), fora deste contexto, tal não sucede.

Compreender a importância da saúde individual e comunitária na qualidade de vida do cidadão, estimula a identificação dos riscos em torno do uso indevido do medicamento. Por uso indevido entende-se as situações de prescrição medicamentosa que se prolonga para além do necessário, a toma de medicamentos não prescritos, a toma de medicamentos de terceiros e o acesso e toma de medicamentos restritos de forma ilícita.

À semelhança do que foi desenvolvido no anterior ciclo estratégico, pretende-se promover o uso responsável do medicamento e dar continuidade a uma abordagem holística desta problemática, com a definição de linhas de ação a serem levadas a cabo com a envolvimento de múltiplas entidades, exaltando a importância de intervir de modo integrado, concertando intervenções diferenciadas nos múltiplos contextos, e ao longo da vida do cidadão, considerando as diferenças de género e dando destaque ao trabalho centrado na família como base na sensibilização para os riscos e consequências associadas à utilização indevida.

OE21 — Proporcionar oportunidades de jogo legal e seguro, e não indutor de comportamento aditivo, através de legislação, regulamentação e fiscalização adequadas, bem como do uso seguro da Internet.

Nos últimos anos, tem sido visível o grande desenvolvimento da área das TI e um aumento significativo do uso da internet, com as gerações mais novas a utilizarem cada vez mais aparelhos tecnológicos no seu dia-a-dia. A

facilidade de acesso à internet, aos dispositivos digitais e a constante evolução dos recursos existentes online levaram à criação de novos hábitos de lazer e de acesso à informação (Pereira, 2008).

Nos últimos anos, a investigação tem demonstrando que alguns comportamentos online (e.g., jogo online), quando transpõem as barreiras do autocontrolo, passam a ser associados a um problema e a uma dependência. Este risco revela-se sobretudo alto para os jovens, uma vez que se encontram num período do ciclo de vida marcado por grandes mudanças, que os torna mais suscetíveis face às dependências, em função dos fatores biológicos, psicológicos e sociais (Patrão, 2018).

A prática do jogo a dinheiro é, também, cada vez mais, reconhecida socialmente como uma forma de lazer (Stucki & Rish-Middel, 2007). Pesquisas realizadas em vários países têm permitido concluir que a maioria dos indivíduos já jogou a dinheiro em algum momento da sua vida, existindo mais jogadores do que não jogadores (Calado & Griffiths, 2016). Trata-se de uma indústria multibilionária que, para a grande maioria dos indivíduos, é vista como uma atividade agradável e inofensiva (Buchanan *et al.*, 2020; Meyer *et al.*, 2009). No entanto, sabe-se que, para uma significativa minoria, este comportamento pode deixar de ser adaptativo, e tornar-se um problema e dependência com consequências adversas graves (Buchanan *et al.*, 2020; Meyer *et al.*, 2009). Atendendo a esta realidade foi estabelecido este objetivo específico, com o intuito diminuir o risco de comportamento aditivo, especialmente através da regulação e de se sensibilizar para o uso seguro da Internet.

OE22 — Garantir a adequação da legislação existente às políticas públicas relacionadas com os comportamentos aditivos e dependências e disponibilizar ferramentas/instrumentos que promovam a partilha de conhecimento e o trabalho em rede.

Pretende-se garantir que a legislação existente é adequada e está ajustada, relativamente às políticas públicas relacionadas com os comportamentos aditivos e dependências, nomeadamente quanto a políticas de preços e de comunicação. É pretendida ainda, a criação e disponibilização de ferramentas ou instrumentos, aproveitando as novas oportunidades proporcionadas pelo desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação, por forma a promover um amplo e eficaz acesso à informação/conhecimento e ao trabalho em rede.

OE23 — Garantir estratégias e intervenções de prevenção ambiental, baseadas na evidência, dimensionando-as e orientando-as para as características dos grupos-alvo e contextos onde se inserem.

O desenvolvimento de fatores de proteção individuais, familiares e sociais, a fim de incrementar as competências para a vida, as escolhas de vida saudáveis e a resiliência face aos CAD poderão ser potenciados por intervenções preventivas de carácter ambiental.

A implementação de estratégias e intervenções de carácter ambiental no domínio dos CAD visa contribuir para a redução da exposição do cidadão a estímulos potenciadores de CAD, nomeadamente publicidade e organização dos eventos recreativos/ festivos, de diverso cariz.

Por outro lado, salientam-se também os aspetos relacionados com a diversidade dos efeitos provenientes dos consumos das substâncias psicoativas e as suas repercussões nas múltiplas esferas de ação de uma pessoa, designadamente na condição específica de condução de veículos, que possuem uma enorme importância social e na saúde pública. Há semelhança do preconizado no anterior ciclo pretende-se dar continuidade e especial atenção à mitigação da condução sob a influência de substâncias psicoativas e à sinistralidade associada.

Na área da promoção dos direitos e da proteção das crianças e dos jovens, o atual quadro legislativo reconhece a importância que a diversidade de estruturas da saúde e do setor social têm em prol da defesa dos direitos das crianças e jovens, atribuindo-lhes a missão de poderem atuar de forma a dissipar as situações de perigo. Com este tipo específico de intervenção pretende-se diminuir o número de crianças e jovens em situação de perigo relacionadas com CAD.

OE24 — Reforçar a cooperação e coordenação interinstitucional no domínio do combate ao tráfico ilícito de drogas e ao branqueamento de capitais associado.

Pretende-se alcançar níveis ainda mais elevados de cooperação e coordenação no que respeita às atividades e ações que no domínio do combate ao tráfico ilícito de drogas são desenvolvidas pelas diversas entidades com competências e responsabilidades específicas ao nível da fiscalização, prevenção e investigação criminal, designadamente através do reforço da partilha de informação e da valorização do papel das Unidades de Coordenação e Intervenção Conjuntas, consagradas no Decreto-Lei n.º 81/95, de 22 de abril.

OE25 — Reforçar a cooperação policial e judiciária internacional no domínio do combate ao tráfico ilícito de drogas e branqueamento de capitais associado.

Pese embora todos os avanços alcançados ao longo dos últimos anos, com o reforço da cooperação policial e judiciária pretendem-se aumentar a capacidade de combater de forma mais eficaz e coordenada as atividades de indivíduos e organizações criminosas que atuam em diferentes países e continentes, em especial das que dispõem de maior capacidade.

OE26 — Reforçar a prevenção e investigação do tráfico ilícito de drogas, do branqueamento de capitais e intensificar a recuperação de ativos.

Face à evolução do fenómeno do tráfico ilícito de drogas e do branqueamento de capitais a ele associado registada em território nacional nos últimos anos, importa reforçar significativamente a capacidade de prevenir e investigar aqueles fenómenos. Pretende-se também intensificar a recuperação de ativos por constituir uma forma eficaz de prevenir e combater aqueles fenómenos criminais.

OE27 — Prevenir o desvio de percursores e pré-percursores de drogas ilícitas.

Pretende-se evitar que determinadas substâncias que têm utilização lícita, designadamente na indústria química, sejam desviadas dos seus circuitos normais a fim de serem utilizadas na produção ilícita de drogas.

OE28 — Reforçar as ações de prevenção e fiscalização direcionadas a contextos específicos.

Com este objetivo específico pretende-se reforçar a realização de ações de prevenção e fiscalização direcionada para contextos específicos, designadamente junto de locais referenciados como sendo de consumo e tráfico de estupefacientes.

OE29 — Assegurar um grau de controlo elevado ao nível da fronteira externa da União Europeia.

Pretende-se garantir um elevado grau de controlo da fronteira externa da UE sob a responsabilidade de Portugal de molde a evitar a entrada ilícita de estupefacientes e novas substâncias psicoativas não só em território nacional, mas também no espaço europeu. Nessa medida, importará otimizar as capacidades de intervenção, designadamente ao nível da fiscalização e do controlo de fronteira, das várias entidades com competências nesses domínios.

OE30 — Aumentar o número de investigações visando grupos criminosos de alto risco.

Com este objetivo específico pretende-se aumentar o número de investigações criminais dirigidas especificamente às atividades ilícitas praticadas por grupos organizados que em função, designadamente da sua grande capacidade de atuação, das quantidades de drogas traficadas ou da prática regular de outros crimes como instrumentais do tráfico de drogas como sejam crimes violentos e crimes de corrupção, sejam identificados e considerados como sendo de alto risco.

OE31 — Reforçar os mecanismos de centralização, análise e partilha de informação.

A prevenção e o combate ao tráfico ilícito de drogas para serem eficazes, dependem, em grande medida da capacidade de recolha, análise e adequada partilha da informação relevante. Por outro lado, a centralização da informação permite uma melhor e mais eficaz gestão quer das ações de prevenção quer, essencialmente da gestão e coordenação das investigações, favorecendo também a cooperação internacional.

Nessa medida, importa continuar a reforçar os mecanismos que contribuam para a centralização, análise e partilha da informação.

OE32 — Aumentar o conhecimento sobre os mercados ilícitos de drogas e das NSP.

Para se prevenir e combater de forma eficaz a oferta de drogas ilícitas e de novas substâncias psicoativas, importa conhecer o mais aprofundadamente possível as dinâmicas, contornos e atores dos mercados ilícitos dessas substâncias.

Nessa medida, as autoridades competentes deverão desenvolver medidas que possibilitem a recolha de informação permanente e atualizada, o que contribuirá não só para uma melhor definição das suas atividades e ações mas também para uma melhor afetação de recursos.

OE33 — Aumentar o conhecimento sobre os novos «*modi operandi*» de tráfico de droga, designadamente através da Internet e redes sociais.

No domínio do combate ao tráfico ilícito de estupefacientes, o conhecimento, por parte das autoridades policiais e alfandegárias, dos “*modi operandi*” utilizados pelas redes criminosas tem-se revelado de grande eficácia no combate àquele tipo de ilícito.

Nessa conformidade, as autoridades competentes deverão desenvolver as ações necessárias de molde a aumentarem os conhecimentos dos seus profissionais nesta matéria, designadamente com recurso à cooperação internacional através do estabelecimento de canais de canais expeditos de permanente troca de informação.

OE34 — Consolidar o Sistema Nacional de Informação sobre substâncias psicoativas, comportamentos aditivos e dependências, através do reforço dos SI dos seus serviços fonte e do desenvolvimento de ferramentas de observação capazes de disponibilizar dados normalizados e atuais.

Importa incorporar novos serviços fonte neste Sistema Nacional de Informação, não só das áreas dos CAD sem substância, como também, serviços que possam disponibilizar indicadores relevantes e ainda não sistematicamente recolhidos nas áreas dos CAD com substância. Por outro lado, é necessário promover junto dos serviços fonte a capacidade dos seus SI assegurarem a disponibilização dos dados/informação necessários para efeitos de reporte nacional, europeu e internacional e, desenvolver os meios necessários para melhor identificar as oportunidades e ameaças emergentes.

OE35 — Aumentar o valor, a capacidade e a complementaridade dos esforços de investigação.

A aposta passará por fomentar o trabalho em rede e criar sinergias na comunidade científica nacional, reforçar a presença internacional da investigação nacional e, estimular a investigação em áreas consideradas prioritárias em cada um dos ciclos de ação, sempre com o foco na orientação das políticas e intervenções nestes domínios.

OE36 — Fomentar uma maior ligação entre ciência, decisão, ação e cidadania.

Trata-se de um objetivo muito interligado com os dois anteriores, mas também com os que integram o tema transversal Formação, Informação e Comunicação. Uma aplicação efetiva do conhecimento produzido pressupõe

estabelecer conexões sustentáveis entre ciência, decisão e ação e, informar de forma clara os cidadãos. Importa assim, aproveitar a “memória recente” do reconhecimento dos benefícios dessas conexões no contexto da pandemia do SARS-CoV-2, e apostar-se neste ciclo estratégico em abordagens mais proativas e de proximidade com os grupos-alvo da informação e do conhecimento a transmitir, nomeadamente os decisores, os interventores e os cidadãos.

No âmbito deste Tema transversal, tal passará, entre outros, por desafiar os investigadores a elaborar de forma sistemática recomendações para a decisão e a ação com base nos resultados concretos das suas investigações e, na elaboração de produtos de informação e do conhecimento, que caracterizem realidades e problemas de forma célere, direcionada e com conteúdos adaptados aos diferentes grupos-alvo.

OE37 — Promover e dinamizar processos de formação tendo em consideração as necessidades identificadas e os problemas emergentes e prioritários.

Importa capacitar os profissionais dos serviços com responsabilidades na implementação das políticas e/ou no desenvolvimento das intervenções, com conhecimento e competências técnicas, tendo em vista a qualificação e especialização dos serviços prestados e o funcionamento de respostas e intervenções úteis e eficazes.

Considerando o integral respeito pelos Direitos Humanos, a igualdade de acesso e equidade na resposta às necessidades dos cidadãos e comunidades a dinâmica formativa a desenvolver tem ainda como propósito robustecer a capacidade de resposta instalada, renovar/atualizar os conhecimentos dos interventores, tendo em consideração a evidência produzida e as melhores práticas reconhecidas e validadas.

OE38 — Dinamizar ações de disseminação de informação e conhecimento.

Complementarmente à atividade formativa formal, certificada e com enquadramento técnico e específico, as ações de sensibilização/informação¹³ e outros eventos formativos dirigidos a diferentes grupos-alvo, a pedido ou enquadrados em projetos desenvolvidos com *stakeholders*, internos e externos, fazem parte das estratégias a promover. Também neste âmbito, importa capitalizar os formatos virtuais que se mostraram profícuos durante o período pandémico, e fazer chegar a informação e o conhecimento a um grupo alargado de agentes e profissionais, contribuindo para a literacia dos intervenientes em geral e para a criação de comunidades protetoras.

¹³ Consideram-se ações de sensibilização as ações com duração até 4 horas;

OE39 — Desenvolver estratégias e produtos comunicacionais com informação necessária e útil que contribua para comunidades mais informadas e mais saudáveis.

A disseminação de conhecimento, dados e informação, sobre os comportamentos potencialmente aditivos e os riscos associados, contribui para o empoderamento dos cidadãos e os sistemas sociais, por via do acesso a informação útil e apreensível, para que as decisões sejam informadas e promotoras de saúde e bem-estar.

A operacionalização deste objetivo passa por facilitar o acesso à informação e conhecimento com recurso às plataformas digitais, criando, adaptando e simplificando os produtos de conhecimento tornando-os acessíveis apelativos e adequados aos diferentes públicos.

OE40 — Garantir o cumprimento dos compromissos internacionais e promover a concertação da posição nacional nos fora internacionais.

Portugal empenhar-se-á na prossecução das obrigações e compromissos do Estado Português junto das diversas instâncias internacionais, reforçando o envolvimento dos *stakeholders* com responsabilidades de intervenção em matéria de CAD e criando condições que favoreçam a convergência de posições nos *fora* internacionais.

OE41 — Garantir a representação nacional em organizações multilaterais ou regionais e nas instâncias da UE, bem como noutros fora de âmbito internacional.

Na sua qualidade de Estado Membro da União Europeia e membro da Organização das Nações Unidas e do Conselho da Europa, Portugal continuará a promover a participação ativa nos *fora* internacionais com intervenção em matéria de CAD, procurando um maior envolvimento nacional nas discussões que decorrem no espaço multilateral, tendo em vista o reforço da presença, da visibilidade e da capacidade de influenciar as decisões tomadas, melhorando assim a eficácia da intervenção do nosso país.

OE42 — Desenvolver e consolidar relações de cooperação internacional e promover o intercâmbio de experiências junto de entidades de outros países e de organizações internacionais.

O desenvolvimento de relações de cooperação, no âmbito dos mecanismos bilaterais e multilaterais existentes, continuará a assumir um papel relevante na atuação em matéria de CAD ao nível internacional, num esforço de apoio ao desenvolvimento de políticas baseadas na promoção da saúde pública e no respeito pelos Direitos Humanos de todos os países e regiões do mundo.

Com base no interesse na política portuguesa no domínio dos CAD, promover-se-á o intercâmbio de experiências e a promoção de parcerias, procurando reforçar a visibilidade da política nacional e promover a abordagem integrada, equilibrada e multidisciplinar que Portugal tem defendido.

III — *Sustentabilidade e gestão*

Áreas transversais

Informação e investigação

A avaliação do anterior ciclo estratégico e as orientações estratégicas europeias para estas temáticas apontam, de um modo geral, para a necessidade do reforço de sinergias na produção e aplicação do conhecimento, para abordagens inovadoras na observação e investigação e capazes de antecipar cenários, de forma a contribuir para decisões e ações mais adequadas e sustentáveis nestes domínios.

No atual contexto de pandemia SARS-CoV-2, mais do que nunca se torna imprescindível o reforço da gestão integrada da informação e do conhecimento na área das adições e dependências, de modo a permitir a sua utilização atempada e efetiva pelos decisores, interventores e cidadãos em geral. Nesta área transversal, a finalidade será melhorar o conhecimento sobre os CAD, designadamente sobre os padrões e tendências das adições e o seu impacto na saúde pública e na proteção e segurança dos cidadãos, bem como fornecer orientação para as políticas e para a sua avaliação, melhorar a tomada de decisão e a resposta ao fenómeno.

A estratégia deverá passar por observar, investigar, antecipar e, repensar políticas, decisões e ações.

Formação

A orientação estratégica foca-se na continuidade da dinâmica formativa adaptada ao conhecimento atual e às necessidades identificadas, com uma aposta forte na inovação nos formatos de longa duração e nas modalidades *e-learning* e *b-learning*, seguindo as recomendações da avaliação do anterior Plano; e nos conteúdos, com a proposta de introdução de conteúdos nos *curricula* académicos de cursos relevantes para o alcance da visão deste Plano, designadamente internatos gerais e de especialidade, hotelaria e turismo, desporto, atualizar e aprofundar conteúdos, responder a problemas emergentes e prioritários.

Sendo uma área transversal, importa que cada organismo com responsabilidade na operacionalização do Plano desenvolva nas áreas setoriais de atuação, em articulação com os serviços de referência em matéria de CAD, atividade formativa para capacitar os profissionais para melhor atuarem junto dos públicos que servem.

Considerando a atual situação epidemiológica, colocam-se diversos desafios. O envelhecimento da população consumidora e a necessidade de capacitar profissionais para melhor responder às necessidades específicas deste grupo etário; o mesmo relativamente às especificidades da abordagem em função do género, considerando aqui a diversidade de género e a orientação sexual; as prevalências do consumo *binge* e embriaguez dos mais jovens remetem para a necessidades de preparar interventores para atuarem em contextos recreativos; a prevalência do consumo de canábis e os problemas relacionados e a concomitante necessidade de preparar profissionais e serviços para responder às necessidades de intervenção; a atual situação relacionada com o jogo (a dinheiro ou não, de base territorial ou online), a internet e redes sociais.

Comunicação

A orientação estratégica na área da comunicação aponta para a adoção de dinâmicas proativas e de proximidade, facilitadoras do acesso à informação e assentes, sobretudo, nos meios tecnológicos. Empoderar os cidadãos e os sistemas sociais, melhorar a literacia em CAD, irá facilitar escolhas informadas, e comunidades saudáveis e protetoras.

Dando continuidade às orientações estratégicas do último ciclo, a comunicação foca-se na transformação de informação e conhecimento em produtos comunicacionais simples e acessíveis, fáceis de integrar por parte de diferentes públicos-alvo e no reforço da utilização de novas tecnologias e ferramentas digitais, por parte de toda a rede de parceiros, tornando mais eficaz a transmissão de mensagens e a melhoria da literacia em CAD.

Relações internacionais e cooperação

As prioridades estratégicas em matéria de relações internacionais e cooperação são definidas de acordo com as orientações da política externa portuguesa e a sua implementação não se esgota num ano civil, sendo recorrentes de ano para ano, pelo que a sua pertinência e atualidade não se esgotou na vigência do anterior Plano e devem ter continuidade no presente ciclo estratégico.

Portugal tem delineado a sua estratégia de atuação internacional em matéria de comportamentos aditivos e dependências seguindo os princípios e orientações internacionais, com um forte enfoque na defesa e promoção da implementação de políticas centradas na promoção da saúde pública e ancoradas no respeito pelos Direitos Humanos.

A conjuntura internacional sem precedente que vivemos, decorrente da pandemia provocada pela COVID-19, e fortemente marcada pela globalização, evolução das tecnologias da informação, a par de questões como as alterações climáticas e as migrações, coloca desafios persistentes e crescentes, tanto para a saúde pública como para a segurança de todos nós.

Neste quadro complexo, multifacetado e repleto de novos desafios, a adoção de políticas públicas baseadas na evidência científica e nos ensinamentos da experiência assume uma importância e relevância crescentes. Importa, mais do que nunca, identificar precocemente as ameaças emergentes e enfrentar os desafios que se colocam à comunidade internacional em matéria de adições e dependências, bem como os resultantes do tráfico de drogas e que são cada vez mais globais e interdependentes, por forma a cumprir o compromisso global fundamental, consagrado nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, «não deixar ninguém para trás» — ODS (UN, 2015).

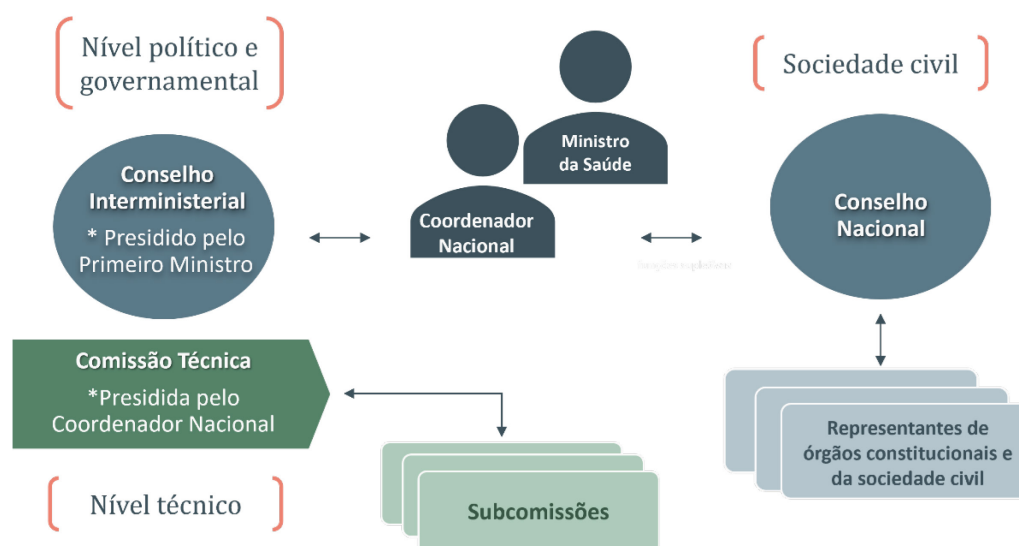
Portugal continuará, pois, a assumir-se como parceiro ativo na definição e concretização das estratégias e iniciativas da comunidade internacional, garantindo o cumprimento dos compromissos internacionais e a representação nacional nos *fora* com intervenção nestas matérias, bem como desenvolvendo relações de cooperação e promovendo a divulgação da política portuguesa em matéria de comportamentos aditivos e dependências.

Tratando-se de uma área transversal, importa que os Organismos da Administração Pública Portuguesa com responsabilidade na operacionalização do Plano, contribuam na sua respetiva área de atuação para a implementação dos objetivos delineados.

Gestão do plano

Coordenação

A coordenação do PNRCAD-2030, à semelhança dos anteriores Planos, será assegurada por uma estrutura de coordenação — *Estrutura de Coordenação para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool* — regulada em diploma próprio (Decreto-Lei n.º 1/2003, de 6 de janeiro, na sua redação atual), no qual se encontram definidas as competências em matéria de consumo de substâncias ilícitas e uso nocivo do álcool.



A Estrutura de Coordenação, tem diferentes níveis de representação:

- **NÍVEL POLÍTICO** e governamental, através do **Conselho Interministerial**, presidido pelo Primeiro-Ministro e composto pelo membro do governo responsável por esta política, o(a) Ministro(a) da Saúde, e pelos diferentes ministros das 13 áreas governamentais (Administração Interna, Defesa Nacional, Negócios Estrangeiros, Finanças, Agricultura, Economia, Ambiente, Justiça, Trabalho, Segurança Social, Educação, Saúde, Ciência e Ensino Superior) relacionadas com esta problemática e envolvidas no PNRCAD.
- **NÍVEL EXECUTIVO**, através da **Comissão Técnica**, presidida pelo Coordenador Nacional (que por inerência de funções é o Diretor-Geral do SICAD) e composta por representantes de cada um dos ministros do Conselho Interministerial, operacionalizando a sua ação através de **8 Subcomissões**[†] (Prevenção, Redução de Riscos, Minimização de Danos, Tratamento e Reinserção; Dissuasão; Redução da Oferta de Substâncias Ilícitas; Regulação e Fiscalização da Oferta de Substâncias Lícitas; Informação

e Investigação; Comunicação e Formação; Relações Internacionais e Cooperação; Acompanhamento e Avaliação), constituídas por representantes de diferentes entidades¹⁴ com responsabilidades na implementação do PNRCAD.

- **NÍVEL SOCIAL**, através do **Conselho Nacional**, órgão consultivo do Primeiro-Ministro e composto por representantes de órgãos estatutários (Governos das regiões Autónomas da Madeira e dos Açores, PGR e Conselho Superior da Magistratura) e da sociedade civil.

A estrutura de coordenação tem como propósito principal garantir a observância das opções e das orientações estratégicas na implementação do Plano Nacional e dos respetivos Planos de Ação, monitorizar e promover a avaliação desta implementação e do seu impacto ao nível da problemática, garantindo simultaneamente uma eficaz coordenação e articulação entre os vários departamentos governamentais envolvidos na execução do PNRCAD-2030.

São competências da Estrutura de Coordenação:

A criação ou manutenção de instâncias de diálogo e cooperação nas áreas dos CAD cobertos pelo PNRCAD;

A apresentação de propostas e validação das opções estratégicas sobre a planificação, implementação, monitorização e avaliação do PNRCAD, e ao nível da articulação interdepartamental das várias áreas governamentais implicadas;

Assegurar a articulação permanente entre todas as entidades que intervêm no PNRCAD;

O assegurar que os organismos competentes da Administração Pública, os parceiros institucionais e da sociedade civil, inscrevam nos respetivos planos de atividades os objetivos do PNRCAD e as ações previstas em sede dos respetivos Planos de Ação, com vista a garantir a sua execução;

Promover a adequação de recursos logísticos e humanos, que possam assegurar a implementação de todas as atividades planeadas;

Assegurar a implementação, monitorização e avaliação do PNRCAD e respetivos planos de ação.

Para que a implementação dos Planos de Ação, decorrentes do PNRCAD, seja efetiva, é necessário que os órgãos executivos destas Estruturas, a Comissão Técnica e as respetivas subcomissões, acompanhem de perto este processo de modo a possibilitar o compromisso do nível político e a eficácia das intervenções no nível técnico. Isso implica uma articulação permanente entre todas as entidades que intervêm nos Planos e a garantia de facilidade de comunicação interna entre representantes da mesma entidade.

¹⁴ SICAD, CDT Lisboa, INFARMED, DGS, INMLCF, INSA, INEM, ARS/DICAD, MNE, PGR, DGAI, MDN/DGPRN, ASAE, ANSR, SEF, SIS, SIED, SGMAI, GNR, PSP, PJ, PJ/LPC, SRIJ, PJ/UNCTE, DGPI, DGPRM, ISS, CNPDPCJ, DGRSP, DGES, IPDJ, DGE, CIG, DGAV, DGAE, DGC, IVV, AM, AdoP, ERC, AT, INE, SCML, Turismo Portugal, IP e Autorregulação Publicitária.

Orçamento

Para que a implementação de todas as ações previstas ao nível dos Planos de Ação e de todos os objetivos do PNRCAD sejam alcançados, com o desejável impacto ao nível da Redução dos CAD, é crucial que cada entidade implicada no mesmo, possa dispor de recursos humanos e financeiros suficientes para garantir a formação dos profissionais, os recursos logísticos e a execução das ações com as quais se comprometeram neste âmbito.

Não dispondo este Plano de uma orçamentação autónoma, será crucial a afetação de verbas provenientes dos orçamentos das entidades competentes, de modo a garantir a execução das ações previstas.

A determinação dos custos na implementação da política em CAD nem sempre é linear, uma vez que existem dificuldades em especificar com exatidão o custo que representa a execução de algumas ações (entre outras razões, pelo facto das ações não estarem inscritas em plano, ou por integrarem atividades de gestão corrente de determinada entidade). Considera-se assim imprescindível o esforço por inscrever as ações no planeamento anual de cada entidade.

A assunção de compromissos para a execução das medidas do PNRCAD-2030 e respetivos Planos de Ação depende da existência de dotação orçamental por parte das entidades públicas competentes.

O alargamento do âmbito do PNRCAD a novos CAD levanta, por isso, novos desafios nesta área, tornando-se fundamental:

- Assegurar a adequada orçamentação dos organismos da Administração Central nas áreas do PNRCAD e respetivos Planos de Ação, incluindo a coparticipação em programas relevantes da UE;
- Assegurar o acesso aos fundos da UE, a participação das entidades responsáveis envolvidas, parceiros institucionais e da sociedade civil, de forma a alcançar os objetivos estabelecidos.

Metodologia de elaboração do plano

O PNRCAD-2030 foi elaborado no âmbito das competências da Estrutura de Coordenação para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool (Decreto-Lei nº. 1/2003, de 6 de janeiro, republicado pelo Decreto-Lei nº. 40/2010, de 28 de abril) e contou com a colaboração dos diversos órgãos que a compõem, assim como de várias entidades externas à estrutura de coordenação, com competências na área dos CAD.

A metodologia utilizada para a conceção deste documento estratégico recorreu a múltiplas fontes, métodos e ferramentas, designadamente a análise documental de diversos referenciais fundamentais, a dinamização de grupos de trabalho e a auscultação de diferentes entidades implicadas, externas e internas aos órgãos que compõem a Estrutura de Coordenação. A elaboração do documento passou por diversas fases designadamente as seguintes:

- 1. Análise da avaliação Intermédia do PARCAD 2013-2016.** Foram tidas em consideração as conclusões e recomendações do processo de avaliação intercalar relativa ao 1º ciclo de ação (PARCAD 2013-2016), efetuada pela Comissão Técnica da Estrutura de Coordenação, através das respetivas subcomissões.
- 2. Avaliação Final do PNRCAD 2013-2020.** As considerações, conclusões e recomendações do processo de avaliação final do PNRCAD 2013-2020, realizado por uma entidade externa e idónea (NOVA-IMS - *Information Management School*), ocuparam um lugar de destaque na reflexão e elaboração do novo Plano Nacional, das quais se extraem as principais recomendações mais adiante.
- 3. Realização do Encontro Nacional Profissionais em Comportamentos Aditivos e Dependências (ENPCAD).** Promovido pelo SICAD, o encontro teve lugar nos dias 25, 26 e 27 de novembro de 2020, on-line e reuniu profissionais nacionais que operam direta e indiretamente na área dos CAD. Esta reunião técnica teve como objetivo refletir e discutir temáticas pertinentes e problemáticas emergentes consideradas cruciais para compreender o fenómeno dos CAD e planear o futuro da intervenção nesta área. Neste encontro nacional, promoveu-se a discussão, auscultou-se os profissionais que investigam e desenvolvem intervenção nesta área e recolheram-se diversos contributos para a conceção do novo PNRCAD. Dos vários painéis/workshops do encontro, destacam-se os seguintes: *“Inovação no Plano Nacional: planear melhor para fazer melhor”*; *“Populações vulneráveis: conseguimos chegar a todos?”*; *“Prevenção ambiental: como podemos fazer a diferença?”*; *“Dependências sem substância: estamos preparados para responder às novas formas de CAD?”*.
- 4. Momento de *brain-storming* para a elaboração do esboço macro da estrutura do novo PNRCAD.** Liderado pelo Coordenador Nacional, foi criado um grupo para pensar o alinhamento estratégico do plano. A equipa foi composta por dirigentes do SICAD e pelos Coordenadores das Subcomissões.
- 5. Elaboração do primeiro *draft* de Estrutura do PNRCAD.** Foram realizadas várias reuniões de trabalho entre os Coordenadores das subcomissões e a Assessoria ao Coordenador Nacional, para a validação da estrutura do novo Plano Nacional.

6. **Apresentação da estrutura e esboço do PNRCAD aos diferentes órgãos e entidades envolvidas na sua concepção.** Foram realizadas reuniões com a Comissão Técnica e com o Conselho Nacional, para validação e aprovação do documento e para a recolha de contributos adicionais.
7. **Apresentação Pública da Estrutura do novo Plano.** Foi realizada uma sessão online, em 20 de abril de 2021, com o objetivo de envolver e obter a colaboração e participação de todos os parceiros intervenientes na futura execução do plano, nomeadamente organizações, profissionais e elementos da sociedade civil. A base da estrutura do documento foi apresentada pelo Coordenador Nacional, contando com a presença do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Na sequência da apresentação pública, foi feito o apelo à participação na construção do novo Plano, através de diversos meios comunicacionais (site institucional do SICAD; Facebook, Twitter; Instagram; newsletters internas e externas do SICAD).
8. **Elaboração do PNRCAD.** Para a elaboração do Plano foram realizados vários encontros de trabalho, ao nível de cada Subcomissão, contando com a participação de cada um dos representantes das entidades abrangidas. Posteriormente, decorreram reuniões de trabalho entre os Coordenadores das Subcomissões e a Assessoria ao Coordenador Nacional.
9. **Constituição de uma equipa de redação do PNRCAD.** Foi criado um grupo de trabalho com o objetivo de construir o documento final, harmonizador, integrador e congregador dos vários contributos que foram surgindo no decurso do processo da sua concepção.
10. **Apresentação para aprovação da versão *draft* final do documento,** pelos Coordenadores das Subcomissões.
11. **Aprovação pela Comissão Técnica.**
12. **Apresentação, à Comissão Executiva do Fórum Nacional Álcool e Saúde,** da versão aprovada pela Comissão Técnica.
13. **Consulta ao Conselho Nacional** da versão aprovada pela Comissão Técnica.
14. **Validação em Comissão Técnica,** para revisão e conclusão do documento final a submeter à homologação.
15. **Consulta pública.** Após consulta pública o documento será revisto e finalizado para ser homologado pelo membro do governo responsável por esta política, o(a) Ministro(a) da Saúde.
16. **Aprovação pelo Conselho Interministerial.** Submissão do documento à apreciação pelos ministros das 13 áreas governamentais abrangidas pelo PNRCAD.
17. **Aprovação em Conselho de Ministros e publicação enquanto resolução.**

A conceção e elaboração do PNRCAD-2030 decorreu durante o ano de 2021, contou com a colaboração de diferentes entidades com responsabilidades na área dos CAD, pretendendo-se que espelhe as avaliações e contributos de todas as partes envolvidas.

O novo Plano resulta de um processo metodológico participativo, que visou construir um documento estratégico para fazer face aos CAD numa perspetiva a longo prazo, cuja operacionalização será realizada através da implementação de três planos de ação.

Enquanto documento orientador da estratégia nacional a implementar para reduzir os CAD, este Plano prevê a existência de áreas prioritárias a definir e investir em cada Plano de Ação, assentando na premissa da sua co-construção ao longo do tempo, envolvendo diferentes entidades públicas, não governamentais e da sociedade civil.

Adiante serão apresentados os mecanismos definidos para a sua implementação, monitorização e avaliação.

Recomendações da avaliação externa

Na elaboração deste Plano estiveram presentes as recomendações das avaliações realizadas em dois momentos distintos, a Avaliação Intermédia, relativa ao 1º ciclo (2013-2016), efetuada pela Comissão Técnica da Estrutura de Coordenação, através das respetivas subcomissões, e a Avaliação Final, levado a cabo por uma entidade externa, a NOVA-IMS (*Information Management School*) e apresentada no início de 2021. Ambos os relatórios se encontram disponíveis para consulta¹⁵.

Embora o processo e a metodologia utilizada tenham sido diferentes nos dois momentos, e a avaliação global seja positiva em qualquer um deles, algumas das recomendações face aos pontos mais fracos são sobreponíveis, alertando para questões de base como sejam: a necessidade de proceder ao alargamento das competências da Estruturas de Coordenação; a importância da existência de uma estrutura vertical do organismo responsável pelo apoio ao coordenador nacional; a insuficiente implementação da Rede de Referência/Articulação; a falta de recursos para garantir a realização das políticas em CAD e respetiva concretização de objetivos, bem como a necessidade de integrar os novos tipos de comportamentos aditivos e dependências.

Apesar do reconhecimento e valorização do compromisso de um conjunto muito vasto de entidades responsáveis pelo desenvolvimento das ações nas várias fases de execução do plano nacional, e da constatação da evolução muito significativa das perceções predominantes na sociedade portuguesa relativamente à questão das adições e dependências, bem como do reconhecimento internacional dos méritos da política portuguesa, foi recomendado, ao nível das duas avaliações, o reforço do envolvimento das Entidades, nomeadamente na monitorização e reporte das atividades desenvolvidas, e do investimento na melhoria da qualidade dos dados

¹⁵ [Relatório de Avaliação Intermédia PNRCAD 2013-2020](#); [Relatório de Avaliação Externa PNRCAD 2013-2020](#)

relativos aos indicadores chave nacionais e internacionais sobre CAD com e sem substância, tanto nos domínios da redução da procura como na da oferta.

No que se refere à elaboração do novo plano, nas conclusões da avaliação externa de 2020, muitas delas já constantes do relatório de avaliação intermédia de 2016, foram elencadas uma série de preocupações a ter em consideração, designadamente ao nível da importância de flexibilidade e adaptabilidade às prioridades identificadas a cada momento, alargando o enfoque de atuação para outros domínios, para além das substâncias ilícitas tradicionais, nomeadamente algumas já previstas no plano anterior (como os medicamentos, os anabolisantes, as novas substâncias psicoativas), e o uso problemático da internet.

Ainda ao nível de construção do novo plano foi referida a importância de reduzir significativamente as ações e indicadores, destacando as prioridades e a necessidade de definir claramente as metas e indicadores que permitam a avaliação da eficácia do conjunto das intervenções, e a identificação dos fatores críticos de sucesso para a consecução dessas metas e concentração dos esforços na sua execução. Foi também recomendado o reforço da ligação entre metas, indicadores e critérios de avaliação das ações, de forma a tornar mais evidente a ligação entre o PNRCAD e os respetivos PARCAD e a implementação de mecanismos ágeis e mais eficazes, de monitorização e reporte, que permitam uma supervisão continuada, tirando mais partido dos sistemas de informação e tecnologias informáticas.

Relativamente à metodologia de elaboração do plano foi salientada a importância de aumentar o envolvimento dos *stakeholders*, quer no desenho, na definição das prioridades e objetivos, quer no acompanhamento e monitorização.

Quanto às opções estratégicas, algumas conclusões vão no sentido de dar continuidade à centralidade no cidadão e ao desenvolvimento de intervenções globais e abrangentes, considerando o seu contexto, o ciclo de vida, e os diferentes tipos de intervenções, em continuidade com as opções dos planos anteriores.

Foram apresentadas recomendações que implicam alterações legislativas, como sejam: o eventual alargamento da área da Dissuasão a outros comportamentos e substâncias para além das ilícitas; a elaboração do enquadramento legal que estabeleça uma periodicidade, no mínimo quadrienal para a atualização dos diagnósticos territoriais; a revisão do enquadramento legislativo de algumas áreas como o jogo, a publicidade e sua regulamentação; e uma maior fiscalização de práticas comerciais indutoras dos consumos.

Destacam-se, entre as várias recomendações elencadas: o relançamento da Rede de Referência; o reforço da adoção de novas tecnologias e ferramentas digitais, para acesso e integração dos dados provenientes de diferentes fontes, e consequente processamento e disponibilização a vários públicos de forma rápida e customizada; a renovação da oferta formativa, com disponibilização de cursos nas modalidades e-learning ou b-learning; e a diversificação de meios de comunicação (SMS, WhatsApp, e-mails e/ou redes sociais), quer ao nível da formação, quer de ações de sensibilização e informação, potenciando o contacto com populações mais jovens.

Foi ainda recomendada a criação de um Fórum para o jogo, à semelhança do FNAS e de um Conselho de Peritos atuante e interveniente, com um grau de especialização e experiência que permita responder aos desafios constantes que se colocam em CAD.

Do ponto de vista da cooperação internacional, recomendou-se, que as boas práticas já existentes ao nível da coordenação dos vários órgãos de polícia e investigação, maioritariamente realizada a nível da troca de informação criminal entre as diferentes forças, sejam alargadas a outros níveis, tais como tendências em termos de práticas/*modus operandi*, processos de tráfico, perfis dos traficantes, rotas e meios, e alinhamento de prioridades baseados na evidência científica.

Recomendou-se ainda a expansão a outros PALOP de boas práticas de cooperação já existentes, por exemplo com Cabo Verde ao nível de programas de prevenção, a par da dinamização de outras experiências bem-sucedidas.

O Relatório de Avaliação Externa recomenda ainda que se procure caminhar no sentido de concretizar a orçamentação efetiva nas diferentes estruturas e órgãos com intervenção na execução do PNRCAD, fazendo a distinção entre as atividades correntes das diferentes entidades e as atividades específicas do plano, de modo a poderem ser contabilizados os custos associados à execução das ações, de acordo com uma metodologia uniformemente estabelecida e adotada, e com reforço orçamental relativo às novas atividades a implementar quando necessário. Neste contexto, e de forma a avaliar a eficácia e sustentabilidade económica das ações desenvolvidas, foi recomendada a planificação de avaliações objetivas do *value for 93ulti* dessas ações.

Implementação, monitorização e avaliação

A implementação e monitorização das atividades desenvolvidas no âmbito do PNRCAD serão coordenadas pela estrutura de coordenação e asseguradas pelas subcomissões da Comissão Técnica.

Estas subcomissões constituem-se como elo de ligação entre a Comissão Técnica e os profissionais que desenvolvem a atividade ao nível de cada entidade, garantindo uma metodologia participativa nos processos de elaboração, implementação e avaliação dos planos.

Integrada numa lógica de articulação intra e interministerial, a implementação do Plano será assim assegurada por todas as entidades parceiras, públicas, privadas e do setor social, cuja abrangência das atividades desenvolvidas surja prevista ao nível deste Plano Nacional.

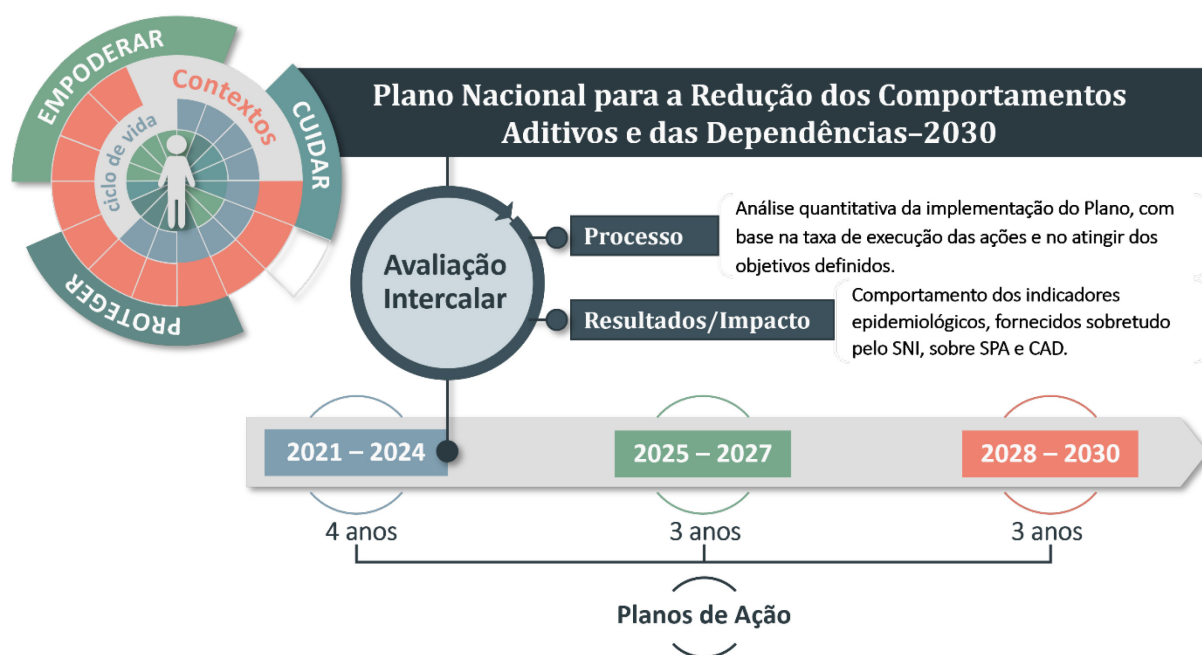
Cada entidade envolvida, ou conjunto de entidades, tem um representante ao nível das subcomissões da Comissão Técnica, no qual recai a responsabilidade de promover a divulgação das ações definidas e consensualizadas nos Planos de Ação para cada ciclo, bem como a sua monitorização.

Em cada Plano de Ação estão identificadas para cada uma das ações a desenvolver, quais as entidades responsáveis ou envolvidas na sua execução. Para que a implementação seja efetiva, é desejável que cada entidade implicada no Plano, transponha para os seus planos, todas aquelas ações que terá de desenvolver nesta matéria.

O processo de acompanhamento e monitorização desenvolvido por estas subcomissões culminará, em cada ano, com a realização da monitorização anual da execução das ações previstas, que será plasmada em relatórios anuais sobre as respostas e intervenções, a apresentar na Assembleia da República.

A avaliação do PNRCAD-2030 sustentará o processo de tomada de decisão e compromisso político, legitimando a implementação de políticas públicas, e reclamando o envolvimento de todas as instâncias por ele abrangidas.

Avaliar um instrumento de política pública é um processo crucial e insubstituível para perceber os impactos do mesmo no fim a que se destina, analisar a eficácia e eficiência dos processos desenvolvidos, a adequação das orientações e das opções estratégicas tomadas e dos recursos e respostas disponibilizados. Este processo de avaliação, assume simultaneamente um papel de facilitador da tomada de decisões fundamentadas, com base no conhecimento do resultado das intervenções e nas recomendações decorrentes desses processos.



O PNRCAD-2030, à semelhança dos anteriores Planos, prevê a realização de momentos distintos de avaliação:

- Avaliação intercalar dos planos de ação;
- Avaliação final, a ter lugar no termo da execução.

A **avaliação intercalar** permitirá adequar as metas e objetivos estabelecidos, diagnosticar necessidades, analisar a eficácia das intervenções e facilitar a decisão quanto à definição de novas prioridades para o ciclo seguinte. Considerando a abrangência temporal do PNRCAD-2030, este será operacionalizado por três Planos de Ação, intercalados por dois momentos de avaliação (2024 e 2027).

Esta avaliação intercalar, a implementar no âmbito da Estrutura de Coordenação, deverá ser promovida pela Comissão Técnica do Conselho Interministerial, com apoio das entidades envolvidas no Plano e sob consulta ao Conselho Nacional.

A **avaliação final**, de carácter global e a realizar no fim do período de vigência do ciclo, requer um planeamento a ter lugar no início do ciclo estratégico e deverá ser conduzida por uma entidade externa, selecionada através de concurso internacional, que envolva especialistas nacionais e internacionais. Este processo de avaliação externa devolverá uma avaliação crítica do impacto do Plano na evolução dos CAD, através do cumprimento das metas, dos objetivos estabelecidos e dos respetivos desvios.

O PNRCAD-2030 contemplará ainda dois processos distintos de avaliação:

- Uma avaliação quantitativa da execução, através da atribuição de ponderação aos objetivos específicos e gerais e das ações;
- Uma avaliação quantitativa do impacto, através da avaliação do cumprimento das metas de impacto.

Relativamente à **avaliação da execução** do Plano e dos respetivos Planos de Ação, esta será baseada na relação e articulação entre as ações e objetivos específicos, objetivos gerais e pilares. Pressupõe a definição das ponderações atribuídas aos objetivos específicos, aos objetivos gerais e pilares deste Plano, sendo a atribuição das ponderações das ações, realizada nos respetivos Planos de Ação.

Quanto à **avaliação de impacto**, as metas serão medidas através de indicadores a definir para cada um dos Planos de Ação. A abrangência temporal deste plano, inviabiliza uma definição de todos os indicadores envolvidos, ao que acresce, o facto de ainda não existirem ao momento indicadores disponíveis para avaliar o impacto de algumas metas. Para o efeito, este processo implicará a criação de instrumentos de medição, sobrepondo-se a questão da necessidade de integrar novos indicadores em concordância com as prioridades identificadas nos diferentes ciclos. A avaliação do impacto pressupõe ainda uma avaliação custo-benefício ou custo-eficácia, avaliações de eficiência, de eficácia e de qualidade das intervenções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, H., (Inv. Princ.), Carvalho, S., (Coord.), Silva, M., Barbosa, J., Abrantes, E., Lino, R., ... & Neto, A. (2020). *A intervenção em reinserção de pessoas com comportamentos aditivos e dependências – Processos e resultados da aplicação do modelo de mediação social e comunitária*. [Relatório final]. Lisboa: SICAD.
- Arriaga, M., Santos, B., Silva, A., Mata, F., Chaves, N., Freitas, G. & DSPDPS/Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar (2019). *Plano de ação para a literacia em saúde*. Lisboa, DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Balsa, C., Vital C. & Urbano C. (2018). *IV Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral – Portugal 2016/17*. Lisboa: SICAD.
- Barger, B., Obedin-Maliver, J., Capriotti, M.R., Lunn, M.R. & Flentje, A. (2021). Characterization of substance use among underrepresented sexual and gender minority participants in the population research in identity and disparities for equality (PRIDE) study. *Substance Abuse*, 42 (1), 104-115. DOI: [10.1080/08897077.2019.1702610](https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1702610)
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32 (7), 513–531.
- Bruno, Antonio & Scimeca, Giuseppe & Marino, Antonio & Mento, Carmela & Micò, Umberto & Romeo, Vincenzo & Pandolfo, Gianluca & Zoccali, Rocco & Muscatello, Maria Rosaria Anna (2012). *Drugs and Sexual Behavior*. *Journal of psychoactive drugs*, 44, 359-64. DOI: [10.1080/02791072.2012.736801](https://doi.org/10.1080/02791072.2012.736801)
- Buchanan, T. W., McMullin, S. D., Baxley, C., & Weinstock, J. (2020). Stress and gambling. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 31, 8–12.
- Calado, F., & Griffiths, M. D. (2016). Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000–2015). *Journal of Behavioral Addictions*, 5(4), 592–613.
- Caldeira, M. & Garcia, R. (2017). *Os jovens em Portugal*. [Infografia PORDATA]. Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/Comunicacao/Infografia+Os+Jovens+em+Portugal-138>
- Calsyn, D. A., Cousins, S. J., Hatch-Maillette, M. A., Forcehimes, A., Mandler, R., Doyle, S. R., & Woody, G. (2010). Sex under the influence of drugs or alcohol: common for men in substance abuse treatment and associated with high-risk sexual behavior. *The American journal on addictions*, 19 (2), 119–127. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2009.00022.x>
- Carapinha, L., Calado, V. & Neto, H. (2020). Comportamentos aditivos aos 18 anos. Inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional 2019. Lisboa, SICAD. [Microsoft Word – DDN 2019 Relatoriocompleto 29 05 \(sicad.pt\)](https://www.sicad.pt/RelatorioCompleto_29_05_sicad.pt)

Carapinha, L. & Guerreiro, C. (2018). Dossier Temático. Padrões de Consumo e Problemas Ligados ao Uso de Drogas – Uma Análise em Função do Género. Lisboa: SICAD. [Dossier Temático • Padrões de Consumo e Problemas Ligados ao Uso de Drogas – Uma Análise em \(sicad.pt\)](#)

Carapinha, L. & Guerreiro, C. (2019). Dossier Temático. Padrões de Consumo e Problemas Ligados ao Uso de Álcool – Uma Análise em Função do Género. Lisboa: SICAD. [Dossier Temático • Padrões de Consumo e Problemas Ligados ao Uso de bebidas Alcoólicas – Uma Análise em Função do Género \(sicad.pt\)](#)

Carapinha, L. & Guerreiro, C. (2021). Enquadramento epidemiológico: uma breve perspetiva da situação atual. Lisboa: SICAD.

Carvalho, S. (2007). *Manual de boas práticas em reinserção (1º caderno). Enquadramento teórico*. Lisboa, Instituto da Droga e da Toxicodependência.

Carvalho, S. (Coord.), Barbosa, J., Topa, J., Abrantes, E., Sério, A., Cunha, C., ... & Neto, A. (2014). *Linhas orientadoras para a mediação social e comunitária no âmbito da reinserção de pessoas com comportamentos aditivos e dependências*. Lisboa, SICAD.

Cochran, B.N., Peavy, K.M. & Robohm, J.S. (2007). Do specialized services exist for LGBT individuals seeking treatment for substance misuse? A study of available treatment programs. *Substance Use & Misuse*, 42(1), 161-176.

Comissão Europeia (2012). *Comunicação da comissão ao parlamento europeu, ao conselho, ao comité económico e social e ao comité das regiões: Para um enquadramento europeu completo do jogo em linha* (versão portuguesa). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012DC0596&from=EN>

Commission on Narcotic Drugs (2019). *Ministerial declaration on strengthening our action at the national, regional and international level to accelerate the implementation of our joint commitments to address and counter the world drug problem* (sixty-second session that have met at United Nations in Vienna). https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/2019/Ministerial_Declaration.pdf

Direção Geral de Saúde (2012). Plano Nacional de Saúde. DGS. http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versearesumo_maio20133.pdf

Direção Geral de Saúde (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Lisboa, DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

Direção Geral de Saúde (2016^a). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção VIH/SIDA 2012-2016*. <https://www.pnvihsida.dgs.pt/programa-nacional111111111/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infecao-vihsida-2012-201611/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infecao-vihsida-2012-2016-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde (2016^b). *Programa nacional para a saúde mental*. <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/saude-mental.aspx>

- Direção Geral de Saúde (2016c). *Programa nacional para a prevenção e controlo do tabagismo*. <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/controlo-do-tabagismo.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2016d). *Programa nacional para as hepatites virais*. <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/hepatites-virais.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2016e). *Programa nacional para a promoção da alimentação saudável*. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/>
- Direção Geral de Saúde (2016f). *Programa nacional para as doenças oncológicas*. <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/doencas-oncologicas.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2018). *Programa nacional para a tuberculose*. <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/>
- Direção Geral de Saúde (2020). *Plano nacional de saúde (revisão e extensão a 2021/2020?)*. [Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf \(netdna-ssl.com\)](https://www.dgs.pt/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020-2021-2022.pdf)
- Erol, A. & Karpyak, V. (2015). Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. *Drug and Alcohol Dependence*, 156, 1-13.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011). *European drug prevention quality standards – A manual for prevention professionals*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/646/TD3111250ENC_318193.pdf
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2012). *Principles of PDU indicator revision* (unpublished).
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017). *Health and social responses to drug problems: a European guide*. Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018). *Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical Report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/7882/Environmental-substance-use-prevention-Interventions-in-Europe.pdf>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019). *European Prevention Curriculum (EUPC): a handbook for decision-makers, opinion-makers and policymakers in science-based prevention of substance use*. Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- European Society for Prevention Research (2021). *Prevention science*. <https://euspr.org/prevention-science>
- Gabinete da Ministra de Estado e da Presidência (s.d.). *Estratégia nacional de combate à pobreza 2021-2030*. https://www.consultalex.gov.pt/ConsultaPublica_Detail.aspx?Consulta_Id=215
- Gossop, M. & Moss, R. (2008). Substance misuse among older adults: a neglected but treatable problem. *Addiction*, 103, 347-348.

Harm Reduction International (2021). *The global state of harm reduction, 2020*. London, Harm Reduction International. www.hri.global/files/2021/03/04/Global_State_HRI_2020_BOOK_FA_Web.pdf

Infarmed (2017). *Benzodiazepinas e análogos 2016*.

<https://www.infarmed.pt/documents/15786/2219894/Utiliza%C3%A7%C3%A3o+de+Benzodiazepinas+e+ver%C3%A1logos/adb100fa-4a77-4eb7-9e67-99229e13154f>

Institute of Alcohol Studies (2010). *Alcohol and the elderly. IAS Factsheet*.

<http://www.ias.org.uk/resources/factsheets/elderly.pdf>.

Instituto da Droga e da Toxicodependência (2005). *Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012*. http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/150/PNCDDT_2005-2012.zip

Instituto da Droga e da Toxicodependência (2009a). *Linhas orientadoras para a intervenção social. Modelo de intervenção em reinserção*. Lisboa, SICAD.

Instituto da Droga e da Toxicodependência (2009b). *Guia de apoio para a intervenção em redução de riscos e minimização de danos*. Lisboa, IDT.

Instituto Nacional de Estatística (2020). *Projeções de População Residente 2018-2080*. Consultado a 30 novembro em

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2

International Centre on Human Rights and Drug Policy, Uniter Nations Human Rights Office of the High Commissioner, UNAIDS, World Health Organization, UNDP (2020). *Diretrizes Internacionais sobre Direitos Humanos e Política de Drogas*. https://www.humanrights-drugpolicy.org/site/assets/files/1672/hrdp_guidelines_portugese_2020.pdf

Kim, J. W., Lee, D. Y., Lee, B. C., Jung, M. H., Kim, H., Choi, Y. S. & Choi, I.G. (2012). Alcohol and cognition in the elderly: a review. *Psychiatry Investigation*, 9, 8-16. <http://dx.doi.org/10.4306/pi.2012.9.1.8>

Lavado, E. & Calado, V. (2020). *ECATD-CAD 2019. Estudo sobre os comportamentos de consumo de álcool, tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências: Portugal 2019. Relatório nacional*. Lisboa: SICAD. [ECATD19_nacional.pdf \(sicad.pt\)](#)

Marc, A. (1998). *Não Lugares, Introdução a uma antropologia da sobremodernidade*. Venda Nova, Bertrand Editora.

Marshal, M.P., Friedman, M.S., Stall R., King, K.M. Miles, J., Gold, M.A, Bukstein, O.G. & Morse, J.Q. (2008). Sexual orientation and adolescent substance use: a meta-analysis and methodological review. *Addiction*, 103 (4), 546-56. DOI:[1360-0443.2008.02149.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02149.x). PMID: 18339100; PMCID: [PMC2680081](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/PMC2680081/)

Matos, M., Gaspar, T., Fábio Botelho, G., Gina, T. & Branquinho, C. (2019). Os adolescentes portugueses, a internet e as dependências tecnológicas. *RPCA*, 10 (1).

- McCorry & Mayes, L. (2015). Understanding addiction as a developmental disorder: an argument for a developmentally informed multilevel approach. *Current Addiction Reports*, 2 (3), 26–330.
- Melo, R. & Duran, D. (2019). O lugar da psicoterapia em comportamentos aditivos e dependências. In Biscaia, C. & Neto, D. (Coord.) *A prática profissional da psicoterapia*. Lisboa, Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Meyer, G., Hayer, T., & Griffiths, M. (2009). *Problem gambling in Europe: Challenges, prevention, and interventions*. Springer.
- Michie, S., van Stralen, M.M. & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6 (42). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- NOVA IMS – Information Management School (2020). *Avaliação externa do PNRCAD 2013-2020: Relatório final*. <https://www.sicad.pt/BK/Institucional/Coordenacao/Documents/2021/Relat%C3%B3rio%20Final.pdf>
- Núcleo Executivo do Grupo para a Implementação, Monitorização e Avaliação da Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo 2017-2023 (2018). *Estratégia nacional para a integração das pessoas em situação de sem-abrigo 2017-2023: Sumário executivo*. https://www.sicad.pt/BK/Intervencao/ReinsercaoMais/Documents%20Partilhados/Anexo_Prop20_Sum%C3%A1rio%20Executivo.pdf
- Organisation for Economic Cooperation and Development (2015). *Tackling harmful alcohol use: Economics and public health policy*. https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/tackling-harmful-alcohol-use_9789264181069-en#page1
- Organisation for Economic Cooperation and Development (2021). *Preventing harmful alcohol use*. OECD Health Studies: OEDT Library. https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/preventing-harmful-alcohol-use_6e4b4ffb-en#page1
- Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2006). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre, Artmed Editora.
- Patrão, I. (2018). *Geração cordão: Protocolo de avaliação na consulta de dependências online*. Atas do 12º congresso nacional de psicologia da saúde. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 405–410.
- Pereira, F. (Coord.), Cunha, P. (Coord.), Carvalho, A., Matos, C., Minderico, C., Almeida, C.T., ... & Lima, R. (2017). *Referencial de educação para a saúde*. Lisboa, Ministério da Educação – Direção-Geral da Educação, Direção-Geral da Saúde. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/referencial_educacao_saude_novo.pdf
- Pereira, L. (2008). O papel dos videojogos no desenvolvimento de competências digitais. *Comunicação e Sociedade*, 13, 135–144.
- Pollak, S., Cicchetti, D. & Klorman, R. (1998). Stress, memory, and emotion: Developmental considerations from the study of child maltreatment. *Development and psychopathology*, 10, 811-828.

Pinto, M., Pires, C. Valente, H., Carvalho, H., Pereira, C. Silva, G. & Carapinha, L. (2021). *Respostas à diversidade*. [Sinopse]. Lisboa: SICAD.

https://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/227/SinopseRespostasDiversidade.pdf

Ponte, C. & Batista, S. (2019). *EU Kids Online Portugal. Usos, competências, riscos e mediações da internet reportados por crianças e jovens (9-17 anos)*. Lisboa, EU Kids Online e NOVA FCSH.

Prochaska, J., & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395.

Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (2020). *Programa nacional para a promoção da atividade física – Portugal 2020*. Lisboa, DGS. https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-pnpaf/relat_pnpaf2020-pdf.aspx

Ritchwood, T.D., Ford, H., DeCoster, J., Sutton, M. & Lochman, J.E. (2015). Risky Sexual Behavior and Substance Use among Adolescents: A Meta-analysis. *Child Youth Serv Rev*, 52, 74-88. DOI: [10.1016/j.chilgyouth.2015.03.005](https://doi.org/10.1016/j.chilgyouth.2015.03.005). PMID: 25825550; PMCID: PMC4375751

Schulenberg, J.E. & Maggs, J.L. (2002). A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. *J Stud Alcohol Suppl*, 14, 54-70. DOI: [10.15288/jsas.2002.s14.54](https://doi.org/10.15288/jsas.2002.s14.54)

Senreich, E. (2010). Are specialized LGBT program components helpful for gay and bisexual men in substance abuse treatment? *Substance Use Misuse*, 45 (7-8), 1077-1096.

Serviço de Intervenção no Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2011). *Linhas orientadoras para o tratamento e reabilitação em comunidade terapêutica*. Lisboa, SICAD.

Serviço de Intervenção no Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013^a). *Plano nacional para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências 2013-2020*. Lisboa, SICAD
https://www.sicad.pt/BK/Institucional/Coordenacao/Documents/Planos/SICAD_Plano_Nacional_Reduc%C3%A7%C3%A3o_dos_Comp%20Aditivos_e_Das_Depend%C3%94ncias_2013-2020.pdf

Serviço de Intervenção no Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013b). [*Rede de referência / articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências*](#). Lisboa, SICAD

Serviço de Intervenção no Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2014^a). *Linhas orientadoras para a mediação social e comunitária no âmbito de reinserção de pessoas com comportamentos aditivos e dependências*.

https://www.sicad.pt/BK/Intervencao/ReinsercaoMais/Documents%20Partilhados/LinhasOrientadorasPara_a_MediacaoSocial_e_ComunitariaNo_ambitoDaReinsercaoDePessoasComComportamentosAditivos_e_Depend%C3%94ncias.pdf

Serviço de Intervenção no Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2014b). *Segurança e Saúde do Trabalho e Prevenção do Consumo de Substâncias Psicoativas: Linhas Orientadoras para Intervenção em Meio Laboral*. Lisboa, SICAD.

Serviço de Intervenção no Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2016). *Linhas de orientação técnica para a intervenção em redução de riscos e minimização de danos: competências dos interventores*. Lisboa, SICAD.

Serviço de Intervenção no Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2018^a). *Linhas de orientação técnica para a intervenção em comportamentos aditivos e dependências sem substância: a perturbação de jogo*. Lisboa, SICAD.

Serviço de Intervenção no Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2018b). *Relatório de avaliação intermédia do plano nacional para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências 2013-2020*. Lisboa, SICAD.

Serviço de Intervenção no Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2020^a). *Relatório anual 2019. A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências* [Coleção Relatórios]. Lisboa, SICAD.

Serviço de Intervenção no Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2021). *Sinopse Estatística 2019: Medicamentos*. Lisboa, SICAD.

Stucki, S., & Rihs-Middel, M. (2007). Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000 and 2005: An update. *Journal of Gambling Studies*, 23(3), 245–257.

Tavares, A. S., Serpa, S, Carolino, E., Horta, L. & Rosado, A. (2020). Prevalence of performance-enhancing substance use and associated factors among 102ultissect gym/fitness users. *Substance Use & Misuse*, 55 (7), (1059-1067). <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/11114>

União Europeia (2014). Recomendação da Comissão sobre princípios com vista à proteção dos consumidores e dos utilizadores de serviços de jogo em linha e à prevenção do acesso dos menores aos jogos de azar em linha. *Jornal Oficial da União Europeia*, L214. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014H0478&from=PT>

União Europeia (2021^a). Estratégia da VER em matéria de Drogas 2021-2025. *Jornal Oficial da União Europeia*, C 102 I/1. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52021XG0324\(01\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52021XG0324(01)&from=EN)

União Europeia (2021b). *Plano de Ação da VER em matéria de Drogas (2021-2025)*. *Jornal Oficial da União Europeia*, C 272. [Plano de Ação da VER em matéria de drogas \(2021-2025\) 2021/C 272/02 – Publications Office of the EU \(europa.eu\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52021C0272(02)&from=EN)

United Nations (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*, resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E

United Nations Office on Drugs and Crime (2013). *International standards on drug use prevention*. Vienna, UNODC.

United Nations Office on Drugs and Crime – UNGASS (2016). *Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem*. Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Drogas. <https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603301-E.pdf>

United Nations Office on Drugs and Crime (2018). *International Standards on Drug Use Prevention* (second updated edition). Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime and the World Health Organization. https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC-WHO_2018_prevention_standards_E.pdf

Van de Glind, I., Bunn, C., Gray, C.M., Hunt, K., Andersen, E., Jelsma, J., ... & Wyke, S. (2017). The intervention process in the European Fans in Training (EuroFIT) trial: a mixed method protocol for evaluation. *Trials*, 18 (356). <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2095-0>

West, R., & Brown, J. (2013). *Theory of addiction* (2nd ed.). West Sussex, John Wiley & Sons, Inc.

World Health Organization (2000). *Health systems: Improving performance*. Genève, World Health Organization

World Health Organization (2010). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. France: WHO Press. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44395/9789241599931_eng.pdf;jsessionid=53A8A4F264329CB33B609CB63362C49B?sequence=1

World Health Organization – Europe (2016). *Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in the WHO European Region*. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/315398/66wd11e_NCDActionPlan_160522.pdf

World Health Organization (2021). *International classification of diseases: ICD-11* (ver. 05/2021). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1448597234>

Legislação portuguesa consultada

Decreto-Lei. Nº 435/70 de 12 de agosto. *Diário da República*, 212. [Promulgação da Convenção Única de 1961 sobre Estupefacientes, das Nações Unidas]. Lisboa, Ministério dos Negócios Estrangeiros. <https://dre.pt/application/conteudo/149202>

Decreto-Lei. Nº 10/79 de 2 de janeiro. *Diário da República*, 25. [Promulgação da Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971, das Nações Unidas]. Lisboa, Direção Geral dos Negócios Políticos. <https://dre.pt/application/conteudo/392622>

Decreto-Lei n.º 81/95, de 22 de abril. *Diário da República*, 95. [Regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas]. Lisboa, Ministério da Administração Interna. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/81-1995-223469>

Decreto-Lei nº 183/2001, de 21 de junho. *Diário da República*, 142. [Aprovação do regime geral das políticas de prevenção e redução de riscos e minimização de danos]. Lisboa, Presidência do Conselho de Ministros.

<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/183-2001-362322>

Decreto-Lei n.º 40/2010, de 28 de abril. *Diário da República*, 82. [Reorganização das estruturas de coordenação do combate à droga e à toxicod dependência, alargando as respetivas competências à definição e à execução de políticas relacionadas com o uso nocivo do álcool, primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 1/2003, de 6 de janeiro]. Lisboa, Ministério da Saúde. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/40-2010-614165>

[Lei nº 30/2000, de 29 de novembro](#). *Diário da República*, 276. [Definição do regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica].

Lei nº 75-C/2020, de 31 de dezembro. *Diário da República*, 253. [Portugal. Grandes Opções do Plano 2021-2023]. Lisboa, Assembleia da República. <https://files.dre.pt/1s/2020/12/25301/0028900377.pdf>

Resolução da Assembleia da República nº 29/91 de 20 de junho. *Diário da República*, 205. [Aprovação da Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas de 1988]. Lisboa: Assembleia da República. <https://dre.pt/application/conteudo/304535>

Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99 de 26 de maio. *Diário da República*, 122. [Aprovação da Estratégia Nacional de Luta contra a Droga]. Lisboa, Presidência do Conselho de Ministros.

<https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/46-1999-316939>

Resolução do Conselho de Ministros nº 85/2017 de 19 de junho. *Diário da República*, 116. [Plano Estratégico Nacional de Segurança Rodoviária – PENSE 2020]. Lisboa: Ministério da Administração Interna.

<https://files.dre.pt/1s/2017/06/11600/0305403089.pdf>

Resolução do Conselho de Ministros nº107/2017 de 25 de julho. *Diário da República*, 142. [Aprova a Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo: Prevenção, Intervenção e Acompanhamento, 2017-2023]. Lisboa, Presidência do Conselho de Ministros.

<https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/107/2017/07/25/p/dre/pt/html>

Resolução do Conselho de Conselho de Ministros nº 61/2018 de 21 de maio. *Diário da República*, 97. [Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não-Discriminação – Portugal + Igual (ENIND) 2018-2030]. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros. [https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/61-2018-](https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/61-2018-115360036)

[115360036](https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/61-2018-115360036)

Resolução do Conselho de Ministros n.º 114-A/2018 de 4 de setembro. *Diário da República*, 170. [Plano Nacional para a Juventude 2018-2021]. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.

<https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/114-a-2018-116330692>

Resolução do Conselho de Ministros n.º 2/2020 de 21 de janeiro. *Diário da República*, 14. [Altera a Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo 2017-2023]. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros. <https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/2/2020/01/21/p/dre>

SIGLAS E ACRÓNIMOS

AdoP – Autoridade Antidopagem de Portugal

AMN – Autoridade Marítima Nacional

ANSR – Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária

ARS, I.P. – Administração(ões) Regional(ais) de Saúde, I.P.

ARS/DICAD – Administração Regional de Saúde I.P./ Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

ASAE – Autoridade de Segurança Alimentar e Económica

ASSIST – The Alcohol, Smoking and Substance Involment Screening Test

AT – Autoridade Tributária e Aduaneira

AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test

CAD – Comportamentos Aditivos e Dependências

CDT – Comissão(ões) para a Dissuasão da Toxicodependência

CE – Comunidade Europeia

CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

CIG – Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género

CNPDPJ – Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens

CPLP – Comunidades dos Países de Língua Portuguesa

CRI – Centro(s) de Respostas Integradas

CT – Comissão Técnica

DDN – Dia da Defesa Nacional

DGAE – Direção-Geral das Atividades Económicas

DGAI – Direção-Geral da Administração Interna

DGAV – Direção-Geral de Alimentação e Veterinária

DGC – Direção-Geral do Consumidor

DGE – Direção-Geral da Educação

DGE Direcção-Geral da Educação

DGES – Direção-Geral de Ensino Superior

DGO Direção-Geral do Orçamento

DGPJ – Direção-Geral da Política de Justiça

DGPJ Direção-Geral da Política de Justiça

DGPRM – Direção-Geral de Pessoal e Recrutamento Militar

DGRSP – Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais

DGS – Direção-Geral da Saúde

EM – Estados Membros

EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

ENIND – Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não-Discriminação – Portugal + Igual

ENIPSSA – Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas em situação de Sem-Abrigo

ENLCD – Estratégia Nacional de Luta contra a Droga

ERC – Entidade Reguladora para a Comunicação Social

FNAS Fórum Nacional Álcool e Saúde

GNR – Guarda Nacional Republicana

GOP – Grande Opções do Plano em Matéria de Planeamento e da programação Orçamental Plurianual

I.P. – Instituto Público

ICD – International Classification of Diseases

IDT, I.P. – Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I.P.

IGAS – Inspeção Geral das Atividades em Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística, I.P.

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

INMLCF – Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.

INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

IPDJ – Instituto Português do Desporto e Juventude, I.P.

ISS – Instituto da Segurança Social, I.P.

IVV – Instituto da Vinha e do Vinho, I.P.

LGBTQIA+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexual/Transgénero, Queer, Intersexo, Assexual e todas as diversas possibilidades de orientação sexual e identidade de género que existam

LPC – Laboratório de Polícia Científica

MAI – Ministério da Administração Interna

MDN/DGPRN – Ministério da Defesa Nacional/Direção-Geral de Recursos da Defesa Nacional

ME – Ministério da Educação

MNE – Ministério dos Negócios Estrangeiros

NSP – Novas Substâncias Psicoativas

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ODS – Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável

OE – Objetivo(s) Estratégico(s)

OEDT – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organizações não Governamentais

ONU – Organização das Nações Unidas

ONUSIDA – Programa Conjunto da Organização das Nações Unidas para o VIH/SIDA

Oop – Objetivo(s) Operacional(ais)

PA – Plano de Ação

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PGR – Procuradoria-Geral da República

PII – Plano Individual de Inserção

PJ – Polícia Judiciária

PJ/LPC – Polícia Judiciária/Laboratório de Polícia Científica

PJ/UNCTE – Polícia Judiciária/Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes

PNJ – Plano Nacional para a Juventude

PNPAF – Plano Nacional para a Promoção da Atividade Física

PNPAS – Plano Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

PNPAS Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável

PNRCAD – Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências

PNSM – Programa Nacional para a Saúde Mental

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PSP – Polícia de Segurança Pública

RRMD – Redução de Riscos e Minimização de Danos

SARS-CoV – coronavírus relacionado à síndrome respiratória aguda grave

SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SGMAI – Secretaria Geral do Ministério da Administração Interna

SI – Sistemas de Informação

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SIED – Serviço de Informações Estratégicas de Defesa

SIS – Serviço de Informações de Segurança

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPA – Substâncias Psicoativas

SRIJ – Serviço de Regulação e Inspeção de Jogos

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

VER – União Europeia

UIL – Unidades de Intervenção Local

UNGASS – Special Session of the United Nations General Assembly on the World Drug Problem

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

ANEXO 1. Glossário

ADIÇÃO

Doença primária do cérebro, crónica, que envolve os circuitos neuronais de recompensa, da motivação, da memória e outros circuitos relacionados. A disfunção nestes circuitos provoca manifestações biológicas, psicológicas, sociais e psíquicas características, designadamente incapacidade de abstinência consistente, défice no controlo dos impulsos, *craving*, diminuição na qualidade do juízo crítico com diminuição no reconhecimento das consequências negativas do comportamento (problemas de saúde, pessoais, familiares, judiciais e outros) e resposta emocional disfuncional. Tal como outras doenças crónicas, nomeadamente a diabetes e a doença cardiovascular, evolui por ciclos de recaídas e remissão. Abrange um espectro de comportamentos, com aumento da possibilidade de exposição ao risco e de dependência que podem estar, ou não, relacionados com substâncias. Segundo a OMS, a adição de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas), significa o consumo repetido de uma ou várias substâncias psicoativas, em que o consumidor/adicto fica periódica ou permanentemente intoxicado, apresenta compulsão para consumir a(s) substância(s) preferida(s), tem uma grande dificuldade para interromper ou alterar voluntariamente o consumo da(s) substância(s) e demonstra uma determinação de obter a(s) substância(s) por qualquer meio. *Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (2013). Rede de Referência / Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências. SICAD, Lisboa.*

ANABOLIZANTES

Os esteroides anabólico-androgénicos (EAA), popularmente chamados de anabolizantes ou “bombas”, são substâncias sintéticas à base de testosterona, procuradas tanto pela capacidade de aumentar a massa muscular – efeitos anabólicos – quanto pelo desenvolvimento de características sexuais masculinas – efeitos androgénicos –, sendo a testosterona e a oxandrolona algumas das principais substâncias utilizadas. *Félix Carvalho (2002). Utilização de esteroides anabolizantes no desporto: a nandrolona, Medical and Health sciences.*

COMORBILIDADES

Define-se pela coexistência temporal de duas ou mais perturbações psiquiátricas, conforme definido pela Classificação Internacional de Doenças, uma das quais é o uso problemático de substâncias (EMCDDA, 2004). A Organização Mundial de Saúde considera a comorbilidade como a presença concorrente de duas ou mais entidades nosológicas com etiologias diferentes (The World Health Organization, 2010). Por outro lado, a Associação Psiquiátrica Americana, desde 2012, que contempla uma secção para estas situações, referindo-se a Patologia Dual. *The World Psychiatric Association (WPA)*

COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS

Comportamentos com características impulsivo-compulsivas em relação a diferentes atividades ou condutas (ex. consumo de substâncias psicoativas, jogo, entre outros) envolvendo um potencial de prazer por ativação intensa de estruturas cerebrais que integram o sistema de recompensa. A continuidade e perseverança destes padrões de comportamento, coexistindo com outros fatores de natureza neurobiológica, psicológica, genética e ambiental, poderá evoluir para o ciclo de adição. Uma situação de dependência é formulável mediante a presença de um conjunto delimitado de critérios, entre os quais o forte desejo ou compulsão para desenvolver o comportamento aditivo, a síndrome de abstinência, a evidência de tolerância, dificuldades de controlo do comportamento aditivo, o abandono gradual de prazeres alternativos em função do comportamento aditivo, entre outros. *Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013). Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020. SICAD, Lisboa.*

CONSUMO DE ALTO RISCO

Refere-se ao grau de risco associado ao consumo de substâncias psicoativas que é determinado mediante a aplicação de um instrumento de rastreio (ASSIST – The Alcohol, Smoking and Substance Involment Screening Test ou AUDIT – Alcool Use Disorders Identification Test). Aplica-se a indivíduos que apresentam um padrão de uso de SPA muito problemático, associando danos nas suas dimensões de vida física, psicológica e social, evidenciando ainda sinais/sintomas de dependência. *WHO (2010) ASSIST – The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care.*

CONSUMO DE RISCO MODERADO

Refere-se ao grau de risco associado ao consumo de substâncias psicoativas que é determinado mediante a aplicação de um instrumento de rastreio (ASSIST – The Alcohol, Smoking and Substance Involment Screening Test ou AUDIT – Alcool Use Disorders Identification Test). Neste nível, existe um risco moderado de desenvolver problemas de saúde ou de outro tipo. O uso continuado aumenta a probabilidade de ocorrência de problemas futuros, incluindo a dependência. *WHO (2010) ASSIST – The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care.*

CONSUMO DE BAIXO RISCO

Refere-se ao grau de risco associado ao consumo de substâncias psicoativas que é determinado mediante a aplicação de um instrumento de rastreio (ASSIST – The Alcohol, Smoking and Substance Involment Screening Test ou AUDIT – Alcool Use Disorders Identification Test). Refere-se a indivíduos que apresentam um baixo risco de poder vir a ter problemas relacionados com o uso de SPA. Apesar do uso, existe uma baixa incidência de

problemas de saúde e sociais. *WHO (2010) ASSIST – [The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test \(ASSIST\): manual for use in primary care.](#)*

EDUCADORES DE PARES

Considera-se educação de pares no âmbito da Promoção da Saúde um processo que ocorre durante um período de tempo, através do qual indivíduos bem treinados e motivados, desenvolvem atividades educacionais informais ou organizadas, com o objetivo de desenvolver o conhecimento, atitudes, crenças e competências nos seus pares (iguais) de forma a capacitá-los para protegerem a sua saúde e a das comunidades onde estão inseridos. É também uma estratégia para ensinar, partilhar ou alterar informações, valores e comportamentos na área da saúde, que ocorre entre elementos da mesma idade ou grupo social. *Educação Pelos Pares: Uma Estratégia na Promoção da Saúde. Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical Unidade de Saúde e Desenvolvimento, Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais, Lisboa 2006.*

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

É uma técnica muito usada para o tratamento da dependência, baseada num estilo de aconselhamento diretivo, centrado no cliente, que visa estimular a mudança do comportamento, ajudando a pessoa a explorar e resolver a sua ambivalência sobre o uso de SPA (Miller e Rollnick, 2002). *WHO (2010) [The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care.](#)*

ESTRATÉGIAS BIOPSIKOSSOCIAIS

Constituem linhas de ação complexa que entendem o desenvolvimento de doenças como resultado da ação de fatores biológicos (genéticos, bioquímicos, psicológicos (estado de humor, de personalidade, de comportamento e sociais (culturais, familiares, socioeconômicos, médicos, bem como e sobretudo, da interação entre estes. As intervenções típicas destas estratégias apelam assim para a articulação entre saberes em equipas multidisciplinares, as quais estabelecem linhas de ação em que diferentes respostas podem ser levadas a cabo, de forma sucessiva ou concomitante, de forma a restabelecer o bem-estar global do indivíduo, tanto quanto lhe permita o seu potencial biopsicossocial. *Engel, George L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. American Journal of Psychiatry: [s.n.]*

DETEÇÃO PRECOCE

Refere-se a uma atividade preventiva destinada à deteção de fatores de risco ou doença, previamente desconhecidos, com o objetivo de intervir de forma ajustada, evitando ou impedindo o agravamento de comportamentos de risco para a saúde. Pode contemplar a deteção oportunística de casos (case-finding) ou o

rastreo. Este último, visto como uma intervenção com recurso a instrumentos (como questionários ou testes), permitindo detetar precocemente fatores de risco ou doença. *Ribeiro, C. (2010). A medicina geral e familiar e a abordagem do consumo de álcool: deteção e intervenções breves no âmbito dos cuidados de saúde primários. Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Lisboa. [Repositório da Universidade de Lisboa: A medicina geral e familiar e a abordagem do consumo de álcool: deteção e intervenções breves no âmbito dos cuidados de saúde primários \(ul.pt\)](#)*

GAMBLING

Termo anglo-saxónico predominantemente utilizado na literatura para caracterizar o ato de arriscar na sorte em vez de jogar de acordo com a lógica e as probabilidades (SICAD, 2017). Corresponde também à prática – repetida ou não – de jogo de azar com aposta de dinheiro. Pode ser desenvolvido presencialmente – jogo de base territorial – ou online assumindo um carácter de compulsividade de acordo com o grau de risco, podendo no limite configurar uma situação de jogo patológico. *SICAD (2017). [Linhas de orientação técnica para a intervenção em comportamentos aditivos e dependências sem substância: a perturbação de jogo. SICAD, Lisboa](#)*

GAMING

Termo anglo-saxónico predominantemente utilizado na literatura para caracterizar a atividade de jogo não a dinheiro, em que os jogadores procuram predominantemente a interação com outros jogadores, o sucesso e a progressão para níveis mais diferenciados de jogo em função das suas competências (SICAD, 2017). O termo *gaming* aplica-se maioritariamente ao jogo digital, em computador ou qualquer outro tipo de equipamento eletrónico, como smartphones, consolas, etc. Embora, originalmente se constituísse como uma prática de lazer individual, evoluiu para uma dinâmica social baseada em plataformas de jogo digital nas quais o indivíduo pode jogar individualmente ou em grupo com outros frequentadores da mesma plataforma. Há muitos formatos de jogos digitais, que proporcionam diferentes tipos de experiência, sendo reconhecido por diferentes autores, o contributo desta atividade nos processos de desenvolvimento pessoal e social. O menor controlo, interno e externo sobre esta atividade poderá dar origem a formas problemáticas de jogo. *SICAD (2017). [Linhas de orientação técnica para a intervenção em comportamentos aditivos e dependências sem substância: a perturbação de jogo. SICAD, Lisboa](#)*

INTERVENÇÃO PRECOCE

A OMS define este tipo de intervenção como uma estratégia terapêutica proactiva que combina a deteção precoce do consumo de risco ou nocivo de substâncias e o tratamento das pessoas com esses padrões de uso. Dirige-se particularmente a indivíduos que ainda não desenvolveram dependência física, nem grandes complicações psicossociais. No âmbito da deteção precoce podem existir várias abordagens como um inquérito de rotina, do uso de álcool, tabaco e outras substâncias e o uso de testes de triagem. [Site SICAD, Conceitos.](#)

INTERVENÇÕES BREVES

Conjunto de estratégias de intervenção, centradas na pessoa e de curta duração (entre 5- 30 minutos) que têm como objetivo induzir mudança de comportamento e facilitar, nos casos mais graves, a adesão a um processo de tratamento especializado. É uma técnica que tem revelado bastante eficácia na redução da problemática relacionada com o consumo nocivo de álcool, em particular nos cuidados de saúde primários. *Fleming, M. & Manwell, L., (1999) Brief Intervention in Primary Care Settings. Alcohol Research & Health. Brief Intervention in Primary Care Settings (nih.gov)*

JOGO PATOLÓGICO

O Jogo patológico é definido no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM), da Associação Americana de Psiquiatria, como um “persistente e recorrente comportamento mal adaptativo de jogo como é indicado pela observância de cinco (ou mais)” de dez itens. Entre estes estão tentativas repetidas, sem sucesso, de parar de jogar; voltar a jogar para ganhar o dinheiro perdido anteriormente (“perseguindo” as próprias perdas/ o resgate do dinheiro perdido); mentir a familiares ou a outros para ocultar a dimensão do seu comportamento de jogo; e a concretização de atos ilegais tais como falsificação, fraude, ou roubo para financiar a continuidade das atividades do jogo. *SICAD (2017). Linhas de orientação técnica para a intervenção em comportamentos aditivos e dependências sem substância: a perturbação de jogo. SICAD, Lisboa.*

JOGO RESPONSÁVEL

O conceito de jogo responsável é amplo e de longo alcance. Inclui dimensões individuais e coletivas que visam encorajar positivamente (jogadores e populações) para uma abordagem ao jogo como uma atividade de entretenimento que, se não for adequadamente regulada e controlada (pelo indivíduo e pelas agências relevantes envolvidas na intervenção) pode representar graves riscos e danos para a saúde e para outras esferas do funcionamento geral dos próprios jogadores, mas também de suas famílias e comunidades. O jogo responsável é, um construto que inclui micro e macro variáveis, que depende da responsabilidade concertada entre vários parceiros que colaboram para um objetivo comum: proteger o cidadão de atividades potencialmente danosas ou, se já estiverem presentes, reduzir riscos e danos a elas associadas. *Torrado, M. et al. (2019). Responsible Gambling and Mental Health: Topics for an Integrated Strategy in Prevention and Harm Reduction of Behavioral Addictions in Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental 5(4): 62-75*

LGBTQIA+

Cada letra da sigla agrega um conjunto de pessoas que se reconhece por uma orientação sexual ou identidade de género, diversas daquela que a sociedade convencionou como únicas (orientação heterossexual; géneros masculino e feminino). As três primeiras siglas agregam grupos de pessoas tendo em conta a sua orientação

sexual. A sigla **L** refere-se a lésbicas e a **G** a gays, mulheres e homens que sentem atração afetivo-sexual por pessoas do mesmo género que o seu, enquanto que o **B** representa as pessoas bissexuais, que sentem atração afetivo-sexual por homens e mulheres. A partir do **T** a sigla acolhe identidades de género dentro do amplo espectro de diversidade. Na sigla **T** estão incluídos os Transgéneros (pessoa que não corresponde às convenções sociais e categorias tradicionais de género associadas ao sexo atribuído à nascença), as pessoas Transexuais (aquelas que se identificam ao género diferente/“oposto” ao sexo atribuído à nascença) e Travestis. Atualmente estas designações são substituídas por uma outra mais inclusiva e atualmente generalizada, a de pessoas Trans. A sigla **Q** de queer refere-se a pessoas que transitam entre os géneros feminino e masculino, a pessoa não binário que rejeita os dois géneros por não se limitar a um ou não se reconhecer em apenas um. A sigla **I** refere-se a intersexo – identidade de género de pessoas cujo desenvolvimento sexual corporal é não binário. O termo define as pessoas que, naturalmente (sem intervenção médica), têm características sexuais consideradas masculinas e femininas. A sigla **A** refere-se novamente a orientação sexual, agrega os assexuais, aquelas pessoas que não sentem atração afetivo-sexual por outra pessoa, independente da orientação sexual ou da identidade de género. O sinal + incorpora outras possibilidades de orientação sexual e de identidade de género que existam.

<https://www.cig.gov.pt/>

LITERACIA EM CAD

O conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade das pessoas para aceder, compreender e utilizar informação no sentido de promover e a manter uma boa saúde” (OMS, 1998). A Literacia em Saúde em CAD prevê que os indivíduos adquiram conhecimentos e competências, no âmbito dos CAD, para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a elaborar e tomar decisões no seu quotidiano sobre cuidados e autocuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida e em diferentes contextos (em casa, na comunidade, no local de trabalho, no mercado, na utilização do sistema de saúde e no contexto político). A literacia em saúde possibilita às pessoas o assumir de responsabilidades e o aumento do controlo sobre a sua saúde. *Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2018). Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021 – Portugal. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.*

MAU USO DO MEDICAMENTO

“Na ausência de uma definição universalmente poderão ser consideradas uso indevido do medicamento, todas as situações em que um medicamento é intencional e inadequadamente utilizado em desacordo com os termos da autorização de introdução no mercado, incluindo o uso de medicamentos não médicos, compras médicas e abuso de medicamento.” As orientações da OMS referem “o uso racional de medicamentos requer que os pacientes recebam medicamentos adequados às suas necessidades clínicas em doses que atendam às suas necessidades individuais por um período de tempo adequado e com o menor custo para eles e sua comunidade”. Considerando as orientações anteriores da OMS e o facto de os medicamentos fazerem parte integrante da

prestação de cuidados de saúde, fica implícito ao “mau uso do medicamento” todos os procedimentos e circunstâncias que não sejam capazes de garantir o medicamento certo para a pessoa certa, na dosagem correta e de acordo com a toma por via e horas corretas. Torna-se indispensável por um lado o recurso a profissionais habilitados e por outro, facultar aos pacientes de forma compreensiva e assertiva, os conhecimentos necessários à correta utilização, armazenamento e manutenção dos medicamentos para evitar utilização inadequada, abusiva e prejudicial à saúde. O que remete para a problemática da automedicação e para a necessidade de promoção da literacia para o uso responsável do medicamento. *Ofori-Asenso, R., Agyeman, A. (2016) Irrational Use of Medicines—A Summary of Key Concepts, Pharmacy: 4, 35.*

World Health Organization (2002). Promoting rational use of medicines: core components. WHO: 1-6, Geneva.

<https://www.farmaciasportuguesas.pt/menu-principal/familia/quais-os-riscos-do-mau-uso-dos-antibioticos;.html>; www.pharmacy180.com/article/rational-use-of-medicines-891/

MINORIAS ÉTNICAS

São grupos de pessoas ligadas entre si por pertencerem a uma mesma etnia, com características socioculturais comuns. O conceito de etnia diz respeito a um grupo de pessoas com origens, interesses e experiências comuns e entre as quais existem níveis de solidariedade e identificação. Muitas vezes estes grupos partilham a mesma língua e a mesma cultura, que os distingue de outros grupos étnicos com que convivem, mas outras vezes a diferença não está na língua, que é a mesma, mas na cultura ou na “raça”. *Porto Editora – etnia na Infopédia [em linha]. Porto: Porto Editora. [consult. 2021-09-16].*

De acordo com Vermeulen (2001), minorias étnicas são coletividades com uma existência continuada numa determinada sociedade, que do ponto de vista numérico se encontram em minoria e que ocupam uma posição social mais baixa, sendo limitada a sua participação nas decisões políticas. *Vermeulen, (2001), citado por Cunha et al (2004), Média, Imigração e Minorias Étnicas, Lisboa, ACIME: pp.24-25. [consult. 2021-09-16].*

MODELO INTEGRADO DE INTERVENÇÃO

Tendo como base o entendimento da saúde como a obtenção de um equilíbrio e bem estar biopsicossocial global, o modelo integrado de intervenção concretiza as diferentes estratégias multidisciplinares necessárias para o atingir, preconizando algoritmos de intervenção que, no espaço e no tempo terapêuticos, possam responder às necessidades específicas de cada indivíduo, quer no que respeita ao seu problema de CAD, quer aos outros condicionantes biopsicossociais de que possa ser portador, num entendimento da Saúde já não tanto como a “cura” mas como o restabelecimento de um equilíbrio geral que atenda à realidade global do indivíduo.

- <https://mountainside.com/blog/addiction-treatment/what-is-the-integrative-care-model-of-addiction-treatment/>;
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22893538/>

- <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-02301972/full?highlightAbstract=integr%7Cmodel%7Caddiction%7Cintegrated%7Caddict>

MODELO DE MEDIAÇÃO SOCIAL E COMUNITÁRIA

Linhas orientadoras para a intervenção da área da reinserção, tendo por base os conceitos de mediação social e comunitária aplicados à área dos comportamentos aditivos e dependências. Elaborado por um grupo de trabalho interinstitucional que envolveu o SICAD, a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e as cinco ARS. “Enquanto modelo de intervenção social, a Mediação traduz-se num processo contínuo estruturado em torno da procura e da construção de alternativas sociais, integra a resolução de conflitos (interindividuais e sociais) numa estratégia de desenvolvimento, fortalece os laços entre as redes de apoio (formais e informais) e tem por objetivo prevenir ou resolver um conflito, criar e renovar laços sociais, promover o empowerment individual e comunitário através da participação no seu próprio processo de desenvolvimento”. Almeida (2012), p. 954, citado por Almeida e Carvalho et al. (2014) [Linhas Orientadoras para a Mediação Social e Comunitária no âmbito da Reinserção de Pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências, Lisboa, SICAD: p. 12. \[consult. 2021-09-17\].](#)

NOVAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

As substâncias psicoativas são substâncias, naturais ou sintéticas, que alteram o funcionamento do Sistema Nervoso Central (SNC), deprimindo-o, estimulando-o ou criando ruturas psicóticas. As Novas Substâncias Psicoativas constituem-se como um novo estupefaciente ou um novo psicotrópico, puro ou numa preparação, que não seja controlado pela Convenção Única das Nações Unidas de 1961 sobre os estupefacientes, nem pela Convenção das Nações Unidas de 1971 sobre substâncias psicotrópicas, mas que possa constituir uma ameaça para a saúde pública comparável à das substâncias enumeradas nessas convenções ([Decisão n.º 2005/387/JAI, de 10 de maio de 2005; Decreto-Lei n.º 54/2013 de 17 de abril](#)).

O termo “novo” não se refere unicamente a substâncias recém-inventadas ou recém-sintetizadas, mas também às recentemente disponíveis no mercado ou às que são usadas de forma imprópria (onde se incluem os fármacos psicoativos). De uma forma geral, as Novas Substâncias Psicoativas atualmente sintetizadas, são criadas para imitar os efeitos das existentes naturais ou sintéticas já controladas no âmbito das leis e lista das referidas convenções. Outras são quimicamente semelhantes às substâncias psicoativas controladas, mas ao mesmo tempo suficientemente diferentes em termos da sua estrutura molecular para não serem incluídas nas referidas listas. Tem-se verificado que à medida que o controlo é exercido sobre as NSP, são criadas variantes *das mesmas*.

- <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/3353/TD0416736ENN.pdf>;
- [Decisão n.º 2005/387/JAI, de 10 de maio de 2005 ; Decreto-Lei n.º 54/2013 de 17 de abril](#)

PLANO OPERACIONAL DE RESPOSTAS INTEGRADAS

O Plano Operacional de Repostas Integradas (PORI) é uma medida estruturante de âmbito nacional ao nível da intervenção integrada na área dos comportamentos aditivos e dependências, que procura potenciar as sinergias disponíveis no território nacional, quer através do desenvolvimento e implementação de metodologias que permitam a realização de diagnósticos que fundamentem a intervenção, quer através implementação de Programas de Respostas Integradas (PRI). O PRI é um programa de intervenção específico que integra respostas interdisciplinares e 117ultissectoriais, com alguns ou todos os tipos de intervenção (prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção) e que decorre dos resultados do diagnóstico de um território identificado como prioritário. *SICAD – Programa Operacional de Respostas Integradas [em linha] [consult. 2021-09-17].*

POPULAÇÕES VULNERÁVEIS COM CAD

As populações vulneráveis caracterizam-se por possuírem fatores fragilidade e exclusão social que condicionam o acesso aos seus direitos e o exercício pleno da cidadania. A vulnerabilidade social é entendida como “processos de exclusão social, pobreza, discriminação e violação de direitos fundamentais, em consequência do seu nível de rendimento, educação, saúde, localização geográfica, entre outros”. *Marques & Matos (2016), p. 163, citado por David (2020), Populações Vulneráveis? Uma análise sociológica sobre as representações dos profissionais, Faculdade de Letras da Universidade do Porto, [consult. 2021-09-17].*

No caso das populações vulneráveis que têm comportamentos aditivos e dependências (CAD), existem fatores de fragilidade e suscetibilidade que se somam aos próprios CAD, fazendo com que a reabilitação destes doentes seja mais complexa e exija uma intervenção multidisciplinar, dirigida ao indivíduo, mas também ao contexto social em que este se insere.

PRÁTICAS PROBLEMÁTICAS DE JOGO

Fase intermédia entre o jogo recreativo e o jogo patológico. Apesar dos problemas em várias esferas que possam resultar deste comportamento, o utilizador apresenta controlo sobre o mesmo, bem como a capacidades de estabelecer limites e de regular o uso. *SICAD (2017). Linhas de orientação técnica para a intervenção em comportamentos aditivos e dependências sem substância: a perturbação de jogo. SICAD, Lisboa*

PREVENÇÃO AMBIENTAL

A prevenção ambiental visa limitar a exposição do indivíduo a estímulos desencadeadores de comportamentos pouco saudáveis ou de risco e promover o desenvolvimento de contextos que proporcionem oportunidades mais saudáveis. Ao centrar a sua intervenção na alteração de variáveis contextuais este tipo de intervenção afasta-se das estratégias que apostam no desenvolvimento do conhecimento ou de competências pessoais e sociais

procurando ir ao encontro dos comportamentos que não resultam de escolhas deliberadas e conscientes. (adaptado a partir do Manual do Currículo Europeu de Prevenção, EMCDDA, 2019) *Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2019)*. [Programa Curricular Europeu de Prevenção: manual para decisores, líderes de opinião e responsáveis políticos no domínio da prevenção do consumo de substâncias com base em dados científicos](#), Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.

PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (PrEP) AO VIH

A PrEP pressupõe o uso de terapêutica antirretroviral (TART) como forma de prevenção da infeção pelo VIH, naqueles subgrupos de pessoas com comportamentos de elevado risco de adquirir a infeção pelo VIH. Surge como nova estratégia eficaz para reduzir o risco de se adquirir a infeção pelo VIH em diferentes segmentos populacionais, como sejam homens que tem sexo com outros homens (HSH) e utilizadores de substâncias psicoativas por via injetável. *Norma nº 025/2017 de 28/11/2017 atualizada a 16/05/2018, Profilaxia de Pré-exposição da Infeção por VIH no Adulto. Departamento da Qualidade na Saúde*

RISCO PERCEBIDO DE CONSUMO

“Risco percebido” ou “Perceção do Risco” refere-se à forma como os indivíduos pensam sobre o risco, incluindo a sua dimensão subjetiva, mas também um “conjunto de crenças e valores que dão significado a um acontecimento ameaçador”. *Pidgeon et all., 1992; cit in Lima, M. 1998 – Fatores Sociais na Perceção de Riscos, in ver. Psicologia, Vol. XII (1), pp.11-28.*

Embora tradicionalmente concebido numa perspetiva cognitiva, o conceito de “risco percebido” deverá ser abordado psicossociologicamente, numa perspetiva multidimensional, integrando fatores intrapessoais, interpessoais, grupais e ideológicos. *Doise, W. 1982 in Lima, M. 1998 [Fatores Sociais na Perceção de Riscos](#). Revista Psicologia, Vol XII (i), 1988, pp 11-28.*

VALOR EM SAÚDE

Corresponde em se obter os melhores resultados (*outcomes*) na perspetiva dos utentes ao custo adequado, correspondendo este ao custo que é necessário para obter o resultado que se pretende atingir. Cuidados baseados no valor em saúde tem como objetivo principal a organização de cuidados de saúde de forma a obter os melhores resultados clínicos e de saúde (qualidade de vida) na perspetiva dos utentes e com otimização dos vários recursos. *EIT Health, Implementing Value-Based Health Care in Europe: Handbook for Pioneers (Director: Gregory Katz), 2020*

ANEXO 2. Enquadramento Epidemiológico

SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS

Ministério da Saúde – Portugal



Enquadramento Epidemiológico

Uma breve perspetiva da situação atual

**Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências
2021-2030**

Composição das Subcomissões da Comissão Técnica

Subcomissão Acompanhamento e Avaliação

- Coordenador Nacional
- Subcomissão Prevenção, Redução de Riscos, Minimização de Danos, Tratamento e Reinserção
- Subcomissão Dissuasão
- Subcomissão Redução da Oferta de Substâncias Ilícitas
- Subcomissão Regulação e Fiscalização da Oferta de Substâncias Lícitas
- Subcomissão Informação e Investigação
- Subcomissão Comunicação e Formação
- Subcomissão Relações Internacionais e Cooperação

Subcomissão PRRMDTR – Prevenção, Redução de Riscos, Minimização de Danos, Tratamento e Reinserção

- SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- DGS – Direção-Geral da Saúde
- ARS Norte/DICAD – Administração Regional de Saúde do Norte, I.P./Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- ARS Centro/DICAD – Administração Regional de Saúde do Centro, I.P./Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- ARS LVT/DICAD – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P./Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- ARS Alentejo/DICAD – Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P./Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- ARS Algarve/DICAD – Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P./Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- GNR – Guarda Nacional Republicana
- PSP – Polícia de Segurança Pública
- DGPRM – Direção-Geral de Pessoal e Recrutamento Militar
- ISS – Instituto da Segurança Social
- CNPDPCJ – Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens
- DGRSP – Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais
- IPDJ – Instituto Português do Desporto e Juventude, I.P.
- DGE – Direção-Geral da Educação
- ANSR – Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária

Subcomissão Dissuasão

- SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- ARS Norte/DICAD – Administração Regional de Saúde do Norte, I.P./Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- ARS Centro/DICAD – Administração Regional de Saúde do Centro, I.P./Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- ARS LVT/DICAD – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P./Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- ARS Alentejo/DICAD – Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P./Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- ARS Algarve/DICAD – Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P./Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- PGR – Procuradoria-Geral da República
- GNR – Guarda Nacional Republicana
- PSP – Polícia de Segurança Pública
- DGRSP – Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais
- CNPDPCJ – Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens

Subcomissão Redução da Oferta de Substâncias Ilícitas

- PGR – Procuradoria-Geral da República
- ASAE – Autoridade de Segurança Alimentar e Económica
- SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras
- SIS – Serviço de Informações de Segurança
- SIED – Serviço de Informações Estratégicas de Defesa
- GNR – Guarda Nacional Republicana
- PSP – Polícia de Segurança Pública
- PJ/UNCTE – Polícia Judiciária/Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes
- DGJP – Direção-Geral da Política de Justiça
- DGRSP – Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais
- AMN – Autoridade Marítima Nacional
- AT – Autoridade Tributária e Aduaneira

Subcomissão Regulação e Fiscalização da Oferta de Substâncias Lícitas

- SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
- DGS – Direção-Geral de Saúde
- ARS Norte/DICAD – Administração Regional de Saúde do Norte, I.P./Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- ARS Centro/DICAD – Administração Regional de Saúde do Centro, I.P./Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- ARS LVT/DICAD – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P./Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- ARS Alentejo/DICAD – Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P./Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- ARS Algarve/DICAD – Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P./Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- SGMAI – Secretaria Geral do Ministério da Administração Interna
- GNR – Guarda Nacional Republicana
- PSP – Polícia de Segurança Pública
- ASAE – Autoridade de Segurança Alimentar e Económica
- ANSR – Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária
- DGE – Direção-Geral da Educação
- IPDJ – Instituto Português do Desporto e Juventude, I.P.
- DGAV – Direção-Geral de Alimentação e Veterinária
- DGAE – Direção-Geral das Atividades Económicas
- DGC – Direção-Geral do Consumidor
- IVV – Instituto da Vinha e do Vinho, I.P.
- AdoP – Autoridade Antidopagem de Portugal
- ERC – Entidade Reguladora para a Comunicação Social
- AT – Autoridade Tributária e Aduaneira
- Turismo de Portugal, IP
- Auto Regulação Publicitária

Subcomissão Informação e Investigação

- SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- DGS – Direção-Geral de Saúde
- INMLCF – Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.
- INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
- INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
- ARS Norte/DICAD – Administração Regional de Saúde do Norte, I.P./Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- ARS LVT/DICAD – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P./Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- ARS Alentejo/DICAD – Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P./Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- ARS Algarve/DICAD – Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P./Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- DGAI – Direção-Geral da Administração Interna
- MDN/DGPRN – Ministério da Defesa Nacional/Direção-Geral de Recursos da Defesa Nacional
- ASAE – Autoridade de Segurança Alimentar e Económica
- SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras
- GNR – Guarda Nacional Republicana

- PSP – Polícia de Segurança Pública
- PJ/LPC – Polícia Judiciária/Laboratório de Polícia Científica
- ANSR – Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária
- SRIJ – Serviço de Regulação e Inspeção de Jogos
- DGRSP – Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais
- DGE – Direção-Geral da Educação
- CIG – Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género
- CNPDPCJ – Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens
- INE – Instituto Nacional de Estatística
- SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

Subcomissão Comunicação e Formação

- SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
- ARS Norte/DICAD – Administração Regional de Saúde do Norte, I.P./Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- ARS Centro/DICAD – Administração Regional de Saúde do Centro, I.P./Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- ARS LVT/DICAD – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P./Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- ARS Alentejo/DICAD – Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P./Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- ARS Algarve/DICAD – Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P./Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- GNR – Guarda Nacional Republicana
- PSP – Polícia de Segurança Pública
- ANSR – Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária
- PJ – Polícia Judiciária
- MDN/DGPRN – Ministério da Defesa Nacional/Direção-Geral de Recursos da Defesa Nacional
- DGE – Direção-Geral da Educação
- DGES – Direção-Geral de Ensino Superior
- AT – Autoridade Tributária e Aduaneira
- SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
- Turismo de Portugal, IP

Subcomissão Relações Internacionais e Cooperação

- SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- CDT Lisboa – Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência de Lisboa
- DGS - Direção-Geral da Saúde
- ARS Norte/DICAD - Administração Regional de Saúde do Norte, I.P./Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- ARS LVT/DICAD - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P./Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- ARS Alentejo/DICAD - Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P./Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- MNE - Ministério dos Negócios Estrangeiros
- PJ/UNCTE – Polícia Judiciária/Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes
- SEF - Serviço de Estrangeiros e Fronteiras
- SIED - Serviço de Informações Estratégicas de Defesa
- SIS - Serviço de Informações de Segurança
- GNR - Guarda Nacional Republicana
- PSP - Polícia de Segurança Pública
- DGPJ - Direção-Geral da Política de Justiça
- AT - Autoridade Tributária e Aduaneira
- SCML - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2030 — PNRCAD 2030 — Versão alargada do Plano publicado em RCM N.º 115/2023 de 26 de setembro.



Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, SICAD

General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies

Tel: +351 211 119 000 | E-mail: sicad@sicad.min-saude.pt | www.sicad.pt

