


**PLANO NACIONAL
PARA A REDUÇÃO DOS
COMPORTAMENTOS ADITIVOS
E DAS DEPENDÊNCIAS
2013-2020**

A decorative graphic in the bottom-left corner of the page. It consists of a solid red area that curves upwards and to the right. Overlaid on this red area are several semi-transparent red circles of varying sizes, arranged in a roughly diagonal line from the top-left towards the bottom-right. A thin white diagonal line separates the red graphic from the white dotted background.

FICHA TÉCNICA

Título: Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020

Autor: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Editor: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Morada: Av. Da República, n.º 61 – 1º ao 3º e 7º ao 9º. 1050-189 Lisboa

Edição: Lisboa 2013

ISBN:

Impressão:

Depósito Legal:

Tiragem:

ÍNDICE

PREÂMBULO	5
INTRODUÇÃO	7
PARTE I.....	9
I.A. ENQUADRAMENTO	9
I.B. VISÃO E PRINCÍPIOS	20
I.C. OBJETIVOS GERAIS E METAS	25
PARTE II.....	31
II.A. CONTEXTUALIZAÇÃO DO FENÓMENO DOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DAS DEPENDÊNCIAS EM PORTUGAL	31
II.B. OPÇÕES ESTRATÉGICAS	46
II.B.1. DOMÍNIO DA PROCURA	52
II.B.1.1. TIPOS DE INTERVENÇÃO	52
A. PREVENÇÃO	53
B. DISSUAÇÃO	55
C. REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS.....	56
D. TRATAMENTO	60
E. REINSERÇÃO	61
II.B.1.2. CONTEXTOS DE INTERVENÇÃO	63
√ Meio Comunitário.....	63
√ Meio Familiar	64
√ Meio Escolar - Básico, Secundário, Ensino Profissional e Universitário	65
√ Meio Recreativo.....	66
√ Meio Laboral	67
√ Meio Rodoviário	68
√ Meio Prisional	69
√ Meio Desportivo	70
II.B.1.3. OBJETIVOS POR ETAPAS DO CICLO DE VIDA.....	73
A. GRAVIDEZ E PERÍODO NEONATAL	74
B. CRIANÇAS DOS 28 DIAS AOS 9 ANOS	77
C. JOVENS DOS 10 AOS 24 ANOS.....	80

ci.	DOS 10 AOS 14 ANOS.....	85
cii.	DOS 15 AOS 19 ANOS.....	86
ciii.	DOS 20 AOS 24 ANOS.....	89
D.	ADULTOS DOS 25 AOS 64 ANOS.....	91
di.	DOS 25 AOS 34 ANOS.....	91
dii.	DOS 35 AOS 54 ANOS.....	92
diii.	DOS 55 AOS 64 ANOS.....	95
E.	ADULTOS ACIMA DOS 65 ANOS.....	99
II.B.1.4.	MEDIDAS ESTRUTURANTES.....	103
A.	PLANO OPERACIONAL DE RESPOSTAS INTEGRADAS (PORI).....	103
B.	REDE DE REFERENCIAÇÃO / ARTICULAÇÃO NO ÂMBITO DOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS.....	105
II.B.2.	DOMÍNIO DA OFERTA.....	106
II.B.2.1.	SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS.....	106
NOVAS	SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (NSP).....	108
II.B.2.2.	SUBSTÂNCIAS LÍCITAS.....	111
a.	ÁLCOOL.....	111
b.	MEDICAMENTOS E ANABOLIZANTES.....	116
II.B.2.3.	JOGO.....	118
II.C.	TEMAS TRANSVERSAIS.....	121
II.C.1.	INFORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO.....	123
II.C.2.	FORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO.....	125
II.C.2.1.	ÁREA DA FORMAÇÃO.....	125
II.C.2.2.	ÁREA DA COMUNICAÇÃO.....	126
II.C.3.	RELAÇÕES INTERNACIONAIS E COOPERAÇÃO.....	128
II.C.4.	QUALIDADE.....	129
PARTE III.....		133
III.A.	COORDENAÇÃO.....	133
III.B.	ORÇAMENTO.....	135
III.C.	AVALIAÇÃO.....	137
III.D.	METODOLOGIA DE ELABORAÇÃO DO PLANO.....	141
III.E.	BIBLIOGRAFIA.....	143
III.F.	LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	151
III.G.	CONTRIBUTOS.....	154

PREÂMBULO



Como adiante se explicará em mais detalhe, o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências que agora se apresenta, acompanha, na sua filosofia e objetivos, alguns documentos de importância capital: por um lado, o Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016; por outro, a Estratégia da União Europeia de Luta contra a Droga 2013 - 2020, a Estratégia da UE para apoiar os Estados-Membros na redução dos problemas ligados ao álcool e a Estratégia Global da OMS para reduzir o uso nocivo do álcool.

Contudo, a ambição deste Plano não se limita aos importantes problemas de Saúde Pública relacionados com as substâncias ilícitas ou com o álcool: de forma inovadora, abre horizontes para a abordagem de outros comportamentos aditivos e dependências, com ou sem substâncias, dando assim conteúdo à filosofia que presidiu à criação do SICAD e ao novo arranjo estrutural das responsabilidades nestas matérias. Para já, afluem-se novas temáticas, como o abuso de medicamentos e o jogo. São temas de enorme complexidade, que obviamente não se esgotam nos objetivos preconizados no Plano: pretendemos, durante a sua preparação, e para já, identificar os parceiros mais relevantes e elencar os problemas mais candentes, sem nos descentrarmos do ponto de vista dos impactos na Saúde individual e coletiva.

Na vigência de um Plano com um horizonte temporal tão longo, é possível que venham a existir condições para dirigirmos a nossa atenção para outros problemas: o uso excessivo da Internet, a compulsão das compras, do sexo ou outras. A evolução dos indicadores relacionados com as áreas já em “velocidade de cruzeiro” nos dirá se temos condições para abrir novas frentes de trabalho. O contexto da vida social do País aconselha, de momento, alguma prudência nessa ambição.

Dir-se-á que não faz sentido apresentar para aprovação da Tutela, no final de 2013, um Plano para 2013-2020, uma vez que está esgotado o seu primeiro ano de vigência. Contudo, importa referir que no ano de 2013 se consolidaram algumas das medidas estruturantes nele preconizadas, como o PORI ou a Rede de Referência/ Articulação e se procedeu a

importantes ajustamentos das respostas, no quadro da sua nova arquitetura. A própria elaboração do Plano, de forma amplamente participada e consensualizada com inúmeros parceiros e validada em diversas instâncias, constituiu uma atividade central para o alinhamento entre os serviços e entidades envolvidas, em particular para o SICAD. Parece-nos, pois, justo que não seja desvalorizada a atividade desenvolvida neste ano.

Estamos convictos de que o documento que levamos à consideração da Tutela, com a sua abrangência e com a sua estrutura inovadora, constitui um repositório de informação e de propostas que continuará a situar Portugal como modelo internacional do desenvolvimento das políticas públicas nestas matérias. É assim desde 1999, quando foi aprovada a primeira Estratégia Nacional de Luta contra a Droga, que consagrou um novo paradigma e cujos princípios fundadores continuam atuais.

A todos os envolvidos na elaboração deste documento, os nossos agradecimentos; a todos os que assumem a importante tarefa de o traduzir em atividades práticas, os votos de que as opções agora tomadas venham a revelar-se profícuas, a bem da população que pretendemos servir.

O Coordenador Nacional para os Problemas da Droga,
da Toxicodependência e do Uso Nocivo do Álcool



(João Castel-Branco Goulão)

INTRODUÇÃO



O Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013 - 2020, adiante designado por PNRCAD, surge na sequência do termo dos ciclos do Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005 – 2012 (PNCDT), do Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012 (PNRPLA) e da redefinição das políticas e dos serviços de saúde. Perante os novos desafios que foram identificados nos últimos anos, foi decidido ampliar a abordagem e as respostas ao âmbito de outros Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD), que não incluem apenas as substâncias psicoativas. De entre os diversos comportamentos potencialmente geradores de dependência, optou-se por iniciar a abordagem da temática do jogo, sem prejuízo de virem mais tarde a ser aprofundados outros temas.

O PNRCAD constitui-se, assim, como um reforço importante no domínio das políticas de saúde, na medida em que as problemáticas associadas aos CAD encerram riscos e custos às quais é importante fazer face pelas repercussões e impacto que têm na vida dos indivíduos, das famílias e da sociedade. Investir-se-á em dois grandes domínios: os da procura e da oferta concedendo, de forma equilibrada, a devida relevância às duas abordagens.

No domínio da procura, o cidadão constitui o centro da conceptualização das políticas e intervenções nos CAD, tendo como pressuposto de base que é fundamental responder às necessidades dos indivíduos, perspectivadas de forma dinâmica no contínuo do seu ciclo de vida. Pretende-se desenvolver intervenções globais e abrangentes que integrem um contínuo que vai da promoção da saúde, prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos (RRMD), ao tratamento e à reinserção social. Naturalmente, tais intervenções desenvolver-se-ão de acordo com o quadro legal em vigor no que se refere ao uso e abuso de substâncias psicoativas lícitas, ilícitas e ao jogo, e pretendem promover a saúde e o acesso dos indivíduos aos cuidados e serviços de que efetivamente necessitam, tendo tradução no aumento de ganhos em saúde e bem-estar social.

No domínio da oferta, a diminuição da disponibilidade e do acesso às substâncias ilícitas tradicionais e às novas substâncias psicoativas, a regulação e regulamentação do mercado das substâncias lícitas e respetiva fiscalização e a harmonização dos dispositivos legais já existentes ou a desenvolver, nomeadamente no que se refere à área do jogo em linha, constituem o centro das políticas e intervenções, assente no pressuposto da cooperação nacional e internacional.

Assim, as opções estratégicas do presente Plano contêm uma perspetiva ampla, global e integrada das problemáticas e das respostas em matéria de CAD. Baseiam-se num conjunto de pressupostos, princípios, tipos de intervenção e medidas estruturantes que, dentro da nova arquitetura institucional criada, se pretende que respondam de forma eficaz e sustentável às necessidades atuais nesta área, numa ótica de abordagem equilibrada. Nessa medida, importa criar um sistema integrado que compreenda os domínios, baseado em serviços especializados, particularmente diferenciados, que regule as relações de complementaridade e de apoio técnico entre as diferentes entidades intervenientes envolvidas e a envolver na operacionalização do Plano. Para tal, procurou-se um alinhamento com outros Planos e Estratégias já existentes ou em construção, designadamente o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, designadamente, a Estratégia da União Europeia de Luta contra a Droga 2013-2020, a Estratégia da UE para apoiar os estados membros na redução dos problemas ligados ao álcool e a Estratégia Global para reduzir o uso nocivo do álcool da Organização Mundial de Saúde.

O PNRCAD proporciona o quadro político global e estabelece as prioridades do Estado Português em matéria de CAD para os próximos oito anos, e será operacionalizado através de dois Planos de Ação de 4 anos, designadamente 2013-2016 e 2017 -2020.

PARTE I

I.A. ENQUADRAMENTO

A política portuguesa de luta contra a droga e toxicodependência foi objeto de diversas avaliações nacionais e internacionais, tendo sido globalmente apontada como um exemplo a considerar.¹

O interesse internacional em conhecer e avaliar o modelo português tem-se mantido ao longo do tempo e constitui-se como um reforço e reconhecimento de que Portugal tem percorrido um caminho inovador, eficaz e adequado para fazer face a esta problemática, ao qual importa dar continuidade e aperfeiçoar.

A avaliação interna do PNCDD 2005-2012, e do PNRPLA 2010-2012 foi operacionalizada no âmbito das Subcomissões da Comissão Técnica do Conselho Interministerial para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool, tendo as suas conclusões sido apresentadas a essa Comissão Técnica do Conselho Interministerial.

A avaliação interna de cada um dos dois Planos foi monitorizada individualmente nas Subcomissões da Comissão Técnica, através de avaliações de processo, de resultados e de impacto, da elaboração de uma análise SWOT, o apuramento dos encargos financeiros e da formulação de conclusões e recomendações estratégicas para o ciclo 2013-2020. Essas

¹ Nomeadamente por:

- International Narcotics Control Board Mission to Portugal (April 2004);
- UNODC - *World Drug Report 2009*;
- The Cato Institute - Glen Greenwald, “*Drug decriminalization in Portugal: Lessons for creating fair and successful drug policies*” (April 2009);
- EMCDDA - *2009 Annual Report*;
- The British Journal of Criminology - Caitlin Hughes and Alex Stevens, “*What can we learn from the portuguese decriminalization of illicit drugs?*” (November 2010);
- Open Society Institute – “*Drug policy in Portugal: The benefits of decriminalizing drug use*” (June 2011).

avaliações evidenciaram um elevado grau de integração do PNCDT 2005-2012 e do PNRPLA 2010-2012, destacando-se a formulação de conclusões e recomendações comuns.

De entre as conclusões ressaltam, pela negativa, o excessivo número de ações, muitas vezes sobreponíveis, dos Planos de Ação que operacionalizaram o PNCDT 2005-2012, com alguns indicadores pouco adequados. Não obstante esse facto e o contexto de reorganização da Administração Pública, devido à implementação sucessiva do PRACE (Programa de Reorganização da Administração Central do Estado) e do PREMAC (Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado), que implicaram mudanças estruturais nos organismos competentes, é observável o dinamismo e sentido de oportunidade revelado pelas entidades envolvidas, atestados pelo elevado grau de execução das ações, incluindo a realização de ações não previstas, fruto também das sinergias criadas pela arquitetura da Estrutura de Coordenação para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool e da articulação entre todos os parceiros envolvidos.

O alargamento da estrutura de coordenação a outros comportamentos aditivos e dependências, para além da droga, das toxicodependências e do uso nocivo do álcool, sobressai de entre as recomendações formuladas. É preconizada a elaboração de um Plano Nacional único no domínio dos comportamentos aditivos e das dependências, numa perspetiva de saúde e promoção da saúde, com vista a garantir e potenciar a eficiência, a eficácia e a qualidade da intervenção na redução destes comportamentos.

Foi recomendado também que os Planos de Ação que o operacionalizem contemplem um menor número de objetivos e ações comparativamente aos do anterior ciclo estratégico, de forma a garantir a viabilidade da sua execução face à redução de recursos na Administração Pública. Igualmente se recomenda o reforço do alinhamento dos parceiros no planeamento, monitorização e avaliação dos Planos do futuro ciclo estratégico, através da inscrição das respetivas ações nos seus Planos de Atividades, e o aprofundamento do conhecimento nas áreas dos comportamentos aditivos e das dependências através, nomeadamente, da realização de estudos relevantes.

A integração dos problemas ligados ao álcool (PLA) na Estrutura de Coordenação criada pelo Decreto-Lei n.º 1/2003, de 6 de janeiro, e reformulada pelo Decreto-Lei n.º 40/2010, de 28 de abril, constituiu uma mais-valia para a política de redução dos problemas ligados ao uso nocivo do álcool, que passou assim a usufruir das sinergias já instituídas e dotou organismos, com competências comparativamente residuais nessa área, com o conhecimento especializado das redes de atores mais diretamente implicados.

As conclusões da avaliação interna do PNRPLA 2010-2012 foram igualmente apresentadas ao Fórum Nacional Álcool e Saúde, a plataforma que congrega os organismos da Administração Pública competentes e as instituições da sociedade civil, incluindo as associações setoriais do mercado, para essa área, e que se constituiu como espaço de discussão entre todos os parceiros que se comprometeram a desenvolver projetos e ações tendentes à redução dos problemas ligados ao consumo nocivo de álcool.

Da leitura global dos resultados relativos às metas específicas do PNRPLA 2010-2012 concluiu-se que, relativamente às tendências dos consumos, as prevalências de consumo e alguns padrões de consumo nocivo de álcool (consumo *binge* e embriaguez) baixaram entre 2007 e 2012, nomeadamente na população jovem, de acordo com os resultados do III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa, 2012; contudo essa redução não alcançou os valores desejados, tanto mais que existem outros indicadores preocupantes que importa referir, designadamente porque, apesar da diminuição da prevalência de embriaguez no último ano (pelo menos uma experiência) na população jovem entre os 15-19 anos, aumentou a frequência das situações de embriaguez entre os jovens consumidores no último ano (Balsa, Vital & Urbano, 2013). Acresce que existem outros estudos que apontam para um aumento de alguns padrões de consumo nocivo de álcool entre os jovens, nomeadamente os estudos em contexto escolar verificando-se entre 2007 e 2011 aumentos das prevalências de embriaguez nos últimos 12 meses, em todas as idades entre os 13 e 18 anos inclusive (Feijão, Lavado & Calado, 2012).

Ainda relativamente aos problemas ligados ao uso nocivo do álcool, verificou-se uma ligeira descida entre 2009 e 2011 da taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos, embora aquém do desejável, e uma clara descida do número de vítimas mortais em acidentes de viação com uma taxa de álcool no sangue (TAS) igual ou superior a 0,5 g/l, descida que superou a meta estabelecida neste Plano².

Tendo em consideração o curto período de execução do PNRPLA, muito provavelmente algumas das metas estabelecidas foram demasiado ambiciosas, uma vez que alcançá-las implicaria alterações comportamentais dificilmente concretizáveis no curto prazo, tal facto será tido em consideração no planeamento deste novo ciclo estratégico, que deverá assegurar a sustentabilidade e consolidar os ganhos obtidos.

² A meta estabelecida no PNRPLA (para 2012) era de 250 e o número de vítimas mortais com TAS \geq 0,5g/l foi de 193. (INML, IP, 2012)

O PNCDT 2005-2012 previu igualmente uma avaliação externa, a realizar por entidade independente, integrando especialistas estrangeiros, cujos termos de referência foram aprovados pela Comissão Técnica do Conselho Interministerial para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool.

A avaliação externa ao PNCDT 2005-2012 concluiu que se verificou uma melhoria nos principais indicadores dos domínios da procura e da oferta de substâncias psicoativas, sendo que, das recomendações formuladas, se destacam as seguintes:

A manutenção da coordenação nacional;

O planeamento adequado das intervenções, baseado na periódica atualização dos diagnósticos de necessidades;

A disponibilização de uma oferta e carteira de serviços diversificada, adequada às necessidades;

A consolidação do sistema de acompanhamento, monitorização e avaliação;

A continuidade do modelo global de gestão da qualidade das intervenções;

A manutenção das estratégias de cooperação e articulação, nacionais e internacionais;

O fomento das ações de investigação, formação e informação, com enfoque nos CAD;

O desenvolvimento da área de comunicação, com enfoque no modelo português e divulgação de boas práticas.

O financiamento adequado. (Gesaworld, SA., 2012, p.31)

Globalmente, a avaliação realizada e as recomendações gerais formuladas apontam para a necessidade de garantir a sustentabilidade dos resultados alcançados e para o alargamento do âmbito da Estrutura de Coordenação Interministerial, através da reorientação dos problemas ligados às substâncias psicoativas, nos quais se inclui o uso nocivo do álcool, assim como para outros CAD.

“No próximo ciclo estratégico deve-se afiançar a eficácia, eficiência e qualidade logradas ao nível do planeamento, desenvolvimento e avaliação das intervenções evitando retrocessos em relação à situação geral atingida e descrita nesta avaliação.

O alargamento do leque de intervenção para a área dos comportamentos aditivos e dependências é uma opção estratégica pertinente que deverá traduzir-se na adequação das respostas para a abordagem da temática. Nesse sentido, será muito importante valorizar o papel da Estratégia e coordenação interministerial no planeamento e

operacionalização das intervenções e o know-how adquirido pelos profissionais e instituições nestas matérias.” (Gesaworld, SA., 2012, p.30)

O conhecimento adquirido no âmbito das várias abordagens relativas às substâncias psicoativas deve ser potencializado, sendo importante alargar o conhecimento a outros comportamentos aditivos geradores de dependências. A produção de conhecimento afigura-se assim como uma prioridade transversal, por via do desenvolvimento de estudos, para a capacitação dos profissionais dos serviços para melhor responderem às necessidades de intervenção e para a implementação de modelos de intervenção eficazes, alargados a outros CAD.

A avaliação externa realça ainda a originalidade da intervenção desenvolvida no âmbito da Dissuasão, ao abrigo da “lei da descriminalização” (Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro), no contexto das políticas europeias, bem como a importância que esta resposta pode assumir no panorama das estratégias nacionais para a diminuição do consumo de substâncias psicoativas e das dependências.

Os resultados alcançados com as políticas até agora desenvolvidas confirmam que a operacionalização da lei se constitui como um paradigma de intervenção que tem vindo a contribuir para a redução do consumo de substâncias ilícitas, apontando para a continuidade, consolidação e sustentabilidade da dissuasão, por via do envolvimento dos parceiros na definição das estratégias e no compromisso partilhado para alcançar as metas estabelecidas e aperfeiçoar as respostas e intervenções existentes

A certificação e a acreditação de unidades, serviços, equipas e programas têm também de ser equacionadas e importa ponderar a estratégia mais adequada para responder às necessidades e prioridades. Daí a imprescindibilidade de basear as decisões estratégicas e operacionais na identificação de necessidades sustentada em diagnósticos nacionais, com análise prévia das componentes regionais e das Unidades de Intervenção Local (UIL).

A coordenação interministerial e a articulação intersectorial em que o modelo português assenta representam pilares importantes na definição e execução das políticas públicas, por via da convergência de objetivos, recursos e estratégias entre os diferentes parceiros com responsabilidades diretas na implementação de políticas e intervenções na área dos CAD.

Importa ainda referir o recente “Estudo de avaliação retrospectiva: O impacto legislativo da implementação da Estratégia Nacional de Luta contra a Droga” (ENLCD), encomendado pela

Fundação Francisco Manuel dos Santos ao Centro de Estudos de Gestão e Economia Aplicada (CEGEA), da Faculdade de Economia e Gestão da Universidade Católica Portuguesa – Porto, que avaliou o impacto da ENLCD faz um estudo de custo-efetividade dos custos sociais da toxicodependência no período de 1999 a 2008.

A quantificação dos custos sociais, diretos e indiretos, no período 1999-2008 foi feita com base na evolução temporal dos indicadores relevantes selecionados e de acordo com várias hipóteses de cálculo. Ainda que reconhecendo que os custos estão subestimados, da análise da tendência observada o estudo concluiu que *“a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga teve um impacto positivo, porque preconizou um objetivo, a luta contra a droga – a um custo social mais baixo”* do que o cenário base (contrafactual), a situação anterior a 1999, admitindo uma continuação das tendências registadas caso a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga, e em particular os seus princípios estruturantes, não tivesse sido introduzida.

Embora o estudo tenha quantificado os custos sociais da toxicodependência para o período 1999-2008, a análise quantitativa centrou-se no período 1999-2004.

“Globalmente, [no período 1999-2004] o custo social da toxicodependência registou uma diminuição de 11%, a qual se deve sobretudo à diminuição do custo social (direto e indireto) das consequências da toxicodependência (hepatites, infeção por VIH, morte prematura) e também à diminuição dos custos (diretos) associados à presença de infratores da lei da droga na prisão”, o que sugere que “de entre todos os elementos da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga, as políticas de redução de danos, por uma lado, e, por outro, a descriminalização do consumo, ao retirar a natureza criminal (...) terão tido um papel preponderante na redução do custo social da toxicodependência”.
(Gonçalves, 2011)

Também a condução sob o efeito do álcool continua a ser uma preocupação. Os acidentes de viação são um grave problema de saúde pública e implicam elevados custos sociais, patrimoniais e morais. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera-os como uma das principais causas de morte (9.ª em 2004 e 5.ª nas projeções para 2030).

Tal como referido pela ANSR e ISCTE, reportando-se aos resultados do projeto DRUID, é um facto que *“Um condutor sob a influência do álcool tem entre 7 a 10 vezes mais probabilidade de estar envolvido num acidente fatal do que um condutor sóbrio.” “A combinação de álcool e drogas, ou a combinação de mais de uma droga, aumenta exponencialmente o risco de acidente.”* (ANSR & ISCTE-IUL, 2012)

No âmbito da Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária (ENSR), documento diretor e orientador das políticas de prevenção e de combate à sinistralidade rodoviária num espaço temporal alargado (2008 – 2015), em 2012 foi feita uma avaliação intercalar às metas propostas, elaborada pela Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária e pelo ISCTE-IUL, Instituto Universitário de Lisboa.

Em termos da evolução da sinistralidade 2008–2011, esse estudo, *“Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária – Documento de Apoio à Revisão Intercalar 2012-2015”*, concluiu que *“a condução sob o efeito do álcool continua a ser uma preocupação, não estando a ser atingida a Meta de redução estabelecida na ENSR no que se refere à percentagem de condutores mortos (37,1% de condutores com álcool acima dos valores permitidos – 0,5g/l –, contra os esperados 33,9% em 2010)”*. (ANSR & ISCTE-IUL, 2012)

No contexto político e económico atual, de fortes restrições, é fundamental a capacidade para potenciar os recursos existentes, bem como para priorizar necessidades e definir linhas claras de intervenção. Por outro lado, no âmbito da reestruturação em curso dos serviços da Administração Pública, é prioritário atender à rede de respostas já existente e dimensionada de forma equilibrada, pelo que há que apostar no ainda maior aperfeiçoamento da sua qualidade e na criação de novas respostas adaptadas às dinâmicas dos problemas emergentes nos CAD.

Neste sentido, na construção do PNRCAD é feito um alinhamento estratégico e operacional com outros Planos e Estratégias Nacionais, Planos de Ação e Programas, quer do Ministério da Saúde³, quer de outras entidades públicas, acompanhando os respetivos objetivos e metas, correlacionados com os CAD ou contribuindo para a sua prossecução. Na mesma linha de estreita cooperação, foram solicitados a essas entidades contributos para o PNRCAD.

Enquadramento internacional:

A abordagem da comunidade internacional à problemática dos CAD é, ainda, muito díspar, na medida em que os Organismos/Instituições responsáveis e as estratégias formuladas diferem, quando dirigidas à intervenção na área das substâncias ilícitas, do uso nocivo do álcool e de outros comportamentos aditivos geradores de dependências, de que o jogo é um exemplo.

³ Nomeadamente no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2012-2016, ao nível de alguns Programas em curso, prioritários ou não.

No que diz respeito às substâncias ilícitas, a Organização das Nações Unidas (ONU) tem sido, historicamente, o espaço privilegiado para os Estados cooperarem na elaboração e no desenvolvimento da estratégia internacional em matéria de luta contra a droga.

Esta Estratégia é enquadrada juridicamente por três Convenções das Nações Unidas: a Convenção Única sobre Estupefacientes de 1961⁴, modificada pelo Protocolo de 1972⁵; a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971⁶; e a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas, de 1988⁷. É ao abrigo destas Convenções que funciona o Órgão Internacional de Controlo de Estupefacientes (OICE), a quem cabe monitorizar a implementação das Convenções.

Por outro lado, a atenção do sistema da ONU face à problemática da droga passa, sobretudo, por uma das comissões especializadas do Conselho Económico e Social, a Comissão de Estupefacientes (CND). Da maior importância para a atual estratégia da comunidade internacional são a Declaração Política e o Plano de Ação adotados em 2009 sob a égide da CND, e que consubstanciam a reafirmação do compromisso formal dos Estados no sentido de abordarem o problema mundial das drogas, com base numa estratégia integrada e equilibrada. Está prevista a realização, em 2016, de uma Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas, à semelhança da Sessão realizada em Junho de 1998, em Nova Iorque, que analisará a prossecução dos objetivos e metas definidos em 2009, com vista à definição de políticas futuras.

Por sua vez, o acompanhamento das matérias relacionadas com o uso nocivo do álcool tem sido feito pela Organização Mundial da Saúde (OMS), uma das diversas agências especializadas da ONU. Um dos instrumentos mais relevantes da ação recente da OMS, a *Estratégia Global para reduzir o uso nocivo do álcool*, foi adotado na 63ª Sessão da Assembleia Mundial da Saúde, que teve lugar em 2010. A Estratégia promove uma série de medidas de comprovada eficácia para reduzir os efeitos nocivos do álcool. No respeitante à regulação ou proibição de venda de bebidas alcoólicas, incluem-se a tributação sobre o álcool para reduzir o consumo, a redução da disponibilidade, diminuindo os postos de venda, o aumento da idade mínima dos compradores e o uso de medidas eficazes no que toca à condução sob o efeito de álcool. A Estratégia Global promove ainda a intervenção dos serviços de saúde, no sentido de alterar

⁴ Aprovada, para ratificação, pelo Decreto-Lei n.º 435/70, de 12 de setembro.

⁵ Aprovado para adesão pelo Decreto-Lei n.º 161/78, de 21 de dezembro.

⁶ Aprovada para adesão pelo Decreto-Lei n.º 10/79, de 31 de janeiro.

⁷ Aprovada, para ratificação, pela Resolução da Assembleia da República n.º 29/91, de 20 de junho e pelo Decreto do Presidente da República n.º 45/91, de 6 de setembro.

padrões de consumo nocivo e tratar as alterações de saúde associadas ao consumo de álcool, e a realização de campanhas educativas e de informação de apoio às medidas políticas.

Como resposta da região Europa à implementação da Estratégia Global, o Escritório Regional da OMS para a Europa elaborou, em estreita articulação com os Estados Membros, o Plano de Ação Europeu em matéria de Álcool para o período 2012-2020.

Também a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento na Europa (OCDE) aborda a temática do álcool, no âmbito dos trabalhos desenvolvidos no Comité Saúde daquela Organização. De referir, em particular, o *“Expert Group on the Economics of Prevention”*, um grupo de peritos que acompanha o trabalho realizado pela OCDE em matéria de economia da prevenção de doenças crónicas. Como parte do programa de trabalho, o Comité Saúde elabora uma análise das tendências e padrões de consumo de álcool, tendo em vista explorar os potenciais impactos das opções políticas para minimizar os danos associados ao consumo de álcool.

À semelhança das outras instâncias internacionais, o Conselho da Europa tem tido uma atividade relevante no desenvolvimento de políticas relativas à droga e ao álcool. O Grupo de Cooperação em Matéria de Luta Contra o Abuso e o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas (Grupo Pompidou) constitui um importante espaço de cooperação à escala regional.

No quadro da União Europeia (UE), a temática dos CAD tem merecido, igualmente, uma atenção diferenciada.

Assim, em matéria de drogas, é de referir o papel do Grupo Horizontal Drogas – grupo transpilar do Conselho da União Europeia responsável pela definição e coordenação da política da UE neste domínio, da qual merece especial destaque a Estratégia da UE de Luta contra a Droga (2013-2020) e os Planos de Ação (2013-2016 e o futuro Plano 2017-2020). A presente Estratégia articula-se em torno de dois domínios de intervenção – redução da procura e da oferta de droga – e de três temas transversais: coordenação, cooperação internacional e investigação, informação, controlo e avaliação. Esta Estratégia incorpora novas perspetivas e faz face a novos desafios identificados nos últimos anos, mantendo uma abordagem integrada, equilibrada e assente em dados concretos.

Igualmente no contexto da UE, importa salientar o papel do Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência (EMCDDA), a agência especializada da União Europeia que tem como objetivo fornecer informações fiáveis e comparáveis sobre o fenómeno das drogas e das dependências. Tendo como base a atividade da Rede Reitox, constituída pelos Pontos Focais

nacionais de cada um dos Estados Membros da UE (e alargada ainda à Noruega e Turquia), o EMCDDA produz anualmente um relatório onde são analisadas as várias vertentes do fenómeno, com base em indicadores-chave cuja recolha foi harmonizada e que vem sendo progressivamente enriquecida. Para além desse relatório, gere bases de dados e produz trabalhos monográficos sobre as melhores práticas nas diversas áreas de atuação, coordena (em colaboração com a EUROPOL) o Sistema de Alerta Rápido relativo às novas substâncias psicoativas, e detém um acervo de informação de valor inestimável para profissionais e decisores políticos. O facto de o EMCDDA estar sediado em Lisboa tem facilitado a participação de técnicos nacionais nas suas iniciativas, bem como um maior contacto e colaboração com os profissionais do Observatório, o que representa uma importante mais-valia para as abordagens nacionais. O Coordenador Nacional cumpre atualmente o seu segundo mandato como Presidente do Conselho de Administração do EMCDDA, cargo para o qual foi eleito em dezembro de 2009 e reeleito em 2012.

Em matéria de política de álcool, no âmbito da UE, a Comissão Europeia adotou em Outubro de 2006 uma estratégia, *Uma estratégia comunitária para apoiar os Estados-Membros na minimização dos efeitos nocivos do álcool* para apoiar os Estados-Membros na minimização dos efeitos nocivos do álcool. Esta Estratégia concentrou-se na prevenção e na redução dos padrões de consumo nocivo de álcool pelos jovens menores, bem como em algumas das suas consequências mais nefastas, tais como os acidentes de viação provocados pelo álcool e a síndrome alcoólica fetal. De referir a estrutura criada para promover o intercâmbio de boas práticas e acompanhar a implementação da Estratégia, nomeadamente o Comité de Política Nacional e Ação sobre o Álcool (CNAPA) e o Fórum Europeu Álcool e Saúde.

Ainda ao nível da UE, importa mencionar a decisão da Comissão Europeia de se apresentar uma proposta de Ação Comum – *Joint Action*, no âmbito do Segundo Programa Plurianual de Ação da UE no domínio da Saúde, para apoiar os Estados Membros na implementação da Estratégia da UE em matéria de álcool. Portugal foi incentivado pelos demais Estados membros representados no CNAPA a assumir o papel de *main partner*, ou seja, a apresentar a proposta de Ação Comum e a coordenar todos os demais parceiros envolvidos. Esta proposta foi submetida à Comissão Europeia a 22 de março de 2013 e aprovada em dezembro, estando previsto o início da sua vigência a partir de janeiro de 2014.

Relativamente à problemática do jogo em linha (*online*), esta tem sido abordada pelas diversas instituições da União Europeia (Comissão Europeia, Conselho e Parlamento Europeu), sendo de salientar o Plano de Ação para o jogo em linha aprovado pela Comissão Europeia em outubro de 2012, o qual inclui uma série de iniciativas, a desenvolver ao longo dos próximos

dois anos, com o objetivo de produzir recomendações aos Estados Membros nesta matéria e incentivar a cooperação administrativa entre eles.

Em termos concretos, a Comissão irá adotar três recomendações destinadas aos Estados-Membros, relativas nomeadamente: i) à proteção comum dos consumidores; ii) à publicidade responsável no setor do jogo; e iii) à prevenção e ao combate à viciação de resultados relacionada com apostas.

Estão ainda previstas outras medidas, nomeadamente, para dar apoio ao estabelecimento de padrões de referência e aos ensaios de instrumentos de controlo parental; ao alargamento do âmbito de aplicação da diretiva relativa ao branqueamento de capitais; à promoção da cooperação internacional na prevenção da viciação de resultados desportivos.

Os Estados-Membros serão ainda encorajados a realizar inquéritos e a proceder à recolha de dados no que respeita às perturbações do comportamento relacionadas com o jogo, bem como a promover a formação das suas entidades judiciárias respetivas em matéria de fraude e branqueamento de capitais e ainda a estabelecerem pontos de contacto nacionais que permitam reunir todas as partes interessadas envolvidas no combate à viciação de resultados desportivos.

I.B. VISÃO E PRINCÍPIOS

Visão:

Consolidar e aprofundar uma política pública integrada e eficaz no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências, baseada na articulação intersectorial, visando ganhos sustentáveis em saúde e bem-estar social.

Princípios:

Os princípios consagrados no anterior ciclo estratégico⁸ mantêm-se, destacando-se aqui os seguintes:

v Humanismo e pragmatismo

O Humanismo e o Pragmatismo são dois dos princípios estruturantes da ENLCD 1999, à qual foi dada sequência pelo PNCDD 2005-2012:

“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. (...)

O princípio do pragmatismo, enquanto princípio inspirador da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga, complementa o princípio humanista e determina uma atitude de abertura à inovação, mediante a consideração, sem dogmas ou pré-compreensões, dos resultados cientificamente comprovados das experiências ensaiadas nos diversos domínios do combate à droga e à toxicodependência e a consequente adoção de soluções adequadas à conjuntura nacional e que possam proporcionar resultados práticos positivos.” (PCM, 1999)

⁸ Princípios da cooperação internacional, da prevenção, do humanismo, do pragmatismo, da segurança, da coordenação e racionalização de meios, da subsidiariedade e da participação.

Estes dois princípios, no atual contexto socioeconómico, terão ainda uma maior razão de existência. Para além da toxicodependência, são também aplicáveis a outros tipos de CAD. Os mecanismos de proximidade entretanto criados, com especial realce para a participação ativa de muitas entidades particulares (nomeadamente Instituições Particulares de Solidariedade Social e outras Organizações Não Governamentais), consubstanciaram na prática a aplicação destes princípios, ao desenvolver intervenções que se traduzem em ganhos em saúde e na promoção do bem-estar social.

Outros princípios são integrados, conferindo uma base identitária agregadora, transversal e comum, fundamental para a implementação e alcance das metas do Plano, nomeadamente:

✓ Centralidade no Cidadão

No PNCDT 2005-2012 considerou-se que:

*“A intervenção em toxicodependências não constitui um fim em si mesmo, devendo descentrar-se das substâncias e assumir a centralidade no cidadão e nas suas necessidades objetivas e subjetivas”.*⁹

Para o próximo ciclo estratégico mantém-se este princípio, alargando o enfoque para além das toxicodependências, compreendendo o vasto leque de CAD. Considerando ainda a atual reorganização dos serviços neste âmbito, compete ao Estado assegurar a agilização da burocracia e dos processos que visam a promoção e prestação de cuidados de saúde (no sentido lato do conceito), em função da satisfação global das necessidades dos indivíduos, tendo em conta que estes têm uma palavra ativa e uma corresponsabilidade na definição do seu projeto de vida, em termos equitativos de direitos e deveres de cidadania. Os serviços devem, pois, constituir-se como gestores do capital de saúde dos cidadãos, cabendo a estes a decisão de a eles recorrer.

Assim, para o atual ciclo estratégico destaca-se a centralidade no cidadão, numa perspetiva dinâmica do seu ciclo de vida, que se desenvolve ao longo das diferentes etapas. O indivíduo é corresponsável e garante/gestor das suas opções e comportamentos que visem a sua saúde, qualidade de vida e bem-estar, enquanto cidadão e utente dos serviços, assim como elemento ativo promotor do exercício de cidadania nos contextos que frequenta, ao longo das diferentes etapas da sua vida.

⁹ RCM n.º 115/2006, de 17 de setembro.

Em síntese, importa oferecer respostas o mais precocemente possível, dar enfoque não apenas à doença, mas promover a saúde e o bem-estar do cidadão, visando o reforço dos vínculos familiares e sociais; a consistência e promoção das suas competências pessoais e sociais; a coerência dos contextos que enquadram as crianças e os jovens e o desenvolvimento de tempos e espaços de qualidade que impulsionem um desenvolvimento ótimo.

v Intervenção Integrada

Os processos que conduzem a CAD são diversos e, muitas vezes, cumulativos. Têm um carácter estruturante e as suas manifestações podem ser económicas, sociais, políticas e até culturais. Deve-se entender a integração como uma resposta global, concertada e de conjunto, que contempla as várias dimensões dos fenómenos, permitindo articular estrategicamente as ações a desenvolver.

Assim, a complexidade inerente aos CAD requer uma visão holística e desenvolvimental, onde se encara o indivíduo como o centro da abordagem, desfocando-a da(s) substância(s) utilizada(s) ou comportamentos manifestados. Fazer face a essa complexidade exige abordagens multidisciplinares e um leque de respostas e dispositivos que, de forma articulada e congruente, atuem nas várias vertentes deste fenómeno. Nesse sentido, a consolidação de um modelo integrado pressupõe um contínuo interdependente de respostas, designadamente de prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção.

O modelo de respostas integradas baseia-se portanto numa leitura multidimensional da realidade dos comportamentos aditivos e das dependências e numa intervenção de proximidade, multi e trans-sectorial, que permite maximizar resultados e alcançar ganhos sociais e de saúde. Esta conceção distancia-se da parcialidade da visão da mera soma e justaposição das intervenções, tornando-se fundamental um forte investimento na articulação interinstitucional e a formulação de objetivos estratégicos transversais às intervenções, evitando assim a dispersão, aproveitando todo o conjunto dos recursos disponíveis e as potenciais sinergias.

v Territorialidade

Adotar o princípio da territorialidade à ação no âmbito dos CAD significa localizar e delimitar um espaço, para nele desenhar ou perspetivar a intervenção. Assume-se o território como referência da intervenção, centro da definição de um projeto comum e mobilizador. Entende-

se o território como um contexto de intervenção pertinente, delimitado a partir de uma lógica de dinâmicas relacionais, problemáticas comuns e recursos existentes, que não obedece à organização administrativa formal nem se restringe a uma área geográfica. Está associado à apropriação que as pessoas fazem dos espaços, aos percursos e aos contextos do quotidiano. Neste sentido, o enfoque da intervenção é nos sujeitos/grupos-alvo que se pretende atingir, tendo em conta os estadios de desenvolvimento em que se encontram e os espaços que frequentam.

Por outro lado, qualquer intervenção, eficaz e adequada, deverá fundamentar-se no conhecimento da realidade, através da realização de um diagnóstico robusto que deverá contemplar uma abordagem global, articulada e teoricamente fundamentada, que para além da identificação dos problemas, reconheça as potencialidades para a mudança que existam no meio social de intervenção bem como os recursos disponíveis, com a participação de todos os atores que tenham um papel importante na comunidade.

A elaboração de diagnósticos rigorosos, baseados em dados fiáveis (tanto qualitativos como quantitativos), permite a definição mais adequada de prioridades de intervenção e o reforço das parcerias e sinergias internas e externas no âmbito dos CAD, nomeadamente intra e inter organismos públicos, programas de saúde e instituições sociais e privadas.

Efetivamente, compreender que as respostas têm de estar disponíveis onde são verdadeiramente necessárias, baseando as necessidades em diagnósticos, revelou-se uma estratégia adequada para aproximar estes cidadãos aos dispositivos de saúde.

✓ Qualidade e Inovação

Tendo em conta as necessidades subjacentes à intervenção em CAD, importa garantir abordagens, modelos, requisitos e práticas assentes numa lógica de inovação e sustentabilidade, baseadas na evidência, e que assegurem a capacitação e a formação contínua de profissionais e outros interventores.

A adoção/adaptação dos melhores referenciais técnicos e científicos já existentes e a elaboração de normas portuguesas no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências pode assegurar uma melhoria contínua das respostas nos vários tipos de intervenção e da qualidade clínica e organizacional dos serviços.

A definição de critérios de qualidade subjacentes ao desenvolvimento de um Sistema de acreditação de programas no domínio da procura permitirá pautar e seleccionar as melhores práticas.

Um forte investimento na qualidade pode contribuir para a sustentabilidade das políticas e das respostas, a qual pode ainda ser potenciada se houver recurso a alianças estratégicas, canais de comunicação e cooperação com os *stakeholders* estratégicos.

Importa ter em conta que qualidade e inovação se sustentam numa atualização contante do conhecimento, seja em termos de diagnósticos, estudos e modelos inovadores, seja na procura de estratégias que melhor se adequem às diferentes abordagens aos CAD.

Acresce ainda o facto de que, potenciar os canais de comunicação permitirá que este valor criado (o impacto na sociedade decorrente da mudança de comportamentos de consumo, em termos de promoção da saúde pública e segurança) seja reconhecido pelos cidadãos e se transforme em valor percebido, reforçando assim a sustentabilidade política das intervenções. Isto traduz-se em Valor em Saúde (Porter, 2006), no sentido de criar e transmitir valor que promova e justifique o investimento.

I.C. OBJETIVOS GERAIS E METAS

Os resultados globais até agora obtidos com as políticas e medidas implementadas indicam que a Estratégia seguida e os modelos utilizados constituem a base de uma política pública adequada, mas que carece de melhoria e de investimento.

A integração das questões ligadas aos CAD, nomeadamente o jogo, exige uma especial atenção.

A estratégia global de atuação no contexto deste Plano assenta numa ação coordenada, de forma a potenciar as sinergias entre os quadros estratégicos e as disponibilidades orçamentais dos serviços e organizações com intervenção nestes domínios.

Objetivos gerais:

- ✓ **Prevenir, dissuadir, reduzir e minimizar os problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas, os comportamentos aditivos e as dependências**

através de uma intervenção integrada, baseada em mecanismos de prevenção, dissuasão, redução de riscos, minimização de danos, tratamento e reinserção, utilizados em consonância com a etapa do ciclo de vida do cidadão e o contexto em que este se encontra e estruturados numa rede de referenciação e articulação de cuidados.

- ✓ **Reduzir a disponibilidade das drogas ilícitas e das novas substâncias psicoativas no mercado**

através da prevenção, dissuasão e do desmantelamento das redes de tráfico de substâncias ilícitas, em especial do crime organizado, intensificando, a nível interno e internacional, a cooperação judiciária, policial e aduaneira, bem como a gestão das fronteiras.

- ✓ **Garantir que a disponibilização, acesso e consumo de substâncias psicoativas lícitas no mercado, seja feita de forma segura e não indutora de uso/consumo de risco e nocivo**

através de educação, regulação, regulamentação e fiscalização adequadas.

- ✓ **Proporcionar oportunidades de jogo legal e seguro, e não indutor de comportamento aditivo**

através de legislação, regulamentação e fiscalização adequadas.

- ✓ **Assegurar a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos e a sustentabilidade das políticas e intervenções**

através da criação de conhecimento, da capacitação dos profissionais, da comunicação e da cooperação internacional.

INDICADORES E METAS:

- Reduzir a facilidade percebida de acesso (se desejado) nos mercados

Substâncias Psicoativas	Indicadores	Valor base	2016	2020
Colocar Portugal abaixo da atual média europeia 2 pontos percentuais em 2016 e 5 pontos percentuais em 2020				
	Facilidade (<i>relativamente/muito fácil</i>) percebida de acesso (se desejado)	2011		
ESPAD: Estudantes 16 anos	<i>Cannabis</i>	PT: 30% Média europeia: 29%	27%	24%
	<i>Ecstasy</i>	PT: 15% Média europeia: 13%	11%	8%
	Anfetaminas	PT: 14% Média europeia: 12%	10%	7%
Eurobarómetro: 15-24 anos	Cocaína	PT: 23% EU27: 22%	20%	17%
	Heroína	PT: 18% EU27: 13%	11%	8%
Reduzir em 15% até 2016 e 30% até 2020				
	Facilidade (<i>fácil/muito fácil</i>) percebida de acesso (se desejado)	2011		
ECATD: Estudantes 13-15 anos	Cervejas	49%	42%	34%
	Vinhos	48%	41%	34%
ECATD: Estudantes 13-15 anos 16-17 anos	Bebidas espirituosas	33%	28%	23%
		70%	59%	49%

- Aumentar o risco percebido do consumo de substâncias psicoativas

Substâncias Psicoativas	Indicadores	Valor base	2016	2020
Colocar Portugal acima da atual média europeia 2 pontos percentuais em 2016 e 5 pontos percentuais em 2020				
	<i>Perceção de risco elevado para a saúde</i>	2011		
Eurobarómetro: 15-24 anos	Consumo ocasional (uma ou duas vezes) de <i>cannabis</i>	PT: 24% EU27: 23%	25%	28%
	Consumo ocasional (uma ou duas vezes) de cocaína	PT: 65% EU27: 66%	68%	71%
	Consumo ocasional (uma ou duas vezes) de <i>ecstasy</i>	PT: 51% EU27: 59%	61%	64%
	Consumo regular <i>cannabis</i>	PT: 64% EU27: 67%	69%	72%
	<i>Perceção de risco elevado de se magoar (fisicamente ou de outras maneiras)</i>	2011		
ESPAD: Estudantes 16 anos	Consumo de 1-2 bebidas alcoólicas quase todos os dias	PT: 25% Média europeia: 30%	32%	35%

- Retardar a idade de início do consumo de substâncias psicoativas

Substâncias Psicoativas	Indicadores	Valor base	2016	2020
Diminuir o início de consumos com 13 anos ou menos em 15% até 2016 e 30% até 2020 e o início de padrões de consumo nocivo com 13 anos ou menos em 25% até 2016 e 50% até 2020				
	<i>Início dos consumos com 13 anos ou menos</i>	2011		
ESPAD: Estudantes 16 anos	<i>Cannabis</i>	PT: 4% Média europeia: 3%	3,4%	2,8%
	Bebidas alcoólicas	PT: 51% Média europeia: 57%	43%	36%
	Tranquilizantes ou sedativos sem prescrição médica	PT: 2% Média europeia: 2%	<1,5%	<1%
	Ficar embriagado	PT: 8% Média europeia: 12%	6%	4%
Aumentar 1 ano até 2016 e 2 anos até 2020				
	<i>Idade média do início dos consumos</i>	2012		
INPG: Pop. portuguesa 15-74 anos (subgrupo 15-24 anos)	Drogas ilícitas	17 anos	18 anos	19 anos
	Bebidas alcoólicas	16 anos	17 anos	18 anos
	Medicamentos (sedativos, tranquilizantes ou hipnóticos) c/ ou s/ receita	17 anos	18 anos	19 anos

- Diminuir as prevalências de consumo recente (últimos 12 meses), padrões de consumo de risco e dependência de substâncias psicoativas

Substâncias Psicoativas	Indicadores	Valor base	2016	2020
Reduzir em 10% até 2016 e em 20% até 2020				
	<i>Prevalências de consumos recentes (últimos 12 meses)</i>	2011		
ESPAD: Estudantes 16 anos	<i>Cannabis</i>	16%	14%	13%
	<i>Embriaguez</i>	29%	26%	23%
	<i>Prevalências de consumos recentes (últimos 12 meses)</i>	2012		
INPG: Pop. portuguesa 15-74 anos	<i>Qualquer droga ilícita</i>	2,3%	2,1%	1,8%
	<i>Consumo binge (pelo menos 1 vez)</i>	7,4%	6,7%	5,9%
	<i>Consumo binge (1 + vezes por mês)</i>	3,4%	3,1%	2,7%
	<i>Embriaguez (ficar a cambaleiar, com dificuldade em falar, vomitar, e/ou não recordar depois o que aconteceu)</i>	5,1%	4,6%	4,1%
	<i>Medicamentos (sedativos, tranquilizantes ou hipnóticos)</i>	13,7%	12,3%	11%
	<i>Prevalências de consumo de risco e dependência (últimos 12 meses)</i>	2012 (%) - ‰		
INPG: Pop. portuguesa 15-74 anos	<i>Cannabis (CAST)</i>			
	<i>Alto risco</i>	(0,3%) - 3‰	2,7‰	2,4‰
	<i>Risco moderado</i>	(0,3%) - 3‰	2,7‰	2,4‰
	<i>Bebidas alcoólicas (AUDIT)</i>			
	<i>Risco e nocivo</i>	(2,7%) - 27‰	24‰	22‰
	<i>Dependência</i>	(0,3%) - 3‰	2,7‰	2,4‰
	<i>Bebidas alcoólicas (CAGE)</i>			
	<i>Abuso ou dependência</i>	(0,8%) - 8‰	7‰	6‰

- Diminuir as prevalências de jogo de risco e dependência

Jogo	Indicadores	Valor base	2016	2020
Reduzir em 10% até 2016 e em 20% até 2020				
	<i>Prevalências de jogo (a dinheiro) de risco e patológico (12M) (SOGS)</i>	2012 (%) - ‰		
INPG: Pop. portuguesa 15-74 anos	<i>Risco (alguns problemas)</i>	(0,3%) - 3‰	2,7‰	2,4‰
	<i>Patológico</i>	(0,3%) - 3‰	2,7‰	2,4‰

- Diminuir a morbilidade relacionada com CAD

Substâncias Psicoativas	Indicadores	Valor base	2016	2020
Reduzir em 25% até 2016 e em 50% até 2020				
	<i>Internamentos hospitalares GDH 202 (cirrose e hepatite alcoólica)</i>	2011		
DGS/ACSS,IP: Pop. portuguesa /Portugal Continental	Número de utentes saídos	3163	2372	1581
Reduzir 3 pontos percentuais até 2016 e 6 pontos percentuais até 2020				
	<i>Notificações de casos diagnosticados nos últimos 3 anos com VIH/SIDA associadas à toxicodependência</i>	31/12/2012		
INSA:	Proporção do total de casos VIH	12%	9%	6%
Pop. portuguesa	Proporção do total de casos SIDA	21%	18%	15%

- Diminuir a mortalidade relacionada com CAD

Substâncias Psicoativas	Indicadores	Valor base	2016	2020
Acompanhar as metas do PNS.				
	<i>Mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool</i>	2009/2011		
DGS/ACSS,IP: Pop. portuguesa /Portugal Continental	Taxa por 100 000 habitantes, idade inferior aos 65 anos	PNS, 2009: 12,9‰ INE,2011: 12,7‰	12,5‰	*
Acompanhar as metas da ENSR.				
	<i>Mortalidade em acidentes de viação relacionada com o consumo de álcool</i>	2012		
ANSR/ INML,I.P.: Pop. portuguesa	Número de condutores mortos em acidentes de viação com uma TAS $\geq 0,5$ g/l	105	**	**
Reduzir 10% até 2016 e 20% até 2020				
	<i>Overdoses fatais devido ao consumo de drogas ilícitas</i>	2011		
INML,I.P: Pop. portuguesa	Número de mortes por overdose nos últimos 3 anos	127	114	101
Reduzir 3 pontos percentuais até 2016 e 6 pontos percentuais até 2020				
	<i>Notificações de mortes ocorridas nos últimos 3 anos de casos com SIDA associados à toxicodependência</i>	31/12/2012		
INSA: Pop. portuguesa	Proporção do total de mortes de casos com SIDA	44,9%	42%	39%

* a definir no próximo PNS; ** a definir na próxima ENSR.

PARTE II

II.A. CONTEXTUALIZAÇÃO DO FENÓMENO DOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DAS DEPENDÊNCIAS EM PORTUGAL

Genericamente, às diferentes etapas do ciclo de vida tendem a corresponder diferentes quadros de características físicas, psicológicas e socioculturais, com influência na manifestação de CAD e problemas associados.

Consumo de Substâncias Psicoativas:

No que diz respeito ao consumo de substâncias psicoativas, no quadro europeu, estima-se que cerca de 85 milhões de adultos terão já consumido alguma substância ilícita ao longo da vida, o que corresponde a cerca de um quarto da população adulta. Por outro lado, o aparecimento de novas substâncias psicoativas tem sido uma tendência crescente a nível europeu, destacando-se nos últimos anos, as substâncias sintéticas agonistas para recetores de canabinóides, as feniletilaminas e as catinonas sintéticas, grupos de substâncias que mimetizam as substâncias ilegais mais comuns (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2013). A nível mundial existem ainda poucos dados representativos das populações nacionais quanto à prevalência do consumo destas substâncias (United Nations Office on Drug and Crime, 2013).

Reportando a informação de 2009 (World Health Organization Regional Office for Europe, 2012), constata-se que a média europeia do consumo anual *per capita* de álcool (registado e não registado) na população adulta (15 ou mais anos) é de 12,45 litros (álcool puro) e que a média europeia de abstinentes ao longo da vida é de 5,6% no sexo masculino e de 13,5% no feminino.

Em Portugal, em 2012, cerca de 8,4% da população entre os 15-74 anos já tinha tido pelo menos uma experiência de consumo de substâncias ilícitas ao longo da vida e 2,3% tinha consumido nos últimos 12 meses. Considerando qualquer experiência de consumo ao longo da vida e o consumo recente (últimos 12 meses), verifica-se que a substância ilícita mais consumida no país é a *cannabis* (8,3%/2,3%), seguida do *ecstasy* (1,1%/0,2%) e da cocaína (1,0%/0,2%). Independentemente do tipo de consumo (experimental, recente ou atual) e da substância, os consumos são sempre superiores no sexo masculino e nas idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos. A taxa de continuidade de consumo¹⁰ de qualquer substância ilícita era de 27%, apresentando os mais jovens (15-24 anos) uma taxa de continuidade mais elevada (45%), diminuindo esta de forma bastante significativa à medida que avançamos no ciclo de vida (Balsa, Vital & Urbano, 2013).

De um modo geral, estas prevalências de consumo situam-se abaixo das médias registadas noutros países europeus com os quais os nossos dados podem ser comparados.

O consumo das novas substâncias psicoativas é, em 2012, ainda muito residual na população portuguesa entre os 15-74 anos: cerca de 0,4% já tinha tido pelo menos uma experiência de consumo ao longo da vida e 0,1% tinha consumido nos últimos 12 meses. Trata-se de um comportamento com maior concentração no sexo masculino e nas idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos, particularmente nos 15-24 e 25-34 (embora com prevalências não superiores a 1%). O meio de obtenção mais usual destas substâncias era através dos Pontos de Venda de novas substâncias psicoativas ("*smart shops*") (44%), que recentemente foram alvo de legislação proibitiva de venda destas substâncias (Decreto-Lei n.º 54/2013, de 17 de abril) (Balsa, Vital & Urbano, 2013).

No que respeita ao consumo de bebidas alcoólicas, em Portugal, o consumo anual *per capita* de álcool (registado e não registado) na população adulta (15 ou mais anos) era em 2009 de 13,43 litros (álcool puro), um pouco superior à média europeia, apesar de a percentagem de abstinentes ao longo da vida ser bastante superior à média europeia, quer no sexo masculino (18,6%) quer no feminino (32%) (WHO Regional Office for Europe, 2012).

Em 2012, cerca de 73% da população portuguesa entre os 15-74 anos já tinha tido pelo menos uma experiência de consumo de bebidas alcoólicas ao longo da vida e 60% tinha consumido nos últimos 12 meses. Independentemente do tipo de consumo (experimental, recente ou

¹⁰ A taxa de continuidade indica a proporção daqueles que, tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

atual), estes são sempre superiores no sexo masculino. O consumo recente (últimos 12 meses) concentra-se nas idades compreendidas entre os 25 e os 44 anos. Entre a população portuguesa de 15-74 anos, considerando o período dos últimos 12 meses, a prevalência de consumo *binge* era de 7,4%, e a de embriaguez no sentido restrito (ficar a cambalear, com dificuldade em falar, vomitar, e/ou não recordar depois o que aconteceu) era de 5,1%, sendo estas prevalências mais elevadas nas faixas etárias mais jovens, designadamente entre os 15-24 anos (13,2% e 12,8% respetivamente) (Balsa, Vital & Urbano, 2013).

Quanto ao consumo de medicamentos psicoativos (sedativos, tranquilizantes ou hipnóticos), em 2012, cerca de 22% da população portuguesa entre os 15-74 anos já tinha tido pelo menos uma experiência de consumo deste tipo de medicamentos (20,4% através de prescrição médica e 1,4% sem prescrição) e 13,7% tinha consumido nos últimos 12 meses. Estes consumos são bastante superiores no sexo feminino; contudo, o consumo de medicamentos sem prescrição médica (bastante mais residual) predomina no sexo masculino. As prevalências do consumo recente (últimos 12 meses) aumentam gradualmente à medida que se avança nas etapas do ciclo de vida, atingindo os valores máximos de 21% e de 24% nos grupos etários dos 55-64 anos e 65-74 anos (Balsa, Vital & Urbano, 2013).

De uma forma geral, entre 2007 e 2012, a tendência da evolução do consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa entre os 15-64 anos é para uma redução ou uma estabilização dos consumos, não obstante poderem ser observadas algumas subidas pontuais no caso de alguns indicadores (como por exemplo, no caso da prevalência do consumo de medicamentos ao longo da vida) ou de alguns subgrupos específicos (Balsa, Vital & Urbano, 2013).

Importa, no entanto, referir que outros estudos realizados em contextos específicos, nomeadamente escolares e recreativos, apontam para prevalências e padrões de consumo de substâncias psicoativas mais preocupantes em determinadas etapas do ciclo de vida, designadamente na dos 15-24 anos, evidenciando mesmo tendências de agravamento de alguns consumos nos últimos anos (Calado & Lavado, 2010; Feijão, 2012; Feijão, Lavado & Calado, 2012; Guerreiro, Costa & Dias, 2013).

Por outro lado, e ainda a propósito dos padrões de consumo nesta etapa do ciclo de vida, é de assinalar que, entre os utentes que procuraram tratamento em 2011 nas Unidades de Desabituação (UD) e nas Comunidades Terapêuticas (CT) públicas, as idades médias do início dos consumos abusivos de substância ilícitas, álcool e benzodiazepinas se situavam entre os 16

e 23 anos (SICAD, 2013). Igualmente, no âmbito das contraordenações por consumo de substância ilícitas, cerca de metade dos indivíduos com processos abertos nas Comissões para a Dissuasão da Toxicoddependência (CDT) relativos às ocorrências de 2011 pertenciam à faixa etária dos 16 aos 24 anos (IDT,IP, 2012).

É de assinalar ainda que se tem assistido em Portugal a um decréscimo no recurso à via endovenosa para consumo (IDT,IP, 2012), acompanhando a tendência europeia (EMCDDA, 2013).

No que reporta a problemas associados ao consumo de substâncias psicoativas, segundo os resultados do III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa 2012 (INPG, 2012), e com exceção para a heroína, mais de metade dos consumidores das outras substâncias psicoativas declara nunca ter tido consequências adversas do consumo (Balsa, Vital & Urbano, 2013). No entanto, os inquéritos realizados à população geral têm como limitação a sub-representação de subgrupos populacionais com consumos mais problemáticos e com um maior índice de exclusão social.

De entre os problemas associados a padrões mais problemáticos de consumo de substâncias destacam-se, neste âmbito, alguns indicadores de morbilidade e mortalidade.

No quadro do reconhecimento de problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas e conseqüente procura de tratamento, verifica-se que, em 2011, o número de utentes integrados na rede pública de tratamento de substâncias ilícitas e/ou álcool foi de 45.863 em ambulatório (38.292 atendidos nos Centros de Respostas Integradas (CRI) e 7.571 nas Unidades de Alcoologia (UA), sendo o número de admitidos no ano de 10.373, distribuindo-se por 8.492 nos CRI (5.960 pela primeira vez inscritos nestas estruturas do IDT,IP, dos quais 36% admitidos por problemas ligados ao álcool e 38% pelo consumo de substâncias psicoativas ilícitas) e 1.881 nas UA. Na rede pública e convencionada, o número de internamentos foi de 3.142 em Comunidades Terapêuticas (CT), 1.804 em Unidades de Desabilitação (UD) e 811 nas UA. Em contexto prisional, cerca de 1.184 reclusos iniciaram programas farmacológicos (503 da responsabilidade do Estabelecimento Prisional e 681 em articulação com o IDT,IP) e 223 reclusos estiveram inseridos em Unidades Livres de Drogas. Por sua vez, em 2011, o número de utentes sem enquadramento socio familiar de estruturas de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) apoiadas pelo IDT,IP foi de 12.550.

A grande maioria dos utentes integrados nestas estruturas de tratamento e de RRMD são do sexo masculino (de um modo geral, acima dos 80%). Considerando as etapas do ciclo de vida e

respetivos períodos críticos, as modas e médias de idades dos utentes destas estruturas situam-se na faixa etária dos 35-44 anos, com a média etária dos utentes com problemas relacionados com o consumo de substância ilícitas tendencialmente próxima do extremo inferior e a dos utentes com Problemas Ligados ao Álcool (PLA) próxima do extremo superior. Com efeito, a procura de tratamento no caso dos utentes com PLA acima desta faixa etária, e em particular entre os 45-54 anos, é também bastante relevante e significativamente superior ao dos utentes com problemas relacionados com o consumo de substância ilícitas (IDT,IP, 2012; IDT,IP, 2012a; SICAD, 2012).

Em relação a doenças infecciosas, e no âmbito das notificações da infeção VIH/SIDA, mantém-se a tendência decrescente da proporção de casos associados à toxicodependência nos vários estádios da infeção (38% do total acumulado de notificações de infeção pelo VIH a 31/12/2012), bem como a diminuição contínua ao longo da última década do número de novos casos diagnosticados com VIH associados à toxicodependência. A 31/12/2012, a proporção de notificações de casos diagnosticados recentemente (últimos 3 anos) com infeção VIH ou com SIDA e atribuídos ao consumo injetável de droga no conjunto dos casos diagnosticados nesse período era de 12% e 21% respetivamente¹¹.

Nas estruturas de tratamento da dependência das redes pública e privada licenciada, de um modo geral, verifica-se uma tendência de decréscimo nos últimos anos dos valores de positividade nos rastreios de diversas doenças infecciosas, em particular do VIH (entre 2% e 10% em 2011) e Hepatite C (VHC+) (entre 20% e 47% em 2011), sendo estes valores bastante mais elevados em subgrupos com consumos endovenosos. Mais residuais são os valores de positividade para a Hepatite B (AgHBs+) (entre 1% e 3% em 2011) e Tuberculose (valores iguais ou inferiores a 1%). A comorbilidade infecciosa mais comum nestas populações é a do VIH+ e VHC+, verificando-se que a grande maioria dos infetados pelo VIH são também positivos para o VHC. Os dados disponíveis sobre o tratamento com antirretrovirais apontam para valores aquém do desejável, variando em 2011 entre 30% e 63% dos seropositivos nas diferentes estruturas (valores mínimo e máximo respetivamente nos utentes das UD e CT). Para cada uma das doenças infecciosas mencionadas, os valores de positividade entre os utentes das UD e CT públicas ou privadas licenciadas é, em 2011, sempre superior na faixa etária dos 35 aos 44 anos, embora também com valores significativos nas faixas etárias dos 25 aos 34 anos e dos 45 aos 54 anos (IDT,IP, 2012; SICAD, 2013).

¹¹ Informação *ad hoc* disponibilizada pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA).

Relativamente à comorbilidade psiquiátrica (existência de outras psicopatologias para além dos transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas), entre os utentes das UD e CT públicas verifica-se que as psicopatologias diagnosticadas mais comuns são os Transtornos do Humor (com prevalências em 2011 na ordem dos 21% e 3% dos utentes das CT e das UD) e os Transtornos da Personalidade e do Comportamento do Adulto (com prevalências em 2011 na ordem dos 16% e 6% dos utentes das CT e das UD), seguindo-se-lhes de forma mais residual a Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Delirantes (com prevalências em 2011 na ordem dos 5% e 1% dos utentes das CT e das UD) e os Transtornos Neuróticos, Transtornos Relacionados com o Stress e Transtornos Somatoformes (com prevalências em 2011 na ordem dos 2% e 1% dos utentes das CT e das UD). Embora estas psicopatologias sejam as mais comuns, quer se trate de utentes com problemas de consumo de substância ilícitas quer de álcool, as respetivas prevalências variam em função desta tipologia de utentes (SICAD, 2013).

No que respeita às mortes relacionadas com o consumo de substância ilícitas em Portugal, verificou-se uma tendência para o decréscimo em 2010 e 2011. Segundo as estatísticas nacionais de mortalidade do Instituto Nacional de Estatística, IP (INE,IP), em 2011 ocorreram 6 mortes causadas por dependência de substância ilícitas (Lista Sucinta Europeia); já de acordo com o critério do OEDT, registaram-se 10 casos de mortes relacionadas com o consumo de substância ilícitas. Quanto à informação dos registos específicos de mortalidade do Instituto Nacional de Medicina Legal, IP (INML, IP), em 2011, dos 157 óbitos com resultados toxicológicos positivos (substâncias ilícitas) *post-mortem* e com informação sobre a causa de morte, 19 casos foram considerados *overdoses* (127 *overdoses* nos último 3 anos). Nestas *overdoses* foram detetadas mais do que uma substância, sendo de destacar em associação com as substâncias ilícitas, as *overdoses* com a presença de álcool (37%) e benzodiazepinas (42%). A idade média das vítimas destas *overdoses* era de 38 anos, ocorrendo as mesmas sobretudo nas faixas etárias dos 35 aos 44 anos (47% dos casos) e dos 25 aos 34 anos (27% dos casos). A ocorrência de *overdoses* em idades inferiores a 25 anos é residual (IDT,IP, 2012).

Esta informação pode ainda ser complementada com os dados relativos a notificações de mortes recentes (últimos 3 anos) de casos com SIDA atribuídos ao consumo injetável de droga: a 31/12/2011, a proporção destes casos relativamente ao total de notificações de mortes recentes (últimos 3 anos) de casos com SIDA era de 47,5%¹².

¹² Informação *ad hoc* disponibilizada pelo INSA.

No âmbito do consumo nocivo de álcool, em 2011, ocorreram 3.163 episódios de internamento por GDH¹³ 202 (cirrose e hepatite alcoólica) em Portugal Continental, de entre os quais, 218 resultaram em óbito. Neste ano, verificou-se que os episódios de internamento tendem a aumentar ao longo do ciclo de vida, atingindo um valor máximo de 868 utentes entre os 50-59 anos, idade a partir da qual se assiste a um progressivo decréscimo no número de casos. Com efeito, segundo os dados do INE, IP, a taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos em Portugal Continental foi de 12,7‰ em 2011, sendo cerca de seis vezes superior no sexo masculino comparativamente ao feminino. Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), as doenças atribuíveis ao álcool são uma das 10 principais causas de mortalidade prematura entre os homens em Portugal Continental (DGS, 2012).

No contexto rodoviário, de acordo com os dados do INML, IP, o número de vítimas mortais em acidentes de viação com uma Taxa de Álcool no Sangue (TAS) igual ou superior a 0,5 g/l tem vindo a decrescer nos últimos anos no país, registando-se um valor de 193 casos em 2012. Quanto ao número de condutores vítimas mortais de acidentes de viação foi superior na faixa etária dos 35 aos 49 anos (33 casos), embora com valores próximos na faixa etária precedente (25 vítimas tinham entre 25 e 34 anos) e na seguinte (28 vítimas tinham 50 anos ou mais) (INML, IP, 12 de junho de 2013).

Ainda relativamente às vítimas mortais em acidentes de viação, são de referir alguns dos resultados do projeto europeu DRUID - *Driving Under Influence of Alcohol Drugs and Medicines*. Entre os condutores mortos, as substâncias ilícitas mais prevalentes em Portugal foram a *cannabis* (4,2%) e a cocaína (1,4%), tendo sido nulas as prevalências de consumo de opiáceos ilícitos e de anfetaminas. Foram particularmente preocupantes as prevalências de consumo de álcool (cerca de 45% para uma TAS $\geq 0,1$ g/L, e cerca de 35% para uma TAS $\geq 0,5$ g/L), considerando que uma das principais conclusões do estudo foi a de que o risco relativo de acidente e de lesão do condutor aumenta drasticamente com o aumento da TAS, sobretudo acima de 1,2 g/L. Em relação ao consumo de álcool, Portugal apresentou a prevalência mais elevada entre os 4 países do estudo (Dias, 2012).

Os problemas de saúde aqui referidos a título exemplificativo, são apenas alguns dos inúmeros problemas (relacionais, sexuais, delinquência, etc) associados a padrões mais problemáticos de consumo de substâncias psicoativas.

¹³ Grupos de Diagnósticos Homogéneos.

Comportamentos Aditivos e Dependências sem Substâncias Psicoativas:

Relativamente aos CAD sem Substâncias Psicoativas, considera-se ser relevante dar destaque ao fenómeno do jogo. O jogo é uma problemática com uma história recente em termos de definição de políticas de saúde a nível europeu, sendo a evidência sobre as suas diversas vertentes esparsa e de alguma forma incoerente, fruto da utilização de delimitações conceptuais distintas. Como tal, considera-se pertinente efetuar um enquadramento relativamente aos termos e categorias utilizados neste documento, referentes essencialmente ao fenómeno do *gambling*, traduzido por alguns autores (Lopes, 2009; Balsa, Vital & Urbano, 2013, 2013a) como “jogo a dinheiro” e por outros apenas como “jogo” (Hubert & Griffiths, 2013). A sua definição foi recentemente consensualizada por um grupo de especialistas no âmbito do programa europeu *Alice-Rap*:

“Apostar um determinado valor material num evento com resultado incerto, reunidas as seguintes características: (a) estão envolvidas duas ou mais partes (em que uma pode ser uma organização); (b) o resultado é determinado apenas por ou predominantemente pelo acaso e não pela competência e (c) o termo inclui todas as formas, seja de base territorial ou interativa/online, lotarias, apostas ou jogos (roleta, poker, etc)” (Bühringer, Braun, Kräplin, Neumann & Slecza, 2013, p. 2).

No que diz respeito à identificação de problemas e sua severidade, os dados que se apresentam neste documento sustentam-se no instrumento *South Oaks Gambling Screen* (SOGS), já aferido para a população portuguesa por Lopes (2008) e baseado inicialmente nos critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM III) quanto a esta problemática.

A partir deste instrumento, é possível efetuar uma classificação dos jogadores em três níveis, um referente a ausência de problemas¹⁴ e os dois seguintes em que são identificados problemas mas segundo distintos níveis de severidade, em que o nível superior de severidade é o que configura os critérios de perturbação estipulados pelo DSM¹⁵. Estes níveis de severidade espelham o que se tem considerado como um contínuo com diversos estadios entre o jogo enquanto elemento de lazer ou profissional e o jogo enquanto perturbação com

¹⁴ “Sem dependência” segundo Lopes (2009), “recreativo” segundo Hubert & Griffiths (2013) e “sem problemas” segundo Balsa, Vital & Urbano (2013, 2013a).

¹⁵ O nível inferior de severidade é designado por Lopes (2009) como “risco”, por Hubert e Griffiths (2013) como “abusivo” e por Balsa, Vital & Urbano (2013, 2013a) como “alguns problemas”. Uma vez que os estudos citados são anteriores à publicação do DSM V, utilizam as designações de “dependência” (Lopes, 2009), “jogador patológico” (Hubert & Griffiths, 2013) e “probabilidade de ser jogador patológico” (Balsa, Vital & Urbano, 2013, 2013a) para o nível superior de severidade.

significado clínico¹⁶. Sem perder de vista o panorama geral relacionado com o jogo, a proposta de atuação no que concerne aos jogadores concretos incide nos últimos estadios deste contínuo.

A discussão internacional sobre esta problemática refletiu-se também em alterações no DSM-V, recentemente publicado, ao nível dos termos utilizados (o termo anterior, “jogo patológico”, passa no DSM-V a ser “perturbação relacionada com o jogo”¹⁷) e no próprio enquadramento do fenómeno nas perturbações mentais (transitando do capítulo de “perturbações do controlo dos impulsos não classificadas noutra parte” para o capítulo das “perturbações aditivas e relacionadas com substâncias”).

O jogo, no seu sentido amplo¹⁸, é uma prática transversal a todas as sociedades, tendo sobretudo uma dimensão de lazer. Também na sua vertente que envolve a alocação de dinheiro é um fenómeno com uma elevada expressão, ainda que variável entre países europeus (prevalências de 40% a 80% no último ano, segundo Griffiths, 2010).

A probabilidade de um indivíduo desenvolver problemas relacionados com o jogo resulta da conjugação de fatores individuais (posição no ciclo de vida, designadamente jovens, sexo masculino, determinadas características neurocognitivas, emocionais, de personalidade, presença de abuso de substâncias, por exemplo), familiares (existência de membros da família com problemas com o jogo e/ou substâncias, relações familiares frágeis, educação parental permissiva ou inconsistente, atitude positiva relativamente ao jogo, por exemplo), do grupo de pares (atitude positiva e práticas do grupo favoráveis ao jogo) e ambientais (disponibilidade e acesso a jogos, fracas condições sociais, atitude positiva da sociedade relativamente ao jogo, estruturas de apoio social e de saúde inadequadas, regulamentação inconsistente ou inexistente relativamente à promoção do jogo ou o controlo e repressão do jogo ilegal, por exemplo)¹⁹, pelo que uma estratégia dirigida à prevenção e tratamento destes problemas deve ser multidimensional.

Neste sentido, Bühlinger et al. (2013) propõe uma categorização de três ordens de fatores de risco: fatores individuais, fatores sociais e características do jogo (velocidade, dimensão das apostas, ganhos e perdas, atratividade, por exemplo).

¹⁶ <http://gambling.dronet.org>.

¹⁷ Tradução livre de “*gambling disorder*”.

¹⁸ A dinheiro e sem ser a dinheiro.

¹⁹ <http://gambling.dronet.org>.

Neste domínio, não existem, ainda, dados epidemiológicos comparáveis entre Estados Membros, fruto da utilização de conceitos diferentes e de metodologias distintas de recolha e análise de dados. Tendo em consideração estas limitações, é possível indicar que a prevalência de perturbação relacionada com o jogo (DSM-V) a nível europeu se situará, aproximadamente, no intervalo de 0,1% a 0,8% para a população adulta geral. Uma percentagem adicional de aproximadamente 0,1% a 2,2% demonstra um potencial envolvimento em jogo problemático, que não configura ainda a perturbação mencionada (Bühringer et al., 2013).

A prevalência de dependência de jogo a dinheiro em Portugal é idêntica à da generalidade dos países Europeus, e a incidência é também previsivelmente similar (Lopes, 2009).

Existe um défice de conhecimento em Portugal relativamente aos fenómenos de dependência de jogo a dinheiro, particularmente entre os novos focos de preocupação, como sejam os jovens de 14-18 anos (ou 12-18 anos) e grupos de doentes (Lopes, 2009).

Em 2012, a prevalência de jogadores a dinheiro na população portuguesa entre os 15 e 74 anos era de 66%, sendo esta superior entre os homens (74%) do que nas mulheres (58%). De entre um conjunto alargado de jogos realizados no país (totobola, totoloto, lotarias, jogos de cartas, raspadinha, euromilhões, jogos de dados, etc), o euromilhões era claramente o mais jogado (62%), seguido do totobola ou totoloto (32%) e outras lotarias (18,3%) (Balsa, Vital & Urbano, 2013).

No que diz respeito à avaliação da dependência de jogos a dinheiro (aferida através do SOGS), 0,6% da população portuguesa (15-74 anos) pode ter problemas com o jogo²⁰, sendo que metade (0,3%) apresenta uma probabilidade de ser jogador patológico. Estas prevalências são maiores entre os homens (0,9% / 0,5%) do que entre as mulheres (0,3% / 0,1%) (Balsa, Vital & Urbano, 2013). Quanto às etapas do ciclo de vida e respetivos períodos críticos, importa considerar de forma distinta as situações de ter apenas alguns problemas com o jogo e a probabilidade de ser jogador patológico, com vista a identificar o tipo de intervenção mais adequada. Assim, verifica-se que os portugueses entre os 25-34 anos e 35-44 anos apresentam as prevalências mais elevadas (0,5%) de ter alguns problemas com o jogo, sendo que são os portugueses das faixas etárias dos 45-54 anos e 65-74 anos que apresentam uma maior probabilidade de serem jogadores patológicos (respetivamente 0,6% e 0,7%) (Balsa, Vital & Urbano, 2013a).

²⁰ O que inclui os dois níveis de severidade: “alguns problemas” e “probabilidade de ser jogador patológico”.

Relativamente ao jogo em linha (*online*), em Portugal, dados de 2008 revelam que as prevalências de jogadores de apostas *online* e de outros jogos *online* são ambas inferiores a 2,5% (para uma amostra de 1.824 respondentes). No entanto, entre os jogadores, a percentagem de dependentes é, também para ambos os casos, superior a 15% (Lopes, 2009). Num estudo posterior, de 2011, com 1.599 jogadores, de entre os quais, 959 jogadores *online*, a prevalência de jogo patológico online identificada foi de 18% (Hubert & Griffiths, 2013).

Neste último estudo, representativo dos jogadores patológicos em Portugal, verificou-se que maioritariamente estes são do sexo masculino (76%), com uma idade média de 35 anos, com um nível de escolaridade igual ou superior ao 12º ano (79%), trabalham (71%), têm um rendimento anual igual ou inferior a 60.000€/ano, estão envolvidos numa relação (71%), não têm filhos (66%) e residem em contexto urbano (75%). Metade destes jogadores são sobretudo jogadores *online* e a outra metade, *offline*, realçando-se neste estudo a tendência para haver cada vez mais jogadores patológicos mistos, que apostam em ambos os modos. Neste estudo, os autores concluem que existe um contínuo de risco em ambos os modos, sendo este mais rápido e intenso no modo *online*. A constatação de um risco de danos superior nos jogadores patológicos *online* está relacionada com os resultados mais elevados nos fatores de risco das características situacionais e estruturais destes jogadores.

Em termos das características individuais, destaca-se a idade como um dos principais fatores diferenciadores entre estes tipos de jogadores patológicos. Com efeito, a maioria dos jogadores patológicos *online* (53,8%) têm idades compreendidas entre os 16 e os 30 anos, enquanto a maioria dos jogadores patológicos *offline* têm idades acima dos 35 anos (56,1%). É significativamente superior o peso dos jogadores patológicos *online* nos grupos etários dos 16-20 anos (17,0%, face a 2,3% dos jogadores patológicos *offline*) e 21-25 anos (19,3%, face a 9,9% dos jogadores patológicos *offline*). Em contrapartida, é significativamente superior o peso dos jogadores patológicos *offline* nos grupos acima dos 45 anos (29,8%, face a 9,3% nos *online*). Na faixa etária dos 31-35 anos as percentagens são muito semelhantes entre os dois tipos de jogadores (Hubert & Griffiths, 2013).

Importa assinalar também que entre os dependentes de jogo constata-se uma importante comorbilidade com outras dependências, designadamente de bebidas alcoólicas, assim como outros problemas de saúde mental como a depressão e suicídio (Lopes, 2009).

Mercados de drogas ilícitas:

Atualmente, os mercados de drogas ilícitas apresentam, mais do que nunca, um elevado dinamismo, em grande parte devido à globalização e à evolução das tecnologias de informação, que criam novas interconexões entre os domínios da procura e da oferta de drogas, e novos desafios a um ritmo crescente (EMCDDA, 2013).

As tendências de evolução dos mercados baseadas em indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, são influenciadas por diversos fatores, designadamente os níveis de atividade de aplicação da lei e a eficácia das medidas de combate ao tráfico (EMCDDA, 2013).

Em Portugal, as tendências recentes expressas através de diversos indicadores no domínio da oferta de drogas ilícitas, enquadram-se de um modo geral, nas tendências europeias.

Tendo em consideração as grandes oscilações anuais na evolução de alguns indicadores no domínio da oferta de drogas ilícitas, optou-se nestes casos por fazer uma análise do último quadriénio como a situação atual de partida para o planeamento deste ciclo estratégico.

Em Portugal, de um modo geral, a tendência registada no número de apreensões e de quantidades apreendidas de drogas ilícitas é de aumento ao longo da última década, embora a nível de determinadas substâncias se tenha verificado evoluções contrárias. Com efeito, as tendências manifestadas na década anterior evidenciaram aumentos nos números de apreensões e de quantidades confiscadas de cocaína, de haxixe e de liamba na segunda metade da década comparativamente à primeira metade, contrariamente às descidas verificadas no caso da heroína e do *ecstasy* (IDT,IP, 2012; Polícia Judiciária, 2013).

A análise do ocorrido no último quadriénio permite identificar algumas oscilações anuais, mas aquelas tendências mantêm-se para a generalidade das substâncias.

A maioria das apreensões efetuadas em Portugal está relacionada com a *cannabis*, refletindo a elevada prevalência de consumo na população. No último quadriénio, a tendência é de aumento do número de apreensões (acima da média dos anos anteriores) e diversificação da oferta de produtos de *cannabis*. Apesar de se manter o predomínio de apreensões de haxixe (entre 2009 e 2012 foram efetuadas 12.598 apreensões, num total de cerca de 90,7 toneladas), a *cannabis* herbácea tem vindo a ganhar visibilidade crescente no mercado, registando-se no último quadriénio os números de apreensões mais elevados da última década. Eventualmente também poderá existir uma maior disponibilidade de produção

interna, tendo em consideração o aumento das apreensões de plantas de *cannabis* (entre 2009 e 2012 foram efetuadas 1.218 apreensões de plantas de *cannabis*, num total de 27.547 plantas). Por outro lado, a disponibilidade de agonistas sintéticos dos recetores canabinóides sintéticos no mercado ilícito poderá acrescentar uma nova dimensão ao mercado da *cannabis*.

As apreensões de cocaína ganharam maior visibilidade sobretudo desde 2005, tornando-se a segunda substância com maior número de apreensões, refletindo uma vez mais as prevalências de consumo na população portuguesa. A cocaína mais apreendida em Portugal é a cocaína em pó/hidrocloridrato, sendo mais residuais as apreensões de cocaína-crack e folhas de coca. Entre 2009 e 2012 foram efetuadas 5644 apreensões de cocaína, num total de cerca de 13,6 toneladas. É a substância com maior número de apreensões de quantidades significativas²¹ em território nacional (21% do número de apreensões e 99,8% das quantidades apreendidas de cocaína em 2012), e de apreensões que têm como destino final outros países, nomeadamente europeus, funcionando Portugal como ponto de trânsito na rota de tráfico dos países produtores para o continente europeu. Existem, no entanto, indícios recentes a nível de alguns países europeus de uma maior diversificação destas rotas de tráfico.

A tendência de declínio das apreensões de heroína registadas ao longo da última década, quer em número de apreensões, quer de quantidades apreendidas, foi quebrada por um pico pontual em 2009 e 2010, com nova inflexão negativa nos últimos dois anos. A heroína castanha é a mais apreendida em Portugal, sendo mais residual a heroína branca. Entre 2009 e 2012 foram efetuadas 5077 apreensões de heroína, num total de 313 quilos. Em contrapartida, têm aumentado também as apreensões de outros opiáceos no mercado nacional, nomeadamente de ópio, metadona e buprenorfina.

As apreensões de estimulantes sintéticos continuam ainda a ser residuais. As apreensões de *ecstasy* continuam a ser as mais expressivas no quadro dos estimulantes sintéticos, existindo indícios recentes de um ressurgimento do mercado de *ecstasy*, embora aquém dos níveis registados entre 2001 e 2006. Com efeito, após o decréscimo contínuo das apreensões de *ecstasy* desde 2005, verifica-se uma inflexão a partir de 2010, com um aumento muito significativo das quantidades apreendidas em 2012. A nível europeu, também se constatou em 2007 uma inflexão negativa destas apreensões, atribuída ao reforço dos esforços na apreensão de precursores e pré-precursores químicos usados no fabrico de MDMA e ao baixo grau de pureza do “*ecstasy*” vendido, constatando-se também recentemente em vários países

²¹ De acordo com o critério das Nações Unidas.

Europeus um ressurgimento deste mercado com a disponibilidade de MDMA com um elevado grau de pureza. Em Portugal, as análises efetuadas pelo Laboratório de Polícia Científica/Polícia Judiciária a comprimidos de MDMA em “amostras de rua”, também evidenciam um aumento do grau de pureza entre 2010 e 2012. É de destacar ainda a quantidade apreendida de mefedrona em 2012 (81,8 Kg.), o que poderá indiciar a tendência manifestada recentemente em alguns países europeus de disponibilidade desta substância no mercado ilícito e com uma elevada procura, sendo assinalada como um exemplo raro de transição de novas substâncias psicoativas para o mercado ilícito.

Por último, são de destacar também as quantidades atípicas apreendidas de selos de LSD em 2010 e 2011 (respetivamente 30.038 e 30.503 selos).

No âmbito do tráfico internacional, o posicionamento geoestratégico de Portugal é relevante em matéria de fluxos de tráfico de droga, embora o país não funcione como sede da maior parte das organizações criminosas ligadas ao tráfico de droga (Ministério da Administração Interna, 2012). As tendências no último quadriénio, em termos de principais países de proveniência das drogas apreendidas no país, foram Marrocos e Espanha no caso do haxixe, a Holanda e a Espanha a nível da heroína e do *ecstasy*, e vários países da América do Sul (com especial destaque do Brasil) a nível da cocaína (IDT,IP, 2012; Polícia Judiciária, 2013).

Ainda no contexto dos mercados de drogas a nível nacional, são de referir alguns indicadores sobre a facilidade percebida de acesso a algumas substâncias. Verifica-se que, em 2011, entre os jovens de 15-24 anos, 49% consideravam relativamente fácil ou muito fácil aceder a *cannabis* (se desejado), num período de 24 horas. Esta era a perceção de 23% dos jovens relativamente à cocaína, 22% relativamente ao *ecstasy* e 18% relativamente à heroína. Comparando com a média europeia, constata-se que os jovens portugueses desta idade têm uma perceção de facilidade de acesso inferior relativamente à *cannabis* (média europeia de 57%), semelhante no que diz respeito ao *ecstasy* e cocaína (média europeia de 22%) e superior relativamente à heroína (média europeia de 13%) (*The Gallup Organization*, 2011).

A aplicação da legislação nacional em matéria de drogas ilícitas pelas entidades com atribuições em matéria do controlo, fiscalização, prevenção e investigação criminal do tráfico ilícito de estupefacientes, com o objetivo fundamental de reduzir a disponibilidade das drogas, resultou em 2012, na identificação de 6.206 presumíveis infratores, 42% como presumíveis

traficantes e 58% como presumíveis traficantes-consumidores, registando-se no último quadriénio os valores anuais mais elevados desde 2002²².

Por outro lado, no quadro jurídico das contraordenações por consumo de drogas, em 2011 foram instaurados 6.898 processos relativos às ocorrências no ano, registando-se no último quadriénio os valores mais elevados da década (IDT,IP, 2012).

No âmbito das decisões judiciais ao abrigo da Lei da Droga, em 2011 registaram-se 1.878 processos-crime findos envolvendo 2.759 indivíduos, tendo sido condenados 2.404 indivíduos na sua maioria por tráfico (82%). No último quadriénio constata-se uma ligeira tendência de aumento do número de processos, assim como do número de indivíduos acusados e condenados nesta matéria. A 31/12/2012 estavam em situação de reclusão 2.252 indivíduos condenados ao abrigo da Lei da Droga, na sua grande maioria condenados por tráfico. Constata-se nos últimos quatro anos uma estabilidade no número de reclusos condenados ao abrigo da Lei da Droga, sendo de assinalar um aumento registado em 2012²³.

As infrações à legislação nacional em matéria de drogas ilícitas, constituem apenas uma parte da “criminalidade associada à droga”, denominada, segundo uma proposta de tipologia apresentada pela Comissão Europeia ao Conselho da UE (OEDT, 2007), de *crimes sistémicos* (no contexto do funcionamento dos mercados de substâncias ilícitas), existindo também outros tipos de crimes como os *psicofarmacológicos* (cometidos sob a influência de substâncias psicoativas) os *económicos compulsivos* (cometidos para obter dinheiro ou drogas para o consumo), ainda pouco documentados a nível nacional e europeu.

A título exemplificativo dos inúmeros problemas criminais relacionados com o consumo de substâncias psicoativas, refira-se que no último estudo representativo a nível nacional realizado em contexto prisional, se verificou que em 2007, 67% dos reclusos apresentavam motivos direta ou indiretamente associados ao consumo de drogas para a sua situação de reclusão (Torres, Maciel, Sousa & Cruz, 2009).

²² Dados do SICAD, não publicados.

²³ Informação *ad hoc* disponibilizada pela Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais.

II.B. OPÇÕES ESTRATÉGICAS

À semelhança do anterior PNCDT 2005 – 2012, investir-se-á em dois grandes domínios: o da procura e o da oferta.

No **domínio da procura** o cidadão constitui o centro da conceptualização do quadro das opções das políticas e intervenções desenhadas e orientadas de acordo com as etapas do ciclo de vida e os contextos de pertença.

O ciclo de vida constitui-se como o processo de desenvolvimento humano aos níveis físico, cognitivo e psicossocial, que vai da conceção até à morte, e que acontece por etapas. É assim um processo vitalício, flexível e plástico, multidimensional e multidirecional, que assenta em processos de maturação (enquanto sequencia de mudanças físicas e padrões de conduta influenciados geneticamente e associados à idade) e de aprendizagem (enquanto sequencia de mudanças contínuas decorrentes da experiência) e está dependente dos fatores individuais, contextuais, sociais e históricos (Feldman, 2005).

A **abordagem por ciclo de vida** alicerça-se numa perspetiva dinâmica e bio-psico-social, do processo de desenvolvimento do Ser Humano, que permite direcionar e identificar períodos críticos e focalizar mais adequadamente as estratégias e intervenções a desenvolver de acordo com as necessidades/competências dos indivíduos manifestadas nesse processo. São consideradas as seguintes etapas do ciclo de vida:

- Gravidez e período neonatal;
- Crianças até aos 9 anos;
- Jovens dos 10 aos 24 anos (sub-etapas dos 10 aos 14; dos 15 aos 19 e dos 20 aos 24 anos);
- Adultos dos 25 aos 64 anos;
- Adultos acima dos 65 anos.

Para isso, em cada etapa do ciclo de vida, as intervenções a preconizar devem ter em conta a identificação de grupos sociais da população com problemas associados a este fenómeno, a vários níveis (individual, social, económico, de saúde, judicial, etc.), que adotam comportamentos de risco e/ou que estão mais vulneráveis a fatores de risco; procurar-se-á compreender porque é que os diferentes grupos são mais vulneráveis ou resilientes a esses problemas e comportamentos. As questões do género e étnicas têm de ser tidas em conta

nesta abordagem, por terem especial relevância e impacto no ajustado desenvolvimento dos indivíduos (Feldman, 2005).

Assim, na definição da intervenção por ciclo de vida do cidadão, importa identificar necessidades específicas de cada etapa, tendo em conta os fatores de risco e os fatores de proteção, numa ótica de prevenção de comportamentos de risco e de agravamento dos determinantes de saúde e ainda numa perspetiva de ganhos em saúde e em bem-estar social.

Frequentemente, a identificação de grupos está diretamente relacionada com os contextos sociais onde se inserem. Neste âmbito, o contexto social é entendido enquanto um espaço partilhado por indivíduos que poderá estar associado a determinados comportamentos de risco ou problemas de saúde.

Neste sentido, a **abordagem por contextos** e, dentro destes, o enfoque em termos de níveis de risco e de ciclo de vida, acrescenta melhorias face ao planeamento e monitorização dos resultados conducentes à contenção de comportamentos indutores/potenciadores de dependências. No presente Plano, o enfoque da intervenção será nos meios Familiar, Escolar, Comunitário, Recreativo, Laboral, Rodoviário, Prisional e Desportivo, por se constituírem como aqueles onde a intervenção é mais pertinente e necessária.

A prevenção, a dissuasão, a redução de riscos e a minimização de danos, o tratamento e a reinserção serão os **tipos de intervenção** a desenvolver para a prossecução dos objetivos e metas definidos. Dando continuidade à estratégia desenvolvida nos últimos anos, no presente Plano a opção estratégica está orientada no sentido da operacionalização de intervenções globais e abrangentes, desenvolvidas de uma forma integrada.

Assim, torna-se relevante desenvolver, no âmbito dos CAD, estratégias que tenham em consideração todo um conjunto de determinantes e fatores que interagem no desenvolvimento de fatores protetores e de risco potenciadores de comportamentos, conducentes a um agravamento de problemas individuais e sociais associados a comportamentos aditivos e dependências.

No presente Plano é recomendado como imprescindível a mobilização de recursos que promovam o desenvolvimento saudável dos jovens e ao mesmo tempo respondam precoce e eficazmente às necessidades daqueles que já têm transtornos mentais, emocionais e comportamentais, designadamente os relacionados com os CAD. (NRC e IOM, 2009)

A intervenção em matéria de CAD deve então ser desenhada numa perspetiva biopsicosocial e ambiental, dinâmica e desenvolvimental, tendo em conta as diferentes fases do ciclo de vida

do indivíduo, os seus percursos naqueles que são os diferentes domínios e especificidades dos contextos nos quais se move.

Na situação atual do país, há que garantir a igualdade de acesso de indivíduos com CAD aos sistemas de saúde, sociais e de solidariedade. Por outro lado, algumas vulnerabilidades que caracterizam diferentes grupos podem requerer um nível mais diferenciado de intervenção, pelo que é também fundamental que o enfoque e a priorização das ações tenha em conta os **níveis de risco (não consumo, baixo risco, risco, nocivo e dependência)** nesses diferentes grupos populacionais. Poderão ser estabelecidas linhas de ação prioritárias conducentes a uma melhor gestão e monitorização dos fatores de risco e de proteção, nomeadamente para alguns grupos que se encontrem em situação de maior vulnerabilidade e/ou exclusão social, e associados a CAD, tais como:

- Jovens e consumidores problemáticos de substâncias psicoativas;
- Grávidas;
- Trabalhadores do sexo;
- Pessoas Infetadas pelo VIH/SIDA, Hepatites e Tuberculose;
- Pessoas com comportamentos suicidários e ordálicos, sobretudo nos mais jovens (p. ex. *Drunkorexia*);
- Idosos (constatam-se problemas ligados ao consumo abusivo de álcool e comportamentos indiciadores de adição ao jogo);
- Filhos de toxicodependentes;
- Populações migrantes;

Por outro lado, e indissociável do **domínio da procura**, no **domínio da oferta** importa diminuir a disponibilidade e o acesso às substâncias ilícitas e às NSP, regulamentar e fiscalizar o mercado das substâncias lícitas e, neste ciclo estratégico, procurar harmonizar os dispositivos legais já existentes ou a desenvolver no referente à área do jogo e da internet.

O mercado ilícito de estupefacientes e substâncias psicotrópicas constitui uma realidade oculta, só em parte observável através das apreensões, em número e quantidade, das substâncias ilícitas e dos instrumentos do tráfico ou do confisco dos capitais a ele associados, caracterizando-se por uma intrincada dinâmica negocial que estabelece uma relação de dependência e complementaridade entre várias realidades criminosas.

As dinâmicas clandestinas que sustentam o abastecimento dos mercados desenrolam-se em espaços geográficos díspares, caracterizados por diferentes realidades políticas, económicas e

sociais, sustentadas no desenvolvimento tecnológico das comunicações e transportes, interpenetrando o local e o global.

A enunciação em termos teóricos da tipologia respeitante ao Espectro Geográfico do Tráfico de Estupefacientes foi identificada pela Polícia Judiciária (DCITE), em 2004, como tendo as seguintes características:

- Venda direta ao consumidor;
- Abastecimento das redes locais;
- Distribuição por grosso do mercado nacional;
- Tráfico internacional;
- Tráfico intercontinental.

Em consonância com os objetivos definidos na Estratégia da UE de Luta contra a Droga (2013-2020), a redução da oferta de droga passa “*pela prevenção, dissuasão e desmantelamento das redes de criminalidade associada à droga, em especial do crime organizado, graças à cooperação judiciária e no domínio da aplicação da lei, à proibição e confisco dos produtos do crime, à condução de investigações e à gestão das fronteiras.*” (Costa, C. e Leal, J., 2004).

A crescente procura verificada nos últimos anos de substâncias psicoativas que ameaçam gravemente a saúde pública e não se encontram previstas na legislação penal, surgindo no mercado a um ritmo de inovação que ultrapassa os procedimentos de criminalização previstos na legislação aplicável, levou à regulação da produção, importação, exportação, publicitação, distribuição, venda, detenção ou disponibilização de novas substâncias psicoativas, exceto quando destinadas a fins industriais ou uso farmacêutico, as quais passaram a estar proibidas (DL nº 54/2013). Para uma eficaz aplicação da lei, torna-se necessário aperfeiçoar os mecanismos de fiscalização, através da articulação de todas as entidades envolvidas, prestando especial atenção à eventualidade destas substâncias passarem para o mercado ilícito.

No âmbito das estratégias de minimização do uso nocivo do álcool, os Estados têm aos seu dispor um conjunto de medidas, formalmente elencadas na *Estratégia Global para a reduzir o uso nocivo do álcool*, da OMS, relacionadas com a disponibilidade e acessibilidade do álcool, designadamente a localização dos pontos de venda, a densidade dos locais de venda, a emissão de licenças específicas para venda, as horas de abertura e encerramento dos estabelecimentos, a venda a menores, com o marketing e publicidade, designadamente a publicidade feita por menores e/ou dirigida a menores, o tipo de publicidade e locais, como por exemplo, televisão, rádio, o cinema e *outdoors*, a política de preços, nomeadamente os

impostos diretos sobre o consumo, o preço mínimo, as *happy hours* e promoções, bem como a redução do impacto do álcool ilegal, não registado e falsificado, medidas que os Estados podem sempre, consoante as suas especificidades próprias, aplicar.

Quanto aos medicamentos, já em 2006 o relatório do OICE assinalava a procura crescente, sem prescrição médica, de medicamentos contendo substâncias narcóticas ou psicotrópicas para fins diferentes das suas indicações terapêuticas, realçando o facto de os traficantes estarem a responder à procura, através de desvio de medicamentos do mercado lícito ou promovendo a produção de medicamentos contrafeitos. (INCB, 2007)

Acresce que a dimensão do problema é desconhecida, tal como referido pelo UNODC num documento de 2011²⁴ contendo orientações de política. (UNODC, 2011)

No que respeita aos anabolizantes, Portugal, através da publicação da Lei n.º 27/2009, de 19 de junho, passou a criminalizar o tráfico de substâncias e métodos proibidos no desporto. A Lei n.º 38/2012, de 28 de agosto, que define atualmente o regime jurídico da luta contra a dopagem em Portugal, mantém este sistema. Em ambos os casos, a criminalização é apenas aplicável quando haja intenção de violar ou quando haja violação de normas antidopagem. Tal restringe por isso a aplicação dessa norma apenas ao desporto de competição – praticantes desportivos e seu pessoal de apoio.

A nível das instalações desportivas, a Lei n.º 39/2012, de 28 de agosto, pelo seu artigo 18.º, restringe igualmente a comercialização deste tipo de substâncias. O artigo 23.º do mesmo diploma define contraordenações para eventuais incumprimentos, contraordenações essas que no entanto têm valores pouco significativos e pouco dissuasores, para além de esta norma ser vulnerável ao argumento de que “tal se destina apenas a uso pessoal” e não à comercialização.

A problemática associada à dependência do jogo, sendo ainda pouco conhecida em Portugal do ponto de vista científico, carece de uma intervenção que se baseie no conhecimento do fenómeno e na capacitação dos técnicos que sejam responsáveis pelas respostas nesta área.

O jogo é uma atividade inata à natureza humana relativamente à qual se verificam significativas diferenças históricas, culturais, éticas, religiosas e morais entre países, existindo diferentes sistemas de regulamentação da atividade, decorrentes dessas diferenças. Essa diversidade justifica que a regulação do jogo não esteja sujeita a harmonização comunitária,

²⁴ “*Misuse of Prescription Drugs: a South Asia Perspective*”.

cabendo a cada Estado-Membro definir, de acordo com a sua escala de valores e os objetivos de ordem pública que pretende assegurar, a forma como regulamenta o jogo.

Em Portugal o Estado reservou para si a regulamentação do jogo, sendo a atividade, em princípio proibida, salvo os casos previstos na lei. O Estado chamou a si a exclusividade do direito à exploração do jogo, mas concessionando a sua exploração a entidades privadas e salvaguardando a afetação, em exclusivo, do produto da sua exploração ou tributação a objetivos de interesse social ou turístico, respetivamente.

O desenvolvimento tecnológico proporcionou a oferta de jogo em linha, um canal que permite a oferta sem base territorial, de jogos de casino, lotarias, lotos, bingos e outros. A única oferta legal de jogo em linha em Portugal é a dos jogos sociais do Estado, atribuída à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

II.B.1. DOMÍNIO DA PROCURA

Como já referido, no **domínio da procura** o cidadão constitui o centro da conceptualização do quadro das opções das políticas e intervenções, desenhadas e orientadas no presente período estratégico da intervenção em CAD por etapas do ciclo de vida e contextos de pertença.

II.B.1.1. TIPOS DE INTERVENÇÃO

O modelo português que foi criado e implementado, no âmbito da redução do consumo de substâncias psicoativas e das dependências, encerra uma visão ampla, global e integrada do fenómeno do consumo de substâncias psicoativas e da toxicodependência, tendo sido operacionalizado através de mecanismos de Prevenção, Dissuasão, Tratamento, Redução de Riscos e Minimização de Danos e Reinserção, que se revelaram, no seu todo, capazes de enfrentar de forma eficaz os desafios crescentes e a complexidade que esta problemática encerra²⁵.

Desta forma, importa dar continuidade e aprofundar este modelo, adaptando-o à evolução do fenómeno dos CAD e à nova arquitetura organizacional criada no quadro da atual legislatura, de modo a que de uma forma integrada e articulada com os parceiros estratégicos, se promovam mecanismos de respostas eficazes e eficientes na abordagem dos CAD e dos problemas associados aos mesmos.

No presente Plano preconiza-se igualmente a necessidade de impulsionar intervenções baseadas na evidência científica, tendo em conta as melhores práticas, flexibilizando as áreas de intervenção até agora desenvolvidas. Este entendimento poderá levar à recombinação das suas modalidades, de forma a potenciar o seu âmbito específico como seja a extensão do domínio da prevenção à redução dos riscos associados ao consumo, a interação entre práticas, como por exemplo, de tratamento e redução de danos, alterações para as quais os dados mais recentes do conhecimento científico já apontam (*Faggiano, F. et al, 2008; EMCCDA, European Drug Prevention quality Standards, 2011*).

²⁵ Parte das políticas nacionais de redução do consumo de substâncias psicoativas e das dependências, desenhadas ao longo do tempo, tinham como quadro de referência original o modelo proposto nos anos 90 pelo *Institute of Medicine – IOM*. Este modelo perspetiva a intervenção em saúde pública, em particular no âmbito da saúde mental, designadamente nos transtornos mentais, emocionais e comportamentais (nas quais se inclui o consumo de substâncias psicoativas e outros comportamentos aditivos e dependências), como um contínuo dos cuidados de saúde que inclui a promoção, a prevenção, o tratamento e a reinserção.

a. PREVENÇÃO

O enfoque da **intervenção preventiva**²⁶ é centrado na avaliação do risco de ocorrência de uma doença, a operacionalizar em três níveis de intervenção²⁷:

- **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.
- **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 sócio-demográficos e contextuais.
- **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.

Mais recentemente tem sido desenvolvida outra abordagem em prevenção, designada **Prevenção Ambiental**, cujas estratégias visam as normas sociais, isto é, estratégias globais que intervêm ao nível da sociedade e dos sistemas sociais. Estas estratégias preconizam a alteração dos ambientes culturais, sociais, físicos e económicos, que interferem com as escolhas individuais do uso de substâncias psicoativas. Neste âmbito incluem-se medidas como a legislação nacional relativa ao consumo de substâncias psicoativas, como por exemplo, a taxação fiscal dos produtos, a exposição a mensagens publicitárias, o controlo da idade de venda ou medidas em contextos particulares, como o meio escolar, que regulam o uso de álcool e de tabaco para todos os elementos da comunidade escolar (alunos, professores, profissionais e adultos responsáveis pelos alunos). Muitas destas medidas dirigem-se a substâncias lícitas, contudo, são muito importantes no campo global da prevenção, considerando a relação entre o uso de álcool e tabaco e o consumo de substâncias ilícitas. (EMCDDA, 2011).

Nos últimos anos, a ação desenvolvida tem-se baseado nos níveis operacionais acima apresentados, sendo que as medidas desenvolvidas especificamente no âmbito da prevenção do consumo de substâncias psicoativas têm sido planeadas enquanto estratégias de prevenção universal, seletiva e indicada, com base no diagnóstico de vulnerabilidade e de risco.

²⁶ Segundo este modelo, intervenção preventiva ocorre antes do início de uma doença diagnosticável e tem como objetivo a diminuição do risco de que essa doença ocorra no futuro.

²⁷ A classificação das estratégias de prevenção em universal, seletiva e indicada (Mrazek and Haggerty, 1994), substituiu o paradigma médico anteriormente utilizado de prevenção primária, secundária e terciária, tendo-se revelado mais adequada neste âmbito (EMCDDA, 2011).

Ao longo dos últimos 30 anos, vários estudos tentaram determinar as origens e os percursos para o abuso de drogas e a adição – como o problema começa e como ele evolui. Têm sido identificados muitos fatores que ajudam a diferenciar quem estará sujeito a situações que poderão levar a uma maior propensão para o abuso de drogas, daqueles que estão menos vulneráveis. (NIDA, 2003).

Recentemente têm sido desenvolvidos modelos mais compreensivos, que contemplam o vasto leque de variáveis relacionadas com a adição. Em junho de 2013 o EMCDDA publicou o livro *“Models of Addiction”* onde é apresentado o Modelo COM-B, que preconiza a compreensão do comportamento em termos da interação entre as motivações, as capacidades e as oportunidades dos indivíduos. (EMCDDA, 2013)

É fundamental que as estratégias preventivas a desenvolver continuem a basear-se em corretos diagnósticos e no conhecimento científico.

Os fatores que potenciam o consumo de substâncias psicoativas são denominados fatores de risco, enquanto aqueles que estão associados à redução desse potencial são denominados fatores de proteção.

Na área da prevenção do consumo de substâncias psicoativas, a identificação dos fatores de risco e de proteção nos grupos-alvo da intervenção permite identificar as “vulnerabilidades” e as “potencialidades” existentes num dado território através do desenvolvimento de sinergias de capacitação/adaptação dos indivíduos, das organizações e/ou dos contextos locais face ao uso/abuso de substâncias psicoativas, sendo o primeiro passo para o planeamento ajustado das ações/estratégias de intervenção. Identificam-se como fatores de proteção as características e condições individuais, sociais ou ambientais (comportamentos, atitudes, contextos específicos) que reduzem a probabilidade de um indivíduo/grupo vir a consumir substâncias psicoativas, ou de que este consumo implique problemas importantes para o indivíduo e para o contexto social onde se insere. Os fatores de proteção permitem assim, diminuir o impacto dos fatores de risco, ou aumentar a capacitação para lidar com eles.

Uma visão a montante, de antecipação de riscos e consequências, está na base da progressiva aposta na prevenção. Centrada na compreensão do comportamento aditivo enquanto manifestação de mal-estar, visa criar respostas que reduzam a instalação desse estado, quer através da redução dos fatores de risco que lhe estão associados, quer desenvolvendo fatores transversais de proteção. Esta perspetiva serve de orientação para as respostas dirigidas a grupos de alto risco, seja pela presença de comportamentos aditivos, seja pela proximidade de

quem os adota. Assim sendo, é essencial que o enfoque das intervenções se reparta entre a abordagem seletiva e indicada, mas assuma igualmente uma marcada componente universal, direcionada à integração de mais e melhor conhecimento, quer no plano restritivo da lei (em aproximação à dissuasão), quer no plano do desenvolvimento de competências sócio emocionais, quer ainda das alternativas de prazer e de redução de riscos que tão fortemente marcam a realidade atual dos contextos recreativos.

b. DISSUAÇÃO

A **dissuasão** assume-se como uma estratégia de intervenção global e integrada, extravasando a mera aplicação da Lei. Consagra um forte potencial em matéria de diminuição do consumo de substâncias psicoativas e dependências, constituindo na maioria das situações o primeiro contacto com os serviços e respostas disponíveis. O paradigma da dissuasão operacionaliza-se sob a forma de placa giratória que convoca e mobiliza um conjunto de parceiros para uma abordagem complementar, que passa por dimensões relacionadas com a segurança e ordem pública e com a deteção precoce de situações de risco, nas quais uma intervenção atempada pode fazer a diferença. Preconiza uma intervenção alargada no domínio da prevenção, da dinamização das respostas locais e de intervenção comunitária, contribuindo para obtenção de ganhos em saúde e segurança.

Indissociável dos restantes tipos de intervenção, que constituem o reconhecido modelo português, a dissuasão opera numa rede de respostas articuladas trabalhando para a diminuição do consumo de substâncias psicoativas e das dependências, a proteção sanitária dos consumidores e das populações e para a prevenção da exclusão social. Valores como a inovação e o pragmatismo permitiram criar e manter em funcionamento esta resposta normativa, cuja fortíssima componente de promoção da saúde tem contribuído para a melhoria da qualidade de vida do cidadão e das comunidades.

Reconhece-se à pessoa plena dignidade humana, assume-se que o/a dependente é uma pessoa doente e que mesmo num estado de rutura com valores fundamentais da vida em sociedade, deve ser alvo de um olhar de compreensão e empatia que lhe permita um movimento de mudança.

A cooperação distingue-se como um valor base na intervenção preconizada pelas Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência, serviços do Ministério da Saúde que operacionalizam a lei da descriminalização. Com uma abrangência nacional, estes serviços acolhem os

indiciados (consumidores de substâncias psicoativas ilícitas) encaminhados pelas forças de segurança, procedem a uma avaliação rigorosa da sua situação face ao consumo e ao processo de contraordenação que lhe é instaurado, valorizando sempre as suas necessidades psicossociais, sem nunca descurar a razão pela qual foram criados: a premência em aproximar os consumidores de substâncias ilícitas aos dispositivos da área da saúde.

c. REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS

As políticas de redução de riscos e minimização de danos em Portugal têm sido orientadas por dois princípios fundamentais:

O princípio do humanismo, que reconhece a plena dignidade das pessoas, implica a adoção de intervenções que permitam preservar nos toxicodependentes 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 princípio humanista, implica a promoção de intervenções que minimizem os efeitos do consumo de drogas e salvaguem a sua inclusão social, favorecendo a diminuição do risco de disseminação de doenças infecto-contagiosas e a redução de criminalidade associada à toxicodependência.

“O consumo de substâncias psicoativas origina e reflete fenómenos muito diferentes consoante a dinâmica que se gera a partir do cruzamento de aspetos como a substância, a pessoa, as redes sociais de apoio ou o enquadramento social, económico e político. Face a uma realidade que é complexa na sua expressão, na sua gravidade, nas suas causas e consequências, importa conceber uma miríade de modalidades de intervenção estratégicas para proporcionar a resposta adequada consoante a realidade específica de cada sub-problemática e de cada sub-população.” (IDT, I.P. – Carapinha, 2009).

As estruturas sócio-sanitárias desenvolvidas em Portugal, que fazem parte de uma rede nacional de intervenção de redução de riscos e minimização de danos, têm um enquadramento normativo legal desde 2001, expresso no Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de junho²⁸, e destinam-se à *sensibilização e ao encaminhamento de toxicodependentes bem como*

²⁸ Onde são clarificados “os termos e as bases em que os agentes podem desenvolver a sua atividade, subordinados a avaliação e a controlo sistemáticos.”

à prevenção e redução de atitudes ou comportamentos de risco acrescido e minimização de danos individuais e sociais provocados pela toxicodependência.

A abordagem²⁹ da Redução de Riscos e Minimização de Danos “foi inicialmente concebida para intervir junto de consumidores inacessíveis, para os quais o serviço de tratamento tradicional não estava disponível ou que, estando disponível, não estava acessível ou não era motivo de intenções. Pretendia-se chegar aos consumidores que não queriam ou não conseguiam deixar de consumir, fornecendo-lhes informações de redução de riscos e danos.” (Needle e col., 2005)

“Desenhando um quadro genérico³⁰, dir-se-ia que tradicionalmente, a população alvo desta abordagem tem consistido nos consumidores de heroína e cocaína de longa data, particularmente marginalizados, fragilizados a nível social e da saúde, que não pretendem ou não conseguem abandonar o consumo e que não contactam os serviços da rede de apoio, nomeadamente serviços de tratamento da dependência.” Ao longo dos últimos anos, em Portugal tem-se verificado que, através de respostas de proximidade (como por exemplo, as Equipas de Rua) que atuam nos contextos onde os consumidores de substâncias psicoativas se encontram, tem sido possível estabelecer contacto e intervir junto de pessoas que não procuravam serviços de saúde, mais especificamente de tratamento.

No entanto, conjuntamente com as respostas a esta população há que considerar um outro fenómeno: “desde há alguns anos a esta parte, tem-se observado uma transformação na dinâmica das atividades noturnas, nomeadamente no que diz respeito ao consumo de substâncias, sendo este mais alargado do que o clássico consumo de álcool e tabaco.” (Measham, citado por Bellis e Hughes, 2003)

“A relação entre o clubbing e o consumo de substâncias tem sido sucessivamente demonstrada através do estudo dos padrões de consumo dos frequentadores destes espaços.” (Winstock, Griffiths e Stewart, 2001)

“Assim, a expansão da popularidade do clubbing tem por sua vez estado associada ao incremento do consumo de drogas neste contexto, drogas como a cocaína, ecstasy e cannabis, em adição às já anteriormente consumidas, o álcool e o tabaco.” (Bellis e Hughes, 2003)

²⁹ A informação seguidamente apresentada consta do Guia de Apoio para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos (pp. 12-14) editado pelo IDT, I.P. e disponível em: <http://www.idt.pt/PT/ReducaoDanos/Paginas/Documentos.aspx> (acedido em outubro de 2013).

³⁰ O desenho de um quadro genérico permite distinguir facilmente um tipo de população de outra mas apresenta a desvantagem de ser redutor, pelo que alertamos para a existência de uma realidade subjacente em termos de características e dinâmicas populacionais que é amplamente mais diversificada nas suas manifestações.

A expansão desta dinâmica de consumos, bem como a da própria diversidade de substâncias disponíveis, com uma população em muitos aspetos distinta da que classicamente havia sido alvo da intervenção em RRMD, mas simultaneamente de difícil acesso, colocou na ordem do dia a necessidade de identificar necessidades e estratégias específicas.

No domínio da RRMD, a nível mundial tem-se assistido a uma tendência da expansão do foco da intervenção nos opiáceos para uma intervenção relativa ao consumo de substâncias psicoativas estimulantes, a cocaína, as designadas “party drugs”, o tabaco e o álcool (Moskalewicz e col., 2007).

A expansão dos designados “consumos em contextos recreativos”, caracterizados por uma representação social positiva deste tipo de comportamento, aliada a uma baixa perceção do risco dos mesmos e uma grande diversidade e oferta de substâncias, conduzem à pertinência de atuação nesta realidade segundo uma abordagem de RRMD.

Assim, é necessária uma intervenção específica ao nível desta população, procurando-se investir numa abordagem de proximidade, utilizando como agentes de intervenção privilegiados profissionais com formação adequada ao nível deste tipo de intervenção e ao nível dos efeitos secundários das substâncias psicoativas em geral, com particular incidência nas mais utilizadas em contextos recreativos (álcool, cannabis, cocaína e NSP ou outras).

Será portanto necessário, adaptar as estratégias de intervenção a esta população, deslocando equipas técnicas aos espaços onde se realizam estes eventos de diversão para informar e apoiar, no local onde esta se encontra, enquadrando assim um efetivo trabalho de proximidade.

Patricia Erickson (1999) analisa globalmente a evolução da abordagem de RRMD segundo três fases: numa primeira fase, esta contemplou ações de saúde pública relativamente a substâncias ilícitas e disponibilização de metadona a heroinómanos. Num segunda fase, focalizou-se sobretudo na população de consumidores por via endovenosa e prevenção da transmissão do VIH/SIDA. A terceira fase contempla a atuação no domínio da saúde pública de uma forma integrada tanto ao nível do consumo de substâncias ilícitas como no consumo de substâncias lícitas.

Em suma, o modelo de RRMD aplica-se e é necessário para uma população heterogénea, seja em termos de faixas etárias, estilos, histórias de vida e contextos que oferecem o

enquadramento para o consumo (nomeadamente o contexto recreativo); aplica-se a diferentes substâncias psicoativas e formas de consumo.

Neste sentido, sempre que possível, deve privilegiar-se a redução de risco, sem perder, no entanto e por força de uma atitude pragmática, a minimização dos danos.

d. TRATAMENTO

No âmbito do **tratamento**, a intervenção deve centrar-se em abordagens que impliquem um diagnóstico individualizado e uma resposta assente na oferta de uma rede que garanta cuidados adequados e continuados, em função da patologia apresentada e eventuais comorbilidades. No que concerne ao jogo, a opção estratégica deve ser dirigida à implementação de uma rede de apoio e tratamento da dependência do jogo.

De acordo com a Portaria n.º 648/2007, de 30 de maio, que consagrou os Estatutos do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., as unidades às quais competia a implementação dessas respostas eram os Centros de Respostas Integradas, as Unidades de Desabilitação, as Comunidades Terapêuticas e as Unidades de Alcoologia, que desenvolviam um Modelo Integrado de Tratamento.

Este Modelo constituía o principal eixo da abordagem multidisciplinar em CAD, com a utilização de diversos recursos terapêuticos, nomeadamente programas específicos de tratamento, redução de riscos e minimização de danos, programas de reabilitação/reinserção, em articulação, em momentos simultâneos ou sucessivos, tendo em conta o diagnóstico, as necessidades e capacidades do utente e da família ou envolventes e o seu prognóstico. (SICAD,2013)

O referido Modelo de Tratamento preconizado, preferencialmente, em regime ambulatorio, disponibiliza cuidados globais às pessoas com problemas no âmbito dos CAD e aos seus envolventes, nas principais valências: consultas de abordagem biopsicossocial; apoio psicoterapêutico com diferentes modelos conceptuais / psicoterapias; consultas médicas; programas específicos de tratamento com opióides; consultas destinadas a públicos-alvo específicos, nomeadamente crianças e jovens, grávidas e doentes com patologia mental concomitante, famílias – incluindo filhos de pessoas dependentes; consultas materno-infantis; consultas de enfermagem; consultas de fisioterapia; consultas de nutricionismo; intervenção específica dirigida a pais, outros familiares ou outras pessoas próximas do utente e/ou grupos de suporte terapêutico.

As respostas disponibilizadas deverão ser estandardizadas, baseadas na evidência científica e consagradas em documentos orientadores, diversificadas 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. Para o diagnóstico do grau de gravidade dos CAD poderão ser utilizados instrumentos de diagnóstico,

preferencialmente o *The Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT* e *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test - ASSIST*, que permitem uma mais adequada planificação da intervenção.

Historicamente, a responsabilidade pela prestação de cuidados no âmbito do tratamento tem vindo a ser partilhada por instituições públicas e por organizações não-governamentais. A ação destas últimas tem-se centrado sobretudo na provisão de cuidados em regime de internamento em comunidade terapêutica, recurso de intervenção para atender a situações de maior complexidade.

A evolução no sentido de uma visão mais abrangente da realidade dos CAD, da sua expressão em diferentes fases do ciclo de vida e em contextos diversificados determina que os cuidados aos cidadãos com esta problemática mobilizem todo o espectro de respostas em saúde. Nesse sentido foi desenvolvida uma Rede de Referência/ Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências, a qual congrega, não só entidades do Ministério da Saúde, como também outras entidades de outros ministérios e organizações não-governamentais, com intervenção na área.

e. REINSERÇÃO

Os percursos de inserção de indivíduos com problemas de uso e abuso de substâncias psicoativas são, caracteristicamente, lentos e sinuosos, exigindo intervenções globais e sistémicas que contribuam para a sua sustentabilidade. Nesta ótica, a abordagem no âmbito da inserção social extravasa a correção dos comportamentos e das atitudes dos indivíduos, centrando-se também na transformação, não menos profunda, das instituições, dos agentes sociais e económicos. O acompanhamento dos processos de inserção constitui por si, uma estratégia que garante a avaliação permanente do percurso, a correção de opções e o apoio de retaguarda ao indivíduo, numa lógica proactiva de prevenção da recaída.

Ao longo dos últimos anos têm-se preconizado modelos de intervenção integrados, centrados nas necessidades do indivíduo que se encontra ou está em risco de desinserção, independentemente do grau de dependência de substâncias psicoativas. Foi com base neste pressuposto que no Plano Nacional 2005-2012 se previu:

A reinserção deve ser considerada parte integrante e complementar, não só do Tratamento, mas também das áreas da Prevenção, Dissuasão e Redução de Riscos e

Minimização de Danos. Realça-se, assim, a relevância do seu carácter abrangente e transversal em toda a intervenção na problemática da toxicodependência.

Deste modo, interessa adequar as estratégias de intervenção à situação em que o indivíduo se encontra, o que se traduz na integração das intervenções entre os vários tipos de intervenção, procurando sempre garantir uma abordagem baseada numa lógica de satisfação das necessidades do indivíduo, adequando as respostas disponíveis às intervenções diagnosticadas como necessárias.

Os processos de inserção dos utentes que procuram apoio nos serviços especializados, públicos ou privados, começam no primeiro contacto, com o pedido de ajuda, e mantêm-se até ao momento em que o indivíduo readquire autonomia e estabilidade e integra como cidadão de plenos direitos a sociedade em que vive. Na maioria das vezes, o pedido expresso centra-se no alívio imediato do sofrimento, o que constitui o ponto de partida para um processo que tem como objetivo a inserção social, por via do restabelecimento da normalidade na sua existência.

Do ponto de vista técnico, a possibilidade de inverter estes quadros disfuncionais de desinserção passa por intervir a dois níveis: na reparametrização das rotinas quotidianas dos consumidores e, concomitantemente, nos sistemas sociais, de forma a enquadrar, dar consistência e sequência às mudanças operadas nos indivíduos.

Neste percurso, a obtenção e manutenção de um emprego digno constituem uma peça fundamental. Ter um emprego significa conseguir o rendimento necessário para o sustento do próprio e da família, mas também, e não menos importante, um meio de realização pessoal, de reforço de auto-estima, de contacto social, de aprendizagens e treinos relacionais, de um conjunto de vivências que no seu todo contribuem para a estabilidade pessoal e familiar dos indivíduos, enquanto participantes ativos e úteis na vida em sociedade.

II.B.1.2. CONTEXTOS DE INTERVENÇÃO

Concomitantemente, e como já referenciado, a abordagem tendo em conta as especificidades dos diferentes contextos torna possível uma melhor adequação das intervenções a desenvolver, porque permite ter em consideração as dinâmicas e as diferentes interdependências que ocorrem nesses meios, entre os indivíduos e as redes formais e informais que neles operam. Este facto leva à imprescindibilidade de adequar e focalizar as intervenções garantindo a coerência das mensagens e dos objetivos que conduzam às mudanças que se pretendam operar.

Os comportamentos individuais têm níveis de risco diferentes, devendo existir uma abordagem nos vários ciclos de vida com intervenções focalizadas nos contextos em que se movem. Os contextos estão, por sua vez, ligados a outros mais envolventes, com os quais interagem fortemente, gerando-se interdependências que há que reconhecer e compreender, criando mecanismos e estratégias que potenciem o que cada um pode fazer para trazer melhorias à qualidade de vida dos indivíduos e grupos que os constituem. Assim, a definição de prioridades de intervenção, bem como o planeamento das respostas a implementar, deve basear-se em diagnósticos que identifiquem as necessidades e os níveis de risco existentes, em termos de saúde associados a CAD.

Neste sentido, as intervenções a preconizar devem atender prioritariamente aos seguintes contextos:

✓ Meio Comunitário

A intervenção na comunidade implica uma visão global e integrada, assim como uma perspetiva ecológica, que encerra a existência de diferentes sistemas – micro, meso e macro sistemas, que interagem e são geradores de complexidade.

Implica ainda um planeamento que tome em linha de conta a imprescindibilidade de garantir uma articulação de estratégias que potenciem a melhor avaliação de necessidades e utilização dos recursos existentes nos diferentes sistemas, sendo que o desenvolvimento de estratégias macro ambientais será de especial relevo, pelo impacto que têm nos demais.

Comunidades saudáveis e criativas são protetoras e potenciadoras da qualidade, bem-estar e saúde das populações e dos indivíduos. Nesse sentido, toma aqui particular relevância o papel das autarquias, dos serviços públicos locais e das entidades não-governamentais, como as IPSS

e ONG. Enquanto conhecedores privilegiados da realidade local ou regional, estão mais aptos a contribuir no diagnóstico, que sustenta a adequação das respostas a desenvolver.³¹

✓ Meio Familiar

A investigação realizada no âmbito da intervenção na família revela que de entre os diversos tipos de intervenção, a vinculação familiar – um ambiente familiar positivo no qual a criança/jovem se sente envolvido, seguro e reforçado - tem um papel importante e fundamental no desenvolvimento individual das crianças e jovens, nomeadamente na sua capacidade de lidarem com o risco associado ao uso/abuso de substâncias psicoativas (e assim como em outros comportamentos aditivos e dependências). Torna-se assim fundamental fomentar e promover intervenções na família, nomeadamente naquelas que apresentam fatores de risco associados aos CAD.

A intervenção com famílias deve ainda focar-se nos diferentes subsistemas da família e no seu todo (pais, filhos e irmãos), bem como privilegiar uma abordagem precoce no que diz respeito à situação problema e à fase do ciclo vital da família e à idade dos filhos.

Existe um número cada vez maior de programas preventivos e intervenções terapêuticas eficazes dirigidas à família, restrita ou alargada, alguns deles já desenvolvidos no nosso país. Estes programas permitiram obter resultados positivos junto dos grupos-alvo, devendo as boas práticas identificadas ser alargadas, sempre que estejam reunidas as condições para a sua implementação.

É também a partir deste pressuposto que se deve equacionar a intervenção junto de crianças e jovens, quer no âmbito do sistema de proteção, quer no âmbito do sistema tutelar educativo.

De facto, e sem prejuízo de intervenções de carácter seletivo ou indicado que se venham a revelar oportunas em contextos mais específicos, no caso deste segmento populacional revela-se mais adequado o suporte no princípio da intervenção universal e integrada, subordinada a uma estratégia de promoção dos direitos e implementação da autonomia, no contexto do sistema de proteção, e de educação para o direito a partir de uma série de vulnerabilidades identificadas no indivíduo conducentes à prática de factos qualificados como crime, no âmbito do sistema tutelar educativo.

³¹ Neste âmbito, apresenta-se como exemplo o desenvolvimento de Programas de Respostas Integradas (PRI) e a Rede de Referência/Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências.

V Meio Escolar - Básico, Secundário, Ensino Profissional e Universitário

A escola é um espaço onde as crianças e os jovens estão grande parte do seu dia-a-dia, assim como os acompanha permanentemente nas primeiras etapas do ciclo de vida. Nessa medida, a escola não se constitui apenas como um contexto de aprendizagens formais, mas também de socialização e de outras aprendizagens, nomeadamente sobre conduta afetiva, social e ética.

Nesse sentido, um ambiente escolar positivo, no qual a criança/jovem se sente envolvido, seguro e reforçado, tem um papel importante e fundamental no desenvolvimento ajustado das crianças e jovens, nomeadamente na capacidade destes lidarem com o risco associado aos comportamentos aditivos e dependências. Torna-se assim fundamental fomentar e promover intervenções no meio escolar.

A intervenção em meio escolar deve focar-se numa abordagem global, através do envolvimento dos vários atores da comunidade educativa e da comunidade envolvente. A intervenção deverá atuar nos diferentes aspetos da dinâmica escolar, sendo as dimensões chave na abordagem preventiva em contexto escolar as seguintes: clima escolar e relações positivas, vinculação e sucesso escolar dos alunos, enfoque nas necessidades e nas especificidades de cada contexto escolar em função de variáveis sociodemográficas e do nível de ensino, pedagogia efetiva e medidas reguladoras (normativas no que se refere aos CAD).

Aumentar a abrangência e a qualidade da intervenção preventiva em meio escolar pressupõe ainda o reforço da componente técnico-científica e metodológica, da acessibilidade e do melhoramento das opções no que se refere ao desenho das intervenções e à escolha dos programas de prevenção, sendo nesse sentido fundamental priorizar intervenções com caráter de continuidade, baseadas na evidência científica.

Será fundamental no que se refere a definição das prioridades e opções para a intervenção neste contexto, ter em conta outros Planos existentes relativos à promoção da saúde, designadamente o Plano Nacional de Saúde Escolar, entre outros.

Finalmente, o meio universitário constitui-se como a última etapa do processo escolar que, pelas exigências que comporta e pelas especificidades das suas dinâmicas, nomeadamente as ocasiões festivas e recreativas - as quais estão fortemente associadas ao consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas - assumem particular relevância como contexto de intervenção preventiva e de RRMD dos CAD. Neste âmbito, também neste contexto são

reportadas situações de maior gravidade em termos da ocorrência de comportamentos de risco, sobretudo ligados aos *binge drinking* e situações de risco agravado relativamente a violência, comportamentos sexuais desprotegidos e condução sob o efeito de droga e álcool.

Não obstante as baixas prevalências, de acordo com os dados disponíveis para Portugal, deve também ser dada atenção ao uso de estimulantes utilizados para aumentar o desempenho escolar na população neste contexto.

Em termos do contexto escolar importa mencionar a intervenção, de âmbito nacional, que é realizada através do Programa Escola Segura. Trata-se de uma iniciativa conjunta entre o Ministério da Administração Interna e o Ministério da Educação e Ciência cuja origem remonta a 1992. Neste domínio a GNR e a PSP prosseguem as suas atribuições nos termos do Despacho conjunto destes dois ministérios n.º 25650/2006, de 19 de dezembro: garantir a segurança das áreas envolventes dos estabelecimentos de ensino; e promover ações de sensibilização e prevenção junto das escolas em parceria com os conselhos executivos e a comunidade local.

✓ Meio Recreativo

Os padrões de consumo de substâncias psicoativas têm sofrido alterações que estão associadas, entre outros fatores, à multiplicação dos cenários de diversão noturna e à oferta crescente de eventos como as festas e festivais de música. A vivência recreativa tem atualmente uma grande aceitação social, encontrando-se massificada, não existindo um perfil único de consumidor. Nestes contextos, verifica-se uma maior aceitação do uso de substâncias psicoativas, associado simbolicamente à procura de prazer e de bem-estar. Nesta medida, e de acordo com os dados epidemiológicos disponíveis³², o consumo é positivamente conotado, apesar de a perceção do risco relativo ao consumo de algumas dessas substâncias, por parte dos frequentadores destes locais, ser elevada.

Neste sentido, a intervenção deverá incidir nos padrões de consumo atuais no que diz respeito ao tipo/grupo de frequentador (privilegiando as etapas do ciclo de vida da pré-adolescência e adolescência), à motivação para o consumo, ao tipo de substâncias utilizadas, à forma e contexto do seu consumo, através da abordagem, entre outras, das seguintes dimensões:

³² The Gallup Organization (2011); Feijão, Lavado & Calado (2012); Guerreiro, Costa & Dias (2013).

percepção do risco associado ao consumo; competências para lidar com o uso e o abuso; conhecimentos sobre substâncias psicoativas e riscos associados à sua eventual utilização.

Importa relevar que o meio recreativo não se circunscreve aos jovens. Em todas as etapas do ciclo de vida são frequentados contextos recreativos e festivos. Nestes espaços de lazer e convívio, existe um clima predominante de tolerância e a permissividade face ao consumo de substâncias psicoativas é maior.

✓ Meio Laboral

Embora no nosso país não existam dados representativos de base empresarial, sabe-se que os CAD em contexto laboral constituem um problema de magnitude significativa com reflexos na saúde dos trabalhadores, na sua segurança e das empresas, no absentismo e na produtividade.

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), aproximadamente 40% dos acidentes de trabalho envolvem ou estão relacionados com o consumo de álcool. No que concerne aos outros comportamentos aditivos, com ou sem substância, embora não atingindo a dimensão dos problemas relacionados com o consumo de álcool, representam também um importante problema de saúde pública.

No contexto macro social e económico atual, o mercado de trabalho tem vindo a contrair-se e muitos dos ativos confrontam-se com a possibilidade de cessação do vínculo laboral.

Mas os consumos e dependências em meio laboral não são potenciados apenas pelo desemprego e precariedade laboral. O ambiente de trabalho também pode condicionar os consumos, existindo outros fatores, como ritmos de trabalho intensos e horários desregulados, que podem causar problemas de saúde, designadamente mental, como *stress* e depressão, que por sua vez induzem ao consumo de medicamentos, álcool e outras substâncias. Estas circunstâncias podem contribuir para a emergência de CAD, interferindo, quer na vida laboral do trabalhador, com repercussões na empresas, quer na sua vida pessoal e familiar.

Os objetivos estratégicos da intervenção em meio laboral consistem em apoiar os trabalhadores e as empresas na minimização desta problemática, quer através da sensibilização para colocar na “agenda” das políticas de segurança e saúde das empresas este

tema, quer na ajuda na elaboração e implementação de medidas efetivas tendentes à redução e controle do problema.

No planeamento estratégico do anterior ciclo foi elaborado um documento de linhas orientadoras, “*Segurança e Saúde do Trabalho e a Prevenção do Consumo de Substâncias Psicoativas – Linhas Orientadoras para a Intervenção em Meio Laboral*” que constitui um instrumento conceptual e enquadrador que tem como objetivo ser um referencial técnico-legal. A Comissão Nacional de Proteção de Dados aprovou formalmente o documento, Deliberação nº 890/2010, considerando-o como referência no âmbito em questão. A versão resumida em inglês desse documento foi divulgada pelo Grupo Pompidou do Conselho da Europa, que a disponibilizou no seu sítio oficial, e apresentada, a par da política nacional em matéria da intervenção em Meio Laboral, em dois projetos internacionais: *European Workplace and Alcohol* e no *Ad Hoc Expert Group on the Prevention of Drug Use in the Work Place*.

Neste contexto, tendo por base o documento enquadrador elaborado em colaboração com outras entidades da Administração Pública e com os Parceiros Sociais e em conformidade com os princípios genéricos da União Europeia e do Grupo Pompidou do Conselho da Europa, a intervenção deverá centrar-se em medidas que facilitem o apoio às empresas na elaboração de políticas de saúde no âmbito da prevenção dos comportamentos aditivos (incluindo Regulamento do Álcool e de outras Substâncias Psicoativas), com a participação dos trabalhadores e suas estruturas representativas na elaboração destas políticas e na elaboração dos regulamentos.

v Meio Rodoviário

É amplamente reconhecido que os consumos de álcool e outras substâncias psicoativas estão associados a uma maior probabilidade de ocorrência de acidentes rodoviários, sendo o consumo de álcool apontado como uma das principais causas deste tipo de sinistralidade.

Apesar de ser também inquestionável a influência do consumo de outras substâncias psicoativas nas capacidades necessárias à condução, aumentando a probabilidade de ocorrerem acidentes rodoviários, as práticas de fiscalização rodoviária neste domínio não se encontram tão amplamente consolidadas como sucede no caso do álcool.

Os resultados colhidos (através da saliva) relativamente à presença de substâncias ilícitas são meramente qualitativos em sede de fiscalização na via, havendo necessidade de recolha de outros fluidos corporais já em sede hospitalar, num processo que desvia recursos humanos e materiais das operações de trânsito.

Trata-se de uma área em que é importante refletir sobre a necessidade de aperfeiçoar o enquadramento legal, bem como sobre outras formas de operacionalizar a colheita das amostras no âmbito das referidas operações.

No que diz respeito às alterações ao Código da Estrada, introduzidas pela Lei n.º 72/2013, de 3 de setembro, que entrarão em vigor em 1 de janeiro de 2014, é prestada especial atenção aos jovens condutores, e certos condutores de determinados tipo de transporte, como sejam os condutores de pesados de passageiros, de ambulâncias e de transportes de crianças, avançando como medida essencial a redução da TAS permitida dos atuais 0,50g/l para 0,20g/l.

A par das ações de fiscalização, importa continuar a apostar na informação e sensibilização dos vários intervenientes do contexto rodoviário para a importância de não conduzir sob efeito de quaisquer substâncias, lícitas (tais como álcool ou medicamentos psicoativos) ou ilícitas, que influenciam as capacidades necessárias a uma adequada prevenção de acidentes rodoviários.

v Meio Prisional

O meio prisional constitui um contexto com características específicas que potencia os problemas de saúde associados ao consumo ou à abstinência de substâncias psicoativas, no caso de consumidores antes da reclusão, ou que pode levar ao início de consumos pelas condições psicossociais associadas. A possibilidade de ocorrência de *overdose* após a reclusão ou aquando de saídas precárias é elevada, devido à abstinência imposta pelo meio prisional.

Em reclusão, os consumidores por via injetada tendem a mudar a forma de consumo para a forma fumada. Não obstante, quando ocorrem as práticas de consumo por via endovenosa, estas apresentam riscos agravados devido às barreiras ao acesso a material de injeção esterilizado e às circunstâncias furtivas em que ocorrem, sem acesso a higiene e com mais possibilidade de se verificar a partilha de material, o que representa um risco acrescido para a transmissão de doenças infecciosas.

As condições de acesso à saúde em meio prisional são suscetíveis de aumentar a vulnerabilidade dos consumidores reclusos e potenciar a sua comorbidade.

Os cidadãos reclusos com problemas de consumo de substâncias têm necessidades de saúde específicas que exigem uma abordagem multidisciplinar, sendo importante garantir a esses cidadãos os meios necessários para o tratamento e a reinserção, quer por se verificar uma relação entre o consumo de drogas e a reincidência criminal, quer pelo número de condenados por crimes associados à problemática do consumo de substâncias psicoativas e de problemas relacionados com o jogo.

O rastreio de problemas de saúde ligados a CAD deve fazer parte do percurso do recluso em meio prisional. Este contexto carece de uma estratégia de intervenção baseada num melhor conhecimento da situação em matéria de consumos de substâncias e de práticas que potenciam ou configuram comportamentos aditivos e dependências, designadamente o jogo a dinheiro, com vista a aperfeiçoar as respostas disponíveis, de forma a propiciar e tornar possível delinear programas e projetos dirigidos à população que apresenta comportamentos de risco e face à qual há que agir de forma dinâmica e focalizada, em estreita articulação com os serviços responsáveis e outras entidades públicas e sociais que se disponibilizem para a intervenção de forma harmonizada.

v Meio Desportivo

O contexto desportivo, ainda que regularmente referenciado nas estratégias nacionais e internacionais de prevenção dos CAD, está presentemente mal definido, carecendo de maior investimento e objetivação. Assim, o contexto desportivo deverá ser objeto de um olhar mais atento e de investimento de carácter continuado, dedicando atenção, não apenas à população em geral ou ao meio escolar, mas analisando concretamente a realidade dos frequentadores de ginásios e centros de *fitness*.

A utilização de substâncias dopantes (por exemplo, anabolisantes) fora do desporto de competição e na sociedade em geral é preocupante, tanto a nível internacional como a nível nacional, configurando um problema de saúde pública porque, ao contrário do que acontece no desporto de competição, atinge uma faixa muito alargada da população. 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.

A Lei n.º 27/2009, de 19 de junho, criminalizou o tráfico de substâncias e métodos proibidos no desporto. O regime jurídico da luta contra a dopagem em Portugal, definido pela Lei n.º 38/2012, de 28 de agosto, mantém este sistema. Mas em ambos os casos a criminalização é apenas aplicável quando haja intenção de violar ou violação de normas antidopagem. A aplicação dessa norma restringe-se ao desporto de competição – praticantes desportivos e seu pessoal de apoio.

A nível das instalações desportivas, o artigo 18.º da Lei n.º 39/2012, de 28 de agosto, restringe igualmente a comercialização deste tipo de substâncias e o artigo 23.º do mesmo diploma define contraordenações para eventuais incumprimentos, contraordenações.

A utilização de substâncias dopantes nos ginásios e nas escolas dos países mais desenvolvidos está a atingir dimensões preocupantes. Em relação aos utentes de ginásios e aos que procuram uma imagem corporal hipermusculada, a utilização de esteróides anabolisantes, da hormona de crescimento, de insulina e de diuréticos, entre outras substâncias, representa um sério problema, tal como em relação aos jovens que utilizam esteróides anabolisantes para a melhoria da sua imagem corporal e estimulantes para melhoria da sua atividade escolar e por motivos de recreação.

Outra área tradicionalmente ligada a este contexto diz respeito à associação do consumo de álcool a eventos desportivos, verificando-se intensa discussão em torno do seu patrocínio por parte de operadores de bebidas alcoólicas, sobre a aplicação da lei e sobre a capacidade das medidas de autorregulação para evitar que esta prática ocorra em competições fora dos horários estabelecidos para a publicidade de bebidas alcoólicas e em particular em competições de escalões de atletas menores de idade.

São necessários estudos que melhor clarifiquem a realidade, produção de informação específica orientada para o esclarecimento do impacto das substâncias utilizadas para o aumento do rendimento físico e moldagem do corpo junto da população escolar, bem como a formação de profissionais (professores, treinadores, *personal trainers*, etc.), nas áreas do exercício físico e saúde e do desporto e educação física, no sentido de os capacitar para um trabalho de sensibilização dos riscos associados às substâncias psicoativas junto dos jovens a seu cargo. A sensibilização de órgãos dirigentes desportivos poderá garantir a adoção de medidas de redução de riscos na gestão de eventos desportivos, ou nos momentos de convívios a eles associados, com especial incidência nos escalões mais jovens e permitir uma

mais eficaz aplicação das medidas de autorregulação da comunicação comercial no que toca à publicidade de bebidas alcoólicas em eventos desportivos envolvendo menores.

II.B.1.3. OBJETIVOS POR ETAPAS DO CICLO DE VIDA

Genericamente, às diferentes etapas do ciclo de vida tendem a corresponder diferentes quadros de características físicas, psicológicas e sócio-culturais, com influência na manifestação de CAD e problemas associados.

Os CAD partilham substratos comuns, que se traduzem em manifestações diversas, as quais se concretizam de diferentes formas ao longo do ciclo de vida, em função de contextos específicos.

Esta multiplicidade exige um planeamento das intervenções que se traduza em objetivos que acompanhem o desenvolvimento ajustado da pessoa, através de medidas de intervenção preventiva, ou na história natural da perturbação, plasmando em cada momento da intervenção as respostas que mais adequadamente podem fazer face às consequências, e ao impacto destas problemáticas e que a estas se vão associando.

Por outro lado, os contextos, entendidos como os espaços físicos ou emocionais nos quais a intervenção acontece, têm especificidades próprias; Estão por sua vez integrados ou extremamente ligados a outros mais envolventes e com os quais interagem fortemente, gerando-se interdependências que há que conhecer e compreender, criando mecanismos e estratégias que facilitem o potenciar daquilo em que cada um deles pode ser feito para trazer melhorias à qualidade de vida dos indivíduos e grupos que os constituem. Consideram-se neste Plano os seguintes contextos: comunitário, familiar, escolar – básico, secundário, ensino profissional e universitário, recreativo, laboral, rodoviário, prisional e desportivo.

Tal como referenciado nas “Opções Estratégicas”, o enfoque e a abordagem por etapas do ciclo de vida permite adequar as necessidades de resposta e as intervenções de acordo com a fase desenvolvimental em que se encontra o cidadão. Assim, na abordagem por ciclo de vida torna-se fulcral para potencializar o tipo de intervenção e as ações que venham a ser identificadas como prioritárias, ter em consideração os contextos nos quais se desenvolverão as intervenções.

Nesta sequência, apresenta-se o delineamento dos **objetivos**, definidos por etapas do ciclo de vida, bem como as principais perspetivas que devem nortear as intervenções.

a. GRAVIDEZ E PERÍODO NEONATAL

Esta etapa foca-se na saúde da mulher e evolução da sua gravidez, do puerpério e do recém-nascido até aos 28 dias de vida.

Embora os resultados nem sempre sejam consistentes entre si, é possível identificar evidência quanto a efeitos nos recém-nascidos, na sequência da exposição no útero a álcool, opiáceos, cocaína, anfetaminas, *cannabis* e benzodiazepinas, para citar apenas as substâncias mais comuns em Portugal (Alvik, Torgersen, Aalen & Lindemann, 2011; Bandstra, Morrow, Mansoor & Accornero, 2010; Green, 2007; Rassool & Villar-Luís, 2006; Steinhausen, Blattmann & Pfund, 2007; Wills, 2005).

Segundo a *European Alcohol Policy Alliance* (EUROCARE), estima-se que cerca de 5 milhões de europeus nasçam com anomalias e perturbações do desenvolvimento associadas ao consumo de álcool na gravidez, sendo esta a principal causa para estes problemas na Europa (EUROCARE, 2011).

No âmbito do *European surveillance of congenital anomalies* (EUROCAT), estima-se que entre 2006 e 2010 terão ocorrido 222 casos de Síndrome Alcoólica Fetal por cada 10.000 nascimentos. No mesmo período, Portugal reportou ao EUROCAT apenas 1 caso por 10.000 nascimentos (EUROCAT *Website Database*, 2012).

No II Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas (Balsa, Vital & Pascueiro, 2011), verificou-se que a gravidez/amamentação é o 5º motivo mais referido pelas mulheres portuguesas para abandonar o consumo de bebidas alcoólicas.

Em Portugal, os dados disponíveis sobre o consumo de substâncias psicoativas durante a gravidez reportam-se ao contexto específico dos serviços de tratamento no âmbito das dependências, e evidenciam a existência de um subgrupo de mulheres que mantém o consumo de bebidas alcoólicas e/ou de substâncias ilícitas durante a gravidez: em 2011, estiveram integradas 8 mulheres grávidas em UD (o que corresponde a 2,9% das mulheres internadas) e 6 em CT (correspondendo a 0,98% de mulheres internadas), em ambos os casos das redes pública e privada³³.

Por outro lado, um dos principais determinantes do consumo de álcool durante a gravidez consiste no consumo prévio de álcool (Skagerstróm, Chang & Nilsen, 2011). Também no

³³ Dados do SICAD, não publicados.

campo das substâncias ilícitas se verifica que uma elevada percentagem das mulheres que consomem durante a gravidez já eram consumidoras anteriormente (Palminha et al., 1993 e Frazão et al., 2001, como citados em Cotralha, 2007).

Assim, e tendo em consideração, por um lado a escassez de dados em Portugal sobre o consumo de substâncias psicoativas durante a gravidez, e por outro lado as estatísticas sobre a natalidade em Portugal - em 2012, as faixas etárias onde ocorreu um maior número de nados vivos em Portugal foram os 25-34 anos (60%) e os 35-44 anos (25%) (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 30 de Abril de 2013), sendo a idade média os 31 anos (INE, IP, 7 de Maio de 2013), - justifica-se uma breve análise dos consumos no sexo feminino nestas faixas etárias.

Em 2012, as prevalências do consumo de bebidas alcoólicas no último ano entre as mulheres portuguesas eram de 50% nos 25-34 anos e de 54% nos 35-44 anos, e o consumo de substâncias ilícitas no último ano de 1,6% nos 25-34 anos e de 0,4% nos 35-44 anos. As prevalências de consumo *binge* no último ano entre as mulheres portuguesas destas faixas etárias, foram de 6,3% (25 a 34 anos) e de 3,3% (35 a 44 anos). Entre as consumidoras de bebidas alcoólicas no último ano, as prevalências de embriaguez (incluindo as situações de “ficar alegre”) foram de 6,2% (25 a 34 anos) e de 0,4% (35 a 44 anos) (Balsa, Vital & Urbano, 2013).

Estas prevalências de consumo em idade fértil, nomeadamente no que concerne a padrões de consumo mais nocivos, conferem uma noção do risco da ocorrência de gravidezes expostas ao álcool e/ou a substâncias ilícitas, embora esta apreciação careça de uma análise cruzada com outros fatores de influência.

Estes dados apontam para a necessidade de privilegiar políticas de prevenção da ocorrência de consumos durante a gravidez, de identificação precoce dos mesmos, de apoio das grávidas em que estes consumos são identificados e de acompanhamento dos recém-nascidos que resultam deste quadro. Neste contexto, a articulação intersectorial de políticas é fundamental, seja ao nível da saúde (com a articulação com as políticas de promoção da saúde materna e neonatal, por exemplo) seja noutros domínios, considerando os determinantes ambientais do consumo.

Objetivo:

- ✓ **Prevenir e reduzir a incidência de anomalias e perturbações de desenvolvimento fetal causadas pelos CAD, bem como a ocorrência de patologias na grávida, decorrentes do consumo de substâncias psicoativas e medicamentos não prescritos.**

O enfoque da intervenção deverá centrar-se, em primeiro lugar, numa ótica preventiva, nos processos de sensibilização e informação que melhorem a preparação da grávida e da família para o nascimento da criança, a amamentação e para a parentalidade e, em segundo lugar, proporcionar respostas de acompanhamento específico e continuado a todas as situações identificadas de casos de CAD em mulheres grávidas, remetendo para a ativação da Rede de Referência / Articulação.

Pretende-se:

- a) Sensibilizar e informar as mulheres grávidas e seus companheiros para o impacto dos seus comportamentos aditivos no desenvolvimento fetal;
- b) Mobilizar as equipas que, ao nível dos cuidados de saúde primários, desenvolvem respostas de saúde materno-infantil, mediante um processo de formação e enquadramento técnico por parte dos serviços especializados em CAD;
- c) Garantir o acesso prioritário a cuidados específicos a mulheres grávidas com CAD e seus companheiros, de acordo com as suas problemáticas e níveis de risco na evolução da gravidez;
- d) Garantir o acesso a respostas sociais específicas que aumentem a adesão às medidas terapêuticas necessárias ao casal com CAD.

b. CRIANÇAS dos 28 DIAS AOS 9 ANOS

Esta etapa compreende o período dos 28 dias de vida até aos 9 anos, designadamente a chamada primeira e segunda infância.

Embora o consumo de substâncias tenda a iniciar-se na etapa seguinte do ciclo de vida, os estudos realizados em contexto escolar evidenciam que uma parte desta população inicia os seus consumos em idade mais precoce.

Com efeito, segundo os resultados do Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas - ECATD 2011 (Feijão, Lavado & Calado, 2012), realizado entre os estudantes com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos, as prevalências do início do consumo de substâncias psicoativas com idade inferior a 10 anos variavam em função do sexo, do tipo de substância e da idade dos estudantes. Os rapazes tendem a iniciar mais precocemente os consumos de bebidas alcoólicas e de substâncias ilícitas do que as raparigas. A *cannabis* é a substância ilícita mais precocemente consumida, constatando-se que o início do consumo em idades inferiores a 10 anos se situava, consoante a idade dos estudantes, entre os 0% e 0,5% no sexo feminino e entre os 0,4% e 1,1% no sexo masculino. A cerveja é a bebida alcoólica com consumos mais precoces, verificando-se que o início do consumo em idades inferiores a 10 anos se situava, consoante a idade dos estudantes entre os 4,5% e 7,8% no sexo feminino e entre os 7,7% e 10,3% no sexo masculino. É ainda de referir que, entre 2007 e 2011, se assiste a uma estabilidade na idade de iniciação dos consumos.

Embora os dados apontem para que as prevalências de consumo de substâncias psicoativas nesta etapa do ciclo de vida sejam ainda reduzidas, importa considerar que este tipo de consumo em idades tão precoces se reveste de particular perigosidade, dadas as características fisiológicas das crianças, que comportam uma maior vulnerabilidade relativamente ao efeito destas substâncias, destacando-se também neste quadro os efeitos no desenvolvimento cerebral ainda em curso. Vários estudos longitudinais que analisam o desenvolvimento do cérebro em crianças e adolescentes através das imagens de ressonância magnética indicam que o cérebro prossegue o seu processo de desenvolvimento pela adolescência (Giedd, 2004, Tarpert et al., 2005 e Paus et al., 1999 Cit. por McAnarney, 2008; Giedd, 2008)

Neste sentido, importa desenvolver políticas com vista a atrasar a idade de iniciação dos consumos, tendo como referência os determinantes deste processo para a identificação de grupos alvo de maior risco. Em particular, os valores apontados para o início do consumo de

cerveja com menos de 10 anos, e sobretudo nos rapazes, sugerem a influência de normas sociais implícitas sobre as quais é necessário atuar.

Nesta etapa do ciclo de vida, importa ainda considerar um subgrupo de particular risco, que consiste nas crianças expostas a ambientes, designadamente familiares, onde o consumo nocivo de substâncias psicoativas se encontra presente. Trata-se de um subgrupo de particular risco, não apenas pela maior probabilidade de no futuro virem a ter problemas relacionados com o consumo de substâncias, mas também pelo efeito dos seus contextos de vida vulneráveis no seu bem-estar presente e futuro (Straussner & Fewell, 2006).

Neste contexto, são de referir alguns dados que, embora não relacionados exclusivamente com esta etapa do ciclo de vida, poderão ajudar a estimar a dimensão desta problemática. Em 2011, 335 (22%) utentes internados em UD públicas viviam com os filhos, o mesmo sucedendo a 427 utentes (11,5%) internados em CT públicas ou licenciadas, não sendo no entanto possível identificar as idades destes (SICAD, 2013). Por outro lado, entre 2008 e 2012 terão sido encaminhados para estruturas do IDT,IP 450 pais ou familiares diretos de crianças com processo nas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJR, 2013).

O conhecimento desta realidade aponta para a necessidade do desenvolvimento de medidas de identificação e suporte destas famílias, com vista a minorar os efeitos desta exposição.

Objetivos:

- ✓ **Reduzir o impacto dos riscos resultantes da exposição aos CAD na evolução da criança até aos 9 anos e identificar precocemente padrões de comportamento infantil desadaptativo predisponentes ao desenvolvimento de CAD.**
- ✓ **Contribuir para a prevenção da ocorrência de comportamentos de risco, promovendo uma cultura de segurança nas escolas e na comunidade, fomentando a adoção de comportamentos de saúde e bem-estar**

O enfoque da intervenção deverá ser de carácter preventivo, centrando-se nos processos e dinâmicas familiares e na promoção da saúde. É basilar o desenvolvimento das competências socio emocionais dos sujeitos, focadas na criança e nos seus envolventes diretos e indiretos, que têm, nesta fase, uma influência crucial na educação para a saúde das crianças e na adoção

de comportamentos saudáveis por parte destas, fomentando assim a resiliência. Para o efeito é fundamental a sensibilização e capacitação de profissionais e familiares.

Importa também referir que alguns contextos e as comunidades em que as crianças se inserem são muitas vezes espaços de consumo de substâncias psicoativas e de outros comportamentos de risco associados, que configuram fatores de risco nesta faixa etária, que importa debelar. Assente na perspetiva das abordagens ambientais coloca-se o enfoque na criação de condições de segurança e de proteção, que contribuam para assegurar o direito de cada criança a um desenvolvimento seguro e harmonioso: *Todas as crianças têm o direito de crescer em segurança, num clima de tranquilidade, sem medos e sem receios, e protegidas de situações de risco*³⁴.

Pretende-se:

- (a) Garantir respostas preventivas precoces que promovam competências socio emocionais, fomentem a resiliência e reforcem os processos de vinculação familiar, escolar e social, de acordo com o estadio de desenvolvimento;
- (b) Capacitar os profissionais e outros interventores para a deteção precoce de fatores e níveis de risco;
- (c) Melhorar o conhecimento e articulação entre redes de respostas dirigidas a este grupo etário;
- (d) Estudar e identificar fatores e processos que aumentem o risco de desenvolvimento de comportamentos aditivos sem substâncias;
- (e) Garantir a existência de respostas diferenciadas de acordo com os níveis de risco detetados para crianças expostas a CAD em contexto familiar ou tutelar de menores;
- (f) Dissuadir o consumo de substâncias psicoativas nos espaços e contextos frequentados por crianças, prevenir a ocorrência de comportamentos de risco e preparar a comunidade, designadamente a comunidade educativa, para estabelecer relações de confiança e diálogo, facilitando o estabelecimento de um clima favorável à prevenção e a uma boa relação entre as forças de segurança e as crianças;
- (g) Facilitar à comunidade educativa o acesso a informação e conhecimento em matéria de dissuasão.

³⁴ <http://www.psp.pt/Pages/programasespeciais/escolasegura.aspx>

c. JOVENS DOS 10 AOS 24 ANOS

A adolescência é caracterizada por mudanças comportamentais e neurobiológicas, tornando este estadió um período único no desenvolvimento humano. Este é um momento em que se verifica a procura de sensações, com uma diminuição da percepção dos riscos, um aumento da relevância da interação social e dos pares, e a construção da identidade. Durante a adolescência ocorrem múltiplas mudanças no organismo, incluindo rápidas alterações hormonais e a formação de novas sinapses no cérebro, que são cruciais para o desenvolvimento (McAnarney, 2008; McQueeney *et al.*, 2009).

O consumo de álcool e outras substâncias psicoativas durante a adolescência pode comprometer o desenvolvimento, tanto ao nível biológico, interrompendo ou prejudicando a sua maturação, como ao nível psicossocial, envolvendo os adolescentes em situações relacionais e comportamentais com consequências imprevisíveis (Barroso, 2012).

As substâncias psicoativas inibem a percepção do risco e deterioram as capacidades dos adolescentes para considerar as consequências das suas ações, favorecendo o envolvimento em comportamentos de risco (Spear, 2002; OMS, 2004; NIAAA, 2005; McQueeney *et al.*, 2009).

Devido à complexidade dos fenómenos de desenvolvimento que tornam a fase da adolescência crítica para o surgimento desta problemática, dividiu-se a análise e as intervenções a desenvolver em três períodos distintos no que se reporta aos problemas relacionados com CAD: 10-14 anos, 15-19 anos e 20-24 anos.

Relativamente aos **10-14 anos**, os estudos realizados em contexto escolar evidenciam que uma franja da população escolar inicia os consumos de substâncias psicoativas nesta faixa etária, constatando-se mesmo já alguns padrões de consumo preocupantes.

Segundo os resultados do ECATD 2011 (Feijão, Lavado & Calado, 2012), realizado entre os estudantes com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos, o início do consumo de substâncias psicoativas variava em função do sexo, do tipo de substância e idade dos inquiridos, à semelhança da etapa anterior. A *cannabis* era a substância ilícita mais precocemente consumida; o início do consumo desta substância ilícita entre os 10-12 anos atingia os valores máximos de 2,5% nos rapazes e 1,7% nas raparigas, e o início entre os 13-15 anos atingia os valores máximos de 19,2% nos rapazes e 13,7% nas raparigas. Por outro lado, a cerveja era a bebida alcoólica mais precocemente consumida, e o início do consumo desta bebida em idades entre os 10-12 anos atingiam os valores máximos de 24% nos rapazes e 21%

nas raparigas, enquanto o início entre os 13-15 anos atingiam os valores máximos de 45% nos rapazes e 46% nas raparigas.

Ainda de acordo com os resultados deste estudo, cerca de 4,4% e 8,4% dos estudantes de 13 e 14 anos respetivamente, já tinham tido pelo menos uma experiência de consumo de substâncias ilícitas, sendo as prevalências de consumo de cannabis ao longo da vida e nos últimos 12 meses respetivamente de 2,3% e 1,5% nos 13 anos e de 5,6% e 4,8% nos 14 anos. As prevalências de consumo ao longo da vida de outras substâncias ilícitas que não cannabis eram de 3,4% e 5,9% respetivamente nos 13 anos e 14 anos. Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, cerca de 37% e 55% dos estudantes de 13 e 14 anos respetivamente, já tinham tido pelo menos uma experiência de consumo, sendo as prevalências de consumo nos últimos 12 meses de 27% e 45%. No que respeita ao consumo de medicamentos, prescritos e não prescritos, cerca de 7,9% e 11,6% dos estudantes de 13 e 14 anos respetivamente, já tinham tido pelo menos uma experiência de consumo. Registam-se também nestas idades já alguns padrões de consumo muito preocupantes, como por exemplo, o consumo de substância ilícitas por via endovenosa ao longo da vida (0,7% nos 13 anos e 0,5% nos 14 anos) e as prevalências de embriaguez ao longo da vida (8,2% nos 13 anos e 15,8% nos 14 anos) e nos últimos 12 meses (5,6% nos 13 anos e 13% nos 14 anos).

Quanto aos **15-19 anos**, é a faixa etária onde maioritariamente se iniciam os consumos de substâncias psicoativas e emergem padrões de consumo nocivos e abusivos, que frequentemente persistem e algumas vezes evoluem para situações de dependência no período dos **20-24** anos. Como tal, trata-se de dois períodos críticos a ter em conta no que diz respeito à prevenção do início dos consumos e à prevenção do agravamento dos mesmos.

Segundo o II Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral - 2007 (Balsa, Vital, Urbano & Pascueiro, 2008), o primeiro consumo de substâncias ilícitas tende a ocorrer na adolescência e início da idade adulta, sendo que em 2007, mais de $\frac{3}{4}$ dos consumidores tiveram o primeiro consumo de cannabis entre os 15 e 20 anos. Cerca de 86% dos portugueses que já tinham consumido bebidas alcoólicas tiveram o primeiro consumo entre os 12 e 20 anos, com particular relevo entre os 15 e 18 anos (57%). Quanto ao início do consumo de medicamentos (sedativos, tranquilizantes ou hipnóticos), tende a ser mais residual antes dos 18 anos (9% dos consumidores), aumentando significativamente entre os 18-24 anos (20% dos consumidores). Estes dados são coerentes com os do III Inquérito realizado em 2012, no âmbito do qual se constata que a idade média de iniciação dos

consumos se situa entre os 16 (bebidas alcoólicas) e os 17 anos (substâncias ilícitas e medicamentos (Balsa, Vital & Urbano, 2013).

De acordo com os resultados do INPG, 2012, (Balsa, Vital & Urbano, 2013), as prevalências de consumo de substância ilícitas na faixa etária dos 15 aos 24 anos eram de 13,1% ao longo da vida e 5,8% nos últimos 12 meses. Por sua vez, a prevalência do consumo de álcool era de 69% ao longo da vida e de 57% nos últimos 12 meses. No que diz respeito a alguns padrões de consumo nocivo de álcool, em 2012, cerca de 24% dos jovens entre os 15-19 anos que consumiram bebidas alcoólicas no último ano (10,7% da população de 15-19 anos) tiveram pelo menos uma experiência de embriaguez no sentido restrito (ficar a cambalear, com dificuldade em falar, vomitar, e/ou não recordar depois o que aconteceu), e 43% (18,2% da população de 15-19 anos) tiveram pelo menos uma experiência de embriaguez no sentido alargado (incluindo as situações de “ficar alegre”). Em relação ao consumo *binge*, cerca de 36% dos jovens entre os 15-24 anos que consumiram bebidas alcoólicas no último ano (13,2% da população de 15-24 anos) consumiram 5/6 ou mais bebidas numa só ocasião pelo menos uma vez, no último ano. As prevalências de consumo de medicamentos com propriedades psicoativas na população de 15-24 anos situavam-se nos 7,8% ao longo da vida e nos 4% nos últimos 12 meses. No que se reporta ao consumo de novas substâncias psicoativas, também conhecidas como *legal highs*, as prevalências de consumo ao longo da vida e nos últimos 12 meses eram mais residuais (respetivamente 1% e 0,2%).

O ECATD 2011 permite, por sua vez, identificar as prevalências de consumo entre os 15-18 anos especificamente, na população escolar. De acordo com os resultados deste estudo (Feijão, Lavado & Calado, 2012), as prevalências de consumo de qualquer substância ilícita ao longo da vida variavam entre os 12,3% nos 15 anos e 31% nos 18 anos.

As prevalências de consumo de bebidas alcoólicas ao longo da vida variavam entre os 72% nos 15 anos e 91% nos 18 anos, e nos últimos 12 meses entre 63% e 86%. As prevalências de embriaguez nos últimos 12 meses variavam entre os 19,4% nos 15 anos e 44% nos 18 anos.

As prevalências de consumo de medicamentos (anti-depressivos, ansiolíticos, hipnóticos, estimulantes, etc.) ao longo da vida variavam entre os 16,4% nos 15 anos e 19% nos 18 anos.

Como se pode observar, as prevalências de consumo tendem a ser superiores na população escolar, relativamente à população em geral. Por sua vez, os estudos em contexto universitário apontam para prevalências de consumo mais elevadas e padrões de consumo mais regulares e

nocivos do que os registados entre os estudantes do ensino secundário (Guerreiro, Costa & Dias, 2013).

Como indicador indireto dos consumos é ainda de notar que é na faixa etária dos 16-24 anos que a percentagem de indivíduos com processos de contraordenação é a mais elevada (49%) (IDT,IP, 2012).

A perceção de risco elevado para a saúde por parte dos jovens de 15-24 anos quanto ao consumo ocasional de substâncias ilícitas é superior relativamente à cocaína (65%), seguida do *ecstasy* (51%) e só depois da *cannabis* (24%), acompanhando, à exceção do *ecstasy*, a média europeia (de 66% para a cocaína, 59% para o *ecstasy* e 23% para a *cannabis*). Quanto ao consumo regular, 64% dos jovens conferem um elevado risco relativamente à *cannabis* e 53% relativamente ao álcool, situando-se este abaixo da média europeia (67% e 57% respetivamente) (The Gallup Organization, 2011).

Considerando as situações de dependência, constata-se que em 2011, cerca de 16% dos novos utentes admitidos por consumo de substâncias ilícitas em ambulatório (estruturas de tratamento da rede pública) tinham entre 20-24 anos, e apenas 1% dos novos utentes admitidos por PLA se situavam nesta faixa etária (IDT,I.P., 2012a).

No quadro dos internamentos em UD e CT das redes pública e privada, verifica-se que, neste ano, entre 3,3% e 13,2% dos utentes se situavam na faixa etária dos 10 aos 24 anos³⁵.

Também no quadro da RRMD, considerando o estudo mencionado anteriormente, se verifica a reduzida expressão deste grupo etário entre os utentes que beneficiam da intervenção, sendo que, neste âmbito, é de 9,6% a percentagem de utentes com idade inferior a 24 anos (SICAD, 2012).

No que diz respeito a problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas, é de ressaltar que, em 2011, 2% dos estudantes de 16 anos já tinham sido hospitalizados ou recorrido a serviços de urgência devido ao consumo de álcool no último ano, prevalência esta um pouco inferior à média europeia, de 3%. Já no que diz respeito a acidentes ou ferimentos atribuídos ao consumo pessoal de álcool no último ano, a prevalência entre os estudantes de 16 anos era de 4%, valor bastante inferior à média europeia (11%) (Feijão, Lavado & Calado, 2012; Hibell *et al.* 2012).

³⁵ Dados do SICAD, não publicados.

Relativamente ao Jogo³⁶, é de destacar em primeiro lugar a sua relevância na socialização da criança e do adolescente. O jogo é uma atividade que, desde que exercida de forma responsável, não apresenta riscos para a saúde do indivíduo, podendo mesmo ser um aspeto lúdico importante.

Na literatura da especialidade é consensual que se está a assistir a uma alteração de paradigma do jogo infanto-juvenil, caracterizado pela inatividade física, longos períodos de jogo e aumento do grau de isolamento social, o que não poderá a prazo deixar de ter consequências (Lopes, H., 2013).

Considerando a progressiva sofisticação dos jogos digitais e das novas plataformas e os momentos complexos que são as evoluções da adolescência, é de admitir o potencial aparecimento de comportamentos aditivos desde a mais tenra idade em jogo realizado sem dinheiro, mas onde os mecanismos do jogo a dinheiro estão presentes: prémio através de pontuação, repetição de ciclos rápidos de jogo, reforço da auto-estima de quem tiver longos períodos de permanência no jogo, sensação de que a longa experiência no jogo desenvolve a perícia, introdução do fator acaso para o desfecho do ciclo de jogo (Lopes, H., 2013).

A passagem do jogo sem dinheiro para o jogo a dinheiro está no aberto campo das hipóteses porque, como se indicou acima, os mecanismos do interface jogador/máquina são os mesmos (Lopes, H., 2013).

Na fase de vida entre os 16 e os 23 anos verifica-se atualmente uma forte tendência para que os jovens se iniciem no jogo a dinheiro pela via digital. Segundo um estudo numa amostra de estudantes universitários portugueses³⁷, a taxa de jogo a dinheiro pela via digital verificada foi de 6,2% e a de jogo problemático de 1,2% (Magalhães, Lopes & Dervensky, 2012).

Considerando o jogo a dinheiro (totobola, totoloto, lotarias, jogos de cartas, raspadinha, euromilhões, jogos de dados, etc), verifica-se que, em 2012, 50% dos jovens com idade compreendida entre os 15 e os 24 anos jogaram a dinheiro, particularmente o euromilhões (42%), seguido da raspadinha (18,3%) e do totobola/totoloto (18,2%). Quanto a situações de dependência nos jogos a dinheiro nesta faixa etária, aplicando o SOGS, 0,4% apresenta problemas relacionados com o jogo, sendo que, de entre estes, 0,2% é provavelmente um jogador patológico (Balsa, Vital & Urbano, 2013a).

³⁶ No seu sentido amplo, incluindo jogo a dinheiro e sem ser a dinheiro.

³⁷ Estudo realizado com 1.422 estudantes do ensino superior (1.262 de ciências tecnológicas e 160 de ciências sociais).

Já no estudo de Hubert e Griffiths (2013), no quadro do jogo patológico, constata-se que 17% dos jogadores patológicos *online* têm entre 16-20 anos e 19,3% têm 21-25 anos, sendo estas percentagens bastante inferiores no caso dos jogadores patológicos *offline*.

ci. DOS 10 AOS 14 ANOS

Relativamente aos 10-14 anos, os estudos realizados em contexto escolar evidenciam que uma franja da população escolar inicia os consumos de substâncias psicoativas nesta faixa etária, constatando-se mesmo já alguns padrões de consumo preocupantes.

Objetivo:

- ✓ **Reduzir o impacto dos riscos resultantes da exposição aos CAD no desenvolvimento do adolescente e retardar o seu início, identificando precocemente padrões de comportamento desadaptativo predisponentes ao desenvolvimento de CAD, nomeadamente padrões de consumo de substâncias psicoativas como o *binge drinking* e/ou embriaguez.**

O enfoque da intervenção deverá ter um carácter preventivo, centrando-se nos processos de desenvolvimento de competências socio emocionais nos sujeitos, desenvolvidos no âmbito de programas e projetos com carácter de continuidade, dando especial relevo ao contexto familiar e escolar. A identificação de grupos de risco com maior vulnerabilidade deverá orientar as intervenções – prevenção seletiva e indicada, de acordo com os diagnósticos realizados. Para o efeito é fundamental a sensibilização e capacitação de profissionais e familiares.

Pretende-se:

- (a) Garantir respostas preventivas que promovam competências socio emocionais, fomentem a resiliência e reforcem os processos de vinculação familiar, escolar e social de acordo com a estadio de desenvolvimento;
- (b) Sensibilizar os envolventes diretos para os riscos inerentes à exposição a CAD, capacitando-os no âmbito das competências parentais;

- (c) Desenvolver procedimentos de responsabilização dos pais e encarregados de educação pelos comportamentos de risco do menor no âmbito dos CAD, nomeadamente no âmbito do regime legal para o álcool;
- (d) Diferenciar a mensagem preventiva de acordo com o estilo motivacional do pré-adolescente (*sensation seekers, sensation avoiders*);
- (e) Melhorar o conhecimento e articulação entre redes de respostas dirigidas a este grupo etário, garantindo a existência de intervenções diferenciadas de acordo com os níveis de risco detetados para pré adolescentes expostos a CAD ou já com CAD;
- (f) Alargar o estudo e identificação dos fatores e processos que aumentem o risco de desenvolvimento de comportamentos aditivos sem substâncias a este período crítico;
- (g) Desenvolver linhas de ação dirigidas às dimensões inerentes à perceção de risco no âmbito dos CAD;
- (h) Sensibilizar e informar os pré adolescentes para os riscos e consequências associados aos CAD, tendo em consideração os processos de transformação e desenvolvimento físico e sexual característicos desta fase;
- (i) Dissuadir o consumo de substâncias psicoativas, prevenir a ocorrência de comportamentos de risco e capacitar os elementos da comunidade, por via do acesso a informação sobre os regimes jurídicos em matéria de consumos de substâncias psicoativas.

cii. DOS 15 AOS 19 ANOS

Quanto aos 15-19 anos, é a faixa etária onde maioritariamente se iniciam os consumos de substâncias psicoativas e emergem padrões de consumo nocivos e abusivos.

Objetivos:

- ✓ **Reduzir o impacto dos riscos resultantes da exposição aos CAD no desenvolvimento do adolescente e retardar o início dos CAD, identificando precocemente padrões de comportamento desadaptativo predisponentes ao desenvolvimento de CAD, nomeadamente comportamentos de consumo de substâncias psicoativas como o *binge drinking* e/ou embriaguez.**

- ✓ Reduzir comportamentos de risco associados aos CAD (policonsumo de substâncias psicoativas, dependência do jogo, condução sob o efeito de substâncias psicoativas, comportamentos sexuais de risco, violência, *bullying*, entre outros).
- ✓ Diminuir o risco de infeção por VIH/SIDA, e a vulnerabilidade a esta infeção (em colaboração com o Programa Nacional para a Infeção VIH / SIDA).
- ✓ Fornecer aos jovens as competências e informação necessárias para evitar ou retardar a iniciação ao consumo de substâncias.

O enfoque da intervenção deverá ter um carácter preventivo, centrando-se nos processos de desenvolvimento de competências socio emocionais nos sujeitos, desenvolvidos no âmbito de programas e projetos com carácter de continuidade, dando especial relevo ao contexto escolar / universitário e recreativo. A identificação de grupos de risco com maior vulnerabilidade deverá orientar as intervenções – prevenção seletiva e indicada, de acordo com os diagnósticos realizados. Para o efeito é fundamental a sensibilização e capacitação de profissionais e pares.

Pretende-se:

- (a) Garantir respostas preventivas que (i) explorem crenças e atitudes facilitadoras de CAD e a perceção do risco associado aos mesmos, (ii) desenvolvam competências socio emocionais que promovam o desenvolvimento da capacidade de tomada de decisão, de escolha e de reflexão, entre outras, no sentido da construção de um projeto de vida, de acordo com o estadio de desenvolvimento;
- (b) Sensibilizar os envolventes diretos para os riscos inerentes à exposição a CAD, capacitando-os no âmbito das competências parentais para a definição de regras e gestão de limites;
- (c) Desenvolver procedimentos de responsabilização dos pais e encarregados de educação pelos comportamentos de risco do menor no âmbito dos CAD, nomeadamente no âmbito do regime legal para o álcool;
- (d) Capacitar os profissionais da saúde para a identificação de indícios e comportamentos de risco e eventuais CAD, intervir numa perspetiva de motivação para a mudança (intervenções breves e entrevista motivacional) bem como referenciar para respostas de acordo com o nível de risco identificado;

- (e) Diferenciar mensagem preventiva de acordo com o estilo motivacional do adolescente (*sensation seekers, sensation avoiders*);
- (f) Melhorar o conhecimento e articulação entre redes de resposta dirigidas a este grupo etário, garantindo a existência de respostas diferenciadas de acordo com os níveis de risco detetados para adolescentes com CAD;
- (g) Alargar o estudo e identificação dos fatores e processos que aumentem o risco de desenvolvimento de comportamentos aditivos sem substâncias, a este período crítico;
- (h) Desenvolver linhas de ação dirigidas às dimensões inerentes à perceção de risco no âmbito dos CAD;
- (i) Sensibilizar e informar os adolescentes para os riscos e consequências associados aos CAD, nomeadamente das NSP, dos esteroides anabolizantes e das dependências sem substância tendo em consideração a vivência da sexualidade e dos processos adaptativos de mudança de contextos;
- (j) Promover a responsabilização e o envolvimento de pares no processo preventivo, enquadrados tecnicamente;
- (k) Melhorar o conhecimento dos jovens e dos sistemas sociais, sobre a Lei da descriminalização (Lei nº30/2000, de 29 de novembro), implicações, características e quadro sancionatório, bem como sobre o consumo e as substâncias psicoativas e suas consequências, contribuindo para decisões informadas e para a mudança de comportamentos;
- (l) Focalizar a ação junto dos jovens com problemas de comportamento que possam prenunciar o desenvolvimento de problemas de consumo numa fase posterior de vida e torná-los individualmente objeto de intervenções especializadas;
- (m) Investir no potencial de resposta às necessidades de intervenção com jovens com consumo problemático de substâncias psicoativas.

ciii. DOS 20 AOS 24 ANOS

Objetivos:

- ✓ Reduzir os CAD nos jovens e o impacto dos riscos resultantes da exposição aos CAD, identificando padrões de comportamento desadaptativo, nomeadamente padrões de consumo de substâncias psicoativas como o *binge drinking* e/ou embriaguez.
- ✓ Reduzir comportamentos de risco associados aos CAD (policonsumo de substâncias psicoativas, condução sob o efeito de substâncias psicoativas, comportamentos sexuais de risco, violência e jogo).
- ✓ Diminuir o risco de infeção por VIH/SIDA, e a vulnerabilidade a esta infeção (em colaboração com o Programa Nacional para a Infeção VIH / SIDA).
- ✓ Reduzir o risco de desenvolvimento de comorbilidade associadas aos CAD.
- ✓ Desenvolver abordagens específicas, adaptadas às necessidades e características dos cidadãos/indiciados.

O enfoque da intervenção deverá ter um carácter preventivo e de redução de riscos e minimização de danos, centrando-se nos processos de promoção de competências socio emocionais e de perceção do risco associado aos CAD nos sujeitos, desenvolvidos no âmbito de programas e projetos com carácter de continuidade e de proximidade, dando especial relevo aos contextos recreativo, universitário e comunitário. A identificação de grupos de risco com maior vulnerabilidade deverá orientar as intervenções – prevenção seletiva e indicada, e RRMD, de acordo com os diagnósticos realizados. Para o efeito é fundamental a sensibilização e capacitação de profissionais, de pares e de outros interventores.

Pretende-se:

- (a) Garantir respostas preventivas que (i) explorem perceção do risco associado aos CAD, e crenças e atitudes facilitadoras de CAD, (ii) processos de entreajuda (iii) promovam o desenvolvimento de projetos de vida, de acordo com o estadio de desenvolvimento;

- (b) Capacitar os envolventes diretos para a identificação de indícios de alteração de comportamento, de défices cognitivos e de doença mental associados aos CAD, bem como o desenvolvimento de padrões comportamentais associadas às dependências sem substância;
- (c) Capacitar os profissionais da saúde para a identificação de CAD e indicadores de comorbilidade, intervir numa perspetiva de motivação para a mudança (intervenções breves e entrevista motivacional) bem como referenciar para respostas de acordo com o nível de risco identificado;
- (d) Diferenciar mensagem preventiva de acordo com o estilo motivacional do jovem (*sensation seekers, sensation avoiders*);
- (e) Melhorar o conhecimento e articulação entre redes de respostas dirigidas a este grupo etário, garantindo a existência de respostas diferenciadas de acordo com os níveis de risco identificados;
- (f) Alargar o estudo e identificação dos fatores e processos que aumentem o risco de desenvolvimento de comportamentos aditivos sem substâncias, a este período crítico.
- (g) Sensibilizar e informar para os riscos e consequências associados aos CAD nomeadamente das NSP, dos esteroides anabolizantes e das dependências sem substância, tendo em consideração a vivência da sexualidade e dos processos adaptativos de mudança de contextos;
- (h) Promover a responsabilização e o envolvimento de pares no processo preventivo enquadrados tecnicamente;
- (i) Promover a redução de riscos e minimização de danos associados aos CAD;
- (j) Detetar e contribuir para a redução das situações de pobreza e exclusão social associados aos CAD, bem como os comportamentos desviantes emergentes relacionados com estes fenómenos;
- (k) Desenvolver estratégias de intervenção visando a ressocialização / reabilitação em casos de processos de dependência de substâncias psicoativas com deterioração da inserção nas redes de suporte;
- (l) Disponibilizar aos indiciados nas CDT que apresentam diagnóstico de risco e/ou de dependência, comorbilidade associada e/ou outro tipo de fragilidades de carácter social, familiar, profissional, respostas integradas qualificadas e reconhecidas, que vão ao encontro das necessidades que apresentam, contribuindo para uma efetiva paragem dos consumos e integração social.

d. ADULTOS DOS 25 AOS 64 ANOS

Considera-se que esta etapa do ciclo de vida engloba pelo menos três períodos distintos no que se reporta aos problemas relacionados com CAD: 25-34 anos³⁸, 35-54 anos e 55-64 anos.

di. DOS 25 AOS 34 ANOS

No que reporta à prevalência do consumo de substâncias psicoativas, os dados do INPG, 2012 demonstram que, no quadro do consumo de substâncias ilícitas, bebidas alcoólicas, medicamentos e novas substâncias psicoativas, considerando o período dos últimos 12 meses à data da inquirição, é particularmente comum a ingestão de bebidas alcoólicas (63%). Num plano completamente distinto, situam-se as prevalências da ingestão de medicamentos (6,5%), consumo de substâncias ilícitas (4,4%) e novas substâncias psicoativas (0,4%). Com exceção para a ingestão de medicamentos, a prevalência do consumo de substâncias é sempre superior no sexo masculino. Para todas as substâncias consideradas, as prevalências são inferiores às registadas em 2007.

A este respeito, refira-se ainda que esta é a faixa etária em que o consumo de substâncias ilícitas e de novas substâncias psicoativas é mais elevada.

No que diz respeito a padrões de consumo de substâncias ilícitas, refira-se que, nesta faixa etária, entre os consumidores, é mais comum o consumo corrente (consumo nos últimos 30 dias) e desistente (consumo alguma vez na vida mas não no último ano). Apenas relativamente à heroína se destaca nesta faixa etária o consumo recente (Balsa et al., 2008).

No âmbito da ingestão de bebidas alcoólicas, verifica-se que em 2012, cerca de 18,8% dos portugueses entre os 25-34 anos tiveram pelo menos uma experiência de consumo *binge* no último ano. Entre os consumidores de bebidas alcoólicas no último ano, nesta faixa etária, a prevalência de embriaguez (incluindo as situações de “ficar alegre”) foi de 12,2% (Balsa, Vital & Urbano, 2013).

Considerando as situações de dependência, constata-se que em 2011, cerca de 32% dos novos utentes admitidos por consumo de substâncias ilícitas em ambulatório (estruturas de tratamento da rede pública) tinham entre 25-34 anos, e apenas 11% dos novos utentes

³⁸ Parte da população jovem adulta, sendo que esta compreende o período dos 15 aos 34 anos.

admitidos por PLA se situavam nesta faixa etária (IDT,I.P., 2012a). Quanto aos internamentos nas UD e CT das redes pública e privada neste ano, entre 16% e 34% dos utentes pertenciam a esta faixa etária.

Por sua vez, na amostra de utentes de estruturas de RRMD mencionada, verifica-se que 26% dos utentes de 2011 se situavam nesta faixa etária (SICAD, 2012).

Relativamente a problemas associados ao consumo de substâncias, é de referir que, embora não seja esta a etapa do ciclo de vida em que são mais prevalentes, são já de destacar as prevalências de doenças infecciosas nos utentes das UD e CT públicas e privadas, a percentagem de vítimas de *overdoses* (27% das ocorrências em 2011) e o número de condutores mortos em acidentes de viação com TAS igual ou superior a 0,5g/l (25 vítimas em 2012, isto é, 26% dos casos) (IDT,I.P., 2012; INML, I.P., 12 de Junho de 2013).

Nesta faixa etária, a prevalência de jogo a dinheiro situa-se nos 71%. Quanto a situações de dependência nos jogos a dinheiro (SOGS), esta é uma das faixas etárias onde se observa uma maior prevalência de *“problemas relacionados com o jogo”* (0,7%), e em particular de *“alguns problemas com o jogo”* (0,5%). Por sua vez, a probabilidade de ser jogador patológico é de 0,2% (Balsa, Vital & Urbano, 2013a).

No quadro específico dos jogadores patológicos a dinheiro, constata-se que esta é a faixa etária (mais concretamente dos 26 aos 35 anos) em que se situa o maior número de jogadores (35%) sobretudo se se tratar de jogo patológico *online* (37%) (Hubert & Griffiths, 2013).

dii. DOS 35 AOS 54 ANOS

Neste período, os dados do INPG 2012 traduzem-se, por sua vez, nos subperíodos dos 35 aos 44 anos e dos 45 aos 54 anos.

No que diz respeito às prevalências de consumo de substâncias psicoativas, considerando o período dos últimos 12 meses à data da inquirição, verifica-se que nestas faixas etárias, comparativamente à população jovem adulta, a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas se mantém relativamente estável, com tendência a diminuir (63% entre os 35 e os 44 anos e 61% entre os 45 e os 54 anos); o consumo de substâncias ilícitas desce consideravelmente (2,3% entre os 35 e os 44 anos e 1,1% entre os 45 e os 54 anos), a par de um decréscimo

também acentuado no consumo de novas substâncias psicoativas (0,1% entre os 35 e os 44 anos e nulo entre os 45 e os 54 anos)³⁹, aumentando em contrapartida a prevalência do consumo de medicamentos (11,5% entre os 35 e os 44 anos e 16% entre os 45 e os 54 anos).

As diferenças de sexo no consumo de substâncias ilícitas, álcool e medicamentos assinaladas nas anteriores etapas do ciclo de vida, mantêm-se no grupo etário dos 35 aos 54 anos, embora comparativamente à faixa etária anterior se verifique uma diminuição da diferença de sexo na prevalência do consumo de substâncias ilícitas e um incremento da mesma no que reporta à ingestão de medicamentos. Por outro lado, constata-se também uma diminuição da diferença de sexo na prevalência do consumo de álcool no grupo dos 35-44 anos, voltando contudo a acentuar-se no grupo dos 45-54 anos.

Relativamente a padrões de consumo de substâncias ilícitas, nesta faixa etária, entre os consumidores são mais comuns os consumos desistentes ou não recentes (consumiram ao longo da vida mas não no último ano e não se recordam da quantidade de vezes e/ou do momento em que ocorreu) (Balsa *et al.*, 2008).

No que diz respeito a padrões mais nocivos de consumo de bebidas alcoólicas, constata-se, em relação à faixa etária anterior, um decréscimo das prevalências de embriaguez (incluindo as situações de “ficar alegre”) entre os consumidores de bebidas alcoólicas no último ano (5,7% entre os 35 e os 44 anos e 3,6% entre os 45 e os 54 anos) e do consumo *binge* nos últimos 12 meses (11,8% e 8,6% da população portuguesa com 35-44 anos e 45-54 anos) (Balsa, Vital & Urbano, 2013).

No entanto, e como já referido, os inquéritos realizados à população geral têm como limitação a sub-representação de subgrupos populacionais com consumos mais problemáticos e com um maior índice de exclusão social.

Com efeito, constata-se que em 2011, cerca de 44% dos novos utentes admitidos por consumo de substâncias ilícitas em ambulatório (estruturas de tratamento da rede pública) tinham entre 35-54 anos, e 69% dos novos utentes admitidos por PLA se situavam nesta faixa etária (IDT,IP, 2012a).

Por outro lado, considerando os internamentos em CT e UD das redes pública e privada em 2011, entre 35% e 50% dos utentes das estruturas de tratamento públicas ou privadas tinham

³⁹ Evolução que contudo carece da ponderação. Por se tratar de valores muito reduzidos, pequenas evoluções têm elevadas implicações a nível percentual.

entre 35 e 44 anos, situando-se as idades médias entre 36 e 40 anos (IDT,IP, 2012). Finalmente, também no quadro dos utentes das estruturas de RRMD se destaca particularmente esta faixa etária (SICAD, 2012).

Esta é, efetivamente, a faixa etária predominante dos utentes em tratamento e em estruturas de RRMD. Por outro lado, é também a faixa etária em que as prevalências de problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas são mais elevadas. No detalhe, refira-se que as prevalências de doenças infecciosas em utentes internados em UD e CT públicas e privadas são superiores entre os 35 e os 44 anos mas com valores também importantes entre os 45 e os 54 anos. Também é superior a percentagem de vítimas de overdose entre os 35 e os 44 anos (47% das ocorrências em 2011) e o número de condutores vítimas de acidentes de viação com TAS igual ou superior a 0,5g/l entre os 35 e os 49 anos (33 casos em 2012, isto é, 35%) (IDT,I.P., 2012; INML, I.P., 12 de junho de 2013).

Relativamente ao fenómeno do jogo, nas fases da vida ativa constata-se um duplo padrão: o das pessoas que tinham uma relação com o jogo a dinheiro no seu formato clássico (casinos, bingos, jogo ilegal, lotos e lotarias) e o padrão relacionado com o jogo *online*. De momento, o primeiro grupo é largamente dominante sobre o segundo (Lopes, H., 2013).

Nesta etapa do ciclo de vida é mais frequente o desenvolvimento de problemas relacionados com o jogo, devido à conjugação de diversos fatores, como a maior capacitação económica, autonomia e atividade fora de casa, aliados a diferentes contributos de risco: desemprego, divórcio, crises financeiras, emigração, outras formas de isolamento e algumas doenças do foro psiquiátrico (Lopes, H., 2013).

Relativamente ao jogo a dinheiro, entre os 35 e os 54 anos verifica-se que, no primeiro subgrupo (35-44 anos) a prevalência de jogo a dinheiro se situa nos 73%, o que representa um incremento face ao grupo dos jovens adultos, diminuindo contudo no subgrupo seguinte (45-54 anos), para 71%. No quadro das situações de dependência nos jogos a dinheiro (SOGS), constata-se que a população portuguesa entre os 35 e 44 anos apresenta um perfil que se aproxima mais ao dos jovens adultos (com semelhantes prevalências de alguns problemas com o jogo (0,5% nos 25-34 anos e 0,4% nos 35-44 anos) e de probabilidade de ser jogador patológico (0,2%) do que ao da população entre 45-54 anos (que apresenta uma prevalência inferior de alguns problemas com o jogo (0,2%) mas uma probabilidade de ser jogador patológico três vezes superior (0,6%). Globalmente, as prevalências de problemas relacionados

com o jogo são de 0,6% entre os 35-44 anos e de 0,8% entre os 45-54 anos (Balsa, Vital & Urbano, 2013a).

De notar que, no quadro do jogo patológico, embora a maior percentagem de jogadores em geral se situe na faixa etária anterior, se se considerar o subgrupo de jogadores patológicos *offline*, é entre os 36 e os 50 anos que se situa a maior percentagem de jogadores (35%) (Hubert & Griffiths, 2013).

diii. DOS 55 AOS 64 ANOS

No que diz respeito ao consumo de substâncias psicoativas, em 2012, constata-se a acentuação do carácter residual do consumo de substâncias ilícitas (prevalência de 0,3% no último ano) face ao consumo de bebidas alcoólicas (com uma prevalência de 60% no mesmo período) nesta faixa etária. Por sua vez, o consumo de novas substâncias psicoativas mantém-se nulo, enquanto a tendência para o aumento do consumo de medicamentos se mantém (com uma prevalência de 21% no último ano).

No que diz respeito ao padrão de consumo de bebidas alcoólicas, mantém-se também nesta faixa etária a tendência para o decréscimo dos padrões mais nocivos de consumo: a prevalência de consumo *binge* na população portuguesa dos 55-64 anos foi de 5,0%, e, entre os consumidores de bebidas no último ano, a prevalência de embriaguez (incluindo as situações de “ficar alegre”) foi de 1,9%.

Já no que concerne ao consumo de substâncias ilícitas, entre os indivíduos que já experimentaram ao longo da vida, nesta faixa etária destaca-se sobretudo um perfil de desistentes, isto é, indivíduos que já não consomem este tipo de substâncias (Balsa et al., 2008).

As diferenças de sexo nas prevalências de consumo de substâncias ilícitas, álcool e medicamentos mantêm-se neste grupo etário. É de assinalar nesta faixa etária, a ausência do consumo de substâncias ilícitas no último ano no sexo feminino, a manutenção da tendência para o incremento da diferença de sexo a nível do consumo de medicamentos à medida que se avança no ciclo de vida (uma prevalência superior nas mulheres) e a manutenção da tendência

iniciada entre os 45-54 anos para um acentuar da diferença de sexo no consumo de álcool (sendo a prevalência superior nos homens).

Considerando os indicadores relativos à procura de tratamento da toxicodependência e alcoolismo constata-se que em 2011 apenas cerca de 1% dos novos utentes admitidos por consumo de substância ilícitas em ambulatório (estruturas de tratamento da rede pública) e 19% dos novos utentes admitidos por PLA tinham 55 ou mais anos, (IDT,I.P. 2012a). Por outro lado, constata-se que, em 2011 apenas uma pequena percentagem (sempre inferior a 5%) dos utentes das UD e CT públicas ou privadas se situavam nesta faixa etária⁴⁰. A mesma situação parece ocorrer no quadro dos utentes das estruturas de RRMD, considerando a amostra mencionada (SICAD, 2012).

A prevalência de jogo a dinheiro é, neste período, inferior à dos restantes períodos analisados no âmbito desta etapa do ciclo de vida, sendo de 67,8%. Quanto a situações de dependência nos jogos a dinheiro (SOGS), 0,6% apresenta problemas relacionados com o jogo, de entre os quais, 0,2% apresenta uma probabilidade de ser jogador patológico (Balsa, Vital & Urbano, 2013a).

No quadro do jogo patológico *offline*, é ainda de referir que 21,6% dos jogadores têm idade superior a 50 anos (Hubert & Griffiths, 2013).

Tendo em atenção os problemas relacionados com os CAD nos três períodos desta etapa (25-64 anos) do ciclo de vida, são definidos os seguintes objetivos:

Objetivos:

- ✓ **Desenvolver abordagens específicas de intervenção em CAD, adaptadas às necessidades e características dos indivíduos de acordo com as especificidades dos sub-grupos desta fase do ciclo de vida.**
- ✓ **Reduzir a instalação da dependência, com ou sem substâncias psicoativas.**
- ✓ **Reduzir os consumos de substâncias psicoativas no último ano e no último mês.**
- ✓ **Reduzir comportamentos de risco associados aos CAD (condução sob o efeito de substâncias psicoativas, comportamentos sexuais de risco, comportamentos de**

⁴⁰ Dados do SICAD, não publicados.

consumo endovenoso, jogo, policonsumo de substâncias psicoativas e violência auto e hetero – dirigida)

- ✓ Diminuir o risco de infecção por VIH/SIDA, a vulnerabilidade a esta infecção, e do impacto da epidemia (em colaboração com o Programa Nacional para a infecção VIH / SIDA)
- ✓ Reduzir as consequências tardias e o impacto das dependências com e sem substância.
- ✓ Reduzir as comorbilidades associadas aos CAD (doenças psiquiátricas, infecciosas, cardiovasculares, gastrointestinais, neoplasias)
- ✓ Reduzir a mortalidade associada ao consumo de substâncias psicoativas

O enfoque da intervenção deverá centrar-se nas diferentes perspetivas de abordagem, designadamente nas áreas da prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção, favorecendo a proximidade e acessibilidade das respostas aos indivíduos que delas necessitam. A identificação de grupos de risco com maior vulnerabilidade resultante dos determinantes individuais e macro ambientais, deverá orientar as intervenções – prevenção seletiva e indicada e de tratamento. Nesta extensa etapa do ciclo de vida, que corresponde ao período da vida ativa, há que ter especial atenção à intervenção em contexto laboral. Para o efeito é fundamental a sensibilização e capacitação de profissionais e de outros interventores.

Pretende-se:

- (a) Identificar, sinalizar e intervir junto dos indiciados que consomem substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, prevenindo a evolução de situações de risco através de estratégias de intervenção precoce;
- (b) No que respeita aos indiciados com dependência diagnosticada pretende-se, por via da implementação de estratégias de intervenção estruturadas, o alcance de maior eficácia e eficiência, na mobilização para a mudança, por via da identificação de necessidades e do encaminhamento para tratamento, que promovam a efetiva paragem de consumos e a adoção de estilos de vida saudáveis;
- (c) Garantir respostas integradas para a intervenção, promovendo a sua acessibilidade e especificidade;

- (d) Incentivar os indivíduos, enquanto cidadãos, a serem agentes proativos na gestão da sua saúde, promovendo escolhas e comportamentos saudáveis, nos diversos contextos onde se movem;
- (e) Capacitar os profissionais da saúde para a identificação, sinalização e intervenção nos CAD e nos indicadores de eventual comorbilidade, intervindo numa perspetiva de motivação para a mudança (intervenções breves e entrevista motivacional) bem como referenciar para respostas de acordo com o nível de risco identificado;
- (f) Promover a intervenção nos CAD, nomeadamente os associados às NSP, aos esteroides anabolizantes e nas dependências sem substância, em especial o jogo, nos diferentes contextos;
- (g) Promover a redução de riscos e minimização de danos associados aos CAD;
- (h) Detetar e procurar contribuir para a redução das situações de pobreza e exclusão social associados aos CAD, bem como dos comportamentos desviantes emergentes relacionados com estes fenómenos;
- (i) Desenvolver estratégias de intervenção visando a ressocialização / reabilitação em casos de processos de dependência de substâncias psicoativas com deterioração da inserção nas redes de suporte.

e. ADULTOS ACIMA DOS 65 ANOS

A OMS estima que o número de idosos no mundo entre 2010 e 2050 sofrerá um aumento de 524 milhões para 1,5 bilhões, passando a representar 16% da população (WHO, 2011). Em Portugal, para cada 100 jovens existem já 128 idosos, o que representa um agravamento face a 2001 (INE,IP, 2012).

Por sua vez, a nível europeu, estima-se que entre 2001 e 2020 o número de idosos com problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas aumente para mais do dobro. Esta evolução relaciona-se, nomeadamente, com a tendência para o envelhecimento da população e com a melhoria da prestação de cuidados no domínio das dependências, designadamente no que diz respeito à prevenção de *overdoses* (Gossop, 2008).

Segundo o OEDT, os consumidores de substâncias ilícitas mais velhos podem ser enquadrados em 2 categorias: os sobreviventes e os reativos. A primeira categoria diz respeito ao subgrupo que começou a consumir na juventude e que tem uma longa carreira de consumos. O segundo, aos que começaram a consumir tardiamente, em função de determinadas crises na vida, como a reforma, problemas conjugais ou o isolamento social, por exemplo (Gossop, 2008). A estas categorias, também pertinentes para o consumo de álcool, o *Institute of Alcohol Studies* (IAS) acrescenta a categoria dos consumidores intermitentes ou *binge*, que corresponde a um grupo que consome apenas ocasionalmente mas de forma excessiva (IAS, 2010).

O consumo de medicamentos, em particular aqueles com propriedades psicoativas, podendo ocorrer situações de abuso, é comum entre os idosos, sejam estas situações intencionais ou não. O consumo concomitante de bebidas alcoólicas pode atenuar ou agravar os efeitos dos medicamentos, consoante a sua natureza específica (Gossop, 2008; IAS, 2010).

O consumo de substâncias ilícitas e o consumo excessivo de álcool são particularmente graves nos idosos, face às suas especificidades fisiológicas que têm repercussão no processo de metabolização destas substâncias, tornando-o mais lento, e numa maior sensibilidade aos seus efeitos a nível cerebral (Gossop, 2008; IAS, 2010). Há evidência de que o consumo destas substâncias pode agravar o processo de envelhecimento normal, a nível cognitivo (Gossop, 2008). Em particular, o consumo excessivo de álcool está fortemente associado a um risco acrescido de disfunção cognitiva e de demência (Kim et al., 2012).

O particular risco da assunção destes padrões de consumo nesta idade prende-se ainda com a dificuldade no diagnóstico de problemas. Por um lado, o limiar considerado para a identificação da existência de um consumo nocivo é o mesmo que o de um jovem adulto por exemplo, quando, como exposto, os efeitos da mesma quantidade de álcool são distintos. Por outro lado, os critérios de diagnóstico baseiam-se, em parte, num determinado perfil de atividade, isto é, numa inserção laboral e social e na existência de um determinado plano de responsabilidades, situações que nos idosos são distintas. Acresce ainda que, uma vez que a morbidade e as queixas somáticas e cognitivas são tendencialmente superiores nesta faixa etária, é muito possível que uma sintomatologia específica de problemas com álcool, substâncias ilícitas ou medicamentos não seja identificada (Rigler, 2000).

Por outro lado, é necessário notar que a maior proporção de consumidores problemáticos de substâncias corresponde ao grupo dos sobreviventes, no âmbito do qual a existência de doenças graves e terminais é mais provável (Gossop, 2008; IAS, 2010).

No campo do consumo de substâncias psicoativas, em 2012, as prevalências do consumo de bebidas alcoólicas nesta faixa etária eram de 71% (87% nos homens e 57% nas mulheres) ao longo da vida, e no último ano de 52% (74% nos homens e 34% nas mulheres). No que diz respeito ao consumo de medicamentos, a prevalência ao longo da vida era de 31% (20,5% nos homens e 40% nas mulheres) e no último ano de 24% (14% nos homens e 32% nas mulheres). Constata-se ainda que, comparativamente à faixa etária anterior, as prevalências em ambos os períodos aumentam relativamente aos medicamentos e diminuem relativamente à ingestão de bebidas alcoólicas.

Por sua vez, a prevalência do consumo de substâncias ilícitas ao longo da vida é de 0,2% (0,5% nos homens e 0% nas mulheres) e sem expressão no último ano, o que representa um decréscimo face à faixa etária anterior. Segundo este estudo, esta prevalência corresponde exclusivamente ao consumo de *cannabis* (Balsa, Vital & Urbano, 2013).

Considerando as situações de dependência, os indicadores relativos à procura de tratamento apontam para situações residuais, verificando-se que nas UD e CT das redes pública e privada a sua percentagem nunca excede, em 2009 e 2010, 0,6% dos utentes. Um fenómeno semelhante ocorre no quadro das estruturas de RRMD (SICAD, 2012).

Resulta destes dados a relevância da preparação dos cuidados de saúde primários para o diagnóstico e encaminhamento deste tipo de situações, bem como da especialização do seu tratamento em função das particularidades específicas desta população ao nível da saúde.

No que diz respeito ao jogo, na fase mais avançada da vida não é habitual encontrar novos casos. A única exceção consiste na situação de viuvez, no âmbito da qual, o maior isolamento social poderá ser um fator promotor de uma nova relação com o jogo (Lopes, H., 2013).

Relativamente ao jogo a dinheiro, verifica-se que a prevalência na faixa etária dos 65 aos 74 anos é de 54,8%. No quadro das situações de dependência nos jogos a dinheiro (SOGS) nesta faixa etária, 1% apresenta problemas relacionados com o jogo sendo que, de entre estes, 0,7% apresenta uma probabilidade de ser jogador patológico. Esta etapa do ciclo de vida destaca-se como sendo aquela em que a probabilidade de ser jogador patológico é superior (Balsa, Vital & Urbano, 2013a).

Neste sentido, importa reunir condições para que elementos da rede social e/ou da prestação de cuidados de saúde primários saibam identificar a emergência de um problema e a quem recorrer. Num outro plano, é necessário criar condições para que os serviços de resposta especializados providenciem um acompanhamento adequado desta problemática.

Objetivos:

- ✓ **Reduzir a emergência de CAD, com ou sem substância;**
- ✓ **Reduzir as consequências tardias e o impacto das dependências com e sem substância;**
- ✓ **Reduzir comportamentos de risco associados aos CAD (condução sob o efeito de substâncias psicoativas, jogo, comportamentos sexuais de risco, policonsumo de substâncias psicoativas e violência auto e hetero - dirigida);**
- ✓ **Diminuir o risco de infeção por VIH/SIDA, a vulnerabilidade a esta infeção, e o impacto da epidemia (em colaboração com o Programa Nacional para a infeção VIH / SIDA);**
- ✓ **Reduzir as comorbilidades associadas aos CAD (doenças psiquiátricas, infecciosas, cardiovasculares, gastrointestinais, neoplasias);**
- ✓ **Reduzir a mortalidade associada ao consumo de substâncias psicoativas.**

Esta etapa do ciclo de vida tem sido pouco investida no que respeita aos CAD, pelo que carece de uma maior atenção. Alguns dados indiciam a provável emergência ou aumento de CAD nestas idades, associados a outras problemáticas de saúde e sociais.

O enfoque da intervenção deverá centrar-se nas diferentes perspetivas de abordagem, designadamente nas áreas da prevenção, redução de riscos e minimização de danos, tratamento, reinserção, favorecendo a proximidade e acessibilidade das respostas aos indivíduos que delas necessitam. Para o efeito é fundamental a sensibilização e capacitação de profissionais e de outros interventores e a criação de condições para o desenvolvimento de uma intervenção articulada e intersectorial, necessária para que os serviços de resposta especializados, designadamente prestação de cuidados de saúde primários e a rede social, providenciem um acompanhamento adequado desta problemática na etapa final do ciclo de vida.

Pretende-se:

- (a) Garantir respostas integradas para a intervenção, promovendo a sua especificidade e acessibilidade;
- (b) Incentivar os indivíduos enquanto cidadãos a serem agentes proactivos na gestão da sua saúde, promovendo comportamentos saudáveis, nos diversos contextos;
- (c) Capacitar os profissionais da saúde para a deteção e intervenção nos CAD, e nas comorbilidades, intervindo numa perspetiva de motivação para a mudança (intervenções breves e entrevista motivacional) bem como referenciar para respostas de acordo com o nível de risco identificado;
- (d) Promover a intervenção nos CAD com e sem substâncias, nos diferentes contextos;
- (e) Promover a redução de riscos e minimização de danos associados aos CAD;
- (f) Identificar e procurar contribuir para a redução das situações de pobreza e exclusão social associados aos CAD, bem como os comportamentos desviantes emergentes relacionados com estes fenómenos;
- (g) Desenvolver estratégias de intervenção visando a ressocialização / reabilitação em casos de processos de dependência de substâncias psicoativas com deterioração da inserção nas redes de suporte.

II.B.1.4. MEDIDAS ESTRUTURANTES

O Plano Operacional de Respostas Integradas e a Rede de Referência/Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e Dependências são duas medidas estruturantes que transitam do ciclo estratégico anterior, com as atualizações e adaptações entretanto introduzidas, e atendendo às mudanças ocorridas na reorganização dos serviços.

Consideram-se uma mais-valia e um suporte para dar resposta a necessidades identificadas a nível regional e local, e operacionalizam o conjunto de princípios assumidos pelo PNRCAD.

a. PLANO OPERACIONAL DE RESPOSTAS INTEGRADAS (PORI)

O **Plano Operacional de Respostas Integradas** é desde 2006 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 multissetoriais, 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.

O PORI pressupõe uma mudança de paradigma na abordagem da intervenção territorial, em termos da valorização do diagnóstico prévio à intervenção, que se direciona para uma resposta integrada. Pretende-se investir em programas e projetos que evidenciem qualidade técnica e um rigor de avaliação em termos de processo e de resultados.

Os PRI vão permitir que, nos territórios onde já existem intervenções a decorrer e/ou onde existem meios que não estão suficientemente rentabilizados, seja feita uma reorganização dos recursos disponíveis, potenciando mais-valias em função das necessidades identificadas. No caso de não existir qualquer resposta ou esta ser insuficiente, pode atribuir-se financiamento suplementar, através da abertura de procedimentos concursais, de modo a colmatar as necessidades identificadas ou suprir áreas lacunares existentes.

A intervenção integrada deverá ser desenvolvida de modo a contribuir para a melhoria da sua qualidade em termos teóricos e operacionais, tendo em conta uma base conceptual comum que oriente os vários tipos de intervenção no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências. Porém, o processo de implementação de um PRI pode ter várias fórmulas ou caminhos, que variarão consoante as experiências de intervenção locais, nomeadamente das redes sociais locais existentes, das autarquias, dos serviços desconcentrados da Administração Pública e das organizações da sociedade civil neste campo de intervenção.

O PORI baseia-se nos princípios da territorialidade, da integração, da parceria e da participação que constituem o quadro de orientação estratégica definido pela Organização Internacional do Trabalho, para o contexto da luta contra a pobreza e exclusão social.

Estes princípios estratégicos foram-se constituindo como um património orientador das intervenções e projetos, que atuam em problemáticas de carácter multidimensional, como é o caso do uso e abuso de substâncias psicoativas, com os seus diferentes tipos e padrões de consumo.

Por estas razões, surge a necessidade da integração das atuações, numa perspetiva de conjugação de esforços dos intervenientes, de rentabilização de recursos pelo estabelecimento de parcerias, tendo sempre em vista o interesse dos sujeitos a abranger e o conjunto da população, estimulando a sua participação nas ações.

Para além destes princípios, considera-se o *empowerment* um conceito fundamental do modelo de intervenção no âmbito do consumo de substâncias psicoativas. Este é entendido como um processo de mudança desejável no sentido de reforço da autonomia dos 'territórios' para a resolução de problemas, permitindo promover a realização de intervenções coerentes e sustentáveis no tempo.

O modelo de intervenção que se propõe no âmbito do PORI concebe que a resposta aos problemas deve partir de um nível mais genérico, o das grandes opções e orientações, para propostas concretas que lhe dêem corpo, de modo a garantir que as ações implementadas não sejam soluções avulsas, mas resultem de uma visão de conjunto.

b. REDE DE REFERENCIAÇÃO / ARTICULAÇÃO NO ÂMBITO DOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS

Decorrente da recente reorganização e assunção de atribuições da intervenção no âmbito dos CAD, impera a necessidade de implementação de uma **Rede de Referenciação / Articulação** que atenda às especificidades e condicionalismos loco-regionais e que se constitua como um sistema que regule, dentro de uma nova arquitetura institucional, as relações de complementaridade e de apoio técnico entre entidades intervenientes no processo de tratamento dos CAD, de forma a alargar o acesso dos doentes aos cuidados e serviços de que efetivamente necessitam, bem como sustentar o sistema integrado de informação interinstitucional.

Visa-se, assim, a redefinição das relações de complementaridade e de apoio técnico à luz de uma nova atribuição de competências entre instituições públicas, bem como o alargamento e integração da prestação de cuidados, em função das reais necessidades das populações, em matéria dos CAD. Contemplam-se assim os progressos que a evidência científica tem vindo a consagrar no que respeita a estes fenómenos, que podem surgir em qualquer fase do ciclo de vida de um indivíduo, evidência que define uma visão holística do conceito de conduta aditiva e de dependência e que preconiza a mobilização para esta Rede de outras intervenções, Unidades e Planos que até agora operavam de forma menos interligada.

Neste sentido, a Rede de Referenciação / Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências aliará os serviços de saúde públicos, os diferentes sistemas, potencialmente, envolvidos no trajeto de acompanhamento destas populações (Segurança Social, Educação, Segurança Pública, Justiça), bem como os dispositivos dirigidos à problemática da violência doméstica / familiar, às crianças e jovens em risco e aos jovens com problemas de adaptação e inclusão social, e ainda entidades privadas que ao longo do tempo têm vindo a ter um papel importante no tratamento dos CAD.

Integrando estes elementos orientadores, a implementação da Rede de Referenciação / Articulação consolidará o enfoque no cidadão e nas suas reais necessidades, articulando-as segundo critérios lógicos e de racionalidade. Pretende-se que mobilizem seletivamente estruturas com a diferenciação e os meios técnicos e humanos adequados à concretização de intervenções que efetivamente respondam aos seus problemas de saúde, em termos de especificidade e complexidade e grau de gravidade.

II.B.2. DOMÍNIO DA OFERTA

No **domínio da oferta** importa diminuir a disponibilidade e o acesso às substâncias ilícitas e às novas substâncias psicoativas (NSP), regulamentar e fiscalizar o mercado de substâncias lícitas e, durante este ciclo estratégico, procurar harmonizar os dispositivos legais já existentes ou a desenvolver no referente às áreas do jogo e dos medicamentos e anabolizantes no contexto dos CAD, sempre na perspetiva da redução dos comportamentos de risco e potenciadores de dependência.

II.B.2.1. SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS

Os principais instrumentos jurídicos da estratégia da comunidade internacional para as substâncias psicoativas vulgarmente designadas como substâncias ilícitas, são as três convenções internacionais específicas sobre o problema da droga: a Convenção Única sobre Estupefacientes, de 1961, modificada pelo Protocolo de 1972; a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971, e a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas, de 1988.

A primeira daquelas convenções visa, essencialmente, limitar a fins médicos ou científicos a produção, fabrico, exportação, importação, distribuição, comércio e uso dos estupefacientes constantes de uma lista anexa à Convenção. A segunda pretende atingir idêntica finalidade no que se refere às substâncias psicotrópicas, também identificadas por listagem, embora consagrando um sistema de controlo mais ligeiro, adequado ao uso clínico, sob prescrição médica, de muitas dessas substâncias. Em causa nessas convenções está, portanto, assegurar o controlo de um mercado lícito de drogas. Por seu turno, a Convenção de 1988 pretende controlar o acesso aos chamados “precursores” (produtos químicos essenciais e solventes suscetíveis de desvio do seu uso industrial e comercial corrente para o fabrico ilícito de drogas) colmatar as lacunas das convenções anteriores e, sobretudo, reforçar o combate ao tráfico ilícito e ao branqueamento de capitais.

As tabelas de substâncias abrangidas pelas Convenções das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas de 1988, sobre as Substâncias Psicotrópicas de 1971 e Única de 1961 foram adaptadas no sentido de incluir uma certa gradação da sua perigosidade, daí extraindo efeitos no tocante às sanções penais, de acordo com o princípio da proporcionalidade, sem referências à distinção entre drogas duras e leves.

A arquitetura nacional do sistema de regulação e fiscalização do mercado de estupefacientes e substâncias psicotrópicas é composto por um conjunto de diplomas legais que transpõem para o enquadramento legislativo nacional as três Convenções das Nações Unidas em matéria de estupefacientes, substâncias psicotrópicas e seus precursores.

A legislação de “combate à droga”, as substâncias psicoativas sujeitas a medidas de controlo no âmbito das anteriormente referidas Convenções das Nações Unidas, foi revista em 1993 pelo Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, na sequência da ratificação por Portugal, em 1991, da Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas de 1988, contemplando também os tratados multilaterais ou as disposições da União Europeia em matéria de branqueamento de capitais.

As disposições do Decreto-lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, contemplam igualmente as obrigações decorrentes da participação de Portugal na Convenção Relativa ao Branqueamento, Despistagem, Apreensão e Perda dos Produtos do Crime, de 8 de novembro de 1990 do Conselho da Europa, acomodando também a transposição da Diretiva do Conselho das Comunidades Europeias de 10 de junho de 1991 sobre a prevenção da utilização do sistema financeiro para efeito de branqueamento de capitais.

O Decreto-Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro, que estabelece as regras relativas ao mercado lícito de estupefacientes, substâncias psicotrópicas, precursores e outros produtos químicos suscetíveis de serem utilizados no fabrico das substâncias compreendidas nas tabelas I a VI do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, salvaguarda os usos legítimos, designadamente no fabrico de medicamentos e investigação científica.

O quadro regulatório e sancionatório nacional completa-se com a Portaria n.º 94/96, de 26 de março, que estabelece os limites quantitativos máximos para cada dose média individual diária das plantas, substâncias ou preparações constantes das tabelas I a IV anexas ao Decreto-lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, de consumo mais frequente, o que constitui um elemento importante para a aplicabilidade de algumas das disposições desse diploma.

Ao longo do tempo outros diplomas têm vindo a aperfeiçoar o sistema de controlo e regulação dos mercados ilícito e lícito, destacando-se as disposições que acrescentam substâncias às tabelas anexas ao Decreto-lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, geralmente na sequência do intercâmbio de informação entre os Estados-Membros da UE e avaliação de riscos dessas substâncias, exercício que culmina na sujeição a controlo e sanções penais em toda a EU das

substâncias que apresentem riscos⁴¹. Por outro lado, com base numa avaliação de risco efetuada pela OMS, novas substâncias podem ser consideradas e sujeitas a controlo ao nível das Nações Unidas, o que obriga ao aditamento nas listas do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro.

A fiscalização pelos órgãos de polícia criminal assegura a aplicação da lei.

A Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro, definiu o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, passando o consumo, a aquisição e a detenção para consumo próprio de plantas, substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas referidas no parágrafo anterior a constituírem contra-ordenação. Ou seja, o consumo e a posse dessas substâncias, em quantidades que não excedam o consumo médio individual durante o período de dez dias deixaram de constituir crime, passando a ser um ilícito de mera ordenação social. As quantidades médias diárias estão definidas na Portaria n.º 94/96, de 26 de março. A posse de estupefacientes e substâncias psicotrópicas em quantidades que excedam esse limite, mesmo para consumo individual, continua criminalizada, conforme o Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça n.º 8/2008, de 25 de junho.

NOVAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (NSP)

Nos últimos anos observou-se em Portugal uma escalada no aparecimento de substâncias psicoativas cuja proibição não se encontra contemplada no sistema internacional de controlo das Nações Unidas. São substâncias que, em estado puro ou numa preparação, podem constituir uma ameaça para a saúde pública comparável à das substâncias incluídas nas listas anexas ao Decreto-lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, com perigo para a vida ou para a saúde e integridade física, e para as quais não se conhecem usos lícitos. O seu controlo, através da legislação própria, era iludido através da modificação de moléculas, assim alterando a composição química das substâncias controladas.

A abertura de locais dedicados à venda de substâncias psicoativas representou uma ameaça à saúde pública criou alarme social e levou à regulação destas substâncias.

⁴¹ “A Decisão 2005/387/JAI do Conselho, estabeleceu um sistema ao nível da União para combater as novas substâncias psicoativas (naturais e sintéticas) que suscitam preocupação ao nível da UE. A citada decisão estabelece normas em matéria de intercâmbio de informações entre os Estados-Membros sobre essas substâncias, coordenado pelo OEDT e pela Europol, sobre a avaliação dos seus riscos e a sujeição a controlo e a sanções penais em toda a UE das substâncias que apresentem riscos.

Reagindo à emergência da expansão do fenómeno do consumo de Novas Substâncias Psicoativas a Assembleia Legislativa Regional da Madeira aprovou em 1 de agosto a Resolução n.º 32/2012/M, que instituiu a proibição genérica de todas as substâncias psicoativas; contudo algumas das normas nela contidas foram declaradas inconstitucionais pelo Acórdão do tribunal constitucional n.º 387/2012, de 13 de setembro. Posteriormente foi publicado o Decreto Legislativo Regional n.º 28/2012/M, de 25 de outubro, que aprova as normas para a proteção dos cidadãos e as medidas para a redução da oferta de «drogas legais». A Assembleia da República aprovou a Resolução n.º 5/2013, de 4 de janeiro, a qual recomendou ao Governo “... a aprovação de normas para a proteção da saúde pública e a tomada de medidas neste âmbito”.

Face à existência do “*consenso formado em torno da perigosidade de novas substâncias psicoativas já conhecidas e da suscetibilidade de, assim, prever novas contra-ordenações, julgou-se indispensável estabelecer medidas sanitárias de efeito imediato contra a produção, distribuição, venda, dispensa, importação, exportação e publicidade de outras novas substâncias que venham a surgir no mercado, perante a ameaça grave e impressível que estas substâncias encerram*”, o que foi através das disposições do Decreto-lei n.º 54/2013, de 17 de abril, que define o regime jurídico da prevenção e proteção contra a publicidade e o comércio das novas substâncias psicoativas já conhecidas e de outras que venham a surgir no mercado. A lista de controlo foi aprovada pela Portaria n.º 154/2013, de 17 de abril.

Para consolidar e aprofundar a intervenção em matéria de redução da oferta de **substâncias ilícitas** (as substâncias psicoativas sujeitas a medidas de controlo no âmbito das Nações Unidas) e **NSP**, e tendo em conta as prioridades definidas pela EUELCD, formula-se como meta ou resultado a atingir para este eixo:

Objetivo:

- ✓ **Reduzir a disponibilidade das drogas ilícitas e das novas substâncias psicoativas – (NSP) no mercado, através da prevenção, dissuasão e desmantelamento das redes de tráfico de drogas ilícitas, em especial do crime organizado, intensificando a cooperação judiciária, policial e aduaneira, a nível interno e internacional, bem como a gestão das fronteiras.**

Pretende-se:

- (a) Reforçar a cooperação e a coordenação interinstitucionais, nos planos estratégicos e operacional;
- (b) Reduzir a produção, o tráfico e consequentemente a oferta de drogas ilícitas e de novas substâncias psicoativas;
- (c) Contribuir para assegurar um nível elevado e equivalente de controlo ao longo da fronteira externa da UE, como forma de melhorar a prevenção da entrada de drogas ilícitas e de novas substâncias psicoativas no território da União Europeia;
- (d) Prevenir o desvio de precursores e pré-precursoros de drogas ilícitas e de outras substâncias químicas associadas ao seu fabrico, importadas para a União Europeia;
- (e) Reforçar a cooperação e a coordenação com os organismos e agências internacionais e europeias competentes, designadamente a Europol, a Eurojust e o EMCDDA;
- (f) Reforçar a cooperação judiciária no âmbito europeu;
- (g) Reforçar a cooperação entre os Serviços de Informações em matéria de identificação de fenómenos, agentes e tendências, a montante das instâncias judiciais;
- (h) Explorar as eventuais ligações entre a produção e o tráfico de droga e o financiamento do terrorismo;
- (i) Aumentar a atividade de prevenção na área da criminalidade associada à droga, mormente no branqueamento de capitais;
- (j) Aumentar a formação e o conhecimento para os serviços de aplicação da lei.

II.B.2.2. SUBSTÂNCIAS LÍCITAS

A regulação e fiscalização do mercado de substâncias lícitas visa assegurar que o acesso dos consumidores seja feito de forma segura, garantindo a sua proteção através de medidas legislativas, regulatórias, de autorregulação dos operadores económicos e de aplicação da lei.

Os Estados têm ao seu dispor um alargado conjunto de medidas, incluindo de natureza fiscal e de proibição ou limitação da produção, colocação no mercado, publicidade e uso, focalizadas na defesa da saúde pública e individual dos consumidores.

As sociedades democráticas sujeitam a imposição dessas medidas à discussão e consulta pública através dos operadores económicos, sociedade civil, consumidores e seus representantes, incluindo os representantes políticos nas respetivas assembleias legislativas.

Em Portugal salienta-se a experiência resultante da criação do *Fórum Nacional Álcool e Saúde*, uma plataforma a nível nacional, representativa de todas as partes interessadas na sociedade civil que se comprometeram a reforçar as ações necessárias para a redução dos danos provocados pelo consumo nocivo de álcool. Pretende-se assegurar, não apenas uma colaboração de proximidade com todos os atores, mas também proporcionar um espaço de partilha, discussão e reflexão sobre conteúdos pertinentes no âmbito da temática em apreço (Relatório FNAS 2010-2012, SICAD, 2012).

a. **ÁLCOOL**

O uso nocivo do álcool é um grave problema de saúde, que se refletem em condições agudas e crónicas. O álcool está associado a muitas questões graves de desenvolvimento e sociais, incluindo violência, negligência, abuso infantil, absentismo no trabalho, acidentes laborais e rodoviários.

Não existe uma convenção-quadro mundial para o uso nocivo do álcool ao contrário das substâncias psicoativas sujeitas a medidas de controlo no âmbito das Convenções das Nações Unidas ou do tabaco, sujeito às disposições da Convenção Quadro da Organização Mundial de Saúde para o Controlo do Tabaco, de 2003, transposta para a legislação nacional pelo Decreto-Lei n.º 25-A/2005, de 8 de novembro.

Em 2010 a Organização Mundial de Saúde aprovou a *Estratégia Global para reduzir o uso nocivo do álcool* e em 2011 a OMS Europa aprovou o *Plano de Ação Europeu para reduzir o uso*

nocivo do álcool 2012-2020. Este Plano de Ação inclui um leque de opções de políticas para reduzir o uso nocivo do álcool e está intimamente ligado às 10 áreas de ação consagradas na Estratégia Global:

1. Liderança, consciencialização e compromisso;
2. Resposta dos serviços de saúde;
3. Ação comunitária;
4. Políticas na área da segurança rodoviária;
5. Acessibilidade e disponibilidade de álcool;
6. Comercialização de bebidas alcoólicas;
7. Políticas de preços;
8. Redução das consequências negativas do consumo de álcool e intoxicação alcoólica;
9. Redução do impacto na saúde pública de álcool ilegal e contrafeito;
10. Monitorização e vigilância.

As quatro áreas prioritárias da Estratégia Global são:

1. Defesa da saúde pública e estabelecimento de parcerias;
2. Apoio técnico e capacitação;
3. Produção e disseminação do conhecimento;
4. Mobilização de recursos.

O desenho de uma política eficaz para a redução do uso nocivo do álcool deve refletir a interação entre a política, orientada para a saúde, o desenvolvimento social e humano e o capital social da sociedade (WHO, 2012, p.5) Numa perspetiva de futuro, o Plano de Ação Europeu da OMS lista os seguintes atributos como indispensáveis para uma política eficaz para reduzir os malefícios relacionados com o álcool, numa relação biunívoca para melhoria humana, da saúde e do capital social:

- Integração da política de redução dos problemas ligados ao álcool num leque mais vasto de políticas económicas e sociais, de forma a contribuir para o eficaz desenvolvimento social da sociedade, nas suas vertentes de saúde, social e bem-estar económico;
- Coerência e parceria entre diferentes departamentos e setores governamentais, através da identificação e implementação de medidas e incentivos necessários para a obtenção de ganhos individuais e coletivos para a sociedade;

- Coerência e envolvimento de atores público e privados na identificação e implementação de incentivos mutuamente benéficos;
- Integração da política de redução dos problemas ligados ao álcool em todas as ações que promovam o bem-estar e os estilos de vida saudáveis e que reduzam a carga de doenças não transmissíveis e transmissíveis;
- Capacitação e criação de oportunidades alinhadas com todos os níveis da sociedade, municípios, comunidades locais e sociedade civil, para a implementação de políticas e programas eficazes na redução dos efeitos nocivos do álcool;
- Provisão de incentivos e desincentivos para os indivíduos e as famílias escolherem opções saudáveis no uso de álcool;
- Reconhecimento do papel que toda a sociedade pode desempenhar, sejam indivíduos, comunidades, serviços locais de cuidados de saúde, organizações de assistência social, organizações não-governamentais, operadores económicos e administração pública.

No anterior ciclo estratégico, o Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Alcool 2010-2012 implementou medidas abrangentes para a redução do uso nocivo do álcool numa perspetiva de saúde, incluindo no seu Plano Operacional ações nas áreas de intervenção de jovens, crianças e grávidas, sinistralidade rodoviária, adultos e meio laboral, prevenção, formação, comunicação e educação, sistemas de informação e recolha de dados, tratamento e reinserção. O PNRPLA, elaborado numa perspetiva de saúde com uma abordagem de enfoque multissetorial, incorporou o estado da arte em matéria das intervenções que contribuem para a redução do uso nocivo do álcool, baseadas na evidência científica bem como várias das propostas, atualizadas, constantes do Plano de Ação contra o Alcoolismo de 2000, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 40/99, de 8 de maio, e do Pacote do Alcool de 2005, da Direção-Geral de Saúde.

Reconhecendo o papel que toda a sociedade pode desempenhar, representantes da Administração Pública, da economia social e dos operadores económicos, incluindo das suas associações, desenvolveram ações elencadas no Plano Operacional do PNRPLA, designados “compromissos”, submetidos e aprovados no âmbito do Fórum Nacional Alcool e Saúde.

De entre os resultados mais salientes do PNRPLA sobressaem a coordenação interna (IDT, I.P.), intraministerial, interministerial e externa, a implementação e desenvolvimento do Sistema Nacional de Informação sobre Alcool (SNIA), a produção de conhecimento, a criação de uma Rede de Referência / Articulação e a publicação do Decreto-Lei n.º 50/2013, de 16 de abril, – que concorre para os objetivos do PNRPLA.

O Decreto-Lei nº 50/2013, de 16 de abril, introduz alterações ao Decreto-Lei n.º 9/2002, de 24 de janeiro, e estabelece o regime de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público. A sua aplicação será objeto de um estudo a elaborar até 1 de janeiro de 2015 pelo SICAD.

De entre as alterações mais significativas destacam-se a proibição de *“facultar, independentemente de objetivos comerciais, vender ou, com objetivos comerciais, colocar à disposição, em locais públicos e em locais abertos ao público, bebidas espirituosas, ou equiparadas, a quem não tenha completado 18 anos de idade e quaisquer bebidas alcoólicas, espirituosas e não espirituosas, a quem não tenha completado 16 anos de idade”*, a proibição de vender bebidas alcoólicas entre as 0 e as 8 horas fora dos estabelecimentos de restauração e bares, assim como nas estações de serviço das auto situadas estradas e fora das localidades⁴².

O diploma mantém a obrigatoriedade de notificação ao representante legal dos menores cingindo-a às situações em que seja evidenciada intoxicação alcoólica na sequência do consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos ou abertos ao público mas, nos casos de situações repetidas de intoxicação alcoólica de um menor ou da impossibilidade de notificação do representante legal, é determinado o recurso ao núcleo de apoio a crianças e jovens em risco localizado no centro de saúde, no hospital da área de residência do menor ou às equipas de resposta aos PLA integradas nos cuidados de saúde primários da área de residência do menor.

As alterações ao Código da Estrada, Lei n.º 72/2013, de 3 de setembro, determinam que condutores em regime probatório, condutores de veículos de socorro ou de serviço urgente e condutores de transporte coletivo de crianças e jovens até aos 16 anos, de táxis, de automóveis pesados de passageiros ou de mercadorias ou de transporte de mercadorias perigosas que apresentem taxa de álcool no sangue igual ou superior a 0,2 g/l e inferior a 0,8 g/l incorrem numa coima entre €250 e €1250 e sanção acessória de inibição de conduzir (contraordenação grave); e, no caso de apresentarem taxa de álcool no sangue igual ou superior a 0,8 g/l e inferior a 1,2 g/l, a coima será entre €500 e €2500 acrescida de sanção acessória de inibição de conduzir (contraordenação muito grave). Estas alterações decorrem da diminuição do limiar a partir do qual se considera condução sob efeito de álcool para estes grupos específicos de condutores (de 0,5 g/l para 0,2 g/l).

⁴² Com exceção dos estabelecimentos comerciais de restauração ou de bebidas e estabelecimentos situados em portos e aeroportos em local de acesso reservado a passageiros e estabelecimentos de diversão noturna.

Na vigência do PNRCAD pretende-se aprofundar e prosseguir o estabelecimento de parcerias e diálogo com os parceiros do setor do álcool para reduzir os problemas resultantes do uso nocivo do álcool.

Objetivo:

- ✓ **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 educação, regulação, regulamentação e fiscalização adequadas

Pretende-se:

- (a) Estabelecer, de acordo com a própria redação do diploma em vigor, Decreto-Lei n.º 50/2013, de 24 de janeiro, a monitorização/vigilância da comercialização e proceder à avaliação dos resultados obtidos, identificar as contingências e propor melhorias na implementação desse diploma, com enfoque nos comportamentos de risco;
- (b) Aprofundar as questões relacionadas com a disponibilização de álcool, o marketing, a publicidade, a análise da regulamentação e a avaliação da aplicabilidade da mesma;
- (c) Fomentar, junto dos operadores económicos e suas associações representativas, iniciativas de boas práticas, designadamente de auto-regulação e estratégias de comunicação junto dos consumidores.

b. MEDICAMENTOS E ANABOLIZANTES

O uso de medicamentos não prescritos é uma categoria distinta por diversos pontos de vista, e requer atenção segundo várias perspectivas. (UNODC, 2011).

O desenvolvimento tecnológico da indústria farmacêutica tem permitido a produção de medicamentos psicoativos muito poderosos que, se usados conforme as indicações terapêuticas, melhoram a qualidade de vida dos pacientes com condições médicas específicas. No entanto, o uso de medicamentos sujeitos à prescrição sem vigilância médica ou excedendo a quantidade e/ou prazo de prescrição tem consequências nocivas para a saúde.

Alguns tipos de medicamentos (analgésicos, medicamentos para substituição opiácea, sedativos e hipnóticos) são usados para induzir efeitos psicoativos ou, usados conjuntamente com outros, alterar o efeito de outros medicamentos, podendo o seu uso e abuso resultar em dependência. Uma revisão da literatura sobre o uso indevido de medicamentos assinalou ainda outro tipo de medicamentos, tais como antidepressivos, anti-*Parkinson*, medicamentos anti-gripais e estimulantes (Casati, Sedevov & Pfeiffer-Gershel, 2012).

Tanto o Órgão Internacional de Controlo de Estupefacientes (OICE), como a Agência das Nações Unidas para a Droga e Crime (UNODC), se têm debruçado sobre este problema.

Algumas das razões para o uso de medicamentos fora do quadro terapêutico estão relacionadas com a maior facilidade de obtenção, comparativamente com as substâncias psicoativas ilícitas, sem necessidade de recurso ao mercado ilegal e a traficantes, à maior aceitação social relativamente ao seu uso e ainda à dosagem conhecida e à não adulteração dos medicamentos, o que reduz as consequências na saúde dos consumidores. Um meio de obter medicamentos prescritos é recorrer ao chamado “*doctor shopping*”, obtendo múltiplas receitas de vários prestadores de saúde, assim multiplicando o número de medicamentos para além da dose necessária.

A nível internacional, verifica-se, para além da venda ilícita através da Internet, a existência de problemas com o desvio ilícito de medicamentos contendo este tipo de substâncias como princípios ativos, a disponibilização ilícita destas substâncias em hospitais (EPO e hormona de crescimento) e a venda sem receita médica em farmácias. Existem relatos da utilização muito prevalente deste tipo de substâncias em meio prisional.

Esta problemática afeta igualmente as forças militares e de segurança, principalmente os seus corpos de intervenção, com a existência de relatos de problemas súbitos de saúde em

elementos dessas forças. Os estimulantes e os esteróides anabolizantes desencadeiam um aumento da agressividade que pode ter consequências muito graves nas tarefas desempenhadas por estas forças da ordem.

Objetivo:

- ✓ **Contribuir para o uso racional dos medicamentos e anabolizantes em articulação com as entidades responsáveis**

Pretende-se:

- (a) Contribuir para o reforço de instrumentos de supervisão do mercado na fiscalização e de comunicação com os cidadãos, profissionais e entidades do setor, disponibilizando mais e melhor informação sobre medicamentos.

II.B.2.3. JOGO

O jogo tem uma vertente simultaneamente lúdica e de aprendizagem e constitui um comportamento enraizado no progresso e aprendizagem das culturas humanas. Os jogos de sociedade tradicionais potenciam a aquisição de competências sociais e a sociabilidade.

Com o desenvolvimento tecnológico têm surgido novas formas de jogo, alocados em plataformas interativas, os quais permitem a aquisição de jogos programados a inserir em consolas e jogos em-linha, virtualmente acessíveis 24 horas por dia.

Quanto aos jogos de fortuna ou azar, a primeira distinção a fazer é entre jogos legais e ilegais. E dentro dos jogos legais há ainda que ter em conta os diversos tipos de jogos e regimes. Assim, partindo dos respetivos regimes, identificam-se os seguintes tipos:

- Jogos sociais explorados pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, lotarias, apostas mútuas desportivas ou sobre números;
- Jogos de fortuna ou azar explorados nos casinos;
- Jogo de bingo explorado fora dos casinos;
- Apostas hípicas;
- Modalidades afins dos jogos de fortuna ou azar.

Os chamados jogos sociais constituem um monopólio do Estado, cuja exploração foi concedida à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, em regime de exclusivo para todo o território nacional através do seu Departamento de Jogos, nomeadamente pelo Decreto-Lei n.º 84/85, de 28 de março, republicado em anexo ao Decreto-Lei n.º 317/2002, de 27 de dezembro, e alterado pelo Decreto-Lei n.º 37/2003, de 6 de março.

O jogo explorado em casinos foi pela primeira vez permitido e regulamentado através do Decreto n.º 14643, de 3 de dezembro de 1927, com base na premissa *de que estão mais acautelados os interesses das famílias e cortadas mais cercas as tam apregoadas nefastas consequências do jogo com a regulamentação que vai seguir-se do que com o jogo proibido pela forma como de há muito tempo o vinha sendo.*

Desde este primeiro diploma até ao atual Decreto-lei n.º 422/89, de 2 de dezembro, na sua redação vigente, o legislador, pela especial perigosidade da atividade, desde sempre conformou a respetiva regulamentação com o interesse e ordem pública, através de regras bem definidas, que traduzem uma opção restritiva e um claro controlo do Estado, por via de uma fiscalização permanente sobre a exploração e prática dos jogos de fortuna ou azar.

Ainda hoje, o direito de explorar os jogos de fortuna ou azar é reservado ao Estado e apenas é permitida a exploração prática nos casinos existentes nas zonas de jogo e pelas empresas a quem o Governo adjudicar a respetiva concessão, mediante contrato administrativo e pelo prazo nele estabelecido. Atualmente estão em exploração 10 casinos.

Por seu turno, o jogo do bingo foi pela primeira vez regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 277/82, de 16 de julho, e cuja disciplina se encontra vertida no Decreto-Lei n.º 31/2011, de 4 de março. O número de concessões de salas de jogo do bingo fora dos casinos é de 17.

Com a publicação da nova lei do jogo do bingo, foi já imposto aos concessionários o dever legal de *“disponibilizar aos jogadores informação sobre o problema da dependência associada ao jogo e, nomeadamente, sobre as entidades que garantam o apoio e acolhimento terapêuticos e fornecer os respetivos elementos de contacto”* – artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 31/2011, de 4 de março.

As apostas hípcas estão regulamentadas no Decreto n.º 40910, de 19 de dezembro de 1956, e no Decreto-Lei n.º 266/92, de 28 de novembro. Atualmente não existe qualquer exploração de apostas hípcas em Portugal.

Desde sempre que o regime legal da exploração dos casinos e das salas de jogo do bingo tem ínsito nas suas normas e princípios orientadores a proteção da ordem e o interesse público, a proteção dos consumidores e das pessoas especialmente vulneráveis, através da responsabilização das concessionárias pela legalidade e regularidade da exploração, pela reserva de admissão e dos condicionalismos de acesso e permanência nas salas de jogo, pela proibição de realização de empréstimos nas referidas salas de jogo, e pelo regime da proibição de acesso a essas salas, seja a pedido do próprio interessado, seja a pedido justificado das concessionárias ou por iniciativa do Serviço de Inspeção de Jogos.

A média anual dos pedidos de proibição a pedido do próprio nos casinos é de cerca de 360 e nas salas de jogo do bingo é quase inexistente.

O regime legal dispõe, assim, de meios e instrumentos legais de prevenção da dependência do jogo ou do jogo patológico, não existindo, contudo, uma rede pública de apoio e tratamento terapêutico.

“Sendo o jogo uma atividade de significativa importância no espaço económico nacional, são historicamente reconhecidos os seus efeitos sociais. A sua exploração e prática num quadro de

legalidade é geradora de recursos que o Estado mobiliza em prol do bem-estar social. Este exercício torna-se impossível quando as mesmas têm lugar à margem da lei, situação em que apenas alguns beneficiarão mas, seguramente, bastantes sairão penalizados.”⁴³

Para uma pequena percentagem da população, no entanto, a dependência do jogo constitui uma ameaça suscetível de se tornar um problema de saúde pública, configurando as perturbações relacionadas com o jogo transtornos mentais e físicos, tornando-se em alguns indivíduos um problema com relevância clínica.

A principal área lacunar identificada na dependência do jogo é a inexistência de uma rede terapêutica de âmbito nacional com valências nestas áreas, cuja criação deverá ser especialmente reforçada nas áreas geográficas em que se situam os casinos e as salas de jogo do bingo, de modo a existir uma maior proximidade com o jogador.

A intervenção nesta área numa ótica da saúde deve focalizar-se no desenvolvimento do conhecimento e nas áreas da formação, publicidade, acessibilidade e fiscalização.

Objetivo:

- ✓ **Proporcionar oportunidades de jogo legal e seguro, e não indutor de comportamento aditivo,**

através de legislação, regulamentação e fiscalização adequadas

Pretende-se:

- (a) Identificar os diferentes cenários de atuação e recolha de dados ilustrativos da problemática a corrigir;
- (b) Aprofundar o estudo das questões relacionadas com a comercialização deste tipo de produtos e integração de novos «parceiros» para suporte técnico e científico na elaboração de propostas de regulamentação a desenvolver;
- (c) Desenvolver medidas e estratégias que respondam às necessidades identificadas no âmbito dos CAD ligados ao jogo.

⁴³ <http://www.turismodeportugal.pt/Portugu%c3%aas/AreasAtividade/atividadedejogo/combatejogoilicito/Pages/CombateJogollicito.aspx>

II.C. TEMAS TRANSVERSAIS

A qualidade, a sustentabilidade e a inovação das políticas e intervenções só é possível através de um processo contínuo de conhecimento. A dialética inerente à produção de conhecimento é determinante e decisiva para o aumento da eficácia das abordagens e do alcance dos resultados pretendidos, que se traduzem, no âmbito do presente Plano, entre outros, no aumento de ganhos em saúde e bem-estar social das populações.

Dando continuidade à estratégia preconizada nos últimos anos, a **Informação e Investigação**, a **Formação e Comunicação** e a **Cooperação internacional** permanecem como temas transversais aos domínios da Procura e da Oferta, enquanto garante da produção de conhecimento, operacionalizado através da capacitação de todos os agentes envolvidos: decisores, profissionais e cidadãos.

A área da **Informação e Investigação** compreende a produção de conhecimento científico, que permita a evolução qualitativa e a adequação efetiva das intervenções, bem como o apoio à decisão.

A **Formação e Comunicação** são ferramentas indispensáveis à capacitação de vários agentes. No âmbito da formação, enquanto processo global e contínuo, assume particular importância a capacitação e qualificação profissional para a intervenção, compreendendo vários níveis de especialização, adequados às necessidades dos diversos grupos a atingir, devidamente enquadrados nos tipos de intervenção. Ainda neste âmbito, importa promover o desenvolvimento de competências que preparem os indivíduos a agir, na perspetiva da promoção da saúde. A informação e a comunicação são fundamentais em democracia, sendo um dever do Estado viabilizar e assegurar o acesso à informação, promovendo o exercício de uma cidadania esclarecida, isto é, a participação ativa dos cidadãos, em liberdade, baseando as suas escolhas no conhecimento. A operacionalização do presente Plano depende do alinhamento estratégico dos *stakeholders* responsáveis pelas políticas a implementar, pelo que é necessário assegurar uma comunicação orientada para as necessidades dos decisores e dos profissionais, ágil e fluída, que reflita de forma clara a evolução do grau de alcance da implementação das medidas.

As **Relações Internacionais e a Cooperação** continuam a assumir especial importância na problemática dos CAD, devido à sua configuração como fenómeno complexo e multifacetado, que não é passível de uma abordagem estritamente nacional, exigindo uma resposta

concertada da comunidade internacional. Trata-se de um fenómeno global, que exige uma resposta também global e concertada da comunidade internacional.

No âmbito internacional, o PNRCAD 2013-2020 visa consolidar todos os esforços levados a cabo até ao presente, reforçando a visibilidade internacional alcançada e procurando dar resposta a novas necessidades e desafios que possam surgir.

II.C.1. INFORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

O tema Informação e Investigação é transversal e fundamental no âmbito do PNRCAD 2013-2020, pois só uma gestão integrada da informação e do conhecimento permite a sua utilização efetiva pelos decisores, interventores e cidadãos em geral, conferindo assim a legitimação e sustentabilidade global às políticas de intervenção.

A avaliação do anterior ciclo estratégico e as orientações estratégicas europeias no quadro deste tema, apontam para a necessidade de harmonização de metodologias, de reforço das sinergias, com recurso ao trabalho em rede e estímulo à cooperação intersetorial, e da afetação de recursos de forma adequada e sustentável. A estratégia deverá passar também por uma melhoria na transmissão dos resultados de monitorização, investigação e avaliação, a nível nacional e internacional.

Objetivo:

- ✓ **Consolidar a infraestrutura de conhecimentos, e proceder a uma análise atempada, holística e exaustiva da situação.**

Pretende-se:

- (a) Contribuir para uma melhor compreensão do fenómeno dos comportamentos aditivos e dependências, bem como do impacto das medidas adotadas a nível nacional, regional e local, na perspetiva de um sistema global e integrado de informação em que possam assentar as políticas e intervenções (Sistema Nacional de Informação sobre Substâncias Psicoativas, Comportamentos Aditivos e Dependências).

Neste contexto, consideram-se como **prioridades** da estratégia de atuação:

- (a) Investir na recolha normalizada de dados e no desenvolvimento de indicadores cientificamente comprovados a nível europeu e internacional, considerados relevantes para as políticas adotadas;
- (b) Promover uma cultura de registo, de monitorização e de avaliação das intervenções - baseada em metainformação comum e em instrumentos adequados, e uma cultura de partilha dos resultados, por forma a potenciar a eficácia na sua utilização;

- (c) Promover a investigação e potenciar o intercâmbio e transferência de conhecimento, assegurando o reforço de sinergias e evitando duplicações de recursos;
- (d) Melhorar a capacidade de deteção e avaliação de tendências emergentes suscetíveis de pôr em risco a saúde e segurança públicas, privilegiando o trabalho em rede e a cooperação intersetorial, a nível nacional e internacional;
- (e) Assegurar uma transmissão e aplicação mais efetiva da informação e conhecimento para o desenvolvimento de políticas e sua avaliação.

II.C.2. FORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

A Formação e a Comunicação são imprescindíveis para garantir o sucesso de qualquer estratégia, para dar visibilidade e suporte e para reforçar o desenvolvimento das ações inscritas em sede do Plano. Estão presentes no “princípio (formação) e no fim (comunicação) da cadeia de valor”.

Garantir a sustentabilidade no futuro dos resultados obtidos, consolidar o trabalho desenvolvido e afiançar a eficácia, eficiência e qualidade são recomendações da avaliação externa, realizada sobre o anterior ciclo estratégico, que deverão ser tidas em consideração, nestas matérias. Ainda no âmbito da formação foram apresentadas as seguintes recomendações:

- *Identificar as necessidades de capacitação dos técnicos, centrando o diagnóstico de necessidades não apenas nos técnicos dos recursos especializados mas também nos técnicos de outros recursos dos sectores da saúde, social, educação, justiça, administração interna, entre outros; (...)*
- *Fomentar a expertise na abordagem de outras dependências, promovendo um plano de formação dos profissionais na abordagem de comportamentos aditivos e dependentes.*(Gesaworld, SA., 2012, p.195-197)

II.C.2.1. ÁREA DA FORMAÇÃO

Considerando que o alargamento do leque de intervenção para a área dos CAD deverá traduzir-se na adequação das respostas, bem como no desenvolvimento de conhecimento sobre as novas atribuições e a respetiva capacitação dos serviços;

Considerando que as necessidades de formação no domínio das dependências são transversais a todos os organismos da Administração Pública com assento na Comissão Técnica do Conselho Interministerial, com responsabilidades diretas na implementação de políticas e intervenções na área dos CAD;

Considerando, também, o elevado capital acumulado de experiência e conhecimento, designadamente do SICAD enquanto serviço especializado, com profissionais com níveis de qualificação elevados e dotados de ferramentas para capacitar os *stakeholders* que assumem responsabilidades na operacionalização das políticas e intervenções em matéria de CAD;

Considerando, ainda, a centralidade no cidadão, enquanto valor fundamental da intervenção, em que as necessidades de formação são identificadas junto dos serviços, por via de diagnósticos rigorosos, tendo em vista a melhoria e eficácia do serviço público;

Formula-se como resultado a atingir para este tema transversal:

Objetivo:

- ✓ **Melhorar a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos em matéria de CAD, capacitando os profissionais dos serviços com responsabilidades na operacionalização das políticas e desenvolvimento das intervenções, de forma a permitir aumentar a qualificação e especialização das respostas nos vários contextos e áreas de intervenção.**

Pretende-se:

- (a) Melhorar/atualizar os conhecimentos dos intervenientes, em matéria de CAD, por via da dinamização de ações de formação, tendo em consideração os contextos e os tipos de intervenção considerados nas várias etapas do ciclo de vida;
- (b) Igualmente a ponderar na definição das orientações estratégicas são os contextos que podem beneficiar de intervenções formativas, enquanto mais-valia para a qualidade e eficácia das abordagens: escolar e comunitário, prisional, CDT, CRI, unidades de saúde e de inserção social, laboral, serviços tutelares.

II.C.2.2. ÁREA DA COMUNICAÇÃO

Considerando que a gestão e divulgação da informação através de vários suportes e a promoção e divulgação de materiais técnicos científicos, utilizando as novas tecnologias, são fatores determinantes para a visibilidade das ações empreendidas e fundamentais para a consolidação do conhecimento;

Considerando igualmente, que uma comunicação orientada para as necessidades, dos decisores políticos, dos profissionais da área e dos cidadãos, reforça a sustentabilidade dos objetivos e ações deste Plano;

Considerando, ainda, a importância do alinhamento da informação, a harmonização, a coerência e flexibilidade.

Objetivo:

- ✓ **Contribuir para a prossecução dos objetivos estratégicos do PNRCAD, através da comunicação que fomente a partilha e disseminação da informação e a visibilidade dos resultados das ações empreendidas, tendo em vista as necessidades dos decisores políticos, dos profissionais da área e dos cidadãos.**

Pretende-se:

- (a) Divulgar, em tempo útil, informação harmonizada e coerente, que contribua para a visibilidade dos resultados, utilizando os instrumentos mais adequados, adaptada aos diferentes destinatários e diferentes ciclos de vida;
- (b) Disseminar o conhecimento técnico-científico orientado para o cidadão, tornando prioritário a gestão e divulgação da informação adequada às necessidades dos diferentes grupos alvo.

Prioridades:

- (a) Identificaram-se como prioridades de intervenção nestas matérias, os jovens e a população adulta, o domínio da prevenção, os contextos escolar, rodoviário, recreativo e laboral e os comportamentos aditivos relativos ao álcool, às novas substâncias psicoativas e às substâncias ilícitas;
- (b) Neste âmbito deverá garantir-se a difusão da informação objetiva e fiável com recurso às novas tecnologias, nomeadamente a dinamização e aperfeiçoamento dos *sites* institucionais, bem como a produção e publicação em suporte de papel e eletrónico.

II.C.3. RELAÇÕES INTERNACIONAIS E COOPERAÇÃO

À luz de uma abordagem equilibrada, pluridisciplinar e integrada do fenómeno, Portugal tem delineado a sua estratégia de atuação seguindo as orientações e princípios internacionais e promovendo a participação ativa nos *fora* internacionais com intervenção nestas matérias, bem como desenvolvendo relações de cooperação, no âmbito dos mecanismos bilaterais e multilaterais existentes.

É, pois, neste contexto, enquanto Estado-Membro da União Europeia e membro da Organização das Nações Unidas, que Portugal se empenhará na prossecução das prioridades em matéria de Relações Internacionais e Cooperação, conferindo a relevância devida à problemática dos comportamentos aditivos e dependências.

No âmbito internacional, o PNRCAD 2013-2020 visa consolidar todos os esforços internacionais levados a cabo até ao presente e dar resposta a novas necessidades e desafios que possam surgir, como sejam o aparecimento de novas substâncias, novas formas de consumo ou novas rotas do tráfico ilícito de substâncias.

Cumprе salientar que as Relações Internacionais e Cooperação em matéria de CAD são transversais a todos os Organismos da Administração Pública Portuguesa que atuam nesta área e que as prioridades definidas são elaboradas de acordo com as orientações da política externa portuguesa.

A maioria das ações/atividades prosseguidas em matéria de Relações Internacionais e Cooperação não se esgotam 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 muitas delas deverão ter continuidade no futuro ciclo estratégico.

Tendo isto presente e na sequência das conclusões da avaliação interna do anterior Plano, foram identificadas três vertentes fundamentais da intervenção nacional, que deverão ser mantidas no futuro ciclo estratégico:

- a convergência de posições entre os diferentes Ministérios/ Serviços com responsabilidades de intervenção no domínio das substâncias psicoativas, comportamentos aditivos e dependências;
- a participação de Portugal nos *fora* internacionais;
- o desenvolvimento de relações de cooperação (bilaterais e multilaterais).

Objetivo:

- ✓ **Assegurar o cumprimento dos compromissos internacionais e a representação nacional nas instâncias internacionais que abordam o fenómeno dos comportamentos aditivos e dependências, desenvolvendo ações de cooperação, no âmbito dos mecanismos bilaterais e multilaterais existentes.**

Pretende-se:

- (a) Assegurar o cumprimento dos compromissos internacionais no domínio dos CAD e aumentar a capacidade nacional de influenciar as decisões tomadas nas instâncias europeias, internacionais e regionais de cooperação;
- (b) Assegurar a representação nacional em organizações multilaterais ou regionais e nas instâncias da UE, bem como noutros *fora* de âmbito internacional;
- (c) Desenvolver e consolidar relações de natureza bilateral ou multilateral, em matéria de CAD;
- (d) Promover a divulgação de projetos e de boas práticas nacionais em matéria de CAD, junto de outros países e organizações internacionais;
- (e) Contribuir de forma decisiva para a Gestão Integrada de Fronteiras, assente na cooperação entre as entidades competentes de controlo.

II.C.4. QUALIDADE

Os problemas associados aos CAD, têm uma abordagem e respostas cada vez mais baseadas em fatores de carácter técnico e marcadas pela necessidade de considerar os resultados obtidos na investigação disponível, em detrimento de posições ideológicas ou morais. Esta perspetiva sintetiza-se na necessidade de promover políticas e programas baseados na evidência científica e na avaliação de resultados.

Os avanços técnicos e científicos que se operaram nos últimos anos nos referenciais e nas prática baseadas na evidência relativas aos CAD, aliados à procura dum maior rigor nas intervenções e nos resultados, leva à necessidade de rever e/ou adequar os modelos já existentes e, nalguns casos, procurar outros que correspondam a novas necessidades de áreas até agora menos desenvolvidas ou aprofundadas, como por exemplo o jogo.

A cultura da qualidade nos serviços prestados aos cidadãos pelas instituições públicas e privadas no âmbito dos CAD deve basear-se na melhoria da qualidade de programas validados, impondo-se como uma exigência incontornável entre as instituições, os profissionais responsáveis pelo desenvolvimento dos programas e as pessoas beneficiárias dos mesmos. Este processo concretiza-se no reconhecimento do direito dos cidadãos a receberem, por parte das instituições, uma carteira de serviços com critérios de qualidade e na exigência progressiva destas para que o apoio financeiro ou institucional seja prestado a programas e serviços que tenham demonstrado a sua efetividade e eficiência.

O percurso para a melhoria da qualidade e da efetividade dos serviços públicos é um dado adquirido, por muito que possam variar as estratégias ou os ritmos para avançar nessa direção.

A nível internacional, embora a realidade atual dos programas no domínio da procura seja complexa e heterogénea, existem práticas e modelos já validados que, salvaguardadas as especificidades da realidade legislativa e orgânica portuguesa, podem permitir ganhos na definição de estratégias conducentes ao desenvolvimento e implementação de instrumentos, recursos e requisitos inerentes à organização de um sistema de certificação e acreditação de programas neste domínio.

Em Portugal foi feito um percurso e adquirida uma experiência que devem constituir um ponto de partida para um investimento da melhoria da qualidade da intervenção em CAD.

Assim, deverá ser implementada uma estratégia flexível e progressiva que facilite o desenvolvimento e implementação de instrumentos, recursos, normativos e disposições legais que permitam enquadrar a existência de sistemas de creditação e acreditação de programas no âmbito dos CAD.

Objetivo:

- ✓ **Assegurar a melhoria contínua na qualidade dos serviços prestados aos cidadãos em matéria de CAD, com base em modelos e referenciais técnicos e científicos validados.**

Pretende-se:

- (a) Garantir e dar sequência a uma política de qualidade iniciada no anterior Plano Estratégico;
- (b) Inventariar práticas e programas, validados, certificados ou acreditados a nível nacional e internacional;
- (c) Harmonizar práticas com base na gestão do conhecimento e na sua divulgação pelos profissionais;
- (d) Organizar um sistema de certificação e acreditação de programas no domínio da procura, em articulação com as entidades nacionais responsáveis pela creditação e acreditação de programas;
- (e) Implicar as entidades públicas e privadas, Ordens e Associações Profissionais, universidades e outros *stakeholders* considerados pertinentes para a construção e implementação de um sistema de certificação e acreditação de programas no âmbito dos CAD;
- (f) Fomentar os processos de certificação da qualidade em estreita articulação com as várias entidades / serviços responsáveis no âmbito da intervenção em CAD.

PARTE III



III.A. COORDENAÇÃO

A Estrutura de Coordenação reformulada pelo Decreto-Lei n.º 40/2010, de 28 de abril, foi considerada pela avaliação interna e externa como um elemento determinante para a execução dos planos do anterior ciclo estratégico. Os vários órgãos da Estrutura de Coordenação para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool proporcionaram o ambiente sistémico de articulação das competências das entidades da Administração Pública, parceiros institucionais e sociedade civil, assegurando as instâncias de debate, consensualização e, harmonizando posições.

A coordenação do PNRCAD não se esgota no âmbito dessa estrutura de coordenação. A área da Coordenação deve desenvolver-se nos níveis interno, de cada instituição competente, intraministerial, interministerial - Estrutura de Coordenação para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool, e externo, com realce neste nível para o Fórum Nacional Álcool e Saúde.

As recentes mudanças introduzidas pelo PREMAC implicam um trabalho reforçado ao nível de cada ministério, com destaque para o Ministério da Saúde em virtude das alterações introduzidas no IDT,I.P., com a criação do SICAD e a transferência de competências para as Administrações Regionais de Saúde.

O alargamento do planeamento estratégico a outros comportamentos aditivos e dependências anteriormente não abrangidos por estratégias ou planos nacionais requer um simétrico alargamento da coordenação aos vários níveis.

Objetivo:

- ✓ **Garantir a coordenação das políticas relacionadas com os comportamentos aditivos e dependências (CAD) abrangidos pelo PNRCAD, através do alargamento da Estrutura de Coordenação para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool às Dependências do Jogo e ao Uso Nocivo dos Medicamentos e Anabolizantes.**

Pretende-se:

- a) Assegurar a representação a todos os níveis dos membros do Governo e seus representantes com competências no PNRCAD nos órgãos do Estrutura de Coordenação;
- b) Assegurar a representação a todos os níveis dos parceiros institucionais e sociedade civil com relevância em matéria das áreas do PNRCAD ou nos órgãos do Estrutura de Coordenação;
- c) Assegurar a criação ou manutenção de instâncias de diálogo e cooperação nas áreas dos CAD cobertos pelo PNRCAD;
- d) 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.

III.B. ORÇAMENTO

A implementação do PNRCAD implica a necessidade de afetação de verbas que viabilizem a execução das suas atividades, perspetivando uma contínua análise de custo-benefício e a adequabilidade do financiamento/investimento.

Os recursos para a implementação das ações que decorrem do PNRCAD são provenientes dos orçamentos das entidades competentes, não se verificando a orçamentação do PNRCAD como um instrumento autónomo. Torna-se porém necessário assegurar que essas entidades disponham dos recursos necessários e suficientes.

O grau de incerteza subjacente ao cenário macroeconómico e à previsão de contração da despesa pública torna difícil prever, mesmo a curto prazo, o montante a afetar às atividades deste Plano. O Orçamento de Estado Retificativo/2013 (OER) regista um maior reforço ao nível das funções sociais, nomeadamente em «segurança e ações sociais», «educação» e «saúde», não obstante o OER/2013 manter *inalterado o objetivo para o défice orçamental em contabilidade nacional de 5,5%* (UTAO, 2013). De acordo com a Unidade Técnica de Apoio Orçamental (UTAO), o novo limite do défice constante da 1ª alteração ao Orçamento de Estado para 2013 reflete uma revisão em baixa do saldo de todos os subsetores, com particular relevância na administração central e com destaque para a deterioração do saldo projetado para a segurança social, embora de magnitude consideravelmente inferior.

O alargamento do planeamento estratégico a novos CAD, designadamente ao Jogo, implica a necessidade de aumento do conhecimento e da formação dos profissionais envolvidos nessas problemáticas, pelo que deve ser equacionada a possibilidade de atribuição de verbas por contrapartida das concessões de jogo para o financiamento de ações nessas áreas.

Embora em menor volume, comparativamente com anos anteriores, e exigindo a maioria das vezes uma maior co-orçamentação por parte das autoridades nacionais, a União Europeia disponibiliza recursos financeiros para áreas estruturantes em matéria de investigação, formação e desenvolvimento de programas especiais na área da comunicação ou outras.

Assumindo como referência os pressupostos expostos e a execução orçamental em anos anteriores dos organismos competentes, e tendo em conta as economias de escala

decorrentes da introdução de outros CAD num modelo de intervenção já operacionalizado em outras áreas, definem-se os seguintes objetivos:

Objetivos:

- ✓ **Garantir a adequada orçamentação dos organismos da Administração Central nas áreas do PNRCAD e respetivos Planos de Ação, incluindo a co-participação em programas relevantes da UE;**
- ✓ **Equacionar a atribuição de verbas por contrapartida das concessões de jogo, incluindo do jogo em linha.**

Pretende-se:

- e) Assegurar o cumprimento dos objetivos inscritos no PNRCAD e o desenvolvimento das ações elencadas em sede dos respetivos Planos de Ação, através da adequada orçamentação das entidades responsáveis envolvidas;
- f) Assegurar o acesso aos fundos da UE e participação das entidades responsáveis envolvidas e parceiros institucionais e da sociedade civil, de forma a afiançar os objetivos estabelecidos;
- g) Alargar às entidades competentes nas áreas do Jogo elencadas no PNRCAD o acesso às verbas das contrapartidas das concessões de jogo e jogo em linha.

III.C. AVALIAÇÃO

De entre as conclusões da Conferência em Matéria de Avaliação de Políticas Públicas e Programas no Domínio das Drogas, realizada em 2008 no âmbito da Presidência de Portugal do Conselho da União Europeia, ressalta a de que *“a avaliação de políticas públicas constitui uma necessidade, na medida em que responsabiliza os Governos perante os seus cidadãos, condição fundamental para a legitimação e justificação das intervenções⁴⁴”*.

A avaliação é considerada uma das componentes do ciclo das Políticas Públicas. Fornece informação sobre o desenvolvimento e implementação de uma determinada política, sobre a eficiência e eficácia das respostas e serviços que produz, designadamente através de análises de custo-eficiência ou de custo-benefício (Carneiro, 2008).

A legitimação das políticas públicas é reforçada por uma avaliação externa, efetuada por peritos independentes das organizações competentes.

À semelhança dos anteriores Planos dever-se-á continuar a investir na avaliação da política pública da redução dos comportamentos aditivos e das dependências, que tem vindo a englobar um número crescente de temáticas, e cujos resultados da área das drogas e toxicodependências têm sido sistematicamente divulgados em múltiplos *fora* nacionais e internacionais.

O processo de tomada de decisão das políticas e dos programas ao nível dos CAD é complexa, em particular num contexto de degradação das condições de vida dos cidadãos (com reflexo no recrudescimento de CAD) e de forte contração da despesa pública. Essa circunstância torna indispensável, não só a avaliação dos bens sociais produzidos e dos resultados atingidos, através da monitorização e avaliação contínuas, mas também a alocação de recursos adequados face à evolução da situação em matéria de CAD.

A avaliação PNRCAD 2013-2020 deve constituir-se como parte do processo de tomada de decisão, devendo beneficiar de um forte compromisso político e do apoio de todos os parceiros, com envolvimento de todos os atores comprometidos na sua execução, incluindo a sociedade civil.

⁴⁴ Conclusões da Presidência Conferência sobre a Avaliação de Políticas Públicas e Programas no Domínio das Drogas 19 e 20 de Setembro, Lisboa, Portugal, <http://www.idt.pt/PT/RelacoesInternacionais/Documents/Documents/ConclusoesConferenciaPT.pdf>

A experiência adquirida com as avaliações externas da ENLCD 1999-2004 e do PNCDT 2005-2012, evidenciam esse compromisso de legitimação e estabelecem a linha base da prática a seguir no ciclo estratégico 2013-2020.

Tendo em conta o alargado período do ciclo estratégico, 2013-2020, que coincide com o ciclo da Estratégia da União Europeia de Luta Contra a Droga 2013-2020 e do Plano de Ação para a Redução do Uso Nocivo do Álcool 2012-2020 da Organização Mundial de Saúde – Europa, torna-se necessário prever uma avaliação interna intercalar, coincidente com o termo do primeiro Plano de Ação deste Plano Nacional.

Essa avaliação intercalar deverá permitir adequar as metas e objetivos estabelecidos para a primeira parte do ciclo estratégico, 2013-2016, à segunda parte do ciclo, 2017-2020, afinando as intervenções e respostas de acordo com a evolução observada dos CAD e beneficiando do conhecimento adquirido entretanto em matéria de CAD, particularmente daqueles que são pela primeira vez objeto de um planeamento estratégico com estas características.

A avaliação interna e externa deverá ser de processo, de resultados e de impacto, nas áreas possíveis. Considerando os desenvolvimentos positivos dos últimos anos em matéria de avaliação, nomeadamente nas dimensões de processo e de resultados, para além de ser importante manter e melhorar as iniciativas em curso neste âmbito, deverá ser incrementada a dimensão da avaliação de impacto do próximo ciclo estratégico. A complexidade do fenómeno dos CAD exige um planeamento adequado em matéria de avaliação, desde o seu início, para assegurar a realização de uma avaliação robusta, adequada e útil, no âmbito das políticas públicas.

A avaliação interna deverá desenvolver-se no âmbito de uma estrutura de coordenação desejavelmente alargada aos comportamentos aditivos e dependências, designadamente da Comissão Técnica do Conselho Interministerial e do Conselho Nacional, e *fora* especializados, culminando com uma avaliação global no termo do ciclo 2013-2020. A avaliação externa deverá ser objeto de conceptualização desde o início do ciclo estratégico, retendo os elementos dos ciclos anteriores consensualmente considerados positivos.

Apesar de se reconhecer que desenhar uma avaliação que contemple os dois domínios . da procura e da oferta -constitui uma tarefa com um elevado grau de complexidade desenhar uma avaliação que contemple os dois domínios – da oferta e da procura – deve ser iniciado com a implementação do PNRCAD um processo conducente a sua realização. Estes dois domínios são interdependentes e devem ser perspetivados na lógica de uma estratégia

ambiental, isto é, devem ter em conta os contextos, mais ou menos alargado, onde os indivíduos/grupos se desenvolvem e expressam, e o papel que esses contextos exercem, enquanto meios facilitadores ou dissuasores dos comportamentos, bem como a necessidade de ponderar, em termos de planificação e de avaliação, o papel de regras e leis que contribuam para desincentivar ou regular comportamentos que ponham em risco o próprio ou os que o rodeiam.

Objetivo:

- ✓ **Realizar a avaliação interna e externa do PNRCAD 2013-2020.**

Pretende-se no âmbito da avaliação interna:

- a) Desenvolver um modelo de acompanhamento que permita conhecer os principais indicadores de produção, de qualidade e os resultados das intervenções, programas e projetos a nível local, regional e nacional;
- b) Divulgar os dados decorrentes da aplicação do modelo, aos parceiros, através de relatórios regulares;
- c) Implementar um sistema de contabilidade analítica por projetos, programas e intervenções, a fim de fornecer indicadores para a sua avaliação financeira;
- d) Desenvolver um modelo de avaliação regular da evolução dos principais indicadores relacionados com as metas estabelecida no Plano, a fim de facilitar a revisão regular do mesmo;
- e) Promover linhas de investigação específicas sobre o impacto e benefícios das intervenções;
- f) Estabelecer um sistema de *benchmarking* para identificar e divulgar as melhores práticas, bem como as intervenções, programas e projetos mais custo-efetivos.

No termo de cada Plano de Ação será realizada uma avaliação interna.

Pretende-se, no âmbito da avaliação externa:

- a) Contratar uma entidade externa multidisciplinar, que integre especialistas nacionais e internacionais, a selecionar com base em termos de referência previamente estabelecidos, e que deverá apresentar:
 - a. Uma metodologia de trabalho, incluindo o enfoque da avaliação, bem como a calendarização dos relatórios;
 - b. A avaliação crítica do cumprimento das metas e dos objetivos estabelecidos e dos desvios verificados;
 - c. A avaliação de impacto, avaliação de custo-benefício ou custo-eficiência, avaliações de eficiência, de eficácia e de qualidade dos programas e /ou intervenções, em áreas a determinar;
 - d. A formulação de recomendações para o ciclo estratégico seguinte.

É desejável que o processo de avaliação interna e externa culmine com uma conferência que reflita sobre os resultados alcançados e os avanços do conhecimento resultantes das opções estratégicas contempladas no PNRCAD 2013-2020.

III.D. METODOLOGIA DE ELABORAÇÃO DO PLANO

Compete ao Coordenador Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool a apresentação das propostas dos instrumentos programáticos em matéria de droga, toxicodependências e uso nocivo do álcool. Na sequência da avaliação interna e externa do anterior ciclo estratégico, foi recomendada a elaboração de um único plano nacional para a redução dos comportamentos aditivos e dependências, e a incorporação de CAD até agora não cobertos, com e sem substância, tendo em conta as suas consequências na saúde.

O Plano foi elaborado no âmbito dos órgãos da Estrutura de Coordenação para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool⁴⁵, composta por órgãos com competências de decisão, executivas, consultivas e supletivas: o Conselho Interministerial, presidido pelo Primeiro-Ministro, com funções de decisão política, integra 13 áreas governamentais e o Coordenador Nacional; a Comissão Técnica do Conselho Interministerial, presidida pelo Coordenador Nacional, composta por representantes dos Ministros, tem funções de decisão intermédia; às 10 Subcomissões criadas pela Comissão Técnica está cometido o acompanhamento e monitorização dos Planos; o Membro do Governo responsável, o Ministro da Saúde, tem funções supletivas do Primeiro-Ministro; o Coordenador Nacional, por inerência o Diretor-Geral do SICAD, tem funções de coordenação; o Conselho Nacional, presidido pelo Ministro da Saúde, composto por representantes dos Governos das regiões Autónomas da Madeira e dos Açores, PGR, Conselho Superior da Magistratura e sociedade civil, tem funções consultivas. O apoio administrativo à Estrutura de Coordenação é da competência do SICAD

Num processo de participação em escala, as Subcomissões elaboraram propostas setoriais com base na conceptualização apresentada pelo Coordenador Nacional e aprovada em sede da Comissão Técnica do Conselho Interministerial, obtido o parecer do Conselho Nacional e ouvido o Fórum Nacional Álcool e Saúde, implicando assim toda a Estrutura de Coordenação e os parceiros das novas áreas na conceção e redação do documento.

Outras entidades públicas e sociais, responsáveis de serviços, diretores de Programas Nacionais e algumas personalidades de reconhecido mérito nestes domínios, foram também auscultadas contribuindo nas suas áreas de competência para a redação do presente Plano.

⁴⁵ Decreto-Lei n.º 1/2003, de 6 de janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 40/2010, de 28 de abril.

Uma vez que os problemas ligados ao jogo não estão abrangidos pela Estrutura de Coordenação, o Coordenador Nacional tomou a iniciativa de ouvir vários *stakeholders*, nomeadamente representantes da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, Associação Portuguesa de Casinos, Centro de Estudos e Investigação Aplicada – Universidade Católica de Lisboa, Sindicato de Profissionais de Banca dos Casinos, Sindicato dos Trabalhadores na Indústria de Hotelaria, Turismo, Restaurantes e Similares e investigadores na área do jogo sobre as especificidades desta área.

No decurso deste processo de construção do Plano, os vários contributos apresentados foram sendo integrados numa perspetiva *bottom-up*. A proposta inicial foi enviada à Tutela, para apreciação na generalidade, tendo o Senhor Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde autorizado que o Coordenador Nacional a submetesse a consulta pública.

Apreciados e incorporados os contributos recolhidos no âmbito da consulta pública, a proposta final foi ainda objeto de análise pelo FNAS e, com o parecer prévio do Conselho Nacional, foi aprovada pela Comissão Técnica do Conselho Interministerial e apresentada à Tutela.

Uma obtida a concordância da Tutela, compete ao Ministro da Saúde, na sua qualidade de membro do Governo responsável pela coordenação das políticas relacionadas com a droga, as toxicodependências e o uso nocivo do álcool a apresentação Conselho Interministerial para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool do Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020. Uma vez apreciado e aprovado, o Conselho Interministerial deverá propô-lo ao Conselho de Ministros⁴⁶.

O PNRCAD será operacionalizado por dois Planos de Ação de 4 anos cada nos períodos de 2013-2016 e 2017 -2020, a monitorizar e avaliar no âmbito da Estrutura de Coordenação, o primeiro dos quais foi elaborado da mesma forma, sendo proposto à Tutela em simultâneo.

⁴⁶ Decreto-Lei n.º 1/2003, de 6 de Janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 40/2010, de 28 de Abril.

III.E. BIBLIOGRAFIA

Alvik, A., Torgersen, A. M., Aalen, A. O. & Lindemann, R. (2011). *Binge alcohol exposure once a week in early pregnancy predicts temperament and sleeping problems in the infant*. *Early Human Development*, 87, 827-833.

Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (2012). *Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária – documento de apoio à revisão intercalar 2012-2015*. Apoio científico e técnico do Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa.

Balsa, C., Vital, C. & Urbano, C. (2013). *III Inquérito ao consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa 2012* (Relatório preliminar). Disponível em http://www.idt.pt/PT/Noticias/Documents/2013/Relatorio%20Preliminar_06052013.pdf.

Balsa, C., Vital, C. & Urbano, C. (2013a). *Jogos de fortuna ou azar na população portuguesa* (Relatório de Trabalho). Lisboa: FCSH/CESNOVA.

Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2008). *II Inquérito Nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população em geral - 2007*. Lisboa: IDT, I.P.

Balsa, C., Vital, C., Urbano, C. & Pascueiro, L. (2008). *Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral Portugal 2007* (Coleção Estudos – Universidades). Lisboa: IDT, IP.

Balsa, C., Vital, C., Urbano, C. & Pascueiro, L. (2011). *O consumo de bebidas alcoólicas em Portugal: prevalências e padrões de consumo 2001 – 2007* (Coleção Estudos – Universidades). Lisboa: IDT, IP.

Bandstra, E. S., Morrow, C.E., Mansoor, E. & Accornero, V.H. (2010). *Prenatal drug exposure: infant and toddler outcomes*. *Journal of Addictive Diseases*, 29 (2), 245-258.

Barroso, T. (2012). *Parar para pensar: Intervenção em contexto escolar para prevenção do uso e abuso de álcool*. Loures: Lusociência.

Bühringer, G., Braun, B., Kräplin, A., Neumann, M. & Slecza, P. (2013). *Gambling -two sides of the same coin: recreational activity and public health problem* (ALICE RAP Policy Paper Series, Policy Brief 2).

Calado, V. & Lavado, E. (2010). *Representações sociais da droga e da toxicodependência: inquérito à população jovem presente no Rock in Rio – Lisboa 2008*. *Revista Toxicodependências*, 16 (3), 17-27.

Carneiro, I. F. (2008). *A avaliação de políticas públicas no discurso político português (1926-2005)*. Tese de mestrado, Instituto de Ciências Sociais, Lisboa.

Casati, A., Sedevov, R., & Pfeiffer-Gershel, T. (2012). *Misuse of medicines in the European Union: A systematic review of the literature*. *European Addiction Research*, 18, pp. 228-245.

- Castro, M., Cleto, C. & Silva, N. (2011). *Segurança e saúde no trabalho e a prevenção do consumo de substâncias psicoativas: linhas orientadoras para intervenção em meio laboral*. Lisboa : IDT,I.P. e ACT.
- Comissão das Comunidades Europeias (2006). *Uma estratégia comunitária para apoiar os Estados-Membros na minimização dos efeitos nocivos do álcool*. Bruxelas. (Versão portuguesa)
- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (2013). *Pais ou familiares diretos encaminhados pelas CPCJ para o IDT,I.P* (Relatório de Trabalho).
- Conselho da União Europeia (2012). *Estratégia da UE de Luta contra a Droga (2013-2020)*. Jornal Oficial da União Europeia (2012/C 402/01). (Versão portuguesa)
- Conselho da União Europeia (2013). *Plano de Ação da UE de Luta contra a Droga (2013-2016)*. Jornal Oficial da União Europeia (2013/C 351/01). (Versão portuguesa)
- Costa, C., & Leal, J. (2004). *A criminalidade associada à droga. Evolução comparativa 1996-1999 e 2000-2003*. Disponível em www.policiajudiciaria.pt/PortalWeb/content?id={4BBD4AC4-9038-4E6B-988B-D8097275C9F6}
- Cotralha, N. R. (2007). *Adaptação psicológica à gravidez em mulheres toxicodependentes*. Lisboa: Dinalivro.
- Dias, M. (2012). *Relatório de avaliação final dos resultados do projeto DRUID, 2012*. Lisboa: INML, IP e ANSR.
- Direção Geral de Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa. Disponível em: pns.dgs.pt/
- Domostawski, A. (2011). *Drug policy in Portugal: The benefits of decriminalizing drug use*. (H. Siemaszko, Trad.) Open Society Foundations.
- European Alcohol Policy Alliance (2011). *Protecting the unborn baby from alcohol, policy debate* (7th September Parliament Report) Retrieved May 22, 2013, from (http://www.eurocare.org/media_centre/previous_eurocare_events/protecting_the_unborn_baby_from_alcohol_7_september_2011_european_parliament_brussels).
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011). *European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals*. (L. T. Union, Ed.). Available from http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_145539_EN_TD3111250ENC.pdf
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2012). *Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines in Europe — findings from the DRUID project*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European surveillance of congenital anomalies website database (2012). *Cases and prevalence (per 10,000 births) for all full member registries from 2007 to 2011* (Prevalence tables). Retrieved May 22, 2013, from <http://www.eurocat-network.eu/accessprevalencedata/prevalencetables>.

Faggiano, F. et al, (2009). *The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial*. Drug and Alcohol Dependence. Disponível em <http://mentor-adepis.org/wp-content/uploads/2013/06/Faggiano-2010.pdf>

Feijão, F., & Lavado, E. (2012). *Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas - ECATD 2011*. Obtido em 2013, de http://www.idt.pt/PT/ComunicacaoSocial/ComunicadosImprensa/Documents/ECATD_ESPAD_Portugal_16NovResultados.pdf.

Feijão, F., Lavado, E. & Calado, V. (2012). *Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas ECATD/ESPAD Portugal /2011*. Recuperado em maio, 2013, a partir de <http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Paginas/EstudosConcluidos.aspx>.

Feldman, R. S. (2005). *Development across the life span* (4ª ed.). NJ: Prentice Hall.

Fundação Francisco Manuel dos Santos (2013). *PORDATA Base de Dados Portugal Contemporâneo (base de dados da população: indicadores de nascimento e fecundidade)*. Recuperado em maio, 2013, a partir de <http://www.pordata.pt/Subtema/Municipios/Nascimentos++Fecundidade-212>.

Gesaworld, SA. (2013). *Avaliação Externa - Plano Nacional contra a droga e as toxicodependências 2005-2012*. Lisboa: SICAD.

Giedd, J. (2008). *The Teen Brain: Insights from Neuroimaging*. *Journal of Adolescent Health*, 42, 335-343.

Gonçalves, R. (coord.) (2012). *Droga e Propinas: Avaliações de impacto legislativo*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos e Centro de Estudos de Gestão e Economia Aplicada, da Faculdade de Economia e Gestão da Universidade Católica Portuguesa. Disponível em <http://ffms.pt/upload/docs/1eb9d979-7597-4852-a56e-fa3371d04b90.pdf>.

Gossop, M. (2008). *Abuso de substâncias entre os adultos mais idosos: um problema esquecido. Drogas em Destaque: Nota do Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência (1)*. Recuperado em junho, 2013, a partir de http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_50566_PT_TDAD08001PTC_web.pdf.

Green, J. H. (2007). *Fetal alcohol spectrum disorders: understanding the effects of prenatal alcohol exposure and supporting students*. *Journal of School Health*, 77 (3), 103-108.

Greenwald, G. (2009). *Drug decriminalization in Portugal: Lessons for creating fair and successful drug policies*. Cato Institute.

Griffiths, M. D. (2010). *Problem gambling in Europe: what do we know?* *Casino & Gaming International*, 6 (2), 81-84.

Guerreiro, C., Costa, J.L. & Dias, L. (2013). *Estudo sobre consumos, representações e percepções das novas substâncias psicoativas em estudantes universitários, 2013* (dados preliminares).

Recuperado em junho, 2013, a partir de
<http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/2013/NSP%20final%2003-06%20-Site.pdf>.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. & Kraus, L. (2012). *The 2011 ESPAD Report: substance use among students in 36 european countries*. Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.

Hubert, P. & Griffiths, M. (2013). *Jogadores patológicos online e offline: caracterização e comparação – dados sociodemográficos* (Tese de doutoramento em Psicologia, versão preliminar).

Hughes, C., & Stevens, A. (2010). *What can we learn from the portuguese decriminalization of illicit drugs?* In *The British Journal of Criminology*, 50, 999–1022.

Institute of Alcohol Studies (2010). *Alcohol and the elderly. IAS Factsheet*. Retrieved June, 2013, from <http://www.ias.org.uk/resources/factsheets/elderly.pdf>.

Institute of Medicine (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. P.J. Mrazek and R.J. Haggerty (Eds.), Committee on Prevention of Mental Disorders, Division of Biobehavioral Sciences and Mental Disorders. Washington, DC: National Academy Press.

Institute of Medicine (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: progress and possibilities*. Washington, DC: The National Academies Press.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2005). *Plano nacional contra a droga e as toxicodependências 2005-2012*. Disponível em
<http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Paginas/EstrategicosNacionais.aspx>.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2007). *Conclusões da Presidência Conferência sobre a Avaliação de Políticas Públicas e Programas no Domínio das Drogas 19 e 20 de setembro*. Disponível em
<http://www.idt.pt/PT/RelacoesInternacionais/Documents/Documentos/ConclusoesConferenciaPT.pdf>.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2006). *Plano de acção contra as drogas e as toxicodependências - Horizonte 2008*. Disponível em
http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Documents/2008/plano_acciao-horizonte2008.pdf.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2006). *Plano operacional de respostas integradas: Fase1 – Guião para a identificação de territórios*. Disponível em
http://www.idt.pt/PT/PORI/Documents/DocumentosPagina/2008/12/PORI_Fase%201.pdf.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2008). *Plano operacional de respostas integradas: Eixos de intervenção - componente técnica e financeira*. Disponível em
http://www.idt.pt/PT/PORI/Documents/Eixos_de_intervencao.pdf

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2009). *Linhas Orientadoras para a Intervenção Social – manual de intervenção em reinserção*. Lisboa: IDT, I.P. Disponível em: <http://www.idt.pt/PT/Reinsercao/Documents/MIR.pdf>.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2010). *Plano nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool 2010-2012*. Lisboa: IDT, I.P.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2012). *A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências: relatório anual 2011* (Coleção Relatórios). Lisboa: IDT, I.P.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2012a). *Relatório de atividades 2011*. Disponível em: http://www.idt.pt/PT/IDT/InstrumentosdeGestao/Documents/2012/RA_201_%20Final_versao corrigida.pdf.

Instituto da Droga e Toxicodependência, I.P. - Carapinha, L.; Andrade, P. (coord.), (2009). *Guia de Apoio para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos*. Lisboa: IDT, I.P.

Instituto Nacional de Estatística, I. P. (7 de maio de 2013). *Base de dados de indicadores da população: natalidade e mortalidade*. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006197&contexto=bd&selTab=tab2.

Instituto Nacional de Estatística, IP (2012). *Censos 2011 resultados definitivos – Portugal [versão eletrónica]*. Lisboa: INE, I.P.

Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. (12 de junho de 2013). *Exames de quantificação da taxa de álcool no sangue: vítimas mortais de acidentes de viação autopsiadas pelo INLM (2007-2012)*. Disponível em: http://www.inml.mj.pt/inml.html#/ATIVIDADE_PERICIAL/DELEGACOES_E_GABINETES_MEDICO-LEGAIS/TOXICOLOGIA_FORENSE.

International Narcotics Control Board (2007). *Report of the International Narcotics Control Board for 2006*. New York: United Nations Publication.

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, p. 8-16. Retrieved June, 2013, from <http://dx.doi.org/10.4306/pi.2012.9.1.8>.

Lopes, H. (2009). *Epidemiologia de dependência de jogo a dinheiro em Portugal*. Disponível em: <http://jogoremoto.pt/docs/extra/IrjRW.pdf>

Magalhães, R., Lopes, H. & Dervensky, J. (2012). *Online gambling: technological vs social students*. 9th European Conference on Gambling Studies and Policy Issues. Disponível em http://www.easg.org/media/file/loutraki2012/pres_pdf_loutraki_2012/wednesday_19_september_2012/1345-1545/parallel_3/3_rui_magalhaes.pdf.

Mcanarney, E. (2008). Editorial: *Adolescent Brain Development-Forging New Links?* *Journal of Adolescent Health*, 42:4, 321-323.

Mcqueeny, T.; Schweinsburg, B.; Schweinsburg, A. [et al.] (2009). *Adolescent binge drinking may compromise the brain's white matter, necessary for information relay*. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 33:7, 1-8.

Ministério da Administração Interna (2012). *Relatório anual segurança interna 2011*. Lisboa, MAI.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2005). *Keep kids alcohol free: Strategies for action. The leadership to keep children alcohol free*. Disponível em <http://www.niaaa.nih.gov>

National Research Council and Institute of Medicine (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: progress and possibilities*. Washington, D.C.: The National Academies Press.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2007). *Drogas em destaque - nota do OEDT*. Bélgica: Disponível em www.emcdda.europa.eu.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2009). *Relatório Anual 2009: a evolução do fenómeno da droga na Europa*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2013). *Relatório europeu sobre drogas: tendências e evoluções* (versão portuguesa). Espanha: OEDT.

Organisation for Economic Co-operation and Development (2012). *Health at a glance: Europe 2012*. OECD Publishing <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>.

Organização Mundial da Saúde (2004). *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas: resumo*. Disponível em http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf.

Polícia Judiciária (2013). *Combate ao tráfico de estupefacientes em Portugal: 2012: relatório anual estatística – TCD*. Disponível em: <http://www.policiajudiciaria.pt/PortalWeb/content?id=%7BC759122D-078C-4530-8105-72E02699B564%7D>.

Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: Creating value-based competition on results*. Boston: Harvard Business School Press.

Presidência do Conselho de Ministros, Programa de Prevenção da Toxicodependência - Projecto VIDA (1999). *Estratégia Nacional de luta contra a droga* (1ª ed.). Lisboa: MGS Artes Gráficas.

Rassool, G. H. & Villar-Luís, M. (2006). *Reproductive risks of alcohol and illicit drugs : an overview*. *Journal of Addictions Nursing*, 17 (4), 211-213.

Rigler, S. K. (2000). Alcoholism in the elderly. *American Family Physician*, 61 (6), 1710-1716. Retrieved June, 2013, from <http://www.aafp.org/afp/2000/0315/p1710.html>.

- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2012). *Caraterização de utentes de projetos de redução de riscos e minimização de danos apoiados pelo SICAD*. Disponível em:
<http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Paginas/EstudosConcluidos.aspx>.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013). *Plano Estratégico 2013-2015*. Lisboa: SICAD. Disponível em:
http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Documents/2013/PE_2013_2015.pdf.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013). *Unidades de Desabituação Públicas 2011*. Disponível em:
http://www.idt.pt/PT/Estatistica/Documents/2012/Relatorio_UD%202011.pdf.
- Skagerstróm, J., Chang, G. & Nilsen, P. (2011). *Predictors of drinking during pregnancy: a systematic review*. *Journal of Women's Health*, 20 (6), 901-913.
- Spear, L. (2002). *Adolescent brain and the college drinker: Biological basis of propensity to use and misuse alcohol*. *Journal Studies on Alcohol*, 14, 71-81.
- Steinhausen, H. C., Blattmann, B. & Pfund, F. (2007). *Developmental outcome in children with intrauterine exposure to substances*. *European Addiction Research*, 13 (2), 94-100.
- Straussner, S. L. A. & Fewell, C. H. (2006). *Impact of Substance Abuse on Children and Families: Research and Practice Implications*. Binghamton: Haworth Press.
- The Gallup Organization (2011). *Flash Eurobarometer 330: youth attitudes on drugs* (Analytical Report). Directorate-General Justice, European Commission. Retrieved June, 2013, from
http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_330_en.pdf.
- Torres, A. C., Maciel, D., Sousa, I. & Cruz, R. (2009). *Drogas e prisões: Portugal 2001-2007* (Coleção Estudos – Universidades). Lisboa: IDT, IP.
- Unidade Técnica de Apoio Orçamental (2013). *“Parecer técnico n.º 4/2013, de 11/06 - Análise da 1.ª alteração ao Orçamento do Estado para 2013”*. Disponível em:
<http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf>.
- United Nations Office on Drug and Crime (2013). *The challenge of new psychoactive substances*. Vienna: UNODC.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2009). *World Drug Report 2009*. Viena: United Nations publication.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2011). *Misuse of prescription drugs: a South Asia perspective*. United Nations Office on Drugs and Crime, Regional Office for South Asia.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2011). *The non-medical use of prescription drugs: Policy direction issues*. Available from
http://www.unodc.org/docs/youthnet/Final_Prescription_Drugs_Paper.pdf.

Vilar, G. (coord.) (2013). *Rede de Referência / Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências*. Lisboa: SICAD

West, R. (2013). *Models of addiction - EMCDDA Insights*. (L. P. Union, Ed.). Available from http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_213861_EN_TDXD13014ENN.pdf

Wills, S. (2005). *Drugs of abuse*. London: Pharmaceutical Press.

World Health Organization (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID₁₀: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: ARTMED.

World Health Organization (2010). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. France: WHO Press.

World Health Organization (2010). *World health statistics 2010*. France : WHO Press.

World Health Organization (2011). *Global health and ageing*. Retrieved June, 2013, from http://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/.

World Health Organization (2011). *Global status report on alcohol and health*. WHO Press.

World Health Organization (2012). *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization (2013). *Status report on alcohol and health in 35 european countries 2013*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization Regional Office for Europe (2012). *Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches*. Retrieved June, 2013, from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf.

III.F. LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSS,IP – Administração Central do Sistema de Saúde,IP

ANSR – Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária

AMA - Agência Mundial Antidopagem

ASAE - Autoridade da Segurança Alimentar e Económica

ASSIST - *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*

AUDIT - *Alcohol Use Disorders Identification Test*

CAD - Comportamentos Aditivos e Dependências

CAST - *Cannabis Abuse Screening Test*

CDT - Comissões para a Dissuasão da Toxicod dependência

CEGEA - Centro de Estudos de Gestão e Economia Aplicada

CNAPA - *Committee on National Alcohol Policy and Action*

CND - *Commission on Narcotics Drugs*

CPCJR - Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco

CPLP - Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

CRI - Centros de Respostas Integradas

CT - Comunidades Terapêuticas

DCITE – Direção Central de Investigação do Tráfico de Estupefacientes

DG TAXUD - *Taxation and Customs Union Directorate-General*

DGS - Direção Geral de Saúde

DRUID - *Driving Under Influence of Alcohol Drugs and Medicines*

DSM - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

ECATD 2011 - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas 2011

EMCDDA - *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (o mesmo que OEDT)

ENLCD 1999 - Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga 1999

ENSR - Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária

ESPAD - *European School Project on Alcohol and other Drugs*

EUROCARE - European Alcohol Policy Alliance

EUROCAT - *European Surveillance of Congenital Anomalies*

EUROJUST - *European Union's Judicial Cooperation Unit*

EUROPOL - *European Law Enforcement Organisation*

FNAS - Fórum Nacional Álcool e Saúde

GDH - Grupos de Diagnósticos Homogéneos

IAS - *Institute of Alcohol Studies*

IDT,IP - Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.

INCB – *Internacional Narcotics Control Board* (o mesmo que OICE)

INE, IP - Instituto Nacional de Estatística, I.P.

INML, IP - Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.

INPG - Inquérito Nacional ao consumo de substâncias psicoativas na População Geral

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

IOM – *Institute of Medicine*

ISCTE-IUL - ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

LSD - Dietilamida do Ácido Lisérgico

MDMA - Metilenodioximetanfetamina

NIAAA - *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*

NIDA – *National Institute on Drug Abuse*

NSP - Novas substâncias psicoativas

OCDE - Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento na Europa

OEDT - Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (o mesmo que EMCDDA)

OER - Orçamento de Estado Retificativo

OICE - Órgão Internacional para o Controlo de Estupefacientes (o mesmo que OICE)

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OLAF - *European Anti-Fraud Office*

OMA – Organização Mundial das Alfandegas

OMS - Organização Mundial da Saúde (o mesmo que WHO)

ONU - Organização das Nações Unidas

PGR - Procuradoria-Geral da República

PLA - Problemas Ligados ao Álcool

PNCDT 2005-2012 – Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012

PNRCAD 2013-2020 - Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020

PNRPLA 2010-2012 - Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012

PORI – Plano Operacional de Respostas Integradas

PRACE - Programa de Reorganização da Administração Central do Estado

PREMAC - Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado

PRI – Programa de Respostas Integradas

RRMD - Redução de Riscos e Minimização de Danos

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SOGS - *South Oaks Gambling Screen*

SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats*

TAS - Taxa de Álcool no Sangue

UA – Unidade de Alcoologia

UD - Unidade de Desabilitação

UE - União Europeia

UIL - Unidades de Intervenção Local

UNODC - *United Nations Office on Drugs and Crime*

UTAO - Unidade Técnica de Apoio Orçamental

VHC -Vírus da Hepatite C

VIH - Vírus de Imunodeficiência Humana

WHO - *World Health Organization*

III.G. CONTRIBUTOS

Tal como referido no ponto III.D. (Metodologia de elaboração do Plano), foram múltiplos os contributos recebidos e integrados nas diferentes etapas de construção do PNRCAD. Esses contributos em muito enriqueceram a versão final.

A articulação com os vários níveis dos órgãos da Estrutura de Coordenação, do Fórum Nacional Álcool e Saúde e parceiros do jogo, adaptação dos contributos recebidos e redação do PNRCAD coube a uma Comissão de Redação, coordenada pelo Subdiretor-Geral do SICAD, e que contou com a especial colaboração de alguns peritos do SICAD na redação de fragmentos importantes do texto. A listagem das entidades, serviços e personalidades que participaram nos diversos momentos da elaboração do presente documento, discriminada por ordem alfabética de acordo com as instituições de pertença é a seguinte:

Membros da Comissão Técnica do Conselho Interministerial para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool:

Representantes dos Ministros de Estado e dos Negócios Estrangeiros, da Defesa Nacional, da Administração Interna, da Justiça, da Economia, da Agricultura e do Mar, do Ambiente, Ordenamento do Território e Energia, da Educação e Ciência, da Solidariedade, Emprego e da Segurança Social.

Coordenadores e Co-coordenadores das Subcomissões:

Alcina Ló, Carla Ribeiro, Fátima Trigueiros, Graça Vilar, Joaquim Pereira, Joao Figueira, Maria Cristina Vitor, Mário Castro, Paula Graça, Paula Marques, Paulo Reis, Sofia Santos.

Membros das Subcomissões Acompanhamento e Avaliação, Cooperação Internacional, Despesas Públicas, Dados e Investigação, Comunicação, Informação e Formação, Prevenção, Redução de Riscos e Minimização de Danos, Tratamento e Reinserção, Intervenção em Contextos Escolar e Universitário, Laboral, Recreativo e Rodoviário, Dissuasão das Toxicodependências, Redução da Oferta de Substâncias Ilícitas, Regulação e Fiscalização da Oferta de Substâncias Lícitas da Comissão Técnica do Conselho Interministerial para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool:

ARS Alentejo, IP., Administração Regional de Saúde do Alentejo I.P., ARS Algarve, I.P. - Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P., ARSC, I.P. - Administração Regional de Saúde do Centro, I.P., ARS Norte I.P. - Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., ARSLVT, I.P. - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., ASAE – Autoridade de Segurança Alimentar e Económica, ADoP - Autoridade Anti-dopagem de Portugal, AT - Autoridade Tributária e Aduaneira, INFARMED, Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. ANSR - Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, Autoridade de Segurança Alimentar e Económica, CIG - Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género, CNPCJR - Comissão Nacional de Proteção a Crianças e Jovens em Risco, CSM - Conselho Superior da Magistratura, DGAE - Direção-Geral das Atividades Económicas, DGAI - Direção-Geral da Administração Interna, Direção-Geral do Consumidor, DGE - Direção-Geral de Educação, Direção-Geral da Política de Justiça, DGPRM - Direção-Geral de Pessoal e Recrutamento Militar, DGRSP - Direção-Geral de Reinserção e dos Serviços Prisionais, DGS - Direção-Geral da Saúde, DGSS - Direção-Geral da Segurança Social, EPJ - Escola de Polícia Judiciária, Gabinete de Estratégia e Planeamento do MESS, GNR - Guarda Nacional Republicana, IHRU, I.P. - Instituto da Habitação e da Reabilitação Urbana, I.P., INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica, INE, I.P. - Instituto Nacional de Estatística, I.P., INML, I.P. Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P., Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), Instituto Português do Desporto e Juventude, I.P., Instituto da Segurança Social, I.P., IVV, I.P. - Instituto da Vinha e do Vinho, I.P., PSP - Polícia de Segurança Pública, Polícia de Segurança Pública/ Escola Segura, PJ - Polícia Judiciária: LPC - Laboratório de Polícia Científica, UAFOS - Unidade de Administração Financeira, Patrimonial e Segurança e UNCTE - Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes, PJM - Polícia Judiciária Militar, PM - Polícia Marítima, PGR - Procuradoria-Geral da República, Programa Nacional para a Infeção do VIH/sida, SEF - Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, SIED - Serviço de Informações Estratégicas de Defesa, SIS - Serviço de Informações de Segurança, SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, Turismo de Portugal, I.P.

Membros do Conselho Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Alcool:

Governo Regional dos Açores, Governo Regional da Madeira, Conselho Superior da Magistratura, PGR - Procuradoria-Geral da República, ANMP - Associação Nacional de Municípios Portugueses, ANAFRE - Associação Nacional de Freguesias, CRUP – Conselho de

Reitores das Universidades Portuguesas, CCISP - Conselho Coordenador dos Institutos Superiores Politécnicos, APESP - Associação Portuguesa do Ensino Superior Privado, CEP - Conferência Episcopal Portuguesa, UMP - União das Misericórdias Portuguesas, CNIS - Confederação Nacional das Instituições Particulares de Solidariedade Social, Federação Portuguesa das Instituições Ligadas ao Combate à Droga e à Toxicodependências: Federação Portuguesa das Instituições Sociais Afetas à Prevenção de Toxicodependências (FPAT) e Federação Portuguesa das Instituições Privadas Atuantes nas Toxicodependências (FETO), UMP - União das Mutualidades Portuguesas, Associações de Profissionais que Intervenham no Domínio da Droga e da Toxicodependência: Associação Portuguesa de Aditologia, Associações Cívicas que Intervenham no Domínio da Luta Contra a Sida: FPCCSIDA - Fundação Portuguesa "A Comunidade Contra a SIDA" e GAT - Grupo Português de Ativistas sobre Tratamentos de VIH/ Sida, CNJ - Conselho Nacional da Juventude, CONFAP - Confederação Nacional das Associações de Pais, CNAF - Confederação Nacional das Associações de Famílias, Sindicato dos Jornalistas, FNAJ - Federação Nacional das Associações Juvenis Locais e Representantes da Indústria e Comércio de Bebidas Contendo Álcool: AEVP - Associação das Empresas de Vinho do Porto, ACIBEV - Associação dos Comerciantes e Industriais de Bebidas Espirituosas e Vinhos, ANEBE - Associação Nacional de Empresas de Bebidas Espirituosas e APPC – Associação Portuguesa de Produtores de Cerveja.

Membros do Fórum Nacional Álcool e Saúde:

AA – Associação de Serviços Gerais de Alcoólicos Anónimos de Portugal, ACA-M - Associação de Cidadãos Auto-Mobilizados, ACIBEV - Associação dos Comerciantes e Industriais de Bebidas Espirituosas e Vinhos, ACT - Autoridade para as Condições de Trabalho, AEVP - Associação das Empresas de Vinho do Porto, AHRESP - Associação de Hotelaria, Restauração e Similares de Portugal, AIP-CE - Associação Industrial Portuguesa - Confederação Empresarial, ANAFRE - Associação Nacional de Freguesias, ANASP - Associação Nacional de Agentes de Segurança Privada “Unidos pelo Sector”, ANEBE - Associação Nacional de Empresas de Bebidas Espirituosas, ANSR - Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, Associação Portuguesa de Aditologia, APAN - Associação Portuguesa de Anunciantes, APAP – Associação Portuguesa das Empresas de Publicidade e Comunicação, APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, APBV - Associação Portuguesa dos Bombeiros Voluntários, APED - Associação Portuguesa de Empresas de Distribuição, APEF - Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado, APESP - Associação Portuguesa do Ensino Superior Privado,

APHORT - Associação Portuguesa de Hotelaria, Restauração e Turismo, APMCG - Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, APCV - Associação Portuguesa dos Produtores de Cerveja, ARS Algarve, I.P. - Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P., ARSC, I.P. - Administração Regional de Saúde do Centro, I.P., ARSLVT, I.P. - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., ASAE - Autoridade de Segurança Alimentar e Económica, CCISP - Conselho Coordenados dos Institutos Superiores Politécnicos, CCP - Clube de Criativos de Portugal, CEP - Conferência Episcopal Portuguesa, CGTP-IN - Confederação Geral dos Trabalhadores Portugueses – Intersindical Nacional, CIG - Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, Câmara Municipal de Loures, CNAF - Confederação Nacional das Associações de Família, CNE - Corpo Nacional de Escutas, CNIS - Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade, CNJ - Conselho Nacional de Juventude, CNPCJR - Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco, CONFAP - Confederação Nacional das Associações de Pais, Coordenação Nacional para a Saúde Mental, CRUP - Conselho de Reitores da Universidades Portuguesas, CVP - Cruz Vermelha Portuguesa, DECO - Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor, DGS - Direcção Geral da Saúde, DGE- Direcção-Geral de Educação, FETO - Federação Portuguesa das Instituições Privadas Atuantes nas Toxicodependências, FPAT - Federação Portuguesa de Instituições Sociais Afetas à Prevenção de Toxicodependências, FNAJ - Federação Nacional das Associações Juvenis, FPCCSIDA - Fundação Portuguesa “A Comunidade Contra a SIDA”, Fundação de Solidariedade Social Aragão Pinto, GNR - Guarda Nacional Republicana, Instituto S. João de Deus, IPDJ, I.P. - Instituto Português do Desporto e da Juventude, I.P., ISS, I.P. - Instituto de Segurança Social, I.P., IVV, I.P. - Instituto da Vinha e do Vinho, I.P., MDN - Ministério da Defesa Nacional, Ministério da Justiça, OE - Ordem dos Enfermeiros, OPP - Ordem dos Psicólogos de Portugal, PRP - Prevenção Rodoviária Portuguesa, PSP - Polícia de Segurança Pública, RPCS - Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, SAAP - Sociedade Anti-Alcoólica Portuguesa, Sogrape Vinhos, S.A., SPG - Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia, SPH - Sociedade Portuguesa de Hepatologia, SPMT - Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho, Turismo de Portugal, I.P., UGT - União Geral de Trabalhadores e ainda o Secretário Executivo do FNAS.

Grupo de Trabalho para as Questões do Jogo:

Associação Portuguesa de Casinos, Prof. Doutor Henrique Lopes, CEIA - Centro de Estudos e Investigação Aplicada do Instituto Superior de Educação e Ciências e Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica de Lisboa, Jogos Santa Casa, Santa Casa da Misericórdia de

Lisboa, Dr. Pedro Hubert, Sindicato dos Profissionais de Banca dos Casinos, Sindicato dos Trabalhadores na Indústria de Hotelaria, Turismo, Restaurantes e Similares do Sul.

Contributores no âmbito da Consulta Pública:

ACIBEV - Associação dos Comerciantes e Industriais de Bebidas Espirituosas e Vinhos, AEVP - Associação das Empresas de Vinho do Porto, ANEBE - Associação Nacional de Empresas de Bebidas Espirituosas, APAN – Associação Portuguesa de Anunciantes, APDES – Agência Piaget para o Desenvolvimento, APPC – Associação Portuguesa de Produtores de Cerveja, Associação ARRISCA – Associação regional de Reabilitação e Integração Sócio-Cultural dos Açores, Associação CASORGANIZADOS, Augusto Küttner de Magalhães, BCH – Comércio de Vinhos, S.A., Carlos Fugas, Ferreira Gomes & Filhos, Lda., GAT - Grupo Português de Ativistas sobre Tratamentos de VIH/ Sida, Riscos Reduzidos em Rede – R3, Gregor Burkhart, Herdade São Miguel, Jogo Responsável[®], José Maria da Fonseca Vinhos, S.A., José Maria Vieira, S.A., Lúcia Dias, Manuel Pinto Coelho, Marília Costa, Pernod Ricard Portugal, PROSALIS – Projeto de Saúde em Lisboa, Reckitt Benckiser Pharmaceuticals, Portugal, Sílvia Silveira, Sogrape Vinhos, S.A., Venâncio da Costa Lima.

Comissão de Redação:

Manuel Cardoso, Paula Marques, Fátima Trigueiros, Paula Frango, Marta Silva, Sofia Pereira, Ludmila Carapinha.

Colaboração especial:

Domingos Duran, Carla Ribeiro, Graça Vilar, Patrícia Pissarra, Raúl Melo.

Composição

Filipa Cunha.



**GOVERNO DE
PORTUGAL**

MINISTÉRIO DA SAÚDE



SICAD

Serviço de Intervenção nos
Comportamentos Aditivos e nas
Dependências