



AVALIAÇÃO EXTERNA DO PNRCAD 2013-2020

Relatório Final

dezembro|2020

Equipa de projeto

Pedro Simões Coelho (coordenador)

Áurea Pires

Carolina Vasconcelos

Francisco Dias

Hélia Marreiros (UCP)

João Valente Cordeiro

Manuel Leiria

Ricardo Gonçalves (UCP)

Sónia Santos (Qdata)

Susana Justo (Qdata)

Índice

NOTA INTRODUTÓRIA	XIII
1. SITUAÇÃO ATUAL	1
1.1 SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	1
1.2 ÁLCOOL	6
1.3 JOGO	11
2. DESENHO E IMPLEMENTAÇÃO	15
2.1 DESENHO.....	15
2.1.1 Alinhamento do Plano com a legislação, planos e estratégias a nível internacional e portugueses relacionados com a área da saúde	15
2.1.2 Alinhamento do Plano com estudos científicos de boas práticas	19
2.1.3 O Plano responde às recomendações anteriores e às alterações organizacionais e de conjuntura?.....	20
2.2 IMPLEMENTAÇÃO	24
2.2.1 Adequação dos objetivos do PNRCAD e dos planos de ação para atingir as metas	24
2.2.2 Adequação da abrangência do Plano a tipos de substâncias, CAD sem substâncias, diferentes contextos e ciclos de vida.....	26
2.2.3 A descriminalização facilitou a implementação?	28
2.2.4 Os mecanismos de envolvimento dos diferentes parceiros estratégicos foram efetivos?	31
2.2.5 Existiu equilíbrio entre a implementação e a monitorização?	34
3. EFICIÊNCIA E EFETIVIDADE	37
3.1 PROCURA.....	37
3.1.1 O Plano respondeu aos problemas de CAD relativamente a drogas e álcool?	37
3.1.2 O Plano respondeu aos novos problemas emergentes (jogo online, NSP, medicamentos e anabolizantes, dependência de ecrã)?	44
3.1.3 Os recursos, no domínio da procura, foram apropriados?	48
3.1.4 Relação custo-efetividade por tipo de intervenção: Prevenção, RRMD, Tratamento, Reinserção, Dissuasão.....	51
3.1.5 Grau de efetividade das medidas estruturantes	74
3.2 OFERTA.....	79
3.2.1 Substâncias ilícitas: análise de eficiência e efetividade das medidas de redução da oferta 2013-2019	79
3.2.2 Álcool: análise de efetividade das medidas de controlo de oferta 2013-2019	104
3.2.3 Redução do impacto do álcool ilegal, não registado e falsificado	118
4. IMPACTO E VALOR ACRESCENTADO	121
4.1 QUESTÕES PRIORITÁRIAS.....	121
4.1.1 Grau de cumprimento das metas e objetivos	121
4.1.2 Grau de impacto das opções estratégicas do PNRCAD e planos de ação no cumprimento dos objetivos.....	133

4.1.3	Contributo das áreas transversais para o cumprimento dos objetivos e metas	135
4.1.4	Fatores externos que influenciaram os resultados alcançados	144
5.	SUSTENTABILIDADE.....	149
5.1	EXISTIU SUFICIENTE COMPROMISSO SOCIAL E POLÍTICO, A NÍVEL CENTRAL, REGIONAL E LOCAL, PARA GARANTIR A SUSTENTABILIDADE DO PLANO?.....	149
5.2	QUE FATORES TIVERAM MAIOR IMPACTO RELATIVAMENTE À SUSTENTABILIDADE DO PLANO? 152	
5.2.1	Fatores relevantes para a sustentabilidade da estratégia nacional para a redução dos CAD's 152	
5.3	FAZ SENTIDO UM ORÇAMENTO PARA O PLANO?.....	157
6.	OUTRAS QUESTÕES	161
6.1	BENCHMARKING COM PLANOS DE OUTROS PAÍSES	161
6.1.1	O enquadramento da descriminalização é uma mais valia?	161
6.1.2	É preferível um Plano global ou por substância?.....	161
6.1.3	Qual a mais valia de uma coordenação nacional?.....	162
6.2	CONTEXTO LEGAL E REGULAMENTAR	163
6.2.1	Enquadramento e metodologia	163
6.2.2	Análise.....	165
6.2.3	Propostas.....	167
6.2.4	Síntese.....	173
7.	CONCLUSÕES	175
7.1	CONTRIBUTO DO PLANO PARA IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE INTERVENÇÃO	175
7.2	GRAU DE ADAPTAÇÃO DO PLANO À EVOLUÇÃO DOS CAD	178
7.3	VALOR ACRESCENTADO DO PLANO E CUMPRIMENTO DOS OBJETIVOS DO PNRCAD	179
7.4	RECOMENDAÇÕES PARA PLANO SEGUINTE	181
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	193

Índice de Figuras/Quadros

QUADRO 2.1 - GRAU DE CONSECUÇÃO DOS OBJETIVOS E DE REALIZAÇÃO DAS AÇÕES.....	24
QUADRO 3.1 - COMORBIDADES ENTRE JOGO E OUTRAS DEPENDÊNCIAS E/OU SUBSTÂNCIAS	45
QUADRO 3.2 - PROJETO MAIS VALE PREVENIR -AÇÕES	52
QUADRO 3.3 - PROJETO MAIS VALE PREVENIR -RECURSOS FINANCEIROS	52
QUADRO 3.4 - PROJETO MAIS VALE PREVENIR – CUSTO E BENEFÍCIOS	53
QUADRO 3.5 - PROJETO MAIS VALE PREVENIR – EFICÁCIA	54
QUADRO 3.6 - PROJETO MAIS VALE PREVENIR: CUSTO-EFETIVIDADE.....	55
QUADRO 3.7 - PROJETO SANTANA – AÇÕES	57
QUADRO 3.8 - PROJETO SANTANA - RECURSOS FINANCEIROS	57
QUADRO 3.9 - PROJETO SANTANA – BENEFÍCIOS MONETIZÁVEIS.....	59
QUADRO 3.10 - PROJETO SANTANA – BENEFÍCIOS NÃO MONETIZÁVEIS.....	60
QUADRO 3.11 - PROJETO SANTANA – EFICÁCIA	61
QUADRO 3.12 - PROJETO SORRIR – AÇÕES	62
QUADRO 3.13 - PROJETO SORRIR - RECURSOS FINANCEIROS.....	63
QUADRO 3.14 - PROJETO SORRIR - BENEFÍCIOS MONETIZÁVEIS	64
QUADRO 3.15 - PROJETO SORRIR – BENEFÍCIOS NÃO MONETIZÁVEIS	64
QUADRO 3.16 - PROJETO SORRIR: RÁCIO CUSTO-BENEFÍCIO.....	65
QUADRO 3.17 - PROJETO SORRIR: EFICÁCIA	65
QUADRO 3.18 - PROJETO SORRIR: CUSTO-EFETIVIDADE	66
QUADRO 3.19 - PROJETO RIS – AÇÕES	66
QUADRO 3.20 - PROJETO RIS RECURSOS FINANCEIROS	67
QUADRO 3.21 - PROJETO RIS – CUSTOS E BENEFÍCIOS	68
QUADRO 3.22 - PROJETO RIS - BENEFÍCIOS MONETIZÁVEIS.....	68
QUADRO 3.23 - PROJETO RIS: RÁCIO CUSTO-BENEFÍCIO.....	69
QUADRO 3.24 - PROJETO RIS – EFICÁCIA.....	69
QUADRO 3.25 - PROJETO RIS: RÁCIO CUSTO-EFETIVIDADE	69
QUADRO 3.26 - VALORES MÉDIOS GLOBAIS E SEGMENTADOS DOS FATORES	73
QUADRO 3.27 - RÁCIO CUSTO-EFETIVIDADE [APREENSÕES]: 2013-19	83
QUADRO 3.28 - RÁCIO CUSTO-EFETIVIDADE [INTERVENIENTES]: 2013-19	84
QUADRO 3.29 - CÁLCULO DO VALOR DE MERCADO APREENDIDO	86
QUADRO 3.30 - RÁCIO CUSTO-BENEFÍCIO.....	87
QUADRO 3.31 - VALOR DE MERCADO APREENDIDO E RESPECTIVAS TAXAS DE CRESCIMENTO POR SUBPERÍODOS: 2008-19	90
QUADRO 3.32 - PREVALÊNCIAS DE CONSUMO DE DROGAS NO ÚLTIMO ANO E PERCEÇÃO DE FACILIDADE DE OBTER DROGAS (SE DESEJADO): 2012 E 2016.....	91
QUADRO 3.33 - VALOR DE MERCADO APREENDIDO E RESPECTIVAS TAXAS DE CRESCIMENTO POR SUBPERÍODOS E POR TIPO DE DROGA: 2008-19	92
QUADRO 3.34 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS PARA A REDUÇÃO DA OFERTA DE SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS.....	102
QUADRO 3.35 - AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DA META 1 DO PNRCAD 2013-2020 PARA A REDUÇÃO DA OFERTA DE SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS.....	103
QUADRO 3.36 - AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DA META 1 DO PNRCAD 2013-2020 PARA A REDUÇÃO DA OFERTA DE ÁLCOOL.....	105
QUADRO 3.37 - TAXAS RELATIVAS AO IMPOSTO SOBRE O ÁLCOOL E BEBIDAS ALCOÓLICAS (IABA), SEGUNDO O ANO, POR PRODUTO (€/HL).....	108
QUADRO 3.38 - VARIAÇÃO DAS TAXAS IABA	109

QUADRO 3.39 - PREVALÊNCIAS DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NO ÚLTIMO ANO E NOS ÚLTIMOS 30 DIAS: 2012 E 2016.....	111
QUADRO 3.40 - RESTRIÇÕES À DISPONIBILIZAÇÃO, VENDA E CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS.....	116
QUADRO 4.1 - AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DA META 2 DO PNRCAD 2013-2020.....	124
QUADRO 4.2 - AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DA META 3 DO PNRCAD 2013-2020.....	125
QUADRO 4.3 - AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DA META 4 DO PNRCAD 2013-2020: PARTE 1	126
QUADRO 4.4 - AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DA META 4 DO PNRCAD 2013-2020: PARTE 2	127
QUADRO 4.5 - AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DA META 5 DO PNRCAD 2013-2020.....	128
QUADRO 4.6 - AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DA META 6 DO PNRCAD 2013-2020.....	129
QUADRO 4.7 - AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DA META 7 DO PNRCAD 2013-2020.....	130
QUADRO 4.8 - GRAU DE EXECUÇÃO DAS AÇÕES.....	136
FIGURA 1.1 - PREVALÊNCIAS DE CONSUMO DE QUALQUER DROGA AO LONGO DA VIDA NA POPULAÇÃO GERAL, NA POPULAÇÃO JOVEM E NA POPULAÇÃO JOVEM ADULTA	2
FIGURA 1.2 - PREVALÊNCIAS DE CONSUMO AO LONGO DA VIDA EM JOVENS 13-18 ANOS.....	3
FIGURA 1.3 - PREVALÊNCIAS DE CONSUMO DE QUALQUER DROGA NA POPULAÇÃO JOVEM ADULTA (15-34 ANOS) NOS ÚLTIMOS 12 MESES – COMPARAÇÃO COM UMA SELEÇÃO DE PAÍSES EUROPEUS.....	4
FIGURA 1.4 - NÚMERO DE UTENTES EM TRATAMENTO NO ANO.....	5
FIGURA 1.5 - CASOS DE INFEÇÃO POR VIH E CASOS DE SIDA POR ANO DE DIAGNÓSTICO.....	5
FIGURA 1.6 - PREVALÊNCIAS DE CONSUMO DE QUALQUER BEBIDA ALCOÓLICA NOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR SEGMENTO ETÁRIO (%).....	7
FIGURA 1.7 - PREVALÊNCIAS DE CONSUMO DE QUALQUER BEBIDA ALCOÓLICA NOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR SEGMENTO ETÁRIO (%).....	7
FIGURA 1.8 - FREQUÊNCIA DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NO ÚLTIMO ANO (% SOBRE A POPULAÇÃO CONSUMIDORA)	8
FIGURA 1.9 - PREVALÊNCIAS DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NA POPULAÇÃO GERAL (15-64 ANOS) NOS ÚLTIMOS 12 MESES	9
FIGURA 1.10 - NÚMERO DE UTENTES EM TRATAMENTO NO ANO.....	10
FIGURA 1.11 - NÚMERO DE ÓBITOS E PROPORÇÃO NO TOTAL DE ÓBITOS DEVIDO A DOENÇAS ATRIBUÍVEIS AO ÁLCOOL.....	11
FIGURA 1.12 - PREVALÊNCIA DE JOGOS A DINHEIRO POR SEGMENTOS ETÁRIOS.....	12
FIGURA 1.13 - PREVALÊNCIA DE JOGOS A DINHEIRO, 15-74 ANOS.....	13
FIGURA 1.14 - PREVALÊNCIA DE JOGOS A DINHEIRO NOS ÚLTIMOS 12 MESES POPULAÇÃO ESCOLAR (13 - 18 ANOS)	13
FIGURA 1.15 - PERCENTAGEM DE INDIVÍDUOS COM PROBLEMAS DE DEPENDÊNCIA DO JOGO NA POPULAÇÃO TOTAL, POR SEGMENTO ETÁRIO.....	14
FIGURA 2.1 - PREVALÊNCIAS DE CONSUMO DE QUALQUER DROGA EM PORTUGAL (15-64 ANOS)	29
FIGURA 2.2 - ÍNDICES DE INFEÇÃO POR VIH EM CINCO ESTADOS-MEMBROS DA UE.....	29
FIGURA 2.3 - APREENSÕES, EM KG, DE COCAÍNA, CANÁBIS E HEROÍNA (2000-2019)	30
FIGURA 3.1 - AVALIAÇÕES GLOBAIS.....	37
FIGURA 3.2 - AVALIAÇÕES GLOBAIS.....	38
FIGURA 3.3 - POSIÇÃO RELATIVA DE PORTUGAL, ENTRE 30 PAÍSES EUROPEUS ANALISADOS, NO CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS EM JOVENS ADULTOS (15-34 ANOS).....	39
FIGURA 3.4 - PREVALÊNCIAS DE CONSUMO	39
FIGURA 3.5 - POPULAÇÃO JOVEM, PORTUGAL – INPG (15-24 ANOS): IDADES DE INÍCIO DOS CONSUMOS	40
FIGURA 3.6 - AVALIAÇÃO GLOBAL.....	40
FIGURA 3.7 - PREVALÊNCIA CONSUMOS DE ÁLCOOL.....	41

FIGURA 3.8 - CONSUMO DE ÁLCOOL PER CAPITA	42
FIGURA 3.9 - CONSUMO POR TIPO DE BEBIDA	42
FIGURA 3.10 - PREVALÊNCIAS DE CONSUMO DE ALGUMA BEBIDA ALCOÓLICA AO LONGO DA VIDA (PLV), NOS ÚLTIMOS 12 MESES (P12M) E NOS ÚLTIMOS 30 DIAS (P30D)	43
FIGURA 3.11 - AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	43
FIGURA 3.12 - AVALIAÇÃO INTERVENÇÕES - JOGO DE RISCO E PATOLÓGICO	45
FIGURA 3.13 - PREVALÊNCIAS DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS COM/SEM RECEITA MÉDICA NOS ÚLTIMOS 12 MESES (%)	46
FIGURA 3.14 - DROGA PRINCIPAL DE UTENTES QUE INICIARAM TRATAMENTO NO ANO, NO AMBULATÓRIO DA REDE PÚBLICA.	47
FIGURA 3.15 - AVALIAÇÃO DE INTERVENÇÕES – MEDICAMENTOS E ANABOLIZANTES	47
FIGURA 3.16 - FATORES DE SATISFAÇÃO DOS INDICIADOS NAS CDT	73
FIGURA 3.17 - FINANCIAMENTO DOS PROJETOS PORI	74
FIGURA 3.18 - PROJETOS PORI POR TIPO DE INTERVENÇÃO	76
FIGURA 3.19 - PROJETOS PORI POR GEOGRAFIA	76
FIGURA 3.20 - DESPESAS PJ E NÚMERO TOTAL DE APREENSÕES 2013-2019	82
FIGURA 3.21 - RÁCIO CUSTO-EFETIVIDADE [APREENSÕES]: 2013-19	84
FIGURA 3.22 - RÁCIO CUSTO-EFETIVIDADE [INTERVENIENTES]: 2013-19	85
FIGURA 3.23 - RÁCIO CUSTO-BENEFÍCIO: 2013-19	87
FIGURA 3.24 - PREVALÊNCIA DE CONSUMO DE QUALQUER DROGA NA POPULAÇÃO GERAL (15-74 ANOS) E POPULAÇÃO JOVEM (15-24 ANOS) NOS ÚLTIMOS 12 MESES E VALOR DE MERCADO DAS APREENSÕES: 2013-19	89
FIGURA 3.25 - PREVALÊNCIA DE CONSUMO DE CANÁBIS NA POPULAÇÃO GERAL (15-74 ANOS) E POPULAÇÃO JOVEM (15-24 ANOS) NOS ÚLTIMOS 12 MESES E VALOR DE MERCADO DAS APREENSÕES: 2013-19	94
FIGURA 3.26 - PERCEÇÃO DA FACILIDADE DE ACESSO NA OBTENÇÃO DE CANÁBIS (SE DESEJADO) PELA POPULAÇÃO GERAL (15-74 ANOS) E POPULAÇÃO JOVEM (15-24 ANOS) E VALOR DE MERCADO DAS APREENSÕES: 2013-19	95
FIGURA 3.27 - PREVALÊNCIA DE CONSUMO DE COCAÍNA NA POPULAÇÃO GERAL (15-74 ANOS) E POPULAÇÃO JOVEM (15-24 ANOS) NOS ÚLTIMOS 12 MESES E VALOR DE MERCADO DAS APREENSÕES: 2013-19	96
FIGURA 3.28 - PERCEÇÃO DA FACILIDADE DE ACESSO NA OBTENÇÃO DE COCAÍNA (SE DESEJADO) PELA POPULAÇÃO GERAL (15-74 ANOS) E POPULAÇÃO JOVEM (15-24 ANOS) E VALOR DE MERCADO DAS APREENSÕES: 2013-19	97
FIGURA 3.29 - PREVALÊNCIA DE CONSUMO DE HEROÍNA NA POPULAÇÃO GERAL (15-74 ANOS) E POPULAÇÃO JOVEM (15-24 ANOS) NOS ÚLTIMOS 12 MESES E VALOR DE MERCADO DAS APREENSÕES: 2013-19	98
FIGURA 3.30 - PERCEÇÃO DA FACILIDADE DE ACESSO NA OBTENÇÃO DE HEROÍNA (SE DESEJADO) PELA POPULAÇÃO GERAL (15-74 ANOS) E POPULAÇÃO JOVEM (15-24 ANOS) E VALOR DE MERCADO DAS APREENSÕES: 2013-19	99
FIGURA 3.31 - PREVALÊNCIA DE CONSUMO DE ECSTASY NA POPULAÇÃO GERAL (15-74 ANOS) E POPULAÇÃO JOVEM (15-24 ANOS) NOS ÚLTIMOS 12 MESES E VALOR DE MERCADO DAS APREENSÕES: 2013-19	100
FIGURA 3.32 - PERCEÇÃO DA FACILIDADE DE ACESSO NA OBTENÇÃO DE ECSTASY (SE DESEJADO) PELA POPULAÇÃO GERAL (15-74 ANOS) E POPULAÇÃO JOVEM (15-24 ANOS) E VALOR DE MERCADO DAS APREENSÕES: 2013-19	101
FIGURA 3.33 - PERCEÇÃO DE FACILIDADE DE ADQUIRIR BEBIDAS ALCOÓLICAS (ECATD: 13-18 ANOS) E PREVALÊNCIAS DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NO ÚLTIMO MÊS - ESTUDANTES 13-18 ANOS	106

FIGURA 3.34 - RECEITAS FISCAIS RELATIVAS AO IMPOSTO SOBRE O ÁLCOOL E BEBIDAS ALCOÓLICAS (IABA)	109
FIGURA 3.35 - ÍNDICE HARMONIZADO DE PREÇOS NO CONSUMIDOR (IPHC, BASE – 2015)	110
FIGURA 3.36 - ÍNDICE HARMONIZADO DE PREÇOS NO CONSUMIDOR (TAXA DE VARIAÇÃO HOMÓLOGA, BASE – 2015) (%), SEGUNDO O ANO, POR TIPO DE BEBIDA ALCOÓLICA	110
FIGURA 3.37 - CONSUMO DE ÁLCOOL PER CAPITA (IDADES SUPERIORES A 15 ANOS) POR TIPO DE BEBIDA ALCOÓLICA (LITROS DE ÁLCOOL PURO)	112
FIGURA 3.38 - DISPONIBILIDADES DIÁRIAS PER CAPITA DE ÁLCOOL, POR TIPO DE BEBIDA ALCOÓLICA (ML/HAB/DIA).....	113
FIGURA 3.39 - NÚMERO DE INFRAÇÕES DETETADAS (GNR+PSP) E PERCENTAGEM DE INFRAÇÕES POR ESTABELECIMENTO FISCALIZADO	117
FIGURA 3.40 - NÚMERO DE INFRAÇÕES DETETADAS AO ABRIGO DO ART.º 3.º, N.º 1, A): FACULTAR, VENDER OU COLOCAR À DISPOSIÇÃO EM LOCAIS PÚBLICOS, BEBIDAS ALCOÓLICAS A MENORES (ASAE E GNR+PSP)	118
FIGURA 3.41 - AMOSTRAS COLHIDAS E ANALISADAS RELATIVAMENTE A BEBIDAS ALCOÓLICAS	119
FIGURA 4.1 - MORTES INDUZIDAS POR DROGAS NA UNIÃO EUROPEIA, NORUEGA E TURQUIA: TAXAS DE MORTALIDADE ENTRE ADULTOS DE 15 A 64 ANOS.....	134
FIGURA 4.2 - AVALIAÇÃO GLOBAL DOS TEMAS TRANSVERSAIS.....	137
FIGURA 4.3 - PRODUÇÃO CIENTÍFICA POR TIPOLOGIA (U:642)	140
FIGURA 4.4 - PRODUÇÃO CIENTÍFICA – TESES DE DOUTORAMENTO (U:35).....	141
FIGURA 4.5 - PRODUÇÃO CIENTÍFICA – DISSERTAÇÕES DE MESTRADO (U:338).....	142
FIGURA 4.6 - PRODUÇÃO CIENTÍFICA POR CAD (U:642)	143
FIGURA 4.7 - MESTRADOS E DOUTORAMENTOS POR CAD (U:338 E U:35, RESPETIVAMENTE)	143
FIGURA 5.1 - AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO E, COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS	151
FIGURA 5.2 - AVALIAÇÕES GLOBAIS POR TEMA TRANSVERSAL	157
FIGURA 5.3 - AVALIAÇÃO DO ORÇAMENTO EM COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS.....	158
FIGURA 5.4 - AVALIAÇÃO DO ORÇAMENTO EM COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS – SEGMENTAÇÃO POR NÍVEL DE AVALIAÇÃO.....	158
FIGURA 7.1 - PREVALÊNCIA DE CONSUMO DE TABACO EM PAÍSES EUROPEUS (%)	182
FIGURA 7.2 - EVOLUÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE TRAFICANTES E CONSUMIDORES	187

Abreviaturas e siglas

- ACDM - Conselho de Aconselhamento sobre o Uso Indevido de Drogas
- ANSR – Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária
- ARS – Administração Regional de Saúde
- ASAE - Autoridade da Segurança Alimentar e Económica
- AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test
- CAD – Comportamentos Aditivos e Dependências
- CAST - Cannabis Abuse Screening Test
- CDT - Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência
- CRI - Centro de Respostas Integradas
- DGRSP - Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais
- ECATD-CAD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e Outros Comportamentos Aditivos
- EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
- EMPACT - European Multidisciplinary Platform Against Criminal Threats
- ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
- FNAS - Fórum Nacional Álcool e Saúde
- GNR – Guarda Nacional Republicana
- GT – Grupo de Trabalho
- HARMES - Harmonizing Alcohol-Related Measures in European Surveys
- Horizonte 2020 – Plano de Ação para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências Horizonte 2020, SICAD, 2018.
- IABA - Imposto sobre o Álcool e Bebidas Alcoólicas
- IHPC - Índice Harmonizado de Preços no Consumidor
- INPG - Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral
- NSP – Novas Substâncias Psicoativas
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- OPC - Órgãos de Polícia Criminal
- PARCAD 2013-2016 - Plano de Ação para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2016
- PGR – Procuradoria-Geral da República
- PJ - Polícia Judiciária

PM - Polícia Marítima

PNCA - Plano Nacional de Colheitas de Amostras

PNCDT - Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências

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

PNS – Plano Nacional de Saúde

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

Plano Estratégico 2017-2019 – SICAD, Plano Estratégico 2017-2019, Lisboa, março de 2017

PORI – Plano Operacional de Respostas Integradas

PSP – Polícia Segurança Pública

RAI – Relatório de Avaliação Intermédia do Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020

Relatório Avaliação Plano 2017-2019 – SICAD, Relatório de avaliação do plano estratégico 2017-2019, Lisboa, abril de 2020

Relatório de *Benchmarking* NOVA IMS - Nova IMS, Avaliação Externa do PNRCAD 2013-2020: Avaliação comparativa dos planos de redução dos comportamentos aditivos e dependências entre 4 países europeus, setembro de 2020

Relatório de Indicadores NOVA IMS - Nova IMS, Avaliação Externa do PNRCAD 2013-2020: Situação atual: Enquadramento e comparação 2012 vs 2016 vs 2018, julho de 2020

Relatório Qualitativo NOVA IMS - Nova IMS, Avaliação Externa do PNRCAD 2013-2020: Relatório Qualitativo, julho de 2020

Relatório Quantitativo NOVA IMS - Nova IMS, Avaliação Externa do PNRCAD 2013-2020: Relatório Quantitativo, setembro de 2020

RRMD – Redução de riscos e minimização de danos

SEAS - Standardised European Alcohol Survey

SEF - Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SIM - Sistema de Informação Multidisciplinar

SIVICC - Sistema de Vigilância e Controlo da Costa

SOGS - South Oaks Gambling Screen

SPA – Substâncias Psicoativas

SPMS, EPE - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE

SSA - Sistema de Seleção Automática

TAS - Taxa de Álcool no Sangue

UA/UD- unidades de alcoologia e de desabituação

UCIC - Unidades de Coordenação e Intervenção Conjunta

UE – União Europeia

UNCTE - Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefaciente

UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime



Anexos

1 – Anexos do Relatório

A – Custo-efetividade

B – Modelos Econométricos: Prevalência do consumo de substâncias ilícitas

C- Legislação relevante



Nota Introdutória

O presente documento corresponde ao relatório final da Avaliação do Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020.

O projeto teve como objetivo central a análise crítica do ciclo 2013-2020, através da avaliação da implementação do PNRCAD 2013-2020 e do impacto do mesmo, obtendo simultaneamente indicações e recomendações que permitam delinear o planeamento estratégico do ciclo seguinte.

A avaliação teve como pano de fundo os cinco Objetivos Gerais do Plano Nacional nomeadamente, prevenir, dissuadir, reduzir e minimizar os problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas, os comportamentos aditivos e as dependências; reduzir a disponibilidade das drogas ilícitas e das novas substâncias psicoativas no mercado; garantir que a disponibilização, venda e consumo de substâncias psicoativas lícitas no mercado, seja feita de forma segura e não indutora de uso/consumo nocivo; proporcionar oportunidades de jogo legal e seguro, e não indutor de comportamento aditivo; e assegurar a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos e a sustentabilidade das políticas e intervenções.

A avaliação teve simultaneamente em conta as metas quantificáveis definidas no Plano: Reduzir a facilidade percebida de acesso nos mercados; Aumentar o risco percebido de consumo de substâncias psicoativas; Retardar a idade de início do consumo de substâncias psicoativas; Diminuir as prevalências de consumo recente, padrões de consumo de risco e dependência de substâncias psicoativas; Diminuir as prevalências de jogo de risco e dependência; Diminuir a morbilidade relacionada com CAD; Diminuir a mortalidade relacionada com CAD; e os resultados nestas obtidos.

O presente relatório final assenta em 4 grandes pilares que foram previamente consubstanciados em relatórios intercalares: um estudo de benchmarking que avalia comparativamente os planos de redução dos comportamentos aditivos e dependências em 4 países europeus; um estudo qualitativo baseado em entrevistas semiestruturadas a um conjunto de entidades no domínio dos CAD; um estudo quantitativo baseado num inquérito alargado a *stakeholders* atuantes nas áreas de intervenção em estudo e uma análise retrospectiva e comparativa baseada num conjunto de indicadores relevantes para a compreensão da evolução da situação nacional.

O documento é dividido em sete capítulos, sendo que o primeiro corresponde ao enquadramento e comparação da situação atual europeia no âmbito dos CAD com os anos 2012 e 2016. O segundo capítulo refere-se à avaliação do desenho e implementação, nomeadamente, a análise da correspondência entre as necessidades identificadas anteriormente e as opções estratégicas tomadas, da coerência externa e interna, e da estratégia de implementação aplicadas de forma a cumprir os seus objetivos. O terceiro capítulo corresponde à avaliação de eficiência e efetividade, permitindo aferir em que medida os objetivos definidos foram alcançados nas diferentes áreas de intervenção e que fatores contribuíram para os resultados. Este capítulo inclui também a avaliação da eficiência, efetividade e qualidade de intervenções específicas no âmbito dos vetores dos domínios da procura e da oferta. O quarto capítulo avalia o impacto e valor acrescentado do Plano em avaliação, o quinto capítulo analisa a sustentabilidade do plano e o sexto aborda questões associadas a opções estratégicas, comparando com Planos nacionais de outros países. Finalmente, o sétimo e último capítulo inclui as principais conclusões do estudo realizado e recomendações para o plano seguinte.

Para efeitos de avaliação da consecução de metas e objetivos do Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020, este documento procurou refletir o contributo de todos os parceiros e *stakeholders* quando a informação referente aos mesmos esteja disponível. No entanto, os autores não podem deixar de advertir que o documento recorre mais profusamente ao desempenho do SICAD para justificar o alcance de tais metas. Tal facto, é justificado pela maior quantidade de informação disponível referente ao SICAD, bem como à existência de uma relação verdadeiramente indissociável entre a prossecução do plano e o próprio serviço. Tal associação, foi aliás igualmente suportada pelos dados recolhidos e perceções manifestadas, quer no estudo qualitativo, quer no estudo quantitativo prévios a este relatório.



1. Situação atual

A caracterização da situação atual e evolutiva relativamente a 2012 e 2016 do país em termos de Comportamentos Aditivos e Dependências, no âmbito da avaliação externa do PNRCAD 2013-2020, focalizou-se em três domínios: (i) os indicadores epidemiológicos; (ii) as respostas existentes, nomeadamente em termos da evolução relativa dos indicadores de consumo de substâncias psicoativas ilícitas, álcool e jogo; (iii) as consequências relacionadas com o consumo.

Esta análise tem igualmente em consideração a oferta de serviços disponibilizada com vista a contribuir para a diminuição dessas consequências e encontra-se dividida entre substâncias psicoativas ilícitas, álcool e jogo. Os seus resultados são exaustivamente apresentados no Relatório de Indicadores NOVA IMS - Nova IMS.

Em termos globais verifica-se que, entre 2012 e 2016, houve um aumento das prevalências de consumo de canábis, com especial evidência no consumo nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias. Esta tendência verificou-se na população geral (15-74 anos), na população jovem adulta (15-34 anos) e na população jovem (15-24 anos), seguindo a tendência europeia. Relativamente a outras drogas, as prevalências de consumo de heroína, cocaína e anfetaminas mantiveram-se estáveis e verificou-se uma diminuição das prevalências de consumo de ecstasy, LSD e cogumelos alucinogénios.

Releva-se, no entanto, o facto de Portugal se manter numa situação significativamente mais favorável do que a generalidade dos congéneres europeus em termos das prevalências de consumo.

Relativamente ao álcool, entre 2012 e 2016 verificou-se uma estabilização ou decréscimo de consumidores recentes e correntes, sendo que, também neste domínio, Portugal apresenta valores de prevalência de consumo no último ano claramente inferiores à generalidade dos restantes países europeus.

Por fim, no que respeita ao jogo, verifica-se uma tendência de descida generalizada nos indicadores de prevalência dos jogos a dinheiro entre 2012 e 2016, em todos os segmentos etários e tanto no sexo masculino como no sexo feminino.

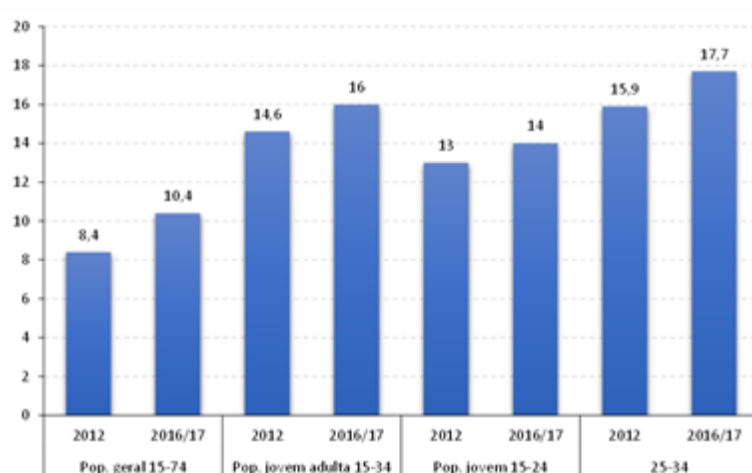
1.1 Substâncias psicoativas

Em termos de grandes tendências, houve uma subida na prevalência de consumo de qualquer droga ao longo da vida na população geral (15-64 anos), na população jovem adulta (15-34 anos) e na população jovem (15-24 anos) entre 2001 e 2007. Esta tendência tem especial incidência no consumo de cannabis, a droga mais consumida em Portugal, mas é também verificada em todos os tipos de drogas analisados (Heroína, Cocaína, Ecstasy e Anfetaminas), embora numa escala substancialmente inferior.

Em contrapartida, verificou-se uma estabilização entre 2001 e 2007 dos consumos de qualquer droga no último ano e nos últimos 30 dias na população adulta e na população jovem adulta, e um decréscimo na população jovem.

Entre 2007 e 2012, observou-se uma descida generalizada nas prevalências de consumo dos três segmentos: população geral, população jovem adulta e população jovem. Em contrapartida, entre 2012 e 2016, observou-se uma subida generalizada dos mesmos indicadores para o consumo de canábis, seguindo a tendência europeia. Relativamente a outras drogas, as prevalências de consumo de heroína, cocaína e anfetaminas mantiveram-se estáveis e verificou-se uma diminuição das prevalências de consumo de ecstasy, LSD e cogumelos alucinogénios.

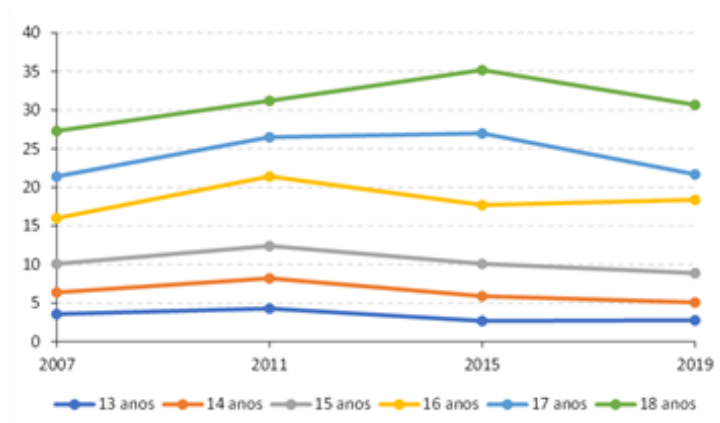
Figura 1.1 - Prevalências de consumo de qualquer droga ao longo da vida na população geral, na população jovem e na população jovem adulta



Fonte: Balsa et al., 2018. IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

As prevalências de consumos da população em idade escolar de qualquer droga ao longo da vida diminuiu entre 2001 e 2007, mas entre 2007 e 2011 esta situação inverteu-se, verificando-se um aumento. Entre 2011 e 2015 este indicador diminuiu para os jovens de 13 a 16 anos e aumentou nos jovens de 17 e 18 anos. Em contrapartida, entre 2015 e 2019, verificou-se uma descida generalizada destes indicadores na população escolar de 13 a 18 anos. Uma vez mais as prevalências de consumo da população escolar incidem substancialmente no consumo de canábis, sendo que o consumo de outras drogas também diminuiu entre 2015 e 2019.

Figura 1.2 - Prevalências de consumo ao longo da vida em jovens 13-18 anos



Fonte: ECATD-CAD/2019. Elsa Lavado, Vasco Calado, Fernanda Feijão. SICAD/DMI/DEI

Verificou-se também uma descida nos consumos de qualquer droga na população reclusa antes e durante a atual reclusão entre 2001 e 2007. Esta tendência verificou-se também no consumo durante a atual reclusão entre 2007 e 2014, mas os consumos antes da atual reclusão mantiveram-se entre 2007 e 2014.

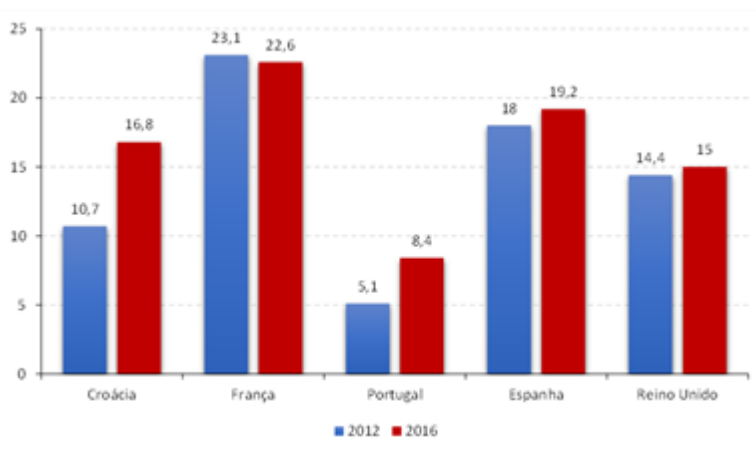
A nível de consumidores de risco moderado e elevado, verificou-se um decréscimo da dependência de canábis (teste CAST) entre 2007 e 2012 na população geral. No entanto, verificou-se um aumento do risco moderado nos jovens de 15 a 24 anos. Entre 2012 e 2016, verificou-se um ténue aumento da dependência na população geral, salientando-se um aumento do risco elevado na população jovem (15-24 anos).

Podemos concluir que o PNRCAD 2013-2020 teve início no contexto de uma situação de decréscimo generalizado da prevalência dos consumos. No entanto, entre 2012 e 2016 houve um aumento das prevalências de consumo de canábis, com especial evidência no consumo nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias. Em relação a outras drogas, as prevalências de consumo mantiveram-se relativamente estáveis situando-se entre 0% e 0.2% entre 2012 e 2016.

No que se refere à população em idade escolar dos 13 aos 16 anos a situação é inversa. O PNRCAD 2013-2020 teve início num contexto de crescimento generalizado da prevalência dos consumos que se inverteu entre 2012 e 2018 verificando-se um decréscimo destas prevalências (vd. Relatório de Indicadores).

Relativamente à realidade europeia, usando como referência os países selecionados para o Relatório de *Benchmarking* (Reino Unido, França e Croácia, e também a Espanha, o país geograficamente mais próximo), Portugal mantém-se numa situação significativamente mais favorável. De facto, apesar de registar a maior taxa de crescimento dos países da amostra, Portugal apresenta-se como o único país com uma prevalência de consumo de qualquer droga na população jovem adulta inferior a 10%.

Figura 1.3 - Prevalências de consumo de qualquer droga na população jovem adulta (15-34 anos) nos últimos 12 meses – comparação com uma seleção de países europeus

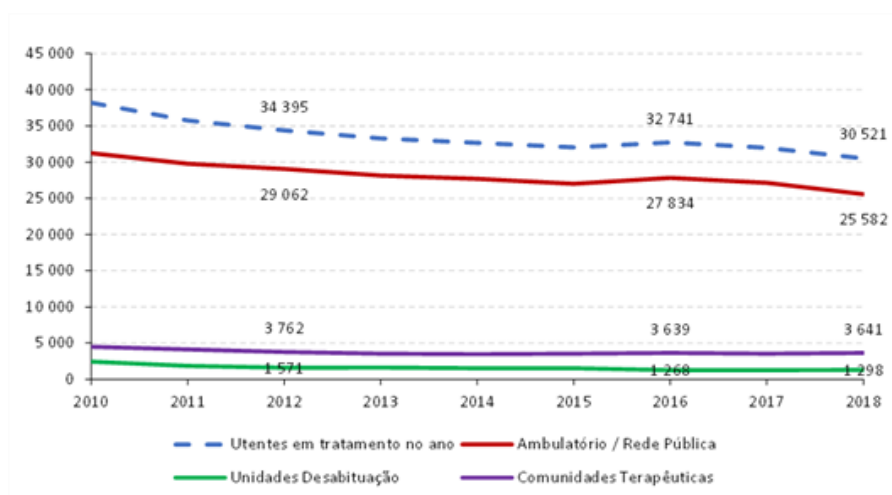


Fonte: EMCDDA. Os dados referentes a alguns países são de anos aproximados (Croácia: 2012 e 2015; França e Reino Unido: 2014 e 2017; Espanha: 2013 e 2017 e Portugal: 2012 e 2016).

A nível do tratamento, podemos observar uma diminuição generalizada entre 2010 e 2018 do número de utentes em tratamento em cada ano. Por um lado, registou-se uma diminuição significativa do número de utentes que iniciam tratamento em cada ano, bem como uma redução expressiva do número de novos utentes; por outro, registou-se um aumento do número de utentes readmitidos, mas, no cômputo geral, o efeito líquido foi o de uma redução do número de utentes em tratamento.

No entanto, estas tendências não foram progressivas ao longo desse período. Em particular, o PNRCAD 2013-2020 teve início numa altura em que esse decréscimo ainda era pouco notório e em que se havia registado mesmo um aumento do número de utentes que iniciam tratamento e um aumento expressivo no número de readmissões (entre 2007 e 2012). Em contrapartida, todos estes indicadores de tratamento registaram reduções entre 2012 e 2018.

Figura 1.4 - Número de utentes em tratamento no ano

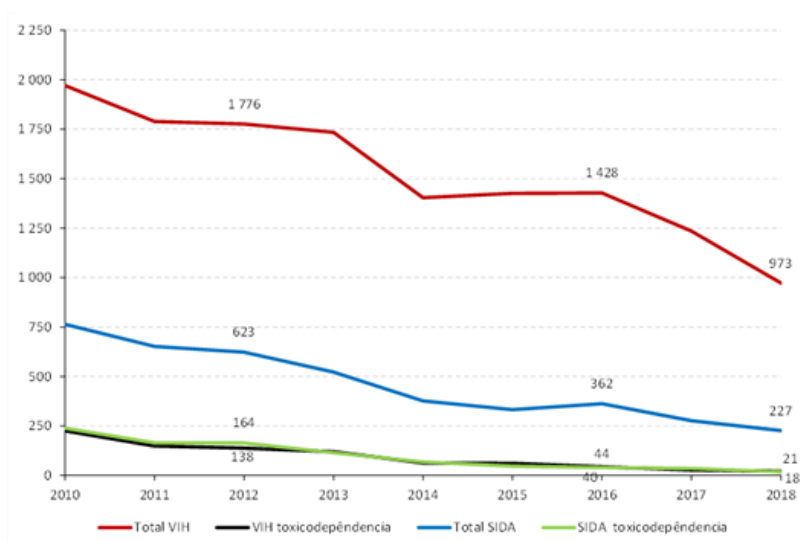


Fonte: Administrações Regionais de Saúde, I. P. / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: EMSI / DMI – DEI

Relativamente ao número de estruturas especializadas de tratamento, verificou-se um ténue decréscimo entre 2012 e 2018, passando de um total de 159 em 2012 para 151 em 2016 e 144 em 2018. Este decréscimo foi mais notório nas estruturas licenciadas.

Relativamente às consequências relacionadas com o consumo, nomeadamente às doenças infecciosas, verificou-se uma diminuição generalizada entre 2001 e 2018 no número de casos de infeção por VIH e SIDA, associados ou não à toxicod dependência. Note-se que esta diminuição é substancialmente resultante da redução de casos de infeção por VIH e casos de SIDA em toxicod dependentes.

Figura 1.5 - Casos de infeção por VIH e casos de SIDA por ano de diagnóstico



Fonte: Administrações Regionais de Saúde, I. P. / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: EMSI / DMI – DEI

Em relação ao número de mortes com resultados toxicológicos positivos, verificou-se um ligeiro aumento entre 2001 e 2007, tendência que se inverteu entre 2007 e 2012, altura em que teve início o PNRCAD. Em contrapartida, entre 2012 e 2018 este indicador tem vindo a aumentar. Olhando concretamente para o número de mortes devido a overdose, este decresceu substancialmente entre 2001 e 2016 (de 71 para 30). O seu número manteve-se relativamente estável entre 2012 e 2016, tendo-se, no entanto, assistido a um aumento no triénio 2016-2018.

Relativamente aos indicadores de dissuasão, o número de contraordenações por consumo de droga - processos de indiciados por consumo de droga para CDT (comissões para dissuasão da toxicod dependência) - diminuiu entre 2001 e 2007, mas registou uma tendência de aumento entre 2007 e 2018.

Assim, podemos concluir que o PNRCAD 2013-2020 foi elaborado numa situação de mitigação dos problemas relacionados com a droga. A maioria dos principais indicadores registou uma tendência de melhoria entre 2007 e 2012. Uma análise geral dos indicadores reflete que este quadro se inverteu entre 2012 e 2016 nas prevalências de consumo, no número de mortes e no número de processos de contraordenação relacionados com substâncias psicoativas ilícitas.

1.2 Álcool

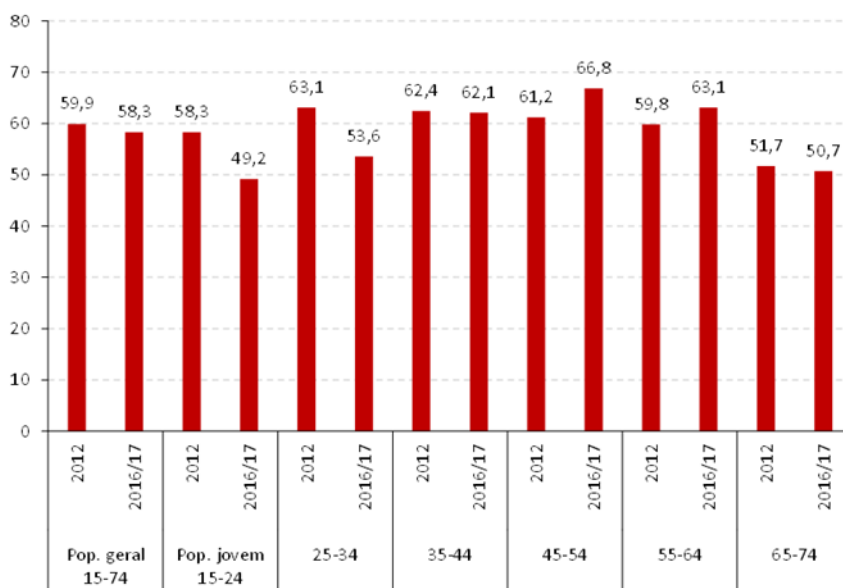
A análise da situação do país em matéria de álcool e a coordenação de medidas associadas está sob responsabilidade do SICAD e passou a ser parte integrante do PNRCAD 2013-2020.

Em termos de grandes tendências, houve uma subida na prevalência de consumo de qualquer bebida alcoólica ao longo da vida em todos os segmentos etários analisados entre 2001 e 2007. Esta subida também se verifica na prevalência de consumo de qualquer bebida alcoólica no último ano. Verificou-se uma estabilização, entre 2001 e 2007, dos consumos de qualquer bebida alcoólica nos últimos 30 dias na população adulta, um ténue decréscimo na população jovem adulta e uma subida na população jovem.

Já entre 2007 e 2012, observou-se uma descida generalizada nos indicadores de prevalências de consumo da população geral, população jovem adulta e população jovem.

Em contrapartida, entre 2012 e 2016 observou-se uma subida nas prevalências de consumo ao longo da vida em todos os segmentos etários.

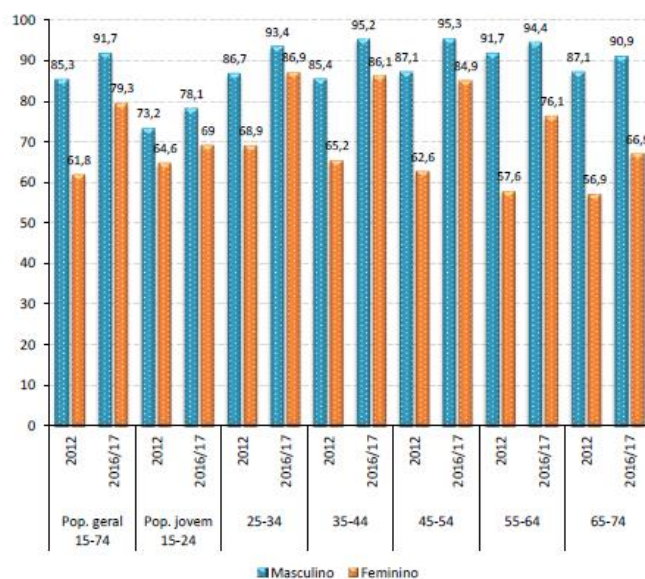
Figura 1.6 - Prevalências de consumo de qualquer bebida alcoólica nos últimos 12 meses, por segmento etário (%)



Fonte: Balsa et al., 2018. IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Não obstante, pode verificar-se uma descida generalizada nas prevalências de consumo no último ano e nos últimos 30 dias na população geral, na população jovem adulta e na população jovem, mas uma subida na população adulta (45-64) com especial evidência no sexo feminino.

Figura 1.7 - Prevalências de consumo de qualquer bebida



Fonte: Balsa et al., 2018. IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Entre 2012 e 2016, as prevalências de consumo *binge* no último ano decresceu na população geral e na maioria dos segmentos etários analisados, aumentando, no entanto, no sexo feminino. O consumo *binge* representa o consumo de 6 ou mais bebidas alcoólicas na mesma ocasião. Para indivíduos do sexo feminino, este representa o consumo de 5 ou mais bebidas alcoólicas na mesma ocasião, para dados referentes a 2012, e 4 ou mais para o período de 2016/17.

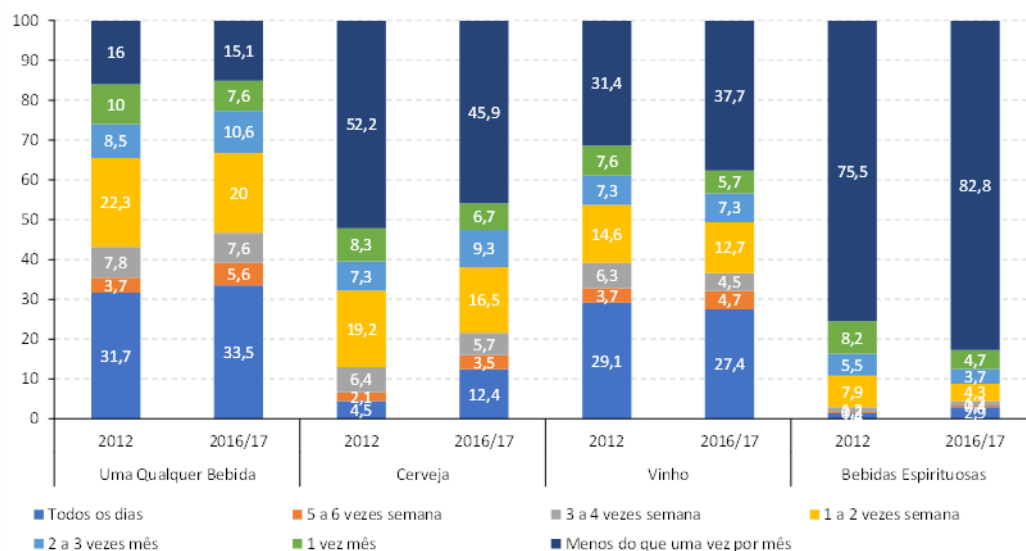
As prevalências de consumos da população em idade escolar (13-18 anos) de qualquer bebida alcoólica nos últimos 12 meses mantiveram uma tendência decrescente entre 2007 e 2015. Entre 2015 e 2019 registou-se uma estabilização nas prevalências de consumo.

As idades médias de início de consumos na população jovem estabilizaram nos 17 anos de idade entre 2001 e 2007, decrescendo para 16 entre 2007 e 2012, e voltando a subir para 17 anos entre 2012 e 2017.

A nível de dependência e consumo abusivo de álcool, a maioria da população apresenta um consumo de bebidas alcoólicas de baixo risco. No entanto, entre 2012 e 2016, verificou-se um agravamento da dependência do consumo de álcool na população total e um ténue aumento do risco elevado ou nocivo do álcool, que foi mais expressivo nos segmentos etários entre os 35 e os 74 anos e no sexo feminino (teste AUDIT).

Por bebida alcoólica, o vinho continua a ser a primeira escolha dos portugueses, seguido da cerveja e das bebidas espirituosas. Como podemos observar na Figura 1.8, na população geral consumidora de álcool no último ano, houve um aumento da frequência de consumos de cerveja, especialmente no que se refere ao consumo diário, e um decréscimo na frequência de consumo de vinho e de bebidas espirituosas entre 2012 e 2016. Já entre a população consumidora jovem adulta verificou-se um aumento do consumo diário ou quase diário em todas as bebidas alcoólicas no mesmo período.

Figura 1.8 - Frequência do consumo de bebidas alcoólicas no último ano (% sobre a população consumidora)

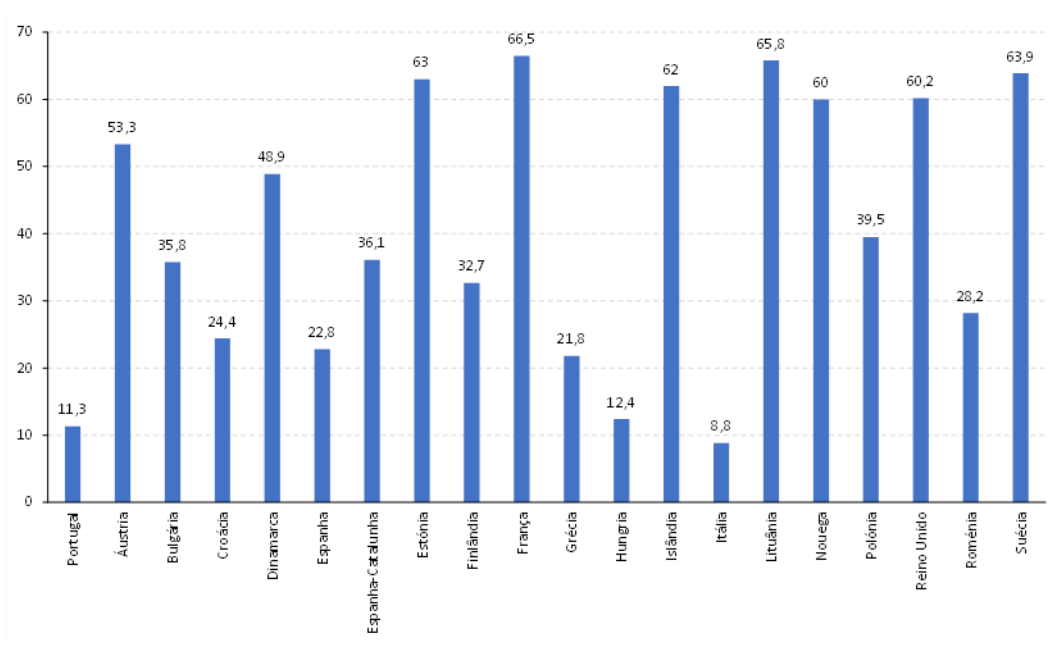


Fonte: Balsa et al., 2018. IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Podemos concluir que o PNRCAD 2013-2020 teve início no contexto de uma situação de decréscimo generalizado da prevalência dos consumos no anterior quadro de 2005-2012. Entre 2012 e 2016 verificou-se uma diminuição dos abstinentes e um aumento dos desistentes, num quadro de estabilização ou decréscimo de consumidores recentes e correntes.

Relativamente a outros países europeus, Portugal apresenta valores de prevalência de consumo no último ano claramente inferiores, sendo mesmo um dos países com indicadores mais baixos. Como podemos observar pela Figura 1.9, a prevalência de consumo no último ano manteve-se relativamente estável nos últimos anos nos países europeus utilizados para *benchmarking*, ainda que num patamar superior ao registado em Portugal.

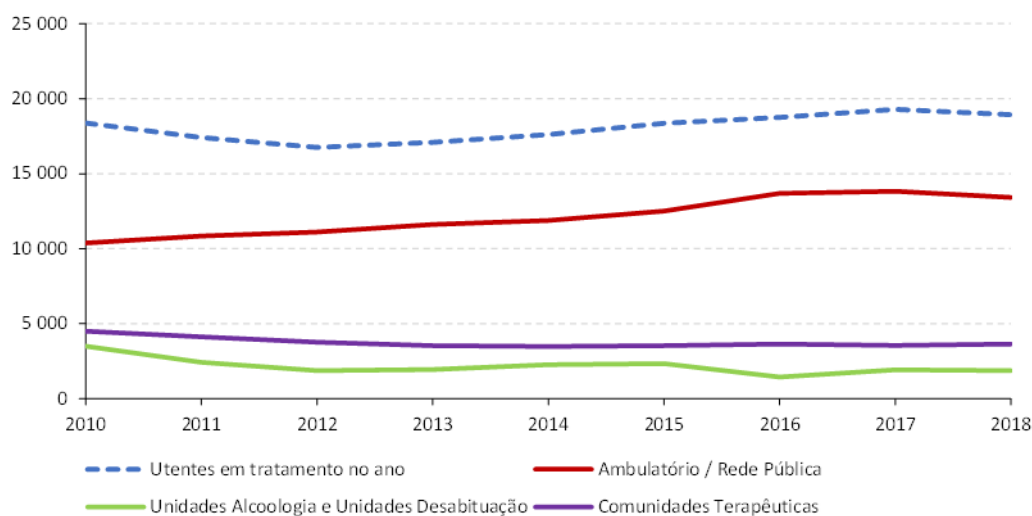
Figura 1.9 - Prevalências de consumo de bebidas alcoólicas na população geral (15-64 anos) nos últimos 12 meses



Fonte: RARHA, 2016 - Comparative Monitoring of Alcohol Epidemiology Across the EU. Baseline Assessment and Suggestions for Future Action. Synthesis Report 2016.

Relativamente ao tratamento, verifica-se uma subida gradual do número de utentes em tratamento em ambulatório na rede pública entre 2010 e 2018. O PNRCAD 2013-2020 teve início numa altura em que o número de novos utentes e utentes readmitidos aumentou significativamente entre 2010 e 2012. No período de 2012 a 2016 verificou-se um ténue aumento nos novos utentes e um decréscimo dos utentes readmitidos. Entre 2016 e 2018 verificou-se um ténue decréscimo de novos utentes e um aumento de utentes readmitidos.

Figura 1.10 - Número de utentes em tratamento no ano



Fonte: Administrações Regionais de Saúde, I.P. / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: EMSI / DMI – DEI

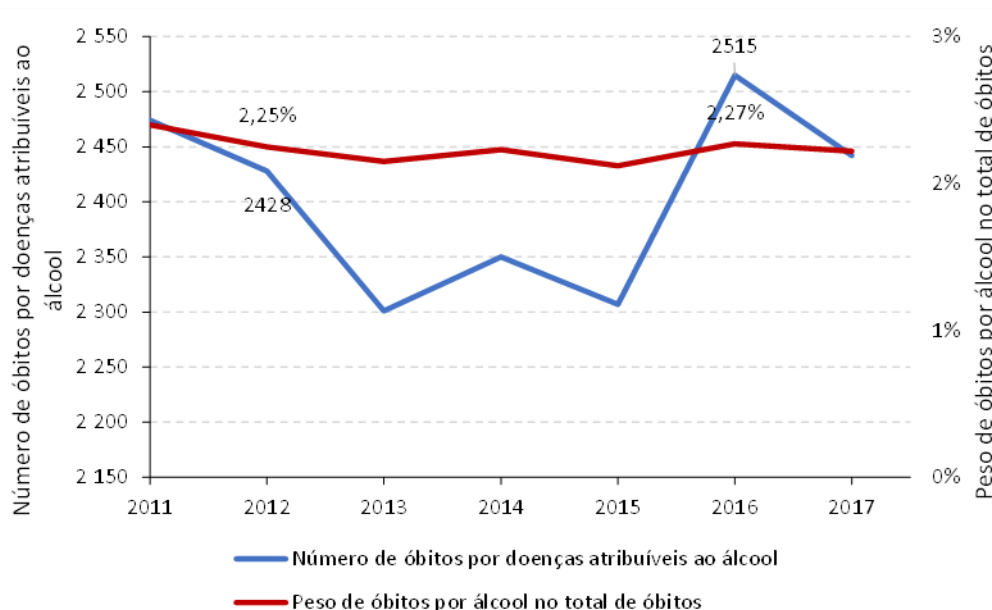
Nas unidades de alcoologia e de desabilitação (UA/UD) e nas comunidades terapêuticas (CT), verificou-se uma descida do número total de utentes em tratamento no ano entre 2010 e 2012. Esta tendência inverteu-se entre 2012 e 2016 e voltou a verificar-se entre 2016 e 2018.

Assim, no que toca ao tratamento, o PNRCAD 2013-2020 teve início num contexto de subida generalizada do número de utentes em tratamento e do número de utentes que iniciam tratamento em ambulatório na rede pública e de descida dos mesmos indicadores nas unidades de alcoologia e de desabilitação.

A nível das consequências relacionadas com o consumo do álcool, os internamentos hospitalares relacionados com o consumo de álcool (diagnóstico principal) decresceram entre 2010 e 2017 e registaram um crescimento entre 2017 e 2018.

O número de mortes por doenças atribuíveis ao álcool e a taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool apresenta uma tendência de decréscimo entre 2011 e 2017, com um pico de crescimento em 2016.

Figura 1.11 - Número de óbitos e proporção no total de óbitos devido a doenças atribuíveis ao álcool



Fonte: Instituto Nacional de Estatística, I.P. / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Relativamente aos indicadores de controlo, o número de processos de contraordenação relacionados com condução com Taxa de Álcool no Sangue (TAS) $\geq 1.2\text{g/L}$ aumentou de 2010 para 2012, tendo diminuído gradualmente entre 2012 e 2018.

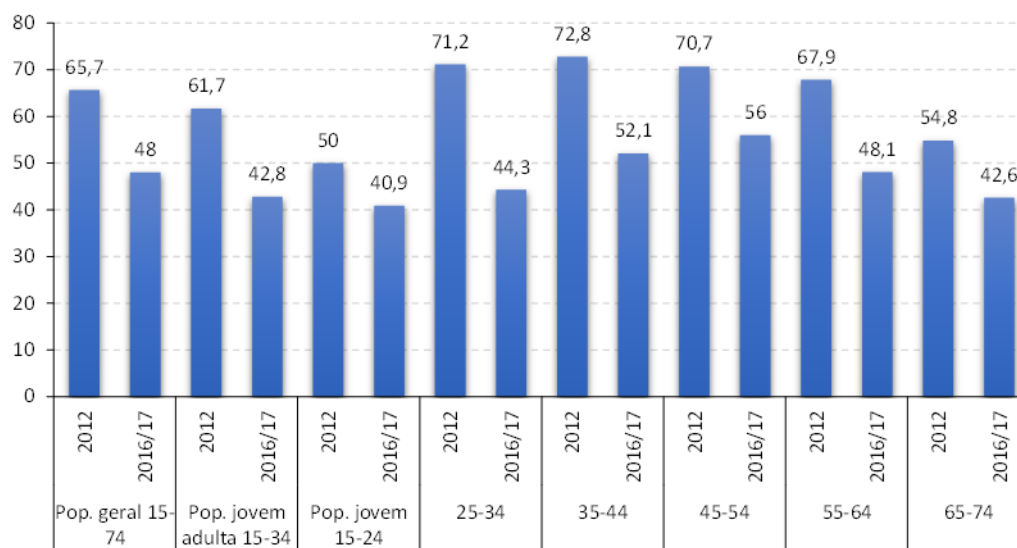
Assim, podemos concluir que o PNRCAD 2013-2020 foi elaborado numa situação de mitigação do consumo de álcool. A maioria dos principais indicadores registou uma tendência de melhoria entre 2010 e 2012. Uma análise geral dos indicadores reflete que este quadro se manteve entre 2012 e 2016 nas prevalências de consumo nos últimos 12 meses para a população em geral e para a maior parte das faixas etárias, embora as prevalências de consumo ao longo da vida apresentem uma tendência inversa. Para uma visão detalhada, vd. Relatório de Indicadores NOVA IMS - Nova IMS.

1.3 Jogo

O jogo, enquanto comportamento aditivo sem substância, passou a ser parte integrante do PNRCAD 2013-2020. De notar, no entanto, que a coordenação de medidas relacionadas com a regulação e fiscalização do jogo está, em grande parte, sob a responsabilidade do Turismo de Portugal. Contudo, no âmbito da redução da procura, prevenção, tratamento, e áreas transversais, a responsabilidade está disseminada por inúmeras entidades.

Em termos de grandes tendências, observou-se uma descida generalizada nos indicadores de prevalência de qualquer jogo a dinheiro em todos os segmentos etários entre 2012 e 2016, tanto no sexo masculino como no sexo feminino.

Figura 1.12 - Prevalência de jogos a dinheiro por segmentos etários

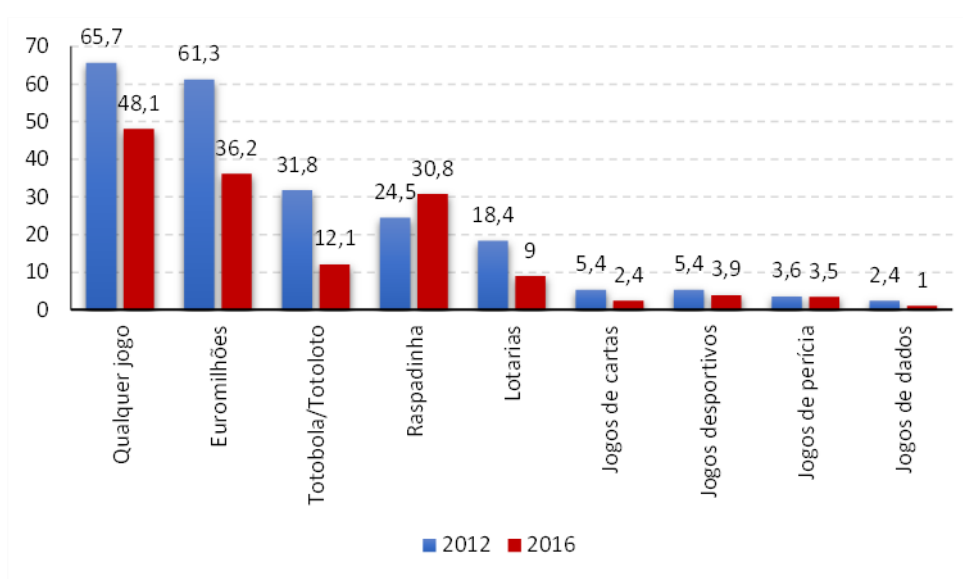


Fonte: Balsa et al., 2018. IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

A prevalência de jogo é tendencialmente maior no sexo masculino e menor na população jovem (15-24 anos). Entre 2012 e 2016 salienta-se o decréscimo da prevalência de jogo na população jovem adulta (15-34 anos), com particular incidência nos jovens adultos com idades entre os 25 e 34 anos.

A tendência de decréscimo verifica-se em quase todos os tipos de jogo (euromilhões, totobola/totoloto, raspadinhas, lotarias, jogos de cartas, jogos de dados, jogos de perícia, jogos desportivos), exceto no que se refere às raspadinhas, em que a prevalência de jogo aumentou 3% no sexo masculino e 8% no sexo feminino. A raspadinha é também o único jogo em que a prevalência é superior no sexo feminino.

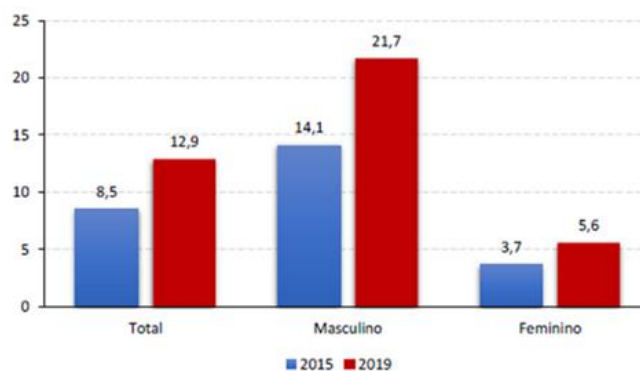
Figura 1.13 - Prevalência de jogos a dinheiro, 15-74 anos



Fonte: Balsa et al., 2018. IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Na população em idade escolar dos 13 aos 18 anos verificou-se uma subida da prevalência de jogos a dinheiro entre 2015 e 2019.

Figura 1.14 - Prevalência de jogos a dinheiro nos últimos 12 meses população escolar (13 - 18 anos)

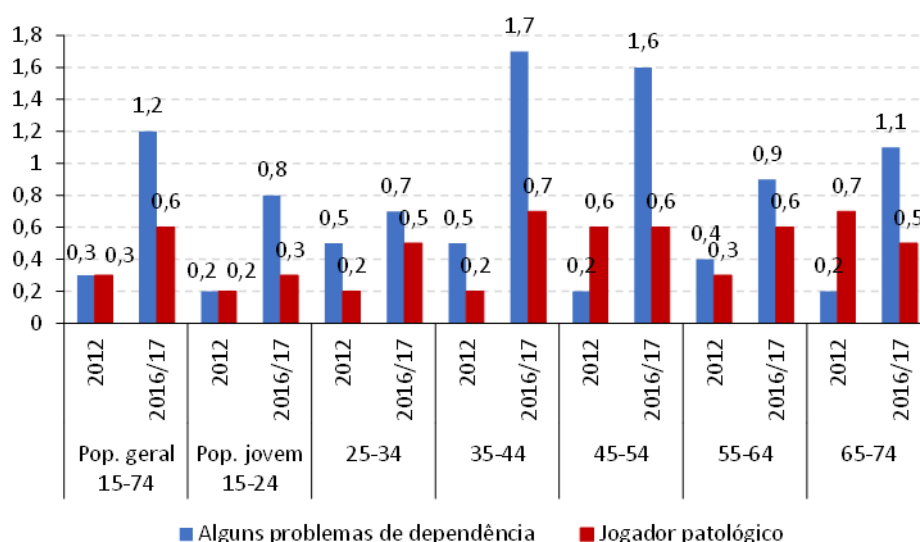


Fonte: ECATD-CAD/2019. Elsa Lavado, Vasco Calado, Fernanda Feijão. SICAD/DMI/DEI

Em contexto prisional, os dados do inquérito nacional sobre comportamentos aditivos em meio prisional indicam que, em 2014, 34% dos reclusos declaram que jogaram a dinheiro alguma vez na vida fora da prisão e 26% em reclusão. Considerando toda a população inquirida em meio prisional, cerca de 0.9% dos reclusos, já recorreram a programas de tratamento devido à dependência do jogo. Considerando apenas os reclusos que declararam ter jogado alguma vez na vida, tem-se que cerca de 2.6% destes já recorreram a programas de tratamento para a dependência do jogo.

Em relação à avaliação da dependência de jogos a dinheiro, a grande maioria da população jogadora não apresenta problemas de dependência. No entanto, na população geral, observou-se um aumento da percentagem de jogadores com alguns problemas de dependência e de jogadores patológicos, que subiu de 0.3% para 1.2% e de 0.3% para 0.6%, respetivamente.

Figura 1.15 - Percentagem de indivíduos com problemas de dependência do jogo na população total, por segmento etário



Fonte: Balsa et al., 2018. IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Relativamente a tratamento, em 2016, o número de utentes integrados nas respostas dos CRI com problemas relacionados com a dependência do jogo era de 135. Não existem, no entanto, dados epidemiológicos suficientes que permitam uma análise comparativa.

Assim, podemos concluir que o período do PNRCAD 2013-2020 foi caracterizado por uma situação de mitigação das prevalências de jogadores sem problemas de dependência e, em contrapartida, por uma situação de crescimento das prevalências de jogadores com alguns problemas de dependência e com probabilidade de serem jogadores patológicos.

2. Desenho e implementação

2.1 Desenho

2.1.1 Alinhamento do Plano com a legislação, planos e estratégias a nível internacional e portugueses relacionados com a área da saúde

O PNRCAD 2013-2020 surge com uma proposta profundamente inovadora, assente nas mais avançadas abordagens de saúde pública a nível internacional, e totalmente alinhado com uma perspetiva de redefinição das políticas e dos serviços de saúde que então se preconizava.

Os princípios basilares do PNRCAD 2013-2020 baseiam-se no equilíbrio entre os domínios da procura e da oferta. Ainda hoje muitos países privilegiam a oferta, sem conseguirem alcançar este modelo que, à luz das evidências atuais, parece o mais adequado, ainda que as realidades políticas e geoestratégicas imponham outras visões para outros países.

No que se refere à redução da procura, estabeleceu-se o pressuposto da centralidade no indivíduo no desenvolvimento de intervenções globais e abrangentes, considerando o seu contexto e ciclo de vida, e os diferentes tipos de intervenções que contribuam para a promoção da sua saúde e bem-estar: prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos (RRMD), tratamento e reinserção social.

No que se refere à redução da oferta, para além da componente já estabelecida de diminuição da disponibilidade e do acesso às substâncias ilícitas tradicionais, surgem igualmente novas propostas, não só no sentido de dar uma maior visibilidade às novas substâncias psicoativas, como também visando integrar, pela primeira vez, a regulamentação e fiscalização do mercado das substâncias lícitas com as áreas do jogo e da internet.

Merecem destaque os princípios da Estratégia da UE de Luta contra a Droga (2013-2020), assentes no respeito pela dignidade da pessoa humana, tendo em vista preservar e melhorar o bem-estar social e individual, e adotar, em relação ao fenómeno da droga, uma abordagem equilibrada e integrada.

Em dezembro de 2012, o Conselho Europeu apresentou a Estratégia da UE de Luta contra a Droga para 2013-2020, estabelecendo o enquadramento político geral e as prioridades da política a seguir pela União em matéria de droga.

Esta estratégia assenta nos princípios fundamentais do direito da UE e defende, em todos os seus aspetos, os valores em que se funda a União. Não obstante, e conforme referido no respetivo preâmbulo, o fenómeno da droga é uma questão nacional e, simultaneamente, internacional, que tem de ser gerido à escala mundial.

Em termos gerais, o objetivo da estratégia da UE na luta contra a droga passa por contribuir para a redução da procura e da oferta de droga dentro da UE, bem como para diminuir os riscos e danos associados. Esta formulação permite inferir que a política europeia não estabelece o normativo que os estados-membros devem seguir, antes define um conjunto

de objetivos, baseados na melhor evidência científica e nos ensinamentos resultantes da implementação das anteriores estratégias. Para isso, existe uma estrutura que apoia e complementa as políticas nacionais e permite o desenvolvimento de ações coordenadas e conjuntas da UE.

Quer ao nível do alinhamento dos objetivos gerais, quer na criação de uma estrutura central de coordenação, existe uma perfeita adequação ao modelo português, refletido no PNRCAD.

A estratégia da UE na luta contra a droga articula-se em torno de dois domínios de intervenção, a redução da procura e da oferta de droga, e de três temas transversais: a coordenação; a cooperação internacional; e a investigação, informação, controlo e avaliação. Este modelo foi também seguido no PNRCAD, ainda que adicionando outros temas transversais.

As ações específicas, com os respetivos calendários, responsáveis, indicadores e instrumentos de avaliação, são definidos nos planos de ação 2013 e 2017. Também neste aspeto, o modelo português está em total sintonia com as práticas europeias, através da criação dos dois planos operacionais relativos aos períodos 2013-2016 e 2017-2020.

Em cada domínio de intervenção e tema transversal foram estabelecidas as respetivas prioridades, num total de 47.

No que respeita às 10 prioridades na redução da *procura*, destaca-se o facto de, nos seus objetivos, surgir a diminuição quantificável do consumo de drogas ilícitas, refletindo uma visão concentrada neste tipo de substâncias, que, em relação ao modelo português, foi ultrapassada, surgindo o PNRCAD como uma evolução deste modelo em que passou a centrar-se as intervenções nos indivíduos e não nas substâncias.

Nas 11 prioridades da redução da *oferta*, a tónica é colocada na criminalidade em grande escala, transfronteiriça e organizada, associada ao tráfico de droga, o que também corresponde a uma prioridade do plano português.

Relativamente às 6 prioridades no domínio da *coordenação*, destaca-se o duplo objetivo de intercâmbio de informações e de análise da evolução e dos desafios que se colocam em matéria de droga, uma opção também identificada no modelo português.

Nas 10 prioridades da *cooperação internacional*, a orientação é claramente no sentido do reforço do diálogo e da cooperação entre a UE, os países terceiros e as organizações internacionais. É relevada a importância de, na medida do possível, a UE falar a uma só voz na cena internacional. Existe também uma forte incidência das ações nos temas da corrupção, branqueamento de capitais e nos produtos do crime associado ao tráfico de droga. Neste caso, verifica-se igualmente um alinhamento com o PNRCAD, ainda que Portugal, tal como acontece em vários outros países europeus, complementarmente dedique uma atenção especial aos países com quem tem fortes laços históricos e culturais, como são o Brasil, Timor-Leste e os PALOP.

Por fim, no que respeita às 10 prioridades na *informação, investigação, controlo e avaliação*, é atribuída uma especial relevância à criação de uma base de dados sólida e abrangente, fonte essencial de informação para a definição das políticas e das iniciativas delineadas. No caso português, existe desde 1999 o Sistema Nacional de Informação em CAD, que é alimentado com os dados dos parceiros do SICAD, tanto ao nível da procura (nomeadamente, entidades na área da saúde, educação e prisões) como da oferta

(nomeadamente as autoridades policiais ou a ASAE), e também com os estudos periódicos e específicos realizados ou promovidos pelo SICAD. No entanto, apesar de esta infraestrutura estar criada, existe uma clara necessidade de evolução, que a acontecer se poderia refletir positivamente na capacidade em disponibilizar informação mais completa, rigorosa e atualizada.

Por outro lado, a Estratégia da UE de Luta contra a Droga também procura seguir as orientações emanadas pela ONU, no sentido de uma abordagem integrada e equilibrada, em que a redução da procura e da oferta de droga constituem elementos da política contra as drogas ilícitas que se reforçam mutuamente.

Também neste aspeto o PNRCAD surge em perfeita sintonia.

No entanto, ao nível das políticas europeias não existe um consenso em termos a adoção de uma estratégia integrada, centrada no indivíduo, conforme referido, e também evidenciado no Relatório de *Benchmarking* NOVA IMS (capítulo 6), pese embora o facto de vários países terem vindo a evoluir nesse sentido, diminuindo o enfoque nas substâncias que, até então, era privilegiado.

A fundamentação para esta abordagem reside na visão de que, em lugar de se atuar sobre uma substância geradora de dependência, a eficácia da intervenção aconselha, pelo contrário, uma atuação ao nível da pessoa, que pode ter uma ou várias mais patologias, associadas, a montante ou a jusante (na medida em que a dependência pode ser uma causa ou uma consequência), com o consumo de uma ou mais substâncias geradoras de dependência (considerando que os poli-consumos são cada vez mais frequentes), ou até com uma dependência sem substância. O aumento de eficácia resulta de se melhorar ao nível do diagnóstico e das respostas disponibilizadas nos cuidados ao cidadão.

Este é outro domínio no qual a estratégia portuguesa se posicionou na vanguarda das melhores práticas internacionais, pelo que, neste caso, mais do que se uma questão de alinhamento do plano nacional com as melhores práticas internacionais, trata-se de uma opção inovadora, percussora da orientação que muitos outros países viriam a seguir.

Na verdade, apesar de já ser uma prática seguida em vários países europeus, esta não é ainda a estratégia adotada pelas instâncias europeias, a julgar pela forma como as diferentes entidades e organismos se encontram organizados dentro da Comissão Europeia. Não existe, por isso uma estratégia europeia integrada, mas apenas uma estratégia para as drogas ilícitas, para além da inclusão de referências sobre outras dependências, como o álcool e o tabaco em documentos no âmbito das políticas de saúde. O próprio Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCDDA), na definição da sua missão, releva a sua focalização nas drogas, especialmente as ilícitas.

Ao nível da OMS, de salientar o documento Health 2020 (OMS, 2014), por ser a referência para as políticas europeias de saúde, vertidos na definição das linhas estratégicas dos respetivos planos nacionais. A primeira prioridade estratégica estabelecida neste documento é o “investimento na saúde ao longo de todo o ciclo de vida e valorizar a intervenção dos cidadãos”.

O Plano Nacional de Saúde (PNS), elaborado a partir das “recomendações do relatório da Organização do Mundial de Saúde-Euro (OMS-Euro)”, mantém-se, na sua extensão a 2020, alinhado com os princípios e orientações da Estratégia 2020 da OMS para a região europeia.

Neste documento é indicado que o primeiro dos quatro eixos estratégicos transversais em que todas as intervenções em saúde devem assentar é o da Cidadania em Saúde. O cidadão deve ser capacitado para assumir a responsabilidade de pugnar pela defesa da sua saúde individual e da saúde coletiva.

Destaca-se, ainda, nos princípios orientadores da implementação da extensão do PNS a 2020, o alinhamento com as opções do PNRCAD. A “prevenção e controlo da doença” e a “promoção e proteção da saúde”, surgem no PNRCAD refletidas num conjunto de iniciativas desencadeadas nos vários tipos de intervenção, desde logo na prevenção, mas também na dissuasão ou na RRMD, com uma particular atenção às fases da infância, adolescência e gravidez, mas sem omitir as restantes etapas do ciclo de vida. A “colaboração intersectorial” é outro aspeto que o PNRCAD releva, através das iniciativas de promoção do envolvimento com os parceiros estratégicos, um aspeto central do PNRCAD. E diversas outras iniciativas, no âmbito da comunicação e da intervenção na sociedade elencadas no PNRCAD, que consubstanciam os princípios de “promoção de ambientes saudáveis”, “divulgação e implementação de boas práticas” e “fortalecimento da saúde global”, referenciados no PNS.

O Programa Troca de Seringas ou o Programa Nacional para a Tuberculose, são exemplos concretos de articulação e de integração de programas prioritários da DGS com o PNRCAD 2013-2020, como é o caso do Programa Nacional para a Infecção VIH SIDA.

A discriminação dos objetivos do plano em função dos ciclos de vida, resulta adequadamente alinhada com o que está preconizado no PNS 2020. No PNRCAD 2013-2020, procura-se planear as ações, no domínio da procura, por ciclo de vida, com metas previamente quantificadas.

As orientações e recomendações da OMS estão plasmadas no PNRCAD, quer em termos de prioridades quer dos mecanismos de implementação, como é exemplo o recurso aos diagnósticos ASSIST ou AUDIT na referência de indivíduos consumidores, nos seus diferentes graus.

Por outro lado, a posição de Portugal na cena internacional tem-se caracterizado pelo respeito das convenções internacionais, nomeadamente emanadas das Nações Unidas, no domínio do controlo de estupefacientes.

Ainda no que respeita ao alinhamento do PNRCAD 2013-2020 com a legislação, planos e estratégias portuguesas relacionados na área da saúde, verifica-se também uma orientação do plano, relativamente a abordagens anteriores, no sentido da sua compatibilização com a reorientação da política neste domínio determinada em dezembro de 2011 pelo Ministério da Saúde. Esta visou o alargamento do âmbito de intervenção a outros comportamentos aditivos e dependências, a criação do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) e a atribuição às Administrações Regionais de Saúde (ARS, I.P.) da componente de operacionalização dessas políticas. Foi ainda neste enquadramento que o plano ampliou a abordagem e as respostas ao âmbito de outros Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD), passando a incluir medicamentos, os anabolizantes e o jogo, para além das drogas ilícitas, das novas substâncias psicoativas e do álcool.

É assim neste âmbito, com o alargamento do enfoque para além das toxicodependências, passando a compreender o vasto leque dos CAD, que o ciclo estratégico 2013-2020 estabelece o princípio da centralidade no cidadão. Não obstante, a ausência do plano de

determinadas dependências ou comportamentos aditivos, como o tabaco, embora não impedindo, limita a abrangência da aplicação deste princípio.

Pode, portanto, concluir-se que o PNRCAD 2013-2020 acompanha, na formulação e objetivos, não só a legislação, como as principais referências internacionais, com destaque para a União Europeia e a OMS, e nacionais, nomeadamente o Plano Nacional de Saúde.

De sublinhar, ainda, a relevância que a estratégia portuguesa adquiriu a nível internacional, constituindo uma referência indiscutível, que tem gerado centenas de pedidos de visitas de peritos e delegações estrangeiras, e a realização de estudos científicos.

Ainda recentemente, na presidência do grupo Pompidou, Portugal voltou a inovar, ao colocar como tema central deste ciclo a questão dos direitos humanos nas políticas de drogas e dependências, lançando inclusivamente uma proposta de *self assessment tool*, que ficará disponível para os Estados membros. Trata-se de uma *check-list* para verificação da conformidade das políticas com os direitos humanos, a ser utilizada no desenho das próprias políticas.

De mencionar, de igual modo, a apresentação, em 2019, de diversos documentos nas Nações Unidas, em matéria de *compliance* dos direitos humanos com as políticas de drogas e dependências.

E, ainda no âmbito da presidência do grupo Pompidou, merece referência a revisão dos estatutos. Quando em 1971 este grupo foi criado, o objetivo era apenas trabalhar a componente da procura, alargando progressivamente a sua intervenção ao domínio da oferta, mas sem que os seus estatutos acompanhassem esta diversificação. Pretende-se, agora, aproveitar os 50 anos de existência do grupo para fazer este exercício de revisão e para aprovar, na conferência ministerial de encerramento da presidência, o novo estatuto do grupo que, após aprovação no seu seio, será submetido à apreciação da assembleia parlamentar do Conselho da Europa.

2.1.2 Alinhamento do Plano com estudos científicos de boas práticas

Em vários domínios, o Plano surge adequadamente alinhado com as mais avançadas evidências científicas, através do recurso a vários estudos, nacionais e estrangeiros para a elaboração do Plano. Estes estudos constituem referência fundamental para perspetivar as iniciativas a concretizar, como sucede, por exemplo, no caso das intervenções em prevenção, onde se procura obter da documentação científica os elementos necessários para diferenciar quem está sujeito a situações que poderão levar a uma maior propensão para o abuso de drogas, daqueles que estão menos vulneráveis. E mesmo nos casos onde não se terá ido tão longe quanto se desejava no estabelecimento das metas do plano, e nas medidas que as sustentam, o SICAD procurou sempre alicerçar as suas indicações e pareceres em sólidas evidências científicas, como por exemplo, no que se refere à adoção de medidas mais restritivas relativas ao álcool.

Tal resulta patente, por exemplo, na forma como os diferentes tipos de intervenções foram adaptados e recombinaados, na construção de soluções inovadoras, como a extensão do domínio da prevenção à redução dos riscos associados ao consumo ou a interação entre práticas de tratamento e redução de danos, a sua sustentação nas melhores evidências científicas, nomeadamente nos *European Drug Prevention Quality Standards*, da EMCDDA.

Por fim, de destacar a integração das estruturas portuguesas em projetos de investigação científica internacionais, assim como no contributo para a criação de uma base de conhecimento científico, como são os casos do *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*, do SEAS (*Standardised European Alcohol Survey*) ou da construção da HARMES (*Harmonizing Alcohol-Related Measures in European Surveys*), uma base de dados comum europeia sobre o consumo de álcool.

A sustentação científica do Plano tem sido objeto de referência em várias publicações científicas, bem como em reputados centros de investigação e encontros científicos internacionais, tais como a UNODC (*United Nations Office on Drugs and Crime*) ou o EMCDDA.

A forma como o Plano foi concebido, com a participação de representantes de associações e instituições de base científica, é por si só uma forte indicação do alinhamento do Plano com as mais avançadas evidências científicas disponíveis nesta área do conhecimento.

Por fim, o relatório “Caraterização da Evolução da Investigação Científica no domínio dos Comportamentos Aditivos e Dependências”, permite identificar o conceito inovador e antecipador de tendências que viriam a prevalecer nos anos seguintes à sua elaboração, que caraterizou o desenho do PNRCAD 2013-2020.

A focalização do Plano no indivíduo, considerando os seus diferentes contextos e ciclos de vida, assim como o enquadramento da temática no domínio das políticas de saúde, corresponde a uma linha de investigação que se revelaria prevalecente nos anos seguintes à elaboração do Plano. Mesmo a maior segmentação das políticas, que marca a tendência atual das investigações científicas, estava contemplada no Plano, aquando do seu desenho.

Apenas a componente de gestão da informação não esteve tão presente, quer na elaboração do plano, quer na sua implementação. Esta corresponde a uma preocupação revelada pela análise das publicações neste domínio, que não surge com a relevância desejada, com impacto na forma como a evolução dos indicadores e dos projetos é acompanhada em Portugal.

2.1.3 O Plano responde às recomendações anteriores e às alterações organizacionais e de conjuntura?

Em aspetos essenciais, o Plano respondeu não só às recomendações anteriores, como em certos aspetos, foi além do que tinha sido recomendado, nomeadamente na avaliação do anterior plano nacional. Ilustrativo deste aspeto é o alargamento da abrangência das respostas e dos CAD para além das substâncias psicoativas. Este Plano introduziu, pela primeira vez, a perspetiva do investimento nos dois domínios, da oferta e da procura, o alargamento a outras substâncias e as abordagens por ciclos de vida e em diferentes contextos.

A Estrutura de Coordenação, assim como o modelo de governo do PNRCAD 2013-2020 nela assente, foram objeto da avaliação interna e externa em 2012, tendo sido recomendada a sua continuidade no ciclo seguinte.

A especial configuração institucional desta estrutura tem em conta o carácter transversal da problemática e abrange vários níveis. O nível político e governamental, representado no Conselho Interministerial e na figura do membro do Governo responsável pela política da droga e problemas do álcool. O nível de coordenação executiva, assegurado pelo

Coordenador Nacional. O nível técnico, através da Comissão Técnica do Conselho Interministerial, composta por representantes dos membros do Governo que integram o Conselho Interministerial. A Comissão Técnica criou diversas Subcomissões setoriais nas quais estão representados os organismos da Administração Pública com competências na área dos CAD que operacionalizam os Planos de Ação em termos de planeamento, implementação, acompanhamento e avaliação. No entanto, a Estrutura de Coordenação não abrange todas as áreas governamentais contempladas no PNRCAD 2013-2020.

Assim, no decorrer do ciclo 2013-2016, e em cumprimento da ação 126 do Plano de Ação, a Comissão Técnica propôs e aprovou o alargamento da Estrutura de Coordenação aos medicamentos e anabolizantes e ao jogo, propondo igualmente a alteração da designação da Estrutura de Coordenação para os “Comportamentos Aditivos e as Dependências”. A proposta contempla ainda a inclusão no Conselho Interministerial de áreas do Governo que concorrem para os objetivos e metas do PNRCAD 2013-2020 e/ou com competências na implementação de ações previstas no PARCAD 2013-2016, designadamente, do Ordenamento do Território; da Juventude; do Desporto; da Cidadania e da Igualdade de Género, omissas no Decreto-Lei n.º 40/2010, de 28 de abril, bem como a alteração do formato das Subcomissões. Esta proposta foi submetida à tutela em 21 de julho de 2016 pelo Coordenador Nacional, aguardando-se ainda uma decisão.

Neste modelo de governo destaca-se ainda o Fórum Nacional Álcool e Saúde (FNAS), uma plataforma através da qual um conjunto alargado de entidades manifestam a sua adesão a uma carta de compromisso, que concorre para um agregado de objetivos baseados nas metas relativas ao álcool do PNRCAD 2013-2020.

A própria realização desta avaliação dá cumprimento ao estabelecido acompanhamento anual e à monitorização contínua pelas Subcomissões, como anteriormente recomendado. Para além disso, existe ainda um escrutínio e validação adicional do PNRCAD 2013-2020, e da respetiva operacionalização, que resulta da apresentação anual à Assembleia da República, efetuada pelo Coordenador Nacional, onde se incluem os processos de avaliação das ações elencadas no PARCAD.

Muitas outras recomendações apresentadas foram igualmente contempladas, nomeadamente as que se referem ao planeamento adequado das intervenções, baseado na periódica atualização dos diagnósticos de necessidades; a disponibilização de uma oferta de serviços diversificada, adequada às necessidades; a manutenção das estratégias de cooperação e articulação, nacionais e internacionais; a fomento das ações de investigação, formação e informação, centradas nos CAD ou o desenvolvimento da área de comunicação, com enfoque no modelo português e a divulgação de boas práticas.

Em resumo, e reportando às recomendações gerais do Relatório de Avaliação Externa Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012 (PNCDDT), foram seguidas as recomendações formuladas, no que se refere a:

- Manutenção da coordenação a nível nacional da política no âmbito das substâncias ilícitas e álcool, ainda que não se tenha evoluído para a coordenação dos comportamentos aditivos e dependências, como sugerido;
- Existência de uma oferta e carteira de serviços diversificada, adaptada à introdução de outros comportamentos aditivos e dependências, garantindo-se a coerência das intervenções e a equidade no acesso às respostas no território nacional;

- Consolidação do sistema de acompanhamento, monitorização e avaliação das intervenções, estabilizando os indicadores e otimizando os sistemas de registo e reporte;
- Lançamento de um modelo global de gestão da qualidade das intervenções, programas e projetos;
- Manutenção das estratégias de cooperação e articulação a nível nacional e internacional;
- Fomento das ações de investigação, formação e informação/sensibilização dos profissionais, com especial enfoque nos profissionais não especializados na abordagem a comportamentos aditivos e dependências;
- Desenvolvimento da área de comunicação a nível nacional e internacional sobre a política e experiência portuguesa no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências, potenciando a divulgação de boas práticas e dos resultados obtidos.

Em determinados domínios, no entanto, as recomendações anteriores não foram integralmente seguidas, nomeadamente no que se refere àquelas que resultaram da avaliação interna do PNCDT 2005-2012, e do Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012 (PNRPLA):

- A existência de um número excessivo de ações, muitas vezes sobreponíveis, dos Planos de Ação que operacionalizaram o PNCDT 2005-2012, com alguns indicadores pouco adequados. Verifica-se que no PNRCAD 2013-2020 se mantém de alguma forma este quadro: elevada quantidade de ações, com indicadores inadequados em algumas situações e uma interligação por vezes difusa;
- O alargamento da estrutura de coordenação a outros comportamentos aditivos e dependências, para além da droga, das toxicodependências e do uso nocivo do álcool. É preconizada a elaboração de um Plano Nacional único no domínio dos comportamentos aditivos e das dependências, numa perspetiva de promoção da saúde, com vista a garantir e potenciar a eficiência, a eficácia e a qualidade da intervenção na redução destes comportamentos. Esta recomendação também não foi cumprida, uma vez que relevantes comportamentos aditivos e dependências se mantêm fora da estrutura de coordenação (jogo e tabaco, por exemplo);
- A não atualização dos diagnósticos de necessidades, de forma harmonizada e participada a nível regional e local, tendo em consideração a ampliação do objeto para intervenção em comportamentos aditivos e dependências, que constitui um elemento fundamental para o planeamento adequado das intervenções baseado na periódica atualização. A situação do PORI, conforme amplamente referido nas entrevistas realizadas, especialmente com responsáveis na área da saúde, carece de uma atualização em virtude da evolução socioeconómica que se tem verificado nos últimos anos em Portugal. Assim, para além de não se estar a endereçar suficientemente novos domínios carenciados, incorre-se no risco de realizar intervenções em áreas que perderam prioridade;
- 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. Não obstante o bom grau de execução em muitos indicadores, objetivamente o plano contempla uma quantidade muito elevada de objetivos e de ações;

- O financiamento e contratualização, pela inexistência de um sistema de contratualização com os serviços baseado nos resultados e na qualidade das intervenções.

Relativamente à mudança da conjuntura, o plano pressupôs que o SICAD retomaria a responsabilidade sobre as atividades de intervenção direta junto dos cidadãos dos serviços públicos de proximidade, o que não aconteceu. Assim, o plano foi construído para uma estrutura, cuja cisão gerou dificuldades na implementação de medidas, cujas tutelas e recursos passaram a ser distintos, obrigando a uma coordenação repartida.

Em muitos casos, foi possível assegurar a qualidade das respostas, o que também resultou da proximidade entre as pessoas e a manutenção de redes informais, mas também foram evidentes os impactos na relevância atribuída a programas que visam os CAD, resultantes da passagem das estruturas locais para a dependência das ARS, cujo âmbito de intervenção excede largamente esta temática.

É generalizadamente reconhecida a necessidade de estabelecer prioridades, reduzir o número de objetivos, clarificar as ações. No entanto, não se identificaram objetivamente as principais prioridades para não se correr o risco de transformar o plano nacional num programa específico, conforme referido nas entrevistas aos peritos, realizadas no âmbito deste estudo. Não se focalizou e concentrou o plano numa quantidade mais reduzida de objetivos, para não correr o risco, para a saúde pública, de algum aspeto relevante ficar omissos, dada a natureza transversal da abordagem contra os CAD. Inclusivamente, vários objetivos específicos apresentam formulações muito similares, mas que por contemplarem franjas que não estavam claramente descritas, foram mantidos. Ainda que, nesta altura seja possível verificar que o verdadeiro risco é o inverso: ao não se concentrar as iniciativas num conjunto reduzido de prioridades com uma quantidade limitada de objetivos, acaba por não se focalizar as iniciativas nas questões mais relevantes.

A escassez de meios implicou a necessidade de se apostar em determinados objetivos e ações, em prejuízo de outros. Mas o facto de não se identificarem as prioridades e não se concentrar a implementação nos objetivos relacionados com essas prioridades, deixa aberta a possibilidade de se ter apostado, não nos objetivos e ações mais importantes, mas nos que satisfizessem outro tipo de critérios, como por exemplo, a facilidade e rapidez de execução.

2.2 Implementação

2.2.1 Adequação dos objetivos do PNRCAD e dos planos de ação para atingir as metas

Da leitura do Relatório da Avaliação Interna efetuada pelo SICAD e da correlação entre objetivos, metas e indicadores parece resultar não existir uma correlação clara entre a execução das ações previstas e a consecução das metas plasmadas nos 42 indicadores quantitativos.

Com efeito, o grau de consecução dos objetivos fica-se pelos 55% (RAI, p. 39), ao passo que as ações foram executadas em 78% (103 em 134), tendo ainda 18 sido consideradas como parcialmente executadas (aproximadamente 15% do total). Na verdade, apenas 6 ações de um total de 134 foram avaliadas como não tendo sido executadas (RAI, p. 59).

Analisando os resultados, constatamos não existir uma correlação clara entre o grau de consecução dos objetivos e a taxa de execução das ações:

Quadro 2.1 - Grau de consecução dos objetivos e de realização das ações

Objetivo Geral	Meta	Grau de consecução dos objetivos	Grau de execução das ações
OG 1	M2	40%	100%
OG 1	M3	71%	75%
OG 1	M4	42%	80%
OG 1	M6	67%	75%
OG 1	M7	100%	0%
OG 2	M1	40%	86%
OG 3	M1	75%	50%
OG 4	M5	0%	100%
OG 5	n.a.	n.a.	98%

Aliás, a coordenação nacional reconhece que “nem sempre é possível fazer correspondências diretas do nexos de causalidade entre a implementação das ações que concorrem para os 5 objetivos gerais elencadas para os dois Domínios e cinco Temas Transversais e as metas estabelecidas, mensuráveis quantitativamente através de indicadores definidos” (RAI, p. 82).

O RAI fornece algumas pistas sobre temas relevantes que poderão ter contribuído para a não consecução de 45% dos objetivos:

- Complexidade do modelo de governação, envolvendo múltiplos intervenientes governamentais, organismos do estado e da sociedade civil (p. 18);
- Não cobertura de todas as temáticas pela estrutura de governação instituída – v.g., medicamentos anabolizantes e jogo, os quais não estão enquadrados no DL 40/2010 (p. 18). Só em julho de 2016 foi submetida proposta de revisão, ainda pendente de decisão (p. 19);
- Multiplicidade de subcomissões – vide em tema de procura, por exemplo (p. 20);
- Contexto económico e social em que decorreu parte da execução do PARCAD, marcado pelo programa de ajustamento, com impacto evidente nas

disponibilidades financeiras, no aumento do desemprego, na contração da economia e das ofertas de emprego associadas à recuperação dos toxicodependentes (p. 23 e 33);

- Alterações na estrutura organizacional, com a extinção do IDT e a segregação de competências entre o SICAD e as ARS, com as inerentes dificuldades de articulação (p. 24);
- A análise SWOT realizada evidencia igualmente que:
 - A estrutura de coordenação não abrange todos os domínios relevantes;
 - Existem dificuldades de monitorização, atento o elevado número de estruturas/ organismos participantes;
 - Verifica-se a existência de um excesso de objetivos específicos;
 - Existe a necessidade de simplificar indicadores;
 - Importa refletir sobre o modelo de avaliação;
 - Deverá ser assegurada a ligação entre as ações do PARCAD com os planos de atividade e orçamentos das entidades envolvidas na sua execução;
- Por outro lado, constata-se a necessidade de objetivar e quantificar o resultado esperado das ações – muitas estão formuladas em termos de “reforço” ou “aumento” sem definir o resultado esperado, o que pode conduzir a que a execução seja dada como concluída sem que seja perceptível o seu contributo para os objetivos quantitativos/ metas (p. 60);
- No domínio da Procura avulta a não implementação da Rede de Referência/ Articulação (p. 67-68);
- Não obstante o investimento realizado na construção de indicadores cientificamente comprovados (o relatório menciona a existência de 99 investigadores em 2016 -p. 71), a produção científica parece estar em declínio desde 2018, o que pode influir sobre a adequação dos indicadores e metas definidos;
- Orçamentação adequada e efetiva – a maior parte das entidades da Administração não identificaram as verbas alocadas a cada ação (p. 77).

Em resultado do suprarreferido, entende-se que, na preparação do próximo ciclo de ação, deverão ser ponderadas as seguintes recomendações:

- i. Maior ligação entre metas, indicadores e critérios de avaliação das ações na construção do plano – a ligação entre o PNRCAD e o PARCAD nem sempre resulta evidente e intuitiva;
- ii. Identificação dos fatores críticos de sucesso para a consecução das metas e concentração dos esforços na sua execução, em detrimento da multiplicidade de ações e objetivos específicos que podem conduzir a alguma dispersão de esforços;
- iii. Simplificação da estrutura organizacional, estabilidade de intervenientes e de canais de comunicação e reporte;
- iv. Quantificação do contributo das ações para a consecução dos objetivos;
- v. Introdução de ciclos de revisão – a realidade é dinâmica e pode justificar-se a revisão intercalar do PNRCAD e PARCAD, seja em termos de metas, seja na revisão das próprias metas e inclusão de novos objetivos ditados pela dinâmica social; estas revisões intercalares com horizonte curto deverão poder gerar alterações às ações concretas a contemplar.
- vi. Implementação de estruturas ágeis e mais eficazes, de monitorização e reporte.

2.2.2 Adequação da abrangência do Plano a tipos de substâncias, CAD sem substâncias, diferentes contextos e ciclos de vida

A orientação do Plano para o cidadão, em vez da sua focalização nas substâncias ilícitas, pressupõe a integração de todos os tipos de substâncias com expressão relevante na sociedade portuguesa.

Releva-se o facto de, no âmbito dos comportamentos aditivos, estarem compreendidos os comportamentos com características impulsivas-compulsivas em relação a diferentes atividades ou condutas, envolvendo, para além das substâncias psicoativas, o jogo, internet, sexo ou compras.

A atual situação resulta de uma evolução da Estratégia de 1999, concentrada nas substâncias psicoativas ilícitas, do alargamento ao álcool, em 2010, com o Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012 e a atribuição de responsabilidades neste âmbito ao Coordenador Nacional para os Problemas da Droga e das Toxicodependências. Por fim, em 2013, a abordagem foi ampliada a outros comportamentos aditivos e dependências, para além dos que se referem às substâncias psicoativas, lícitas e ilícitas, nomeadamente, os medicamentos e anabolizantes e o jogo.

As NSP surgem no Plano enquadradas no domínio da oferta e, na definição dos objetivos gerais, associadas às substâncias ilícitas. Para o álcool foram definidas 6 metas globais, desdobradas em 8 metas específicas com 18 indicadores. Para os medicamentos e anabolizantes foram definidas 2 metas globais, desdobradas em 3 metas específicas com 3 indicadores. Por fim, na área do jogo, foi definida 1 meta global e 1 específica, com 2 indicadores.

A temática dos novos comportamentos, nomeadamente a da adição ao écran, não são relevadas no Plano, considerando que na altura em que foi desenhado, não tinham ainda a importância que vieram a adquirir. Já no que respeita ao Plano de Ação para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências – Horizonte 2020, a omissão é menos justificada, uma vez que já se refere a um período em que este tipo de adição veio a adquirir uma dimensão relevante, não obstante a referência que é feita a estudos realizados neste domínio, nomeadamente no Descritivo de Respostas e Intervenções do Plano de Ação para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências - Horizonte 2020, nomeadamente no estudo realizado pela Direção Geral da Educação, com o objetivo de monitorizar o trabalho que está a ser realizado nas escolas no âmbito da prevenção dos CAD.

A utilização de substâncias dopantes, nomeadamente os esteroides anabolizantes, hormona de crescimento, insulina ou diuréticos, não obstante o reconhecimento da dimensão preocupante de que os consumos estão a atingir, também não se encontra refletida no plano, em termos da definição de objetivos e ações.

Conforme anteriormente referido, em termos de abrangência do plano aos vários tipos de substâncias, ressalta ainda a exclusão de qualquer referência ao tabaco, dada a sua prevalência de consumo, na generalidade dos vários segmentos sociodemográficos da população.

No domínio da redução da procura, a conceptualização do quadro das opções das políticas e das intervenções a partir da centralidade no cidadão, está associado à discriminação pelas etapas do ciclo de vida e pelos contextos de pertença.

A abordagem por ciclo de vida permite direcionar as intervenções em função das especificidades e idiossincrasias em cada fase. No plano estão consideradas as seguintes cinco etapas do ciclo de vida, sendo que a etapa dos 10 aos 24 anos prevê 3 sub-etapas:

- 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.

A definição de objetivos específicos por etapa do ciclo de vida demonstrou uma enorme vantagem de assegurar que nenhuma fase é omitida, nomeadamente a dos adultos acima dos 65 anos. No entanto, a escassez de informação disponível para a caracterização dos perfis e comportamentos dos indivíduos em cada uma destas etapas, prejudicou a definição de ações e objetivos detalhados.

A abordagem por contextos é também muito importante na medida em que o espaço partilhado por indivíduos poderá estar associado a determinados comportamentos de risco ou problemas de saúde. Os contextos considerados no Plano são os seguintes:

- Familiar;
- Escolar;
- Comunitário;
- Recreativo;
- Laboral;
- Rodoviário;
- Prisional;
- Desportivo.

As questões do género e étnicas não foram discriminadas no atual plano, não obstante a perceção de que existem padrões distintos, em cada uma das categorias, que importa relevar.

As prevalências identificadas, tanto no que respeita às substâncias ilícitas como às dependências sem substância, são distintas entre homens e mulheres, e eventualmente noutros géneros, relevando a necessidade de se aprofundar o conhecimento segmentado destes diferentes géneros, e identificar ações específicas para os mitigar.

A importância da emigração em Portugal, teve o efeito de também desenvolver comportamentos diferentes entre as várias comunidades, que devem ser consideradas e geridas.

É o caso, por exemplo, da utilização de substâncias como a *ayahuasca* em contextos religiosos, nomeadamente pela comunidade brasileira residente em Portugal, que deve ser monitorizada. Pode ser também o caso do consumo de opioides e seus derivados, com prevalências relevantes em comunidade oriundas de países do subcontinente indiano e da Ásia central.

2.2.3 A descriminalização facilitou a implementação?

A política de descriminalização do consumo, aquisição e detenção, para consumo próprio de substâncias ilícitas, não excedendo a quantidade para consumo individual durante 10 dias, foi estabelecida no final de 2000, com a Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro. Um elemento central na implementação desta política foi a constituição de uma rede de recursos no âmbito da dissuasão, as Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT), com uma delegação em cada distrito. Na verdade, a estratégia de intervenção da dissuasão extravasa largamente a questão da descriminalização do consumo, pretendendo congregar o conjunto de respostas locais complementares que contribuem para atender às necessidades dos consumidores.

Para além disso, destaca-se o princípio fundamental da existência de um limite objetivo, explicitamente indicado no diploma legal, da quantidade de substância admissível para cada indivíduo, como meio de mitigar a discricionariedade, nomeadamente dos agentes da autoridade. Esta lei teve um efeito relevantíssimo de retirar da distinção entre o consumidor e traficante os elementos subjetivos, não diretamente relacionados com as quantidades de substância na posse do indivíduo.

A descriminalização do consumo (“Descriminalizar o consumo de drogas, proibindo-o como ilícito de mera ordenação social”) foi um marco na definição de políticas contra a droga e na diminuição das dependências, constituindo uma das medidas estratégicas veiculadas pela Estratégia Nacional de Luta contra a Droga, constante da Resolução do Conselho de Ministros nº 46/99, de 26 de maio.

Este novo regime jurídico estabeleceu um novo paradigma de intervenção, original no contexto das políticas europeias contra os CAD, tendo gerado um elevado interesse e curiosidade internacionais, expresso, por exemplo, em diversas publicações científicas e relatórios sobre o assunto como, por exemplo, Domoslawski (2011), Greenwald (2009) ou Hughes and Stevens (2010), ou nas visitas a Portugal de investigadores e organizações não-governamentais de outros países para conhecerem *in loco* a experiência portuguesa (RAI, p. 114). A título de exemplo, em 2018 realizaram-se 57 visitas, com delegações de mais de 20 países, como EUA, Canadá, Austrália, França, Brasil, Países Baixos, Alemanha, Reino Unido, Japão, entre outros.

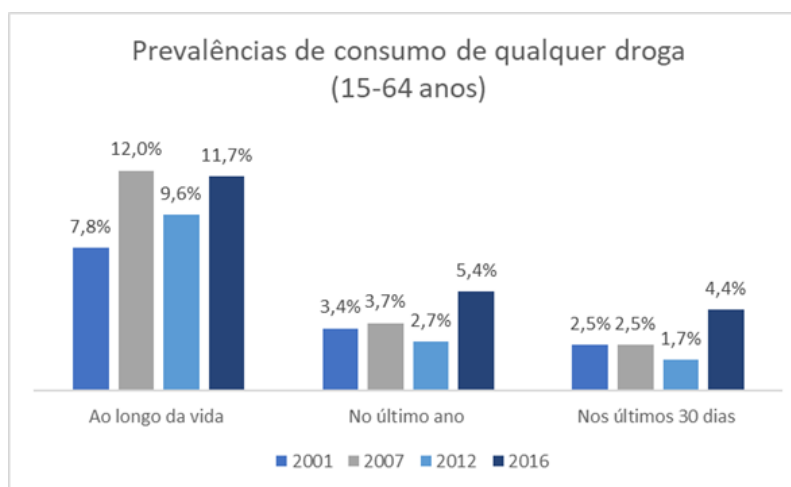
Releva-se igualmente a partilha, entre os vários estados-membros do Grupo Horizontal Drogas (a instância mais relevante em termos da coordenação política na UE, em matéria de drogas), da experiência portuguesa de implementação da Lei da Descriminalização, como mencionada no relatório apresentado pela Comissão Europeia, em maio de 2016, intitulado “Study on alternatives to coercive sanctions as response to drug law offences and drug-related crimes”.

Aquando da elaboração do PNRCAD 2013-2020, a Lei da Descriminalização já tinha mais de uma década, sendo expectável que os maiores impactos da sua implementação já se tivessem verificado nesse período. O Relatório da Avaliação Externa do Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012 (PNCDT) evidencia alguns impactos indiscutivelmente positivos da Lei, como uma evolução relevante na mitigação da exclusão social, ainda que não apresentasse evidências dos impactos da Lei na redução da procura, sugerindo a realização de um estudo científico mais aprofundado para aferição dos seus resultados neste domínio.

Na verdade, a informação hoje disponível não permite afirmar que a Lei da Descriminalização reduziu os consumos, ainda que outros fatores, nacionais e

internacionais, possam ser tão ou mais relevantes para explicar esta evolução do que a Lei da Descriminalização.

Figura 2.1 - Prevalências de consumo de qualquer droga em Portugal (15-64 anos)



Fonte: Relatório Anual 2018 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências (SICAD)

A circunstância dos consumidores de substâncias ilícitas deixarem de ser criminosos com esta Lei, constitui um indiscutível avanço social e sanitário, uma vez que, para além da mitigação do estigma social que lhes estava associado, passaram a poder recorrer a ajuda e tratamento, sem correrem o risco de serem denunciados e sofrerem penalizações legais. Não só passou a ser possível identificar e conhecer quem são os consumidores, como foram criadas as estruturas de intervenção de suporte à sua condição. A extraordinária evolução dos casos de infeção por VIH e casos de SIDA é também um reflexo da procura de consumidores pelas estruturas de saúde pública (vd. supra, Cap. 1.1). Mesmo em termos dos *benchmarks* internacionais, a evolução verificada em Portugal é significativa:

Figura 2.2 - Índices de infeção por VIH em cinco Estados-membros da UE



Fonte: A evolução do fenómeno da droga na europa – Relatório Anual OEDT 2012

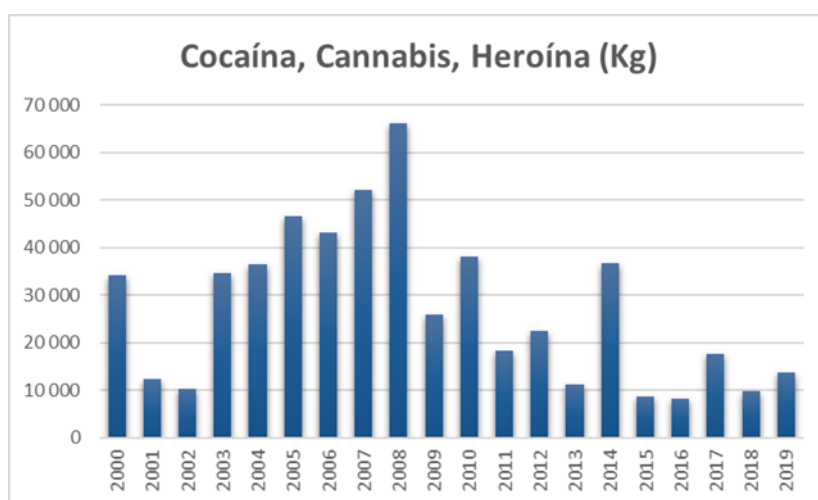
Atualmente é evidente o alargamento da rede de respostas locais, numa perspetiva articulada, integrada e convergente entre os serviços da comunidade e as CDT's, aumentando significativamente a eficácia da componente preventiva das intervenções. Exemplo do que fica dito é o estabelecimento de medidas de agilização e simplificação no relacionamento como os parceiros na área da justiça ou das forças policiais com intervenção local

De acordo com os peritos que participaram no Relatório Qualitativo NOVA IMS destacam-se vários efeitos desta política:

Ao nível da oferta, os organismos policiais, de fiscalização e investigação alteraram significativamente as suas estratégias contra o tráfico das substâncias ilícitas, adotando uma abordagem *top down*, em vez dos métodos tradicionais *bottom up*. Em lugar do foco no consumidor, ligado ao pequeno traficante, que por sua vez depende do grande tráfico, passou a privilegiar-se a colaboração entre as diferentes forças policiais, nacionais e internacionais, recorrendo a tecnologias de ponta, com a capacidade de apreensão de grandes quantidades de substâncias, em terra e no mar, em detrimento da apreensão de gramas ou quilos no terreno em operações de elevada envergadura e complexidade.

A quantidade de droga apreendida, após um período inicial de adaptação dos órgãos de polícia e de segurança à Lei da Descriminalização, aumentou significativamente, contribuindo para a redução da quantidade de substâncias disponíveis. Posteriormente, ter-se-á verificado uma readaptação dos métodos e das rotas de tráfico de drogas, em resposta ao aumento da sofisticação dos métodos de fiscalização e redução do tráfico, contribuindo para a redução das apreensões. A partir de 2008, o ano de maior volume de droga apreendida, entrou-se também nos anos de crise financeira, que certamente terá contribuído para a redução da quantidade de droga disponível e, conseqüentemente, das quantidades apreendidas.

Figura 2.3 - Apreensões, em kg, de Cocaína, Canábis e Heroína (2000-2019)



Fonte: Sistema de Informação criminal da Polícia Judiciária (SICPJ) em 20201030

Nota: inclui as apreensões efetuadas por todos os órgãos de polícia criminal e serviços aduaneiros e de segurança, exceto as realizadas pela PSP a partir de setembro de 2017

Ao nível da procura, a descriminalização permitiu distinguir os consumidores dos criminosos. De um sistema concentrado na intervenção das forças policiais e judiciais, evolui-se para um novo modelo em que, para além das polícias e dos tribunais, a saúde e o apoio social assumem um papel central.

As CDT têm uma intervenção muito relevante num conjunto muito alargado de consumidores, que na sua maioria o fazem ocasionalmente, de forma recreativa, sendo que em muitos casos não têm sequer consciência da existência de problemas de consumo, inibindo a procura de ajuda. Trata-se de pessoas que, de outra forma, estavam fora do sistema contra os CAD, mas que desta forma, adquirem uma maior consciência dos riscos associados aos consumos, mesmo que de forma ocasional.

2.2.4 Os mecanismos de envolvimento dos diferentes parceiros estratégicos foram efetivos?

O envolvimento com os parceiros é determinante, dada a natureza multidisciplinar da abordagem aos comportamentos aditivos e dependências. A complexidade inerente aos CAD requer uma visão holística, cujas intervenções estão centradas no indivíduo como o centro da abordagem, o que requer abordagens multidisciplinares, articuladas e coerentes, que atuem sobre as várias vertentes do fenómeno. O Plano Estratégico 2017-2019 do SICAD identifica entidades parceiras em domínios tão diversos como interlocutores da sociedade civil, estruturas ministeriais, entidades nacionais com responsabilidade na definição de políticas de saúde e organismos internacionais, cuja atuação releva particularmente para a realização do PNRCAD 2013-2020. Aliás, uma das recomendações emanadas da avaliação do anterior ciclo estratégico consistia exatamente no reforço do alinhamento com os parceiros no planeamento, monitorização e avaliação dos Planos do futuro ciclo estratégico.

O modelo português assenta na coordenação interministerial e na articulação intersectorial entre os diferentes parceiros para a definição e execução das políticas em matéria de CAD, por via da convergência de objetivos, recursos e estratégias. A criação das subcomissões da Comissão Técnica do Conselho Interministerial, compostas por cerca de 80 profissionais de aproximadamente 20 direções-gerais e institutos públicos, PGR e CSM, reflete o compromisso de um conjunto muito vasto de entidades em trabalharem no sentido da realização do PNRCAD 2013-2020. A conceção deste plano está sustentada no trabalho das subcomissões que, numa perspetiva *bottom up*, elaboram documentos de síntese, que são avaliados e articulados através dos respetivos coordenadores, os quais estabelecem as pontes de articulação com os restantes órgãos da Estrutura de Coordenação. As subcomissões também têm a responsabilidade do acompanhamento e da monitorização contínua do PNRCAD 2013-2020 e dos Planos Operacionais. No entanto, identificam-se algumas dificuldades no seu funcionamento, com reflexos na concretização dos objetivos, resultantes, essencialmente da indisponibilidade temporal de alguns dos seus membros, dada a sua dedicação parcial aos trabalhos das comissões, e também da não substituição atempada de alguns dos representantes dos Serviços nas Subcomissões.

O FNAS, enquanto plataforma congregadora dos organismos da Administração Pública e das instituições da sociedade civil relevantes no tema do consumo de álcool, constitui um bom exemplo de um espaço de discussão entre entidades com perspetivas diferenciadas sobre as políticas e intervenções, mas que desenvolvem projetos relevantes com o objetivo

comum de mitigar o uso nocivo do álcool. No Relatório do Plano Estratégico 2017-2019 do SICAD foram identificados 88 parceiros com compromissos ativos no FNAS.

No domínio da procura, o envolvimento dos parceiros estratégicos é um fator crítico de sucesso.

A Lei da Descriminalização que se articula com a Estratégia Nacional contra os CAD, pressupõe um elevado grau de envolvimento com parceiros estratégicos, quer na definição das estratégias quer no compromisso partilhado para alcançar as metas estabelecidas e aperfeiçoar as respostas e intervenções existentes, conforme referido no PNRCAD 2013-2020.

A dissuasão tem uma importância fulcral na política contra os comportamentos aditivos e dependências, sendo que o papel crítico das CDT está dependente do grau de envolvimento que estabelece com os seus parceiros locais, a montante e a jusante da sua intervenção, nomeadamente nos domínios da segurança e ordem pública e da deteção precoce de situações de risco. Verifica-se que, a nível local, foram efetuadas articulações específicas ao nível das CDT com as entidades parceiras, que contribuíram para garantir os bons níveis de execução das ações previstas no PARCAD. Um dos reflexos deste maior grau de entrosamento com os parceiros é o reforço verificado na componente preventiva da intervenção das CDT, com o aumento significativo dos processos instaurados a indiciados não toxicodependentes, consumidores de baixo risco e risco moderado que, de outra forma, não seriam contactados.

A criação do SICAD pelo Decreto-Lei n.º 17/2012, de 26 de janeiro, com a transferência das estruturas regionais e locais do IDT, IP para as Administrações Regionais de Saúde, IP (ARS, IP), aumentou significativamente a importância do envolvimento com os parceiros na implementação das ações do plano. Na avaliação intermédia do PNRCAD (RAI, p. 24) era evidenciada alguma perturbação e entropia na fluidez de articulação com outros organismos e entidades, nomeadamente no âmbito das Medidas Estruturantes do PARCAD.

Não obstante, diversas medidas centrais na intervenção em CAD foram implementadas, nomeadamente ao nível da formação, tanto na realização de diagnósticos junto dos parceiros do Ministério da Saúde, como na sua realização. Atente-se no significativo sucesso de programas como, por exemplo, o “Eu e os Outros”.

Ao nível da comunicação, foi possível estabelecer parcerias muito relevantes, nos quais o SICAD surge como especialista na avaliação dos conteúdos no âmbito dos CAD. É, por exemplo, o caso das campanhas de prevenção do consumo de bebidas alcoólicas realizadas pela ANSR. Também no domínio da comunicação, releva-se a criação de plataformas online de comunicação e informação, nomeadamente no domínio dos problemas ligados ao álcool, que resultaram do estabelecimento de parcerias. Neste domínio, seria importante a monitorização dos indicadores de performance, indispensáveis à sua evolução, no sentido de uma efetiva resposta às necessidades e perfis dos utilizadores finais.

Ao nível da obtenção de dados para a monitorização do grau de concretização das ações do Plano, e consequentemente da sua avaliação, foram identificadas dificuldades decorrentes da diversidade de processos de monitorização e reporte dos parceiros, que não estão uniformizados. A divulgação aos parceiros de relatórios regulares com dados atualizados da situação em matéria de CAD não parece suficiente para assegurar o necessário fluxo de informação, necessário à monitorização do PNRCAD 2013-2020, sugerindo a necessidade de maior sistematização dos modelos de acompanhamento da

qualidade e dos resultados das intervenções, programas e projetos a nível local, regional e nacional. O desenvolvimento de circuitos de interoperabilidade, entre os vários sistemas informáticos das entidades, de modo a permitir o desenvolvimento de respostas integradas, referenciado no Plano de Ação – Horizonte 2020, associado à ação 83 “Divulgação dos dados decorrentes da aplicação do modelo, aos parceiros, através de relatórios regulares” assume uma particular relevância neste aspeto. A articulação entre os parceiros da rede nacional de serviços fonte de dados do Sistema Nacional de Informação em CAD, quer no âmbito das atividades relacionadas com a melhoria das práticas de registo e dos sistemas de informação, quer da disponibilização de informação para fins nacionais, europeus e internacionais, deverá ser reforçada, de forma a ultrapassar os obstáculos existentes. Tal articulação potenciará a capacidade de monitorização e avaliação dos Planos Nacionais. Esta necessidade é relativamente generalizada, sendo que na área dos CAD sem substância a situação surge com especial acuidade.

Releva-se ainda, no que respeita à Rede de Referência, a circunstância de, não obstante terem sido congregados e consolidados os esforços de todas as entidades relevantes para a sua conceção, produzindo-se um projeto ao nível das melhores práticas internacionais, ainda não foi possível a sua implementação por motivos atribuíveis à inexistência de um interface dos sistemas de recolha e tratamento da informação e por questões organizacionais, nomeadamente a perda de prioridade resultante de um menor nível de contacto entre as entidades envolvidas, que conduz igualmente a um menor envolvimento dos profissionais responsáveis pela sua implementação.

No domínio da oferta, o estabelecimento de redes eficientes de troca de informações e de intervenções, é crítico para o seu sucesso, conforme amplamente referido na literatura da matéria.

Como mencionado no preâmbulo da Estratégia da UE de Luta contra a Droga (2013-2020), é criticada a capacidade de desenvolver ações coordenadas e conjuntas, uma vez que “o fenómeno da droga é uma questão nacional e internacional que tem de ser resolvida à escala mundial”. Desta forma, o desenvolvimento da coordenação, adotando um discurso ativo e analisando a evolução e os desafios que se colocam no âmbito da luta contra a droga a nível internacional e da UE, surge como um dos seus objetivos.

No tema transversal das relações Internacionais e cooperação, relevam-se as fortes parcerias internacionais estabelecidas, não só com entidades homólogas de outros países, como com organismos, institutos e universidades dedicadas ao estudo e intervenção nos CAD. Foi assinalável o nível de participação em iniciativas promovidas nas instâncias internacionais (União Europeia, Nações Unidas e Conselho da Europa), em eventos de natureza diversificada e em ações concretas de cooperação, tanto no domínio da procura como no da redução da oferta, a nível bilateral e multilateral.

A participação em grupos de trabalho/redes nacionais e internacionais na área da informação e investigação contribuiu decididamente para potenciar o valor da informação e do conhecimento nestas áreas.

O atual processo de avaliação do PNRCAD 2013-2020, é também um exemplo da importância do compromisso e do apoio de todos os parceiros, com envolvimento de todos os atores comprometidos na sua execução, especialmente nas fases de obtenção de dados e de informações, quer de natureza quantitativa, quer qualitativa, como por exemplo, nas 35 entrevistas realizadas.

Em conclusão, o estabelecimento e aprofundamento de parcerias é decisivo para a concretização dos objetivos que visam a mitigação dos CAD. Verifica-se um enfoque permanente na congregação de esforços com os parceiros, uma vez que, no atual enquadramento político e legal, este é o único caminho para a implementação de políticas eficazes. No entanto, identificam-se dois tipos de constrangimentos, ao nível do envolvimento dos parceiros, que obstaculizam uma maior capacidade de concretização de metas e objetivos. O primeiro, ao nível da dispersão dos membros das subcomissões, que apesar da sua motivação, por vezes se dispersam entre submissões, o que aliado aos seus afazeres profissionais, limita a disponibilidade para assegurar uma intervenção efetiva das várias entidades e organismos representados. O segundo nos mecanismos de troca e registo de informações, cuja ineficiência e ineficácia, não só geram um enorme consumo de recursos, como limitam a capacidade de gestão do plano Nacional e dos planos de ação e não espelha corretamente todo o envolvimento e a enorme atividade desenvolvida pelos parceiros no âmbito do Plano.

2.2.5 Existiu equilíbrio entre a implementação e a monitorização?

O desempenho ao nível da implementação foi superior ao da monitorização, sendo que o desempenho nas atividades de planeamento foi superior à da implementação. Consta-se a existência de uma desproporção do tempo e dos recursos despendidos nas fases de planeamento relativamente à implementação, e da implementação face à monitorização.

Ao nível do planeamento foi possível congregar um conjunto muito diversificado de competências e recursos, que permitiram produzir um plano nacional e planos operacionais ao nível das melhores práticas internacionais, refletindo o estado da arte na matéria, conforme descrito no capítulo 2.a1 (Desenho do plano) deste relatório.

Ao nível da implementação, foram lançadas a maioria das iniciativas previstas no plano nacional e nos planos operacionais. Releva-se a taxa de concretização das ações do PARCAD 2013-2016 de 78%, correspondente a 103 das 134 ações definidas, sendo que 15% foram parcialmente executadas (18 ações). Assim, das 134 ações delineadas, apenas 6 foram avaliadas como não tendo sido executadas, o que representa uma boa taxa de execução.

No entanto, o facto de a este elevado grau de concretização das ações não corresponder uma equivalente concretização dos objetivos, que se ficou pelos 55% (RAI p. 39) pode indiciar uma relativamente menos rigorosa implementação das ações, classificadas com algum grau de subjetividade.

Ao nível da monitorização, foram identificadas insuficiências mais significativas do que na implementação. Desde logo, pela impossibilidade de estabelecimento de processos ágeis de recolha e registo de informação, e também pela falta de compromisso dos parceiros com os procedimentos de monitorização e controlo das atividades. Inclusivamente, o Relatório de Avaliação do PNCDT 2005-2012 já recomendava a necessidade de consolidar o sistema de acompanhamento, monitorização e avaliação do plano. Posteriormente, o RAI viria a reiterar a mesma recomendação de aperfeiçoamento do processo de reporte de informação, de forma a torná-lo mais eficiente,

As dificuldades de monitorização das ações do Plano e, conseqüentemente, da sua avaliação, são reportadas como uma das fraquezas do PARCAD, sem que, entretanto, se tenham verificado evidências de uma evolução relevante desta situação, considerando a

permanência de dificuldades de monitorização e falhas no reporte da informação generalizadas, que se verificam em todas as subcomissões.

Não obstante o lugar fundamental que o sistema de recolha de informação sobre as intervenções em CAD assumiu no ciclo estratégico 2017-2019, conforme Plano Estratégico 2017-2019, com o objetivo de promoção, pelo SICAD, de uma cultura de registo, de monitorização e de avaliação das intervenções, as lacunas identificadas são ainda significativas, não se evidenciando as alterações culturais pretendidas.

No Relatório de Avaliação do Plano Estratégico 2017-2019 do SICAD, destaca-se o facto de ter apenas sido previsto a elaboração de dois relatórios de monitorização e avaliação da implementação das normas e da eficácia das intervenções (Indicador Estratégico 6), sendo que em 2019 apenas um desses relatórios foi produzido.

A necessidade de melhorar significativamente a componente de monitorização dos planos também é evidente ao nível dos programas que os compõem. Tome-se como exemplo o programa “Escola Segura”. As forças policiais realizam, no decorrer do ciclo estratégico, milhares de iniciativas, cuidadosamente planeadas e preparadas por especialistas de diversos domínios, nomeadamente o SICAD e outras entidades parceiras. No entanto, muito poucas aprendizagens são retiradas relativamente aos impactos e aos aspetos mais positivos e negativos de cada sessão. Não se consegue aferir, por exemplo, o efeito da iniciativa na evolução das prevalências no local onde a ação se realizou, ou na região onde se integra, o que impossibilita a criação de uma base de conhecimento que contribua para a melhoria continua do programa e, em termos mais globais, das políticas contra os CAD. Noutros programas, como o CAPPYC (“Programa de Prevenção de Abuso de Canábis para Jovens Consumidores”) dirigido a jovens entre os 15 e os 18 anos que, conforme Relatório Horizonte 2020, em 2017/2018 foi implementado em cinco entidades (1 Centro Educativo, 3 Escolas Secundárias; 1 Centro Comunitário), envolvendo 20 grupos/turmas e cerca de 400 jovens, verifica-se a mesma situação de inexistência de evidências acerca do seu impacto real. E o mesmo para a generalidade dos restantes programas.

De todo o modo, identificam-se iniciativas muito relevantes para a melhoria da capacidade de monitorização dos planos em matéria de CAD. Por exemplo, na dissuasão, foram realizados investimentos relevantes na sistematização de práticas e concertação de respostas entre as estruturas dissuasoras e na criação do sistema de monitorização semestral das ações desenvolvidas pelas CDT.

As medidas estruturantes, PORI e rede de referenciação, são dois exemplos de boa conceção e planeamento, mas de não implementação no caso da rede de referenciação, e de dificuldade de monitorização, no que respeita ao PORI. Neste domínio, verifica-se uma inexistência de informação atualizada sobre vários projetos financiados, que dificulta a monitorização dos seus resultados em tempo útil.

Ainda ao nível da monitorização, a circunscrição da Estrutura de Coordenação aos problemas da droga, das toxic dependências e do uso nocivo do álcool, fez com que as ações que não se enquadram em nenhuma Subcomissão fossem monitorizadas e avaliadas apenas de forma casuística.

Em resumo, a monitorização do Plano Nacional e dos Planos Operacionais está, fundamentalmente, suportada na elaboração de relatórios, gerais e temáticos, existindo um campo amplo de evolução no sentido da disponibilização de indicadores atualizados com periodicidade mínima mensal, abrangente a todos os processos e ações, e que estejam disponíveis *online*, não só para o SICAD, como para todos os *stakeholders*. Para isso, é

necessário, por um lado, envolver e motivar os *stakeholders* a colaborar com as atividades de reporte e, por outro lado, desenvolver novos processos e melhores plataformas para registo e disponibilização de informação.



3. Eficiência e efetividade

3.1 Procura

3.1.1 O Plano respondeu aos problemas de CAD relativamente a drogas e álcool?

A questão relativa à capacidade do Plano responder aos problemas de CAD deve ser enquadrada com as perceções dos principais *stakeholders*, apuradas no inquérito realizado no âmbito desta avaliação. Os resultados apurados indicam que as intervenções foram globalmente positivas, ainda que em determinados domínios não tenham correspondido integralmente às expectativas. O jogo surge, claramente, como a área de maior fragilidade, seguido das NSP. Releva-se o facto de se tratar de duas áreas em que as prevalências em Portugal são relativamente menos relevantes. Ao contrário, o consumo excessivo de álcool é a dependência mais bem avaliada.

Figura 3.1 - Avaliações globais

Avaliações globais ¹ por tipo de Substância/ Dependência	
Substâncias ilícitas e novas substâncias psicoativas ³	5,9
Substâncias ilícitas ⁴	5,9
Novas substâncias psicoativas ⁴	5,7
Uso nocivo do álcool	6,0
Jogo de risco e jogo patológico	5,2

Fonte: Relatório Quantitativo de Avaliação Externa do PNRCAD 2013-2020

Releva-se o facto de, conforme o PNRCAD 2013-2020, existirem cinco tipos de intervenção, ao nível da procura, a desenvolver para a prossecução dos objetivos e metas, e que são: a prevenção, a dissuasão, a redução de riscos e a minimização de danos, o tratamento e a reinserção. Para além disso, foi ainda incluído um sexto tipo de intervenção, do lado da oferta, a fiscalização/repressão, que permite obter uma perspetiva holística do fenómeno.

Para apurar os motivos subjacentes às perceções relativamente aos desempenhos para cada tipo de substâncias, procedeu-se à análise detalhada das avaliações ao nível dos vários tipos de intervenção.

Em termos globais, verifica-se que os tipos de intervenção melhor e pior avaliados são, respetivamente, o tratamento e a prevenção, o que pode sugerir uma inversão de prioridades, atendendo a que a atuação no início do ciclo, ao nível da prevenção, impacta todos os seguintes tipos de intervenção.

Figura 3.2 - Avaliações globais

Avaliações globais ¹ por tipo de Intervenção	
Prevenção	5,5
Dissuasão	6,0
Redução de Riscos e Minimização de Danos	5,9
Tratamento ²	7,0
Reinserção	5,7
Fiscalização/ Repressão	5,7

Fonte: Relatório Quantitativo de Avaliação Externa do PNRCAD 2013-2020

Os motivos do bom desempenho ao nível do tratamento, que aparecem agregados no estudo para o conjunto de substâncias e adições, estão relacionadas com a avaliação do “internamento”, que surge claramente melhor do que o “ambulatório”.

Neste aspeto, releva-se o tema das “consultas para tratamento de dependências” que tanto se destaca por ter sido o tipo de ação mais importante e/ou com maior impacto, como é apresentada como um dos principais exemplos de ação que não têm sucesso. Trata-se, claramente, de um aspeto que deve ser mais bem conhecido, de forma a identificar os fatores que explicam as opiniões tão extremadas.

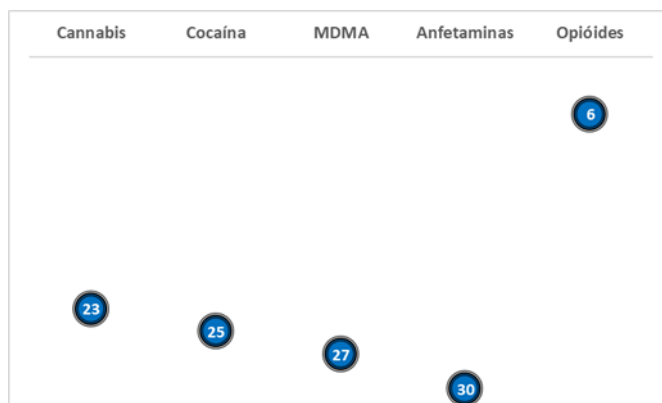
Ao nível das sugestões de melhoria ao nível o “tratamento”, surge, em termos de ciclo de vida, o segmento dos adultos entre os 25 e 64 anos e, neste grupo, o desenvolvimento de ações no “contexto específico”, desenvolvendo as iniciativas que aproximem o “tratamento” dos consumidores, nos locais onde estes se encontram.

i. Substâncias ilícitas e NSP

Relativamente à questão sobre se o Plano respondeu aos problemas de CAD no que respeita às substâncias ilícitas e NSP, importa verificar, antes de mais a situação relativa de Portugal no que respeita à comparação com outros países europeus.

Neste aspeto, conforme detalhado no Relatório de *Benchmarking* NOVA IMS, verifica-se que, em 2017 (data dos dados mais recentes), Portugal surgia consistentemente abaixo da média europeia nos consumos em jovens adultos, na generalidade das substâncias, exceto nos opioides, onde está na 6ª pior posição, relativamente aos 30 países europeus analisados.

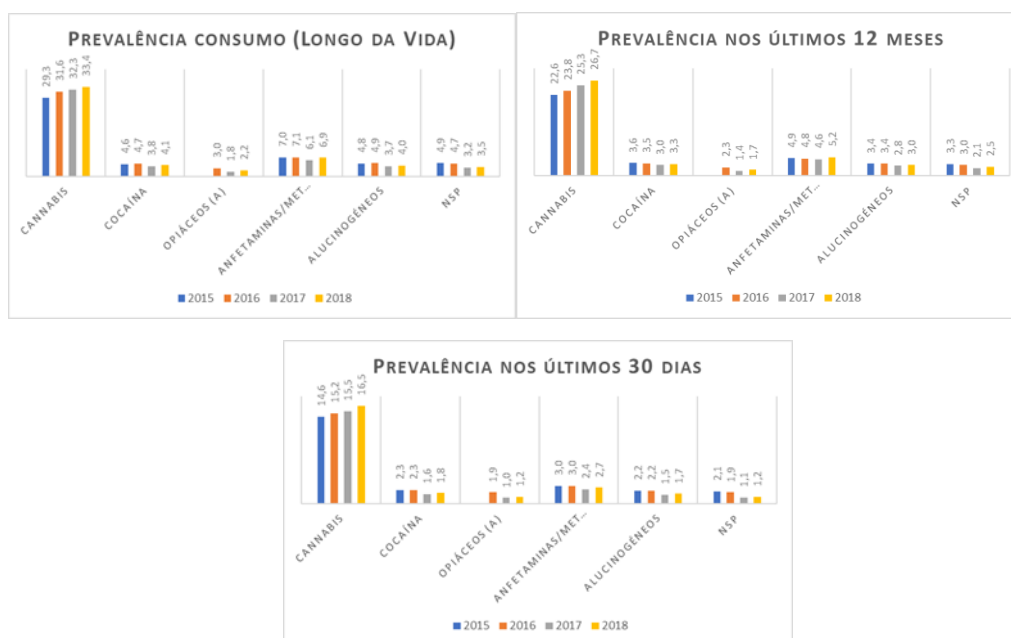
Figura 3.3 - Posição relativa de Portugal, entre 30 países europeus analisados, no consumo de várias substâncias em jovens adultos (15-34 anos)



Fonte: Country Drug Report 2019, EMCDDA Statistical Bulletin

Importa ainda compaginar esta informação com os dados da evolução das prevalências em Portugal. Também neste aspeto a tendência de evolução não é homogénea entre as várias substâncias: por um lado, verifica-se uma relativa estabilidade em termos de evolução das prevalências na generalidade das substâncias, nomeadamente nos opiáceos; por outro lado, regista-se um incremento relevante na canábis, atendendo a que se trata da substância cujos consumos estão mais generalizados, ainda que neste caso, conforme indicado, a posição relativa de Portugal no panorama europeu seja favorável.

Figura 3.4 - Prevalências de consumo



Fonte: Relatório Anual 2018 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências - Anexo

De ressaltar a informação disponibilizada pelo representante de uma das forças policiais entrevistadas, no sentido de que se pode estar a generalizar uma perceção, entre grupos

cada vez mais alargados de jovens em idade escolar, de normalidade no que respeita ao consumo de canábis, com efeitos negligentes para a saúde.

Para além disso, também se verifica uma tendência de estabilização das idades de início dos consumos na generalidade das substâncias, com a exceção Ecstasy, em que a tendência é de retardamento da idade de início dos consumos.

Figura 3.5 - População Jovem, Portugal – INPG (15-24 anos): Idades de início dos consumos

Tipo de Droga	Grupo 15-24 anos: Idades de Início dos Consumos					
	2012			2016/17		
	Média	Moda	Mediana	Média	Moda	Mediana
Cannabis	17	16	17	17	17	17
Heroína	19	20	20
Cocaína	19	20	20	19	19	19
Anfetaminas	18	18	18	18	18	18
Ecstasy	18	17	18	19	17	18
LSD	20	21	21	19	21	18
Cogumelos Alucinogénios	19	17	18	19	19	19

Fonte: Relatório Anual 2018 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências - Anexo

Ao nível das intervenções, também no que respeita substâncias ilícitas e novas substâncias psicoativas, o melhor desempenho é observado no tratamento e o pior na prevenção.

Figura 3.6 - Avaliação global



Fonte: Relatório Quantitativo de Avaliação Externa do PNRCAD 2013-2020

Os motivos do bom desempenho ao nível do tratamento foram anteriormente comentados, uma vez que este tipo de intervenção não distingue as substâncias ou adições.

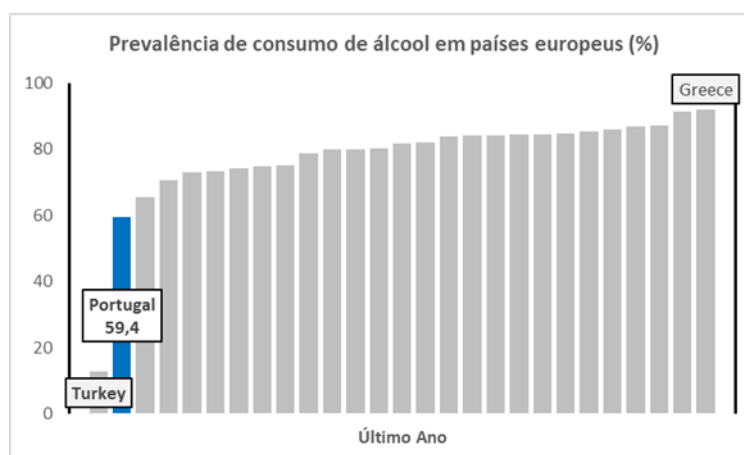
Relativamente ao motivo da avaliação menos favorável da “prevenção”, o tema central é a escassez, ou mesmo inexistência, de atividade. Neste caso, depreende-se que existem iniciativas relevantes, mas que não são suficientemente aplicadas. Esta inatividade é particularmente importante nos contextos prisional e recreativo.

Uma referência para o enquadramento legal, detalhado nas conclusões sob a forma de recomendações, que identifica pontos concretos que carecem de revisão e/ou atualização. A alteração do comportamento dos consumidores e a evolução das próprias substâncias sugere a necessidade de uma reavaliação dos pressupostos da Lei da Descriminalização. Também o processo de atualização das NSP deverá ser revisto, de forma a evitar que esta lista se torne obsoleta.

ii. Álcool

A situação relativa de Portugal, no contexto europeu, no que respeita ao consumo de álcool, é consideravelmente melhor do que nos restantes países europeus.

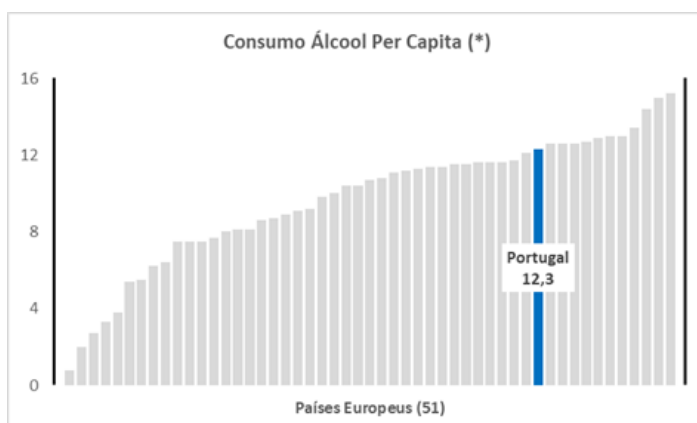
Figura 3.7 - Prevalência consumos de álcool



Fonte: <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/gps> consultado em 2020/11/05

Relativamente aos consumos *per capita*, em litros de álcool puro, a situação de Portugal é claramente menos favorável, considerando que num ranking de 51 países europeus, dado encontrar-se na 40.^a posição, com um consumo médio anual de 12.3 litros de álcool puro.

Figura 3.8 - Consumo de álcool per capita

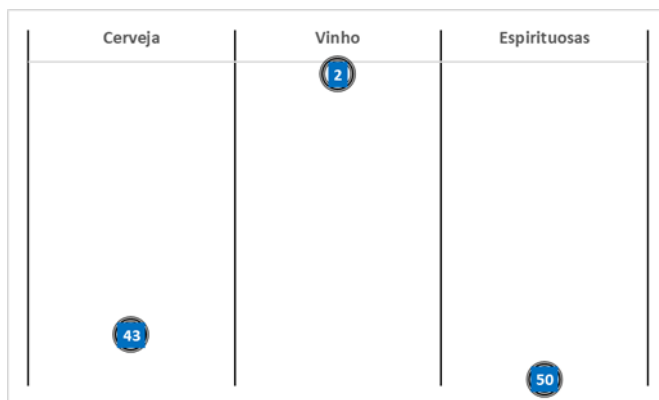


(*) Consumo de Álcool Per Capita é a quantidade de álcool consumido num ano, em litros de álcool puro, considerando a população residente com 15 ou + anos

Fonte: Global status report on alcohol and health 2018, World Health Organization

No que respeita à divisão dos consumos pelas principais bebidas, num *ranking* de 51 países europeus elaborado pela OMS, ordenado pelo peso relativo do consumo por tipo de bebida, fica claramente evidenciada a prevalência do vinho sobre qualquer outra bebida em Portugal, uma vez que se trata do segundo país em que o peso relativo do consumo de vinho é mais elevado (pesando 61.5% das bebidas alcoólicas consumidas), apenas sendo ultrapassado pela Itália (com um peso relativo do vinho de 64.8%).

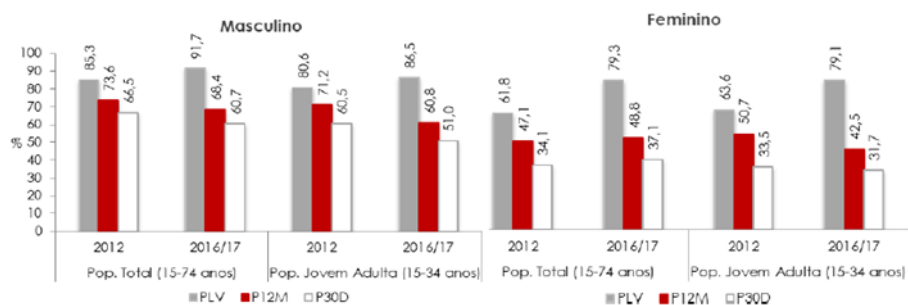
Figura 3.9 - Consumo por tipo de bebida



Fonte: Global status report on alcohol and health 2018, World Health Organization

Relativamente à evolução das prevalências em Portugal, verifica-se que, não obstante a prevalência de consumo ao longo da vida tenha aumentado entre 2012 e 2016, o que pode ser explicado pelo efeito coorte, merece destaque a redução registada nas prevalências de consumo nos últimos 12 meses, tanto na população total, como nos jovens adultos (em termos globais, dos homens e das mulheres jovens adultas, uma vez que a população feminina, considerada na população geral, foi a exceção a esta regra). O mesmo fenómeno verificou-se nas prevalências de consumo nos últimos 30 dias.

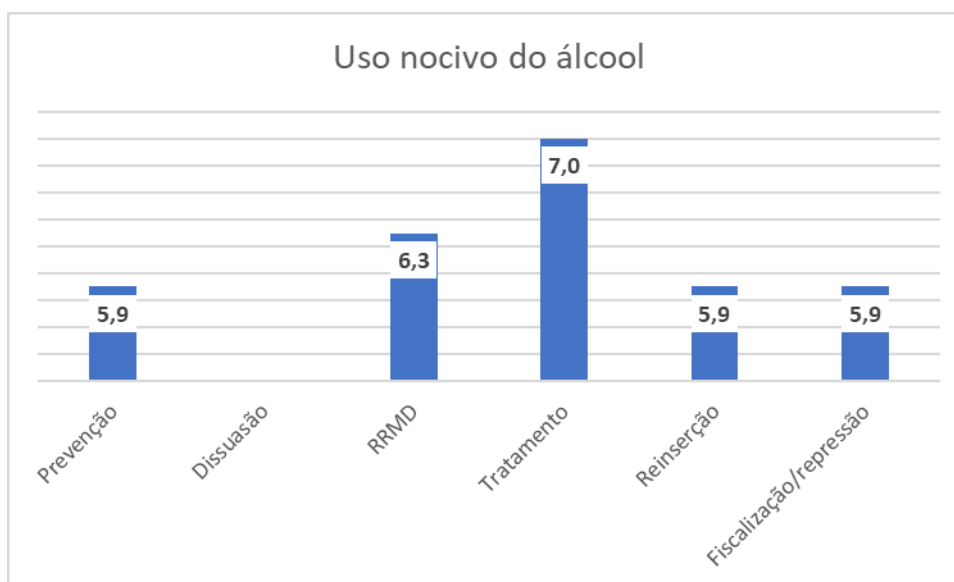
Figura 3.10 - Prevalências de consumo de alguma bebida alcoólica ao longo da vida (PLV), nos últimos 12 meses (P12M) e nos últimos 30 dias (P30D)



Fonte: Relatório Anual 2018 - A Situação do País Em Matéria De Álcool, SICAD

Ao nível das intervenções, o melhor desempenho regista-se, igualmente, no tratamento, e o pior na prevenção, reinserção e na fiscalização/repressão.

Figura 3.11 - Avaliação das intervenções



Fonte: Relatório Quantitativo NOVA IMS

Os motivos do bom desempenho ao nível do tratamento foram anteriormente comentados, dado que este tipo de intervenção não distingue as substâncias ou adições.

Relativamente à avaliação menos positiva na prevenção, o aspeto central, tal como nas substâncias ilícitas e NSP, a escassa ou inexistente atividade. A perceção prevalecente é a de que se deveriam desenvolver muito mais iniciativas, especialmente no contexto recreativo, onde as avaliações são mais desfavoráveis. No que respeita à reinserção, releva-se a falta de iniciativas no contexto prisional. Relativamente à fiscalização/repressão, o aspeto mais relevante é a ausência de ações punitivas e a facilidade de acesso, especialmente nos contextos recreativo e familiar.

Em termos qualitativos releva-se ainda o fenómeno da “on record consumption”, relacionado com a perceção de que uma parte relevante do álcool consumido em Portugal não ser registado nos circuitos oficiais. Esta produção tem origem em pequenos produtos, em pequenas destilarias, e também na tradição de reservar uma parte da produção para “consumo próprio”, que cria um volume de bebidas alcoólicas não despidendo que não é contabilizado nos canais instituídos.

3.1.2 O Plano respondeu aos novos problemas emergentes (jogo online, NSP, medicamentos e anabolizantes, dependência de ecrã)?

i. Jogo

Em termos de grandes tendências, observou-se uma descida generalizada nos indicadores de prevalência de qualquer jogo a dinheiro em todos os segmentos etários entre 2012 e 2016, tanto no sexo masculino como no sexo feminino. Releva-se particularmente a evolução nos segmentos etários mais jovens (25-34 anos).

A tendência de decréscimo verifica-se em quase todos os tipos de jogo, exceto nas raspadinhas, em que aumentou 3% nos homens e 8% nas mulheres. Este é também o único jogo em que a prevalência das mulheres é superior à dos homens (vd. 1.3).

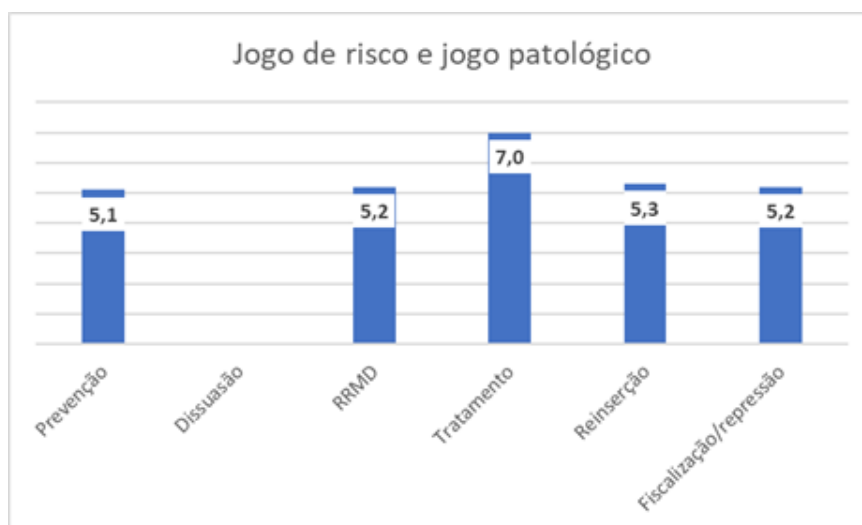
A este respeito, merecem referência as conclusões do estudo “Scratching the surface of a neglected threat: huge growth of Instant Lottery in Portugal”, publicado em 2020 na revista *The Lancet Psychiatry*, revelando os consumos extremamente elevados deste tipo de jogos em Portugal, quando comparados com outros países europeus.

No entanto, existem dois aspetos dissonantes deste enquadramento genericamente positivo, cuja evolução apresenta características preocupantes. Por um lado, o crescimento do jogo na população escolar, onde regista uma preocupante tendência de crescimento (vd. 1.3).

Para além disso, também o aumento dos indivíduos com problemas de dependência do jogo, que apesar de se manter num patamar relativamente reduzido, regista elevadas taxas de crescimento (vd. 1.3).

Relativamente às intervenções, conforme referido, a área do “jogo de risco e jogo patológico” é a que gera piores avaliações, especialmente a “prevenção” nos contextos recreativo e prisional, sendo classificadas de forma negativa (4.9 numa escala de 1 a 10).

Figura 3.12 - Avaliação intervenções - jogo de risco e patológico



Fonte: Relatório Quantitativo NOVA IMS

Os motivos subjacentes a estas avaliações são a escassez ou inexistência de intervenção. Esta é uma das áreas onde escasseiam os meios de diagnóstico, pelo que a implementação da Rede de Referência pode melhorar drasticamente a intervenção na “prevenção”. Para esta inação poderá também contribuir a afetação da sua gestão a um organismo diferente do SICAD. Acresce que as comorbidades deste tipo de dependência, que poderão ser facilmente negligenciadas, são significativamente mais importantes, nomeadamente no que se refere ao álcool, do que noutras dependências.

Quadro 3.1 - Comorbidades entre jogo e outras dependências e/ou substâncias

Consumidores de drogas com consumos atuais (últimos 30 dias)	7,8%	Jogadores abusivos e patológicos	27,5%	Consumidores de álcool (últimos 12 meses) com consumos nocivos ou dependência
	←		→	
	→		←	
	3,6%		8,5%	

Fonte: SINOPSE ESTATÍSTICA 2017 - Jogo e Internet

Relativamente aos jogos online, não encontramos evidência da existência de ferramentas ou recursos compatíveis com as novas tecnologias utilizadas pelos operadores, nomeadamente no domínio da sua capacidade para monitorizar e, eventualmente, influenciar os comportamentos dos consumidores.

Em resumo, ainda que este campo de comportamentos aditivos não tenha a dimensão, nem os impactos, de outros, existem sinais evidentes de que situação tende a agravar-se, sofisticar-se e complexificar-se.

ii. Medicamentos e anabolizantes

O PNRCAD 2013-2020 teve também o objetivo de fazer face aos novos desafios, nomeadamente através da ampliação da abordagem a outros comportamentos também geradores de dependência. Assim, para além das substâncias ilícitas, NSP, álcool e jogo, foram também considerados os medicamentos e anabolizantes. A subcomissão que trata as substâncias lícitas já integra as adições aos medicamentos e anabolizantes. Para além disso, regista-se igualmente a existência de um objetivo específico no PNRCAD 2013-2020 acerca da promoção do uso racional dos medicamentos e anabolizantes.

No que respeita aos medicamentos, verifica-se uma redução significativa das prevalências de consumo, generalizado aos diferentes escalões etários

Figura 3.13 - Prevalências de consumo de medicamentos com/sem receita médica nos últimos 12 meses (%)



Fonte: SINOPSE ESTATÍSTICA 2018 - Medicamentos

Relativamente às substâncias utilizadas no tratamento substitutivo de dependências, a sua evolução é heterogénea, uma vez que se regista um crescimento relevante e consistente da “metadona não prescrita” e, recentemente, também da “buprenorfina”, ao contrário dos “hipnóticos e sedativos” com uma redução no número de utentes que iniciaram o tratamento.

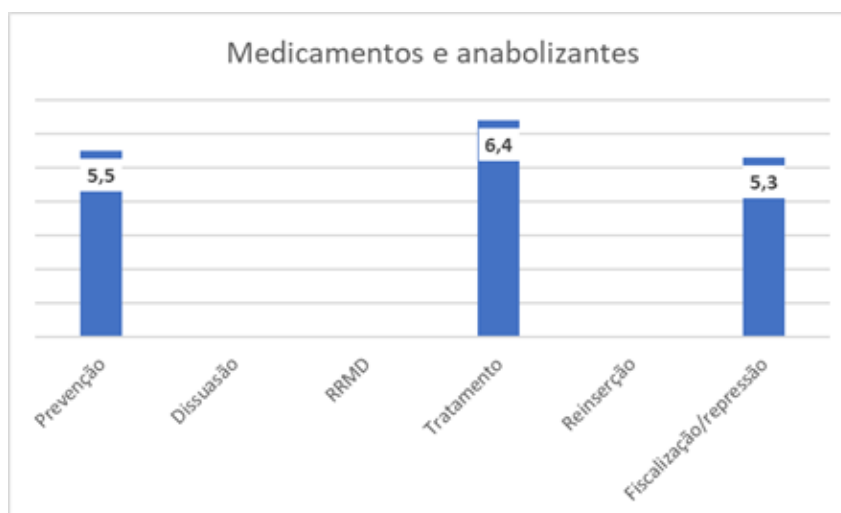
Figura 3.14 - Droga principal de utentes que iniciaram tratamento no ano, no ambulatório da rede pública.



Fonte: SINOPSE ESTATÍSTICA 2017 - Medicamentos

No inquérito aos *stakeholders*, os medicamentos foram estudados em conjunto com os anabolizantes, verificando-se que, tal como no que se registou nas restantes substâncias e dependências, o tipo de intervenção mais bem avaliada foi o “tratamento”, mas ao contrário do que se verificou nas restantes intervenções, a menos bem avaliada foi a fiscalização/repressão. Neste aspeto, o fator determinante é a falta de ações punitivas associado à facilidade de acesso.

Figura 3.15 - Avaliação de intervenções – medicamentos e anabolizantes



Fonte: Relatório Qualitativo NOVA IMS

Em resumo, a evolução tem sido positiva, podendo concluir-se que o plano respondeu adequadamente aos problemas de CAD associados aos medicamentos e anabolizantes. No entanto, deverá evoluir-se em termos da fiscalização e repressão destas substâncias.

3.1.3 Os recursos, no domínio da procura, foram apropriados?

A avaliação da adequação dos recursos aplicados no domínio da procura baseia-se em três elementos: o primeiro é uma análise comparativa do volume dos investimentos em termos absolutos e na relação entre oferta e procura; o segundo na verificação do grau em que as metas estabelecidas no plano, no que respeita ao domínio da procura, foram alcançadas; o terceiro, na forma com os *stakeholders* avaliam a performance da situação portuguesa, no que respeita às iniciativas neste domínio.

Importa relevar o facto de o primeiro tipo de análise, baseado na avaliação comparativa com outros países europeus, ter um menor rigor científico do que as outras duas análises, devido aos procedimentos utilizados em Portugal na orçamentação e no controlo orçamental das políticas e dos projetos. A inexistência de um orçamento detalhado pelas várias rúbricas do plano faz com que os valores dos recursos investidos resultem de estimativas e projeções a partir de fundamentos não suficientemente auditados, sugerindo que a sua análise seja realizada considerando estas limitações.

No que se refere à avaliação comparativa dos investimentos aplicados na procura verifica-se que Portugal é dos países que menos investe em termos absolutos e em relação ao PIB na área dos CAD (vd. análise detalhada em Relatório de *Benchmarking* NOVA IMS). Em termos da divisão entre os domínios da oferta e da procura verifica-se que Portugal está numa situação de equilíbrio, não privilegiando nenhuma das componentes sobre a outra.

Assim, do estudo de *benchmarking* emergem fortes indícios de que os recursos, no domínio da procura possam não ser os apropriados devido a um nível reduzido de investimento nas políticas contra os CAD, que tanto afeta o domínio da procura como o da oferta.

No que respeita ao cumprimento dos objetivos do plano, existe um objetivo geral no domínio da procura, que é o “OG1. Prevenir, dissuadir, reduzir e minimizar os problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas, os comportamentos aditivos e as dependências”. Este objetivo geral tem 5 metas globais, que registaram diferentes graus de indicadores atingidos.

A meta “M7 - Diminuir a mortalidade relacionada com CAD” registou uma taxa de sucesso de 100% dos indicadores até 2016, sendo que no último triénio de 2016 a 2018, estes mesmos indicadores, não apresentaram uma tendência favorável ao cumprimento da meta de 2020. Esta tendência manteve-se até 2020, onde apenas 1 dos 4 indicadores foi alcançado, apresentando uma taxa de sucesso de 25%. Esta concretização é muito relevante, uma vez que trata o resultado último pretendido por toda a política contra os CAD, e de qualquer estratégia sanitária, que é reduzir a mortalidade. Associado ao sucesso registado na M7 em 2016, está o sucesso da meta “M6 - Diminuir a morbilidade relacionada com CAD”, atingida em 67% dos indicadores, e cuja boa *performance* está relacionada com a extraordinária redução de casos diagnosticados de VIH/SIDA associadas à toxicod dependência. Para 2020, verifica-se uma tendência positiva para a meta 6, sendo que as metas para ambos os indicadores disponíveis foram atingidos. Por fim, em 2016, a meta “M3 -Retardar a idade de início do consumo de consumo de substâncias psicoativas” também registou uma boa *performance* de 71% dos indicadores atingidos. Contudo, em

2020, dos 4 indicadores que estão disponíveis, apenas 1 foi atingido, o que leva a antecipar que em 2020 a performance associada a esta meta não será boa quanto em 2016.

No que respeita às restantes duas metas, a *performance* não foi positiva para o ano de 2016. Para a meta “M4 -Diminuir as prevalências de consumo recente (últimos 12 meses), padrões de consumo de risco e dependência de substâncias psicoativas” apenas 5 dos 12 indicadores foram atingidos. A meta “M2 - Aumentar o risco percebido do consumo de substâncias psicoativas” apenas teve 2 dos 5 objetivos indicadores atingidos, relevando-se, pela positiva, do aumento significativo da percepção de risco para a saúde do consumo de canábis. Nas restantes dependências avaliadas, quer de substâncias ilícitas (cocaína e ecstasy) quer do consumo de bebidas alcoólicas, verificou-se uma evolução positiva, mas abaixo dos patamares estabelecidos, não permitindo por isso, cumprir as expectativas. Para o ano de 2020, a maioria dos indicadores não está disponível. Considerando a meta 2, o único indicador disponível não foi atingido e para a meta 4 apenas 1 dos 2 indicadores disponíveis foi atingido. Deste modo, ainda não é possível concluir relativamente à *performance* destas metas para o ano de 2020.

Da análise do grau em que as metas estabelecidas no plano, no que respeita ao domínio da procura, foram alcançadas, o segundo elemento da avaliação da adequação dos recursos aplicados no domínio da procura, conclui-se que existe uma necessidade de reforço dos recursos geral, que permita evoluir na redução das prevalências de consumo recentes e no aumento do risco percebido para a saúde do consumo de substâncias psicoativas.

Relativamente à avaliação dos *stakeholders* relativamente à adequação dos recursos aplicados no domínio da procura, as percepções são genericamente positivas, mas apenas num grau satisfatório.

O tipo de intervenção mais bem avaliado é o tratamento e o menos bem avaliado é a prevenção, conforme detalhado no Relatório Quantitativo NOVA IMS.

No detalhe das avaliações recorreu-se aos grupos de entidades estabelecidas na realização do inquérito, e que eram: Administração Interna, Ciência, Defesa, Economia, Educação, Estado e Administração Pública, Estrutura de Coordenação, Finanças, Justiça, Saúde, Trabalho e Segurança Social. Cada um destes grupos engloba um conjunto de organismos e de entidades (discriminados no referido Relatório Quantitativo NOVA IMS), onde os indivíduos que responderam ao inquérito pertencem.

No que respeita à *Prevenção*, as melhores avaliações são da “Estrutura de Coordenação do SICAD” (7.5 em 10), seguidas dos representantes dos organismos no âmbito da “Justiça” (6.2 em 10). As piores avaliações são as dos representantes do “Trabalho e Segurança Social” (5.0 em 10) seguidos pela “Saúde” (5.4 em 10).

O principal fator que explica as avaliações menos positivas são “Intervenção reduzida ou inexistente/ Falta de ações preventivas”. Em termos de contextos, as principais lacunas estão nos meios prisional, recreativo e familiar.

As ações mais bem valorizadas foram o programa “Eu e os outros”, as ações informativas dinamizadas pelas forças de segurança. Ao contrário, as iniciativas com menor sucesso foram as “Ações de intervenção/ sensibilização generalistas”.

Relativamente à *Dissuasão*, as melhores avaliações são da “Justiça” e da “Saúde” (respetivamente, 7.7 e 7.1 em 10), e as piores dos organismos da Administração Interna (5.4 em 10) e do “Trabalho e Segurança Social” (6.0 em 10). No entanto, verifica-se, no detalhe

das respostas, que uma quantidade relevante dos inquiridos tem uma perceção desadequada deste tipo de intervenção, não o associado às CDT nem à legislação que estipula o seu âmbito de intervenção.

Releva-se, no entanto, a performance recente das CDT, com menos processos instaurados e mais encaminhamentos efetuados, a par com um maior investimento técnico e uma maior escassez de recursos humanos, conforme assinalado no Plano Estratégico 2017-2019 do SICAD.

Na *Redução de Riscos e Minimização de Danos*, as melhores avaliações são das estruturas no âmbito da “Justiça” (7.3 em 10), seguidos pela “Estrutura de coordenação do SICAD” (6.9 em 10). As piores são da “Administração Interna” (4.6 em 10) e do “Trabalho e Segurança Social” (5.8 em 10).

Também neste caso, o principal fator que explica as avaliações menos positivas são “Intervenção reduzida ou inexistente/ Falta de ações preventivas”. Em termos de contextos, as principais lacunas estão nos meios prisional e comunitário.

No *Tratamento*, as melhores avaliações são da “Estrutura de coordenação do SICAD” (7.9 em 10), seguidos pela “Economia” (8.2 em 10). A pior avaliação é da “Educação” (5.8 em 10).

Ao nível do detalhe das avaliações menos positivas, destaca-se a “escassez de recursos” e a “Intervenção desadequada” como os temas predominantes.

Finalmente no que respeita à *Reinserção*, a “Justiça” e a “Economia” são quem melhor avalia (respetivamente, 8.8 e 8.0 em 10), e a “Saúde” e o “Trabalho e Segurança Social” são quem pior avalia (5.5 e 5.6 em 10).

No principal fator que explica as avaliações menos positivas volta a surgir, em destaque, a “Intervenção reduzida ou inexistente/ Falta de ações preventivas”. Em termos de contextos, as principais lacunas estão nos meios prisional e recreativo.

Em resumo, no que respeita ao terceiro elemento da avaliação da adequação dos recursos aplicados no domínio da procura, resulta um bom desempenho ao nível das intervenções em “tratamento”, mas uma premente necessidade de aumentar, diversificar e generalizar as iniciativas na área da “prevenção”, especialmente nos contextos prisional, recreativo e familiar.

A conclusão, considerando os três elementos de avaliação utilizados, e que são o benchmarking com outros países europeus, o grau de concretização das metas do PNRCAD e as perceções dos *stakeholders*, é a de que os recursos no domínio da procura são insuficientes para garantir a realização das políticas em CAD e a concretização dos seus objetivos.

Deverá, não obstante, considerar-se que o facto de, durante o período do PNRCAD 2013-2020, Portugal ter atravessado uma profunda crise financeira, iniciada em 2009, mas com impactos significativos na capacidade de investimento do país ao longo de toda a década seguinte, que implicou uma forte limitação dos recursos disponíveis para a prevenção dos CAD.

3.1.4 Relação custo-efetividade por tipo de intervenção: Prevenção, RRMD, Tratamento, Reinserção, Dissuasão

i. PORI

A avaliação custo-benefício e custo-efetividade foi centrada num conjunto de projetos do Plano Operacional de Repostas Integradas (PORI). O PORI é uma medida estruturante de âmbito nacional ao nível da intervenção integrada na área dos comportamentos aditivos e dependências, que procura potenciar as sinergias disponíveis no território nacional, quer através do desenvolvimento e implementação de metodologias que permitam a realização de diagnósticos que fundamentem a intervenção, quer através implementação de Programas de Respostas Integradas (PRI). 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.

Os Programas de Respostas Integradas (PRI) são planos de intervenção específicos que integram respostas interdisciplinares e multisectoriais, 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. São implementados por Núcleos Territoriais, constituídos por entidades parceiras (públicas e privadas), que, em articulação com o SICAD e a Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD) da Administração Regional de Saúde, I.P. (ARS,I.P.) territorialmente competente de acordo com a mais recente orgânica do Ministério da Saúde, atuam localmente com vista à concretização dos objetivos comuns inicialmente planeados.

A análise custo-efetividade é uma análise comparativa entre os custos relativos e os resultados (efeitos) de diferentes cursos de ação, atribuindo um valor monetário ao resultado. De modo geral, poderá ser aplicado com o intuito de avaliar a eficiência dos projetos, analisando a relação entre o custo de cada projeto e o(s) resultado(s) do mesmo. A robustez desta análise está dependente dos dados disponíveis e utilizados para a mesma, sendo que a recolha de vários indicadores ao longo do projeto é essencial para o rigor dos resultados.

Nesta secção, pretende-se avaliar o custo-efetividade dos projetos PORI realizados entre 2016 e 2018. Adicionalmente, realizou-se uma análise custo-benefício, com intuito de tornar a avaliação a estes mesmos projetos mais completa e plena. Os projetos avaliados foram selecionados aleatoriamente, por cada tipo de intervenção, isto é, prevenção, redução de risco e minimização de danos, tratamento e reinserção. Relativamente à dissuasão, será feita uma análise à satisfação dos profissionais das CDT relativamente ao apoio prestado pela EMCAD, das entidades parceiras das CDT e dos indiciados das CDT, tendo por base relatórios de satisfação do período homólogo.

a. Prevenção

O Centro de Solidariedade de Braga/Projeto Homem foi a instituição responsável pelo Projeto “Mais Vale Prevenir”, desenvolvido a partir de 23/12/2015 a 22/12/2017. Teve como objetivo prevenir o consumo de substâncias psicoativas em Vila Nova de Famalicão através

de ações dirigidas a jovens, com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos em meio escolar e comunitário, assim como às respetivas famílias, em resposta às disfuncionalidades identificadas, e elementos da comunidade escolar. Procurou-se centrar as ações nos riscos de ocorrência de comportamentos aditivos e na redução da vulnerabilidade ao consumo de substâncias, privilegiando as vertentes de prevenção seletiva e indicada junto dos jovens com necessidades de intervenção específica. Para além dos agrupamentos de escolas, foram definidos como contextos de intervenção: uma escola profissional, um espaço PIEF, uma instituição de Acolhimento para Jovens e a Casa de Juventude de Famalicão.

Quadro 3.2 - Projeto Mais Vale Prevenir -ações

Ação	Descrição
1	Sensibilização/Informação
2	Programa de treino de competências pessoais e sociais
3	Atividades educativo-culturais / lúdico-pedagógicas
4	Treino de competências parentais
5	Workshops
6	Gabinete de acompanhamento ao aluno e à família
7	Espaço de atendimento e encaminhamento
8	Espaço extra-escola
9	Campanhas de prevenção
10	Produção de material

Quadro 3.3 - Projeto Mais Vale Prevenir -recursos financeiros

	Subtotal (€)
Encargos com Pessoal	41 605.03
Encargos de funcionamento	2 733.20
Total	44 338.23

Sucintamente, os resultados ações desenvolvidas pelo Projeto “Mais Vale Prevenir” foram:

1. **Ação 1:** Previa-se envolver em campanhas 1000 adolescentes, 80 pais, 300 população e envolveu-se 2241 adolescentes, 315 pais e 275 população adulta. Todos tiveram oportunidade de receber contactos úteis e informação sobre substâncias licitas (tabaco e álcool) e ilícitas (cannabis), comportamentos protetores e comportamentos de risco e aditivos, assim como contactos úteis, ou seja, onde se podem dirigir. Esta informação foi proporcionada de forma escrita e/ou verbal, através do jogo e atividades dinâmicas e divertidas.
2. **Ação 2:** Através do resultado do estudo da Inteligência emocional numa amostra de 82 alunos verifica-se um aumento de 121 para 130. Verificou-se também um aumento do auto-conceito dos jovens após formação em cerca de 2.19 pontos (numa escala de 1 a 100). Adicionalmente, verificou-se uma alteração da perceção acerca do consumo de substâncias ilícitas após formação.
3. **Ação 3:** Previa-se envolver 600 adolescentes e jovens nos dois anos de projeto e envolveu-se 1647. A avaliação das Atividades lúdico pedagógicas nas interrupções

letivas revelaram resultados positivos, cerca 77.64% dos alunos classificaram as experiências como positivas.

4. **Ação 4 e 5:** Os questionários mostraram alterações nos comportamentos dos pais, e como consequência, alterações nos comportamentos dos filhos. Deste modo, os pais ficaram satisfeitos com as práticas parentais que experimentaram. Cerca de 100% dos pais referem que os problemas que os levaram a frequentar o programa estão, um pouco melhores, melhores ou bastante melhores, quanto aos sentimentos dos pais em relação aos progressos dos filhos são de alguma satisfação, satisfação ou muita satisfação. Os questionários mostram, ainda, que os pais terminam mais motivados referindo que as expectativas em relação aos bons resultados são otimistas (51.1%) ou muito otimistas (44.7%). Os pais sentem-se, na sua maioria, competentes no final do programa (78.7%). Adicionalmente, através dos questionários de avaliação pode-se verificar que os pais consideraram os temas abordados importantes no seu papel e manifestaram que as ações corresponderam à sua expectativa e vão influenciar a sua atividade.
5. **Ações 6, 7 e 8:** Em contexto escolar previa-se atender 150 jovens e 60 familiares, acompanhou-se 123 pais e 181 adolescentes e jovens. Em contexto extraescolar previa-se para os dois anos do projeto, acompanhar 20 jovens e 15 pais e acompanhou-se 56 jovens e 66 pais. O espaço de atendimento e encaminhamento recebeu 10 jovens, 4 pais e 82 técnicos.

Análise Custo-Benefício

Quadro 3.4 - Projeto Mais Vale Prevenir – Custo e Benefícios

Ação	Benefício	Custo (€)
1	Ações de sensibilização alcançaram 62 profissionais de educação, 80 técnicos sociais, 16 técnicos de saúde, 450 jovens e 85 pais	44 338.23
2	Aumento do autoconceito entre os jovens participantes, após a sessão informativa/de sensibilização. Aumento da inteligência emocional entre jovens participantes após sessão. Estimou-se que cerca de 79 jovens alteraram as suas crenças relativamente a drogas, após a sessão informativa/sensibilização.	
3	Estimou-se que cerca de 1279 jovens dos 1647 participantes tiveram uma experiência positiva nas atividades lúdicas.	
4	Formação aos pais: Dos 123 pais que participaram na formação, estima-se que cerca de 118 verificam melhorias nos seus problemas e 102 estão muito satisfeitos/satisfeitos com os resultados e com o que foi aprendido na formação e sentem que têm as competências necessárias para resolver os seus problemas.	
5	Cerca de 85% dos professores achou os temas abordados bons e plenos e cerca de 95% dos assistentes operacionais achou os temas abordados bons e plenos. Todos os pais presentes na formação acharam os temas abordados bons e plenos	
6	Cerca de 48 dos 66 jovens que consumiam deixaram de consumir marijuana/haxixe. Cerca de 35 dos 43 jovens que consumiam deixaram de consumir álcool. Cerca de 10 dos 12 jovens que consumiam deixaram de consumir heroína. Cerca de 10 dos 18 jovens que consumiam deixaram de consumir LSD, ecstasy ou anfetaminas	
7	No encaminhamento, 82 técnicos foram auxiliados, 4 pais foram atendidos e 10 jovens foram encaminhados.	

9	Relativamente aos riscos e danos das substâncias psicoativas, 1300 jovens foram contactados. Para prevenção de doenças infecciosas foram alcançados 170 jovens e relativamente a estruturas de apoio foram alcançados 2300 jovens.	
	Foram distribuídos 250 preservativos (masculinos/femininos). Cerca de 325 folhetos informativos sobre os riscos do consumo de tabaco, 880 sobre a prevenção de doenças infecciosas, 5880 sobre os riscos/danos de substâncias psicoativas	

Análise Custo-Efetividade

Ao longo do Projeto “Mais Vale Prevenir”, foram realizadas várias ações de sensibilização, formação e acompanhamento, cujos progressos dos utentes foi registado através do preenchimento de questionários antes e depois da ação. Isto permitiu a análise da eficácia, e por sua vez, eficiência, das diferentes ações desenvolvidas.

Quadro 3.5 - Projeto Mais Vale Prevenir – Eficácia

Ação	Benefício	Eficácia
2	Aumento do autoconceito entre os jovens participantes, após a sessão informativa/de sensibilização. Aumento da inteligência emocional entre jovens participantes após sessão.	Aumento de 121 para 130 pontos no teste de Inteligência Emocional e aumento de 2.19 unidades (numa escala de 0 a 100) no teste de autoconceito.
	Estimou-se que cerca de 79 jovens alteraram as suas crenças relativamente a drogas, após a sessão informativa/sensibilização.	16.7%
3	Estimou-se que cerca de 1279 jovens dos 1647 participantes tiveram uma experiência positiva nas atividades lúdicas.	77.7%
4	Formação aos pais: Dos 123 pais que participaram na formação, estima-se que cerca de 118 verificam melhorias nos seus problemas e 102 estão muito satisfeitos/satisfeitos com os resultados e com o que foi aprendido na formação e sentem que têm as competências necessárias para resolver os seus problemas	96%
5	Cerca de 85% dos professores achou os temas abordados bons e plenos e cerca de 95% dos assistentes operacionais achou os temas abordados bons e plenos. Todos os pais presentes na formação acharam os temas abordados bons e plenos	93.3%
6	Cerca de 48 dos 66 jovens que consumiam deixaram de consumir marijuana/haxixe. Cerca de 35 dos 43 jovens que consumiam deixaram de consumir álcool. Cerca de 10 dos 12 jovens que consumiam deixaram de consumir heroína. Cerca de 10 dos 18 jovens que consumiam deixaram de consumir LSD, ecstasy ou anfetaminas	Eficácia na erradicação do consumo álcool = 81.4%, Eficácia na erradicação haxixe/marijuana = 72.7%, Eficácia na erradicação do consumo de heroína= 83.3%, Eficácia na erradicação do consumo de LSD, ecstasy ou anfetaminas = 55.6%, Eficácia na erradicação dos comportamentos de risco = 66.1%

Tendo em conta o peso de cada ação no custo final do projeto, como custo-efetividade tem-se:

Quadro 3.6 - Projeto Mais Vale Prevenir: Custo-Efetividade

Ação	Benefício	Peso (%)	Custo por ação (€)	Rácio Custo-Efetividade (cenário atual)	Rácio Custo-Efetividade (cenário ideal)	Varição percentual (cenário atual – cenário ideal)
2	Estimou-se que cerca de 79 jovens alteraram as suas crenças relativamente a drogas, após a sessão informativa/sensibilização.	19.6	8 690.29	110.0	18.41	83.26%
3	Estimou-se que cerca de 1279 (77.4%) jovens tiveram uma experiência positiva nas atividades lúdicas.	19.3	8 557.28	6.69	5.20	22.27%
4	Formação aos pais: Dos 123 pais que participaram na formação, estima-se que cerca de 118 verificam melhorias nos seus problemas e 102 estão muito satisfeitos/satisfeitos com os resultados e com o que foi aprendido na formação e sentem que têm as competências necessárias para resolver os seus problemas	3.3	1 463.16	12.40	11.90	4.03%
6	Cerca de 48 dos 66 jovens que consumiam deixaram de consumir marijuana/haxixe. Cerca de 35 dos 43 jovens que consumiam deixaram de consumir álcool. Cerca de 10 dos 12 jovens que consumiam deixaram de consumir heroína. Cerca de 10 dos 18 jovens que consumiam deixaram de consumir LSD, ecstasy ou anfetaminas.	13.5	5 985.66	58.11	43.06	25.90%

Assim, cada jovem que tenha alterado as suas crenças relativamente ao consumo de drogas, representa um custo de cerca de €110, enquanto que num cenário ideal este custo seria cerca de €18.41. Cada jovem com uma experiência positiva nas atividades lúdicas representa um custo de €6.69 para o projeto e cada pai/mãe que verificou uma melhoria nos comportamentos do seu filho através da formação representa um custo de €12.40. Por fim, cada jovem que tenha deixado de consumir qualquer tipo de substância ilícita através da ação de acompanhamento, representa um custo de €58.11. Novamente, compara-se estes valores com o cenário ideal e, de modo geral, irrealista. Contudo, verifica-se que na maior parte dos casos o valor é bastante semelhante ao do cenário ideal, indicando uma relação custo-efetividade muito boa. O único ponto negativo estará associado à ação 2, apresentando um valor de custo-efetividade bastante elevado, indicando que o valor investido na ação não foi eficiente. Todos os valores de custo-efetividade foram calculados através do quociente entre o custo da ação e o número de utentes/participantes que beneficiaram da ação (Yates, 1999). O peso de cada ação foi obtido junto da equipa do projeto.

Os objetivos definidos em candidatura foram satisfatórios e de acordo com o previsto, o que permitiu colmatar as necessidades/problemas identificados da população sinalizada com necessidade de intervenção. Os resultados da intervenção foram aferidos por meio da aplicação de questionários aos jovens pré e pós intervenção, bem como da definição de indicadores de avaliação, o que permitiu verificar alterações favoráveis, nomeadamente para dimensões como Crenças associadas aos consumos, Autoconceito e Ocorrência de Comportamentos de Risco. O número de jovens abrangidos pelo Projeto (que ultrapassou o previsto), o grau de satisfação e utilidade das ações, as mudanças percebidas e os indicadores relativos à transição de ano escolar permitiram igualmente avaliar de forma positiva a execução do projeto.

No que diz respeito à análise custo-efetividade, verifica-se resultados muito bons, com exceção à diligência das crenças da ação 2. Através do questionário fornecido após a formação, verificou-se um aumento na categoria “Não sei” (Anexo 1-A), indicando que os jovens não foram totalmente esclarecidos durante a formação. Acrescenta-se que o custo por ação poderá estar sobrestimado, dado que se apenas considera o resultado de uma diligência da ação completa, contudo o valor custo-efetividade nunca representaria uma relação eficiente, pelo facto da mudança de crenças se ter verificado num número reduzido de participantes. Este resultado poderá dever-se à má execução da ação de sensibilização em si ou à má construção do questionário de recolha do progresso dos participantes, levando aos respondentes a selecionarem, em grande maioria, a opção neutra.

b. Redução de Riscos e Minimização de Danos

O Projeto “Santana - Equipas de Rua”, desenvolvido pela Associação Novo Olhar, realizou-se entre 13/01/2016 e 12/01/2018, tendo uma duração de 24 meses. Pretendia dar resposta à área lacunar de redução de riscos e minimização de danos diagnosticada pelo CRI de Leiria, no território da Marinha Grande, tais como, envelhecimento da população toxicodependente com surgimento de problemática associada, aumento da procura de respostas para o problema do consumo de álcool, tráfico e consumo de SPA’s, consumo injetável de *dormicum*, violência doméstica e consumo de SPA’s, prostituição, policonsumos. Assim, através de giros de rua e de atividades de apoio ao utente pretendeu aumentar a acessibilidade aos serviços e a sua adaptação às necessidades das pessoas com CAD, promover modelos de proximidade e de procura em detrimento de modelos de espera, oferecer informações realistas sobre CAD, SPA, bem como as formas de uso e os riscos a elas associados, promover a educação sanitária, facilitadora de comportamentos de menor risco/nocividade, promover a responsabilização e a participação das pessoas com CAD enquanto cidadãos e, por fim, visava intervir na comunidade, de modo a promover uma proximidade mais radical e objetiva dos problemas que afetam as pessoas com CAD, prevenindo as reações de alarme social. O Projeto “Santana – Equipas de Rua” deu resposta às necessidades da população identificada no âmbito da RRMD através do desenvolvimento das seguintes atividades previstas em projeto:

Quadro 3.7 - Projeto Santana – ações

Ação	Descrição
1	Troca de seringas e distribuição material assético para injeção de acordo com o programa de troca de seringas (de acordo com Dec. Lei n.º 183/2001 de 21 de junho)
2	Distribuição de preservativos e lubrificantes
3	Distribuição de materiais informativos sobre SPAS, redução de danos e serviços (sociais, de saúde, educação, justiça)
4	Realização de ações de Educação para a Saúde
5	Realização de ações de sensibilização e informação sobre RRMD dirigidas a Técnicos e Voluntários
6	Distribuição de pequenas refeições/snacks, materiais de higiene e roupa/agasalhos.
7	Atendimentos de apoio social
8	Encaminhamentos
9	Acompanhamentos sociais
10	Prestação de cuidados de enfermagem
11	Promoção de reuniões institucionais
12	Dinamização de atividades ocupacionais
13	Participação em congressos e encontros

Quadro 3.8 - Projeto Santana - recursos financeiros

	Subtotal (€)
Encargos com pessoal	89 048.88
Encargos de funcionamento	23 905.2
Total	112 954.08

De forma global, os resultados previstos foram alcançados e, em alguns casos, ultrapassados, como por exemplo, a distribuição de seringas (em quase 2.000 unidades), lubrificantes, materiais informativos de distribuição e as refeições distribuídas, as quais duplicaram o valor inicialmente previsto.

O projeto previa abranger 100 consumidores de heroína e 80 consumidores de cocaína, no entanto este número não foi alcançado (85 e 60, respetivamente para cada grupo), o que será justificado pela alteração dos padrões de consumo. Reportou-se um número superior ao previsto de consumidores de álcool (82 face às 70 previstas) e, também ao nível do apoio prestado a pessoas abstinentes ou em processo de tratamentos, se verificou um número superior de respostas (38 face às 20 previstas). Assim, no que respeita à taxa de execução relativamente ao número de utentes abrangidos, a mesma situa-se nos 140%, ultrapassando em 60 pessoas apoiadas as 150 definidas na proposta.

Resumidamente, tem-se os seguintes objetivos estabelecidos e respetivos resultados:

- 1. Divulgar utensílios e programas de redução de riscos (kit de material asséptico, preservativos masculinos e femininos e gel lubrificante) e fornecer informação no âmbito das dependências:** 11 054 ampolas de água bidestilada, 11 621 toalhetes de álcool, 11 321 filtros, 11 061 *clean cups*, 11 138 carteiras de ácido cítrico, 15 144

preservativos masculinos e femininos, 1 917 géis lubrificantes e 730 folhetos de material informativo distribuídos.

2. **Interagir com os consumidores face a situações de risco (pequena refeição/snack, roupas):** 2 182 snacks foram distribuídos e realizou-se 167 atos de distribuição de roupa.
3. **Promover o encaminhamento adequado das pessoas em situação de risco:** Realizou-se 249 encaminhamentos.
4. **Intervir nos primeiros socorros face a emergências ou negligência:** Realizou-se 112 atos de enfermagem
5. **Substituir seringas de acordo com o programa de troca de seringas:** Trocou-se 11 952 seringas.
6. **Envolver as diferentes Instituições locais prevendo a complementaridade da atuação nos diferentes subsistemas, nomeadamente com a Unidade de Intervenção Local da Administração Regional de Saúde do Centro e outros serviços de saúde:** O contributo dos parceiros foi fundamental para complementar a atuação da Equipa de Rua. Efetuaram-se 2 reuniões em que foram convidados todos os parceiros do projeto e várias reuniões informais com as diferentes entidades.
7. **Interagir ativamente com os parceiros de forma a agilizar os encaminhamentos necessários:** Envolveram-se ativamente as instituições locais e parceiras nos procedimentos para tratamento
8. **Aumentar os encaminhamentos para tratamento em 5% em relação ao projeto anterior:** Efetuaram-se 14 encaminhamentos para Unidade de Intervenção Local, e apoiaram-se 17 utentes no encaminhamento para Comunidade Terapêutica e 5 para Unidade de Desabilitação.
9. **Fomentar as necessidades básicas de saúde:** Foram realizadas 7 Ações de Educação para a Saúde com os seguintes temas: “Auto-estima”; “Hepatite C”; “Consumo Problemático de Álcool e Processo de Mudança”; “Tuberculose”; “Vacinação”; “Escabiose”; “Avaliação Práticas Sexuais de risco”. No total das 7 ações contou-se com 61 participantes. A partir desta ação, dois utentes passaram do consumo regular injetado para um consumo fumado. E cerca de 12 utentes diminuíram o consumo pela via injetada, privilegiando a via fumada.
Eliminar práticas de risco relacionadas com o consumo de drogas e práticas sexuais de risco: No final dos primeiros 24 meses de intervenção do projeto SANTANA, a Equipa de Rua contabilizou um total de 90 indivíduos em programa de troca de seringas, ao passo que nos últimos 24 meses de continuidade da intervenção, a Equipa de Rua acompanhou 56 pessoas em programa de troca de seringas, verificando-se uma diminuição de utentes que consomem por esta via.

Análise Custo-Benefício

Através da tabela dos recursos financeiros, verifica-se que o custo total do projeto foi de €112 954,08. Os benefícios, por sua vez, foram divididos entre duas categorias: Benefícios Monetizáveis e Benefícios Não Monetizáveis.

Quadro 3.9 - Projeto Santana – Benefícios Monetizáveis

	Benefícios	Benefício monetizado	Nº de utentes	Valor Total (€)	Risco/Dano a reduzir
Material	Em média, cerca de 9 seringas, 8 ampolas de água bidestilada, 5 toalhetes de álcool, 6 filtros, 8 <i>clean cups</i> e 8 carteiras de ácido cítrico foram distribuídos por mês por utente.	Custo poupado ao SNS pela ausência de doenças infecciosas (Hepatite C) nos utentes abrangidos pela ação	56	258 244.75	Doença infecciosa
	Em média, cerca de 5 preservativos por mês, por utente.	Custo poupado ao SNS pela ausência de doença sexualmente transmissíveis (Hepatite C e HIV) nos utentes abrangidos pela ação	127	421 885.73	Doença sexualmente transmissível
Apoio	Em média, prestou-se 2 cuidados de enfermagem a 51 utentes.	Custo poupado ao SNS pela ausência de consultas de prestação de cuidados de enfermagem	51	3 320.10	Infeção/doença
	Realizou-se 7 cuidados de primeiros socorros.	Custo poupado ao SNS pela ausência de consultas de primeiros socorros	7	238.70	Infeção/doença
Divulgação Informação	Cerca de 12 utentes passaram do consumo injetado para o consumo fumado.	Custo poupado ao SNS pela ausência de doenças infecciosas (Hepatite C) nos utentes abrangidos pela ação	61	55 338.16	Doença infecciosa

Relativamente aos benefícios monetizáveis (Quadro 3.9), estão associados os riscos de contração de doenças infecciosas e/ou doenças sexualmente transmissíveis. Como tal, o benefício será associado ao custo poupado pelo SNS, assumindo que estes foram 100% eficazes na mitigação do risco.

Para cuidados de enfermagem e primeiros socorros, utilizou-se o valor de uma consulta no SNS. Para estimar o custo de uma doença infecciosa, considerou-se a hepatite C, pelo facto de ser mencionada como uma das doenças de risco do relatório do projeto. O custo associado abrange a consulta e o tratamento da mesma. Cada valor obtido foi multiplicado pelo número de utentes abrangidos pelo benefício e pela prevalência da doença numa população com comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias ilícitas (Silva et al., 2017). Para o caso das doenças sexualmente transmissíveis, considerou-se a média dos custos das doenças Hepatite C e HIV. A estimativa do custo do HIV foi obtida através do custo mensal de um doente com HIV nos hospitais da zona centro, multiplicando novamente pela prevalência da doença numa população semelhante (Silva et al., 2017). No que respeita às infeções sexualmente transmissíveis, excluiu-se sífilis e clamídia, dado que o seu tratamento é à base de antibióticos e as estimativas de prevalência disponíveis (Pádua et al., 2017) correspondem a uma população saudável, sendo por isso muito baixas. Assim, neste cenário, pode-se considerar este custo negligenciável. Os cálculos detalhados estão disponíveis no Anexo 1-A.

Quadro 3.10 - Projeto Santana – Benefícios Não Monetizáveis

	Benefícios	Risco/Dano a reduzir
Material	Em média, foram distribuídas 10 refeições/snacks por mês por 210 utentes	Fraca alimentação
Apoio	Realizou-se, em média, 16 consultas de apoio social por utente e 5 acompanhamentos por utente por utente	Dependência
	Prestou-se em média cerca de 5 apoios de cuidados de higiene a 38 utentes por mês e 18 apoios relativamente à lavandaria, por 18 utentes.	Higiene pessoal
Encaminhamentos	Cerca de 12 utentes foram encaminhados para uma unidade de tratamento e 11 utentes para uma comunidade terapêutica.	Dependência
	Cerca de 18 utentes foram encaminhados para formação e cerca de 5 foram encaminhados para centro de emprego.	Desemprego

Adicionalmente aos benefícios associados à redução/minimização de risco de contração de doenças infecciosas, o projeto também abrangeu ações que visavam melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e auxiliar na sua recuperação. Como tal, tem-se benefícios associados à distribuição de refeições, consultas de apoio social, cuidados de higiene e encaminhamentos (Quadro 3.10). De modo a obter um valor quantitativo associado aos mesmos, seria necessário recorrer a dados específicos junto dos utentes abrangidos por estas ações. Devido à falta de informação disponível, recorre-se a uma análise qualitativa destes mesmos benefícios.

Análise Custo-Efetividade

Relativamente à eficácia das ações do projeto, representada no Quadro 3.11, assumindo que os produtos de higiene foram utilizados, esta atingirá os 100%. A taxa de eficácia dos benefícios associados aos cuidados de enfermagem e primeiros socorros pessoal será 100%. Por fim, os benefícios associados à divulgação de informação permitiram que 12 utentes dos 61 que participaram nas formações deixassem de consumir por via injetada reduzindo, assim, o risco de contração de doença infecciosa. Deste modo, tem-se uma taxa de eficácia de cerca de 19%. De notar que esta mesma taxa poderá estar subestimada, dado que se assume que os 61 utentes que participaram nas ações de divulgação de informação consumiam substância ilícitas por via injetada.

Devido à complexidade das atividades realizadas no âmbito da redução de risco e minimização de danos, como *proxy* do rácio custo-efetividade utilizou-se o rácio custo-benefício (Yates, 1999). Deste modo, sabendo que os benefícios monetizados perfazem um total de €739 027,44, verifica-se que os benefícios do projeto são superiores ao seu custo cerca de 6.54 vezes, o que significa que por cada euro investido no projeto, se poupa cerca de €6.54. Neste valor de custo-efetividade, apenas se considera os benefícios monetizáveis, como tal o mesmo poderá apresentar um valor subestimado.

Quadro 3.11 - Projeto Santana – Eficácia

	Benefícios	Risco/Dano a reduzir	Eficácia
Material	Em média, cerca de 9 seringas, 8 ampolas de água bidestilada, 5 toalhetes de álcool, 6 filtros, 8 <i>clean cups</i> e 8 carteiras de ácido cítrico foram distribuídos por mês por utente.	Doença infecciosa	Assumindo que foi usado, 100%
	Em média, cerca de 5 preservativos por mês, por utente.	Doença sexualmente transmissível	Assumindo que foi usado, 100%
	Em média, foram distribuídas 10 refeições/snacks por mês por 210 utentes	Fraca alimentação	Assumindo que foi usado, 100%
Apoio	Em média, prestou-se 2 cuidados de enfermagem a 51 utentes.	Infeção/doença	100%
	Realizou-se 7 cuidados de primeiros socorros.	Infeção/doença	100%
	Realizou-se, em média, 16 consultas de apoio social por utente e 5 acompanhamentos por utente por utente	Dependência	Necessário resultado da consulta
	Prestou-se em média cerca de 5 apoios de cuidados de higiene a 38 utentes por mês e 18 apoios relativamente à lavandaria, por 18 utentes.	Higiene pessoal	100%
Divulgação Informação	Cerca de 12 utentes passaram do consumo injetado para o consumo fumado.	Doença infecciosa	19.7%
Encaminhamentos	Cerca de 12 utentes foram encaminhados para uma unidade de tratamento e 11 utentes para uma comunidade terapêutica.	Dependência	Necessário resultado do tratamento
	Cerca de 18 utentes foram encaminhados para formação e cerca de 5 foram encaminhados para centro de emprego.	Desemprego	Necessário resultado

Considera-se que a população que o Projeto “Santana – Equipas de Rua” acompanhou se encontra mais informada e sensibilizada para a prevenção de comportamentos de risco, para as hipóteses de tratamento de doenças infecciosas, dado que os consumidores de substâncias psicoativas tiveram acesso a material de consumo asséptico e a preservativos. A Equipa de Rua efetuou o encaminhamento de populações excluídas para a rede de cuidados de saúde e sociais, contribuiu para a melhoria do nível de vida e das condições de dignidade mínimas das pessoas que consomem substâncias psicoativas. O Projeto também contribuiu para a resolução de problemas de âmbito jurídico e reivindicação de direitos e permitiu que utentes fossem encaminhados para projetos de reabilitação mais estruturados.

Relativamente à eficácia, de modo geral tem-se resultados positivos. O único ponto negativo estará associado à ação de divulgação de informação, devido à baixa eficácia, demonstrando que não houve uma redução significativa de comportamentos de riscos associados ao consumo por via injetada. Porém, este valor poderá estar subestimado, dado

que se assume que os 61 participantes consumiam substâncias ilícitas por via injetada. Para além disto, o risco associado ao consumo por via injetada, de certa forma, estará mitigado no projeto através da distribuição de material de consumo assético. Tendo isto em consideração, a baixa eficácia esta ação não será relevante.

Relativamente ao custo-efetividade, por cada euro investido no projeto, poupa-se 6.54 euros, este valor é superior a um, como tal verifica-se que os benefícios são superiores aos custos do projeto. Apesar de não existir um valor homólogo para efeitos de comparação, considerando que o cálculo deste valor está subestimado, é bastante positivo e verifica-se uma relação satisfatória de custo-efetividade.

c. Tratamento

No eixo do Tratamento, a instituição responsável pelo desenvolvimento do projeto selecionado foi o Grupo de Ação Social Cristã (GASC). O Projeto “Sorrir: Consulta Descentralizada” de Barcelos decorreu entre 02/01/2016 a 01/01/2018 e teve como finalidade dar apoio, enquanto resposta desenvolvida no eixo do Tratamento, aos utentes com comportamentos aditivos e dependências no concelho de Barcelos. A intervenção consistiu numa abordagem multifacetada onde se incluiu consultas individuais de psicologia, enfermagem, medicina e serviço social, promovendo assim, o acesso facilitado a uma rede de cuidados próxima dos utentes, tendo sido este um fator importante na adesão ao tratamento. Num primeiro contacto, realizaram-se diagnósticos clínicos, psicológicos e familiares por forma a elaborar um plano individual de Tratamento adaptado ao utente, conforme as suas necessidades. Posteriormente, os utentes foram incluídos em programas terapêuticos e/ou encaminhados para serviços pertencentes a entidades parceiras do projeto que desenvolviam a sua atividade direta ou indiretamente na mesma problemática e/ou na mesma área geográfica. Para além das atividades previstas relacionadas com o Tratamento, foram incluídas intervenções no âmbito da Educação para a Saúde e a criação de um Grupo de Suporte Familiar, vocacionado para partilhar dúvidas e experiências dos familiares dos utentes.

Quadro 3.12 - Projeto Sorrir – Ações

Ação	Descrição
1	Divulgação do Projeto
2	Acolhimento e triagem dos utentes
3	1ª Consulta (individual ou grupo/família) Médica, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social para acolhimento e rastreio clínico e cuidados de enfermagem
4	Consultas de Acompanhamento
5	Programas de Substituição e outros
6	Encaminhamento e Articulação com outras Entidades
7	Sensibilização a Técnicos de 1ª Linha de Atendimento, das áreas Social e Saúde
8	Criação de Grupos de Suporte Familiar

Quadro 3.13 - Projeto Sorrir - recursos financeiros

	Subtotal (€)
Encargos com pessoal	127 876.04
Encargos de funcionamento	75 269.93
Total do projeto	203 145.97

O Projeto “Sorrir” foi criado para responder às necessidades de 680 indivíduos com quadro de dependência de substâncias psicoativas ilícitas e de problemas ligados ao álcool no concelho de Barcelos. Não tendo sido atingida a meta prevista, foram abrangidos 643 indivíduos, apesar dos esforços da equipa de divulgação do projeto. Foram acompanhados, em continuidade, 596 utentes até ao final do projeto, tendo sido contabilizados 250 novos utentes durante a execução do mesmo. Adicionalmente, foram envolvidos 200 familiares ou figuras de referência dos utentes, 2 grupos de suporte familiar e realizadas 4 sessões de Ação de Sensibilização a Profissionais de 1ª Linha de Atendimento. Relativamente às atividades de Educação para a Saúde, foram criadas 8 sessões em grupo e 13 consultas individuais abordando diversas temáticas.

Foram ainda realizados 842 rastreios por indicação médica e criaram-se meios para o encaminhamento de 333 utentes a outras entidades. O Programa de Tratamento com Agonista Opiáceo, teve 104 utentes ativos no programa de substituição opiácea com Cloridrato de Metadona, dos quais 19 com tomas diárias presenciais e 111 em Programa de Substituição com Buprenorfina.

Análise Custo-Benefício

No que respeita aos benefícios do projeto, o objetivo e benefício principal será uma diminuição do padrão de consumo e uma abstinência do consumo de substância ilícitas por parte dos utentes durante o decorrer do projeto. Deste modo, cerca de 349 utentes não consumiram substâncias ilícitas durante um período médio de 66 semanas e cerca de 55 utentes apresentaram um padrão de uso não problemático. Contudo, estes não serão os únicos benefícios do projeto, dado que o acompanhamento e tratamento dos utentes trará um aumento da qualidade de vida, associado ao acesso a suporte formal, à quebra de isolamento, à inclusão social, à melhoria das relações familiares e à melhoria na saúde física. Adicionalmente, este acompanhamento permite a mitigação de comportamentos de riscos. Como tal, durante o decorrer do projeto, cerca de 335 utentes não tiveram contraordenações, 145 utentes mantiveram a sua atividade profissional e 480 não apresentaram um risco de contração de uma doença infecciosa.

Quadro 3.14 - Projeto Sorrir - Benefícios Monetizáveis

Benefícios	Benefícios monetizados (€)	Descrição
145 utentes mantiveram a sua integração profissional	2 436 000.00	Custo poupado dos subsídios de desemprego
480 utentes sem risco de contração de doenças infecciosas	251 925.50	Custo poupado ao SNS pela ausência de doenças infecciosas

Quadro 3.15 - Projeto Sorrir – Benefícios Não Monetizáveis

Benefícios	Custo (por mês/ utente)
335 utentes sem contraordenações	16.93
Aumento da qualidade de vida, nomeadamente acesso a suporte formal (no caso de fases depressivas, recaídas, etc.), quebra de isolamento, integração profissional, inclusão social, melhoria das relações familiares, melhoria na saúde físico e humor, criação de novas relações afetivas, ganho de autonomia e reinserção social	
55 utentes apresentaram um padrão de uso não problemático	
349 utentes não consumiram drogas, num período médio de 66 semanas	

À semelhança de análises anteriores, não é possível monetizar todos os benefícios, de modo que apenas se monetizou os benefícios associados ao custo poupado através da ausência de pagamento de subsídios de desemprego e do custo poupado ao SNS pela ausência de tratamento de doenças infecciosas. Para o cálculo deste primeiro benefício, assumiu-se que os utentes auferiam um salário de €700, multiplicando este valor pelo número de utentes abrangidos pelo benefício e o número de meses do projeto. Para o segundo e último benefício monetizado, considerou-se o diagnóstico e tratamento da doença infecciosa Hepatite B (mencionada no relatório do projeto como uma das doenças mais comuns), multiplicando pelo número de utentes abrangidos pelo benefício e pela prevalência da doença para toxicod dependentes em Portugal (DGS,2019). O cálculo detalhado destes valores está disponível no Anexo 1-A.

Considerando os benefícios monetizáveis (Quadro 3.14), é possível calcular o rácio custo-benefício do projeto em questão. Deste modo, sabendo que os custos do projeto perfazem um total de €203 145.97, tem-se um valor deste rácio de cerca de €13.23. Assim, por cada euro investido no projeto, poupa-se €13.23.

Quadro 3.16 - Projeto Sorrir: Rácio Custo-Benefício

Benefícios monetizados (€)	Custo (€)	Rácio Custo-Benefício
2 687 925.50	203 145.97	13.23

Análise Custo-Efetividade

A eficácia dos benefícios do projeto é, de modo geral, bastante satisfatória, sendo que os utentes abrangidos pelo programa apresentaram comportamentos de adesão ao mesmo, nomeadamente cerca de 67% não teve contraordenações e 96% dos utentes não apresentaram um risco de contração de doenças infecciosas. Por fim, cerca de 65.48% dos utentes com padrão de consumo, diminuíram o mesmo de modo que este deixasse de ser problemático e dos utentes em tratamento cerca de 69.80% não consumiu substâncias ilícitas durante um período médio de 66 semanas.

Relativamente ao custo-efetividade, a relação entre o custo e o resultado do programa, apenas se considera o número de utentes que tiveram em abstinência, dado que este era o objetivo primário do programa e este será o resultado (*outcome*) principal do mesmo. Assim, para os 349 utentes, cada semana de abstinência apresentou um custo de, em média, €0.26. Este valor foi obtido calculando o valor médio de custo por semana em abstinência, através do quociente entre o custo do projeto e as 66 semanas de abstinência. Num cenário ideal, os utentes estariam em abstinência por 96 semanas (duração total do projeto), o que representa um custo por semana de €0.18. É de notar que este cenário será bastante irrealista, dado que devido a diferentes fatores é pouco provável que todos os utentes do programa estejam em abstinência durante o decorrer do mesmo, interruptamente. Contudo, apenas se calcula este valor com objetivos de comparação. Assim, é possível constatar que face ao cenário ideal há um aumento de custo de cerca de 31%.

Quadro 3.17 - Projeto Sorrir: Eficácia

Benefícios	Eficácia
335 utentes sem contraordenações	67.00%
480 utentes sem risco de contração de doenças infecciosas	96.00%
55 utentes apresentaram um padrão de uso não problemático	65.48%
349 utentes não consumiram drogas, num período médio de 66 semanas	69.80%

Quadro 3.18 - Projeto Sorrir: Custo-Efetividade

Benefícios/Resultados	Custo-Efetividade (cenário atual)	Custo-Efetividade (cenário ideal)	Varição Percentual (cenário atual – cenário ideal)
349 utentes não consumiram drogas, num período médio de 66 semanas	0.26	0.18	30.07%

Os resultados do Projeto Sorrir foram considerados positivos e de acordo com os objetivos inicialmente propostos, com a exceção do número de utentes abrangidos (643), que não atingiu a população prevista (680). Globalmente, foram prestados os cuidados de acordo com as necessidades específicas de cada indivíduo, o que permitiu uma maior acessibilidade ao tratamento ao nível da dependência/uso nocivo de substâncias lícitas e ilícitas, representando uma mais-valia para uma população fragilizada e carenciada.

Relativamente à eficácia das ações do projeto, observam-se resultados bastante positivos, sendo que na generalidade os utentes apresentaram comportamentos de baixo risco durante o decorrer do projeto. Relativamente ao custo-efetividade, sabendo que, em média, os utentes tiveram 66 semanas em abstinência, verifica-se que cada semana em abstinência custa ao projeto €0.26. Este valor é superior em 31% face ao cenário ideal (e irrealista) de 96 semanas (duração do projeto) de abstinência. Assim, considera-se o mesmo satisfatório, à falta de comparação com um resultado mais realista, apresentando alguma margem de melhoria face aos próximos projetos.

d. Reinserção

O Projeto RIS, desenvolvido pela Cruz Vermelha Portuguesa: Delegação de Aveiro, decorreu entre 10/02/2016 a 09/02/2018 e foi criado para responder às necessidades das pessoas com CAD, em processo de tratamento, em todo o concelho de Aveiro. A intervenção contou com o apoio de equipa de Tratamento de Aveiro, uma vez que foi esta a principal fonte de sinalização de utentes. O principal objetivo centrou-se na inserção/reinserção profissional, familiar e social dos indivíduos e, consequentemente, na sua autonomização, por meio de um conjunto de ações.

Quadro 3.19 - Projeto RIS – ações

Ação	Descrição
1	Acompanhamento Psicossocial
2	Orientação Vocacional
3	Treino de Competências
4	Mediação Social
5	Satisfação das Necessidades básicas
6	Aconselhamento jurídico

Quadro 3.20 - Projeto RIS recursos financeiros

	Subtotal (€)
Encargos com pessoal	50 746.76
Encargos de funcionamento	7 978.98
Total	58 725.74

O projeto RIS foi selecionado para responder às necessidades de 290 indivíduos com CAD, em processo de tratamento, no concelho de Aveiro. No entanto, do total de utentes, a população abrangida situou-se muito abaixo do previsto, tendo-se registado apenas 93 indivíduos envolvidos no projeto. Deste conjunto de utentes, apenas 72 (56 do género masculino) se mantiveram regulares.

No que respeita aos comportamentos aditivos, verificou-se que a 92% dos utentes encontrava-se em situações de consumo de substâncias psicoativas ilícitas. Os restantes 8% padeciam de problemas ligados ao consumo de álcool.

Relativamente à situação profissional, 31 utentes encontravam-se inseridos no mercado de trabalho, 8 eram pensionistas e 33 estavam em situação de desemprego. Com o apoio do presente Projeto foi possível empregar 17 indivíduos no mercado de trabalho (51,5% da população que não tinha ocupação profissional) e 10 usufruíram de formação profissional em parceria com o IEFP. Os restantes 6 utentes não tiveram qualquer tipo de inserção/reinserção profissional realizando biscates nas áreas da construção civil, pesca, agricultura ou enquanto “arrumadores de carros”.

O acompanhamento psicossocial abrangeu 82 utentes, tendo sido realizadas 1031 diligências na totalidade. Foram ainda abordados 10 familiares com vista ao apoio dos beneficiários na resolução de conflitos interpessoais e intrafamiliares. A orientação vocacional abrangeu 36 utentes do projeto, num total de 62 diligências. Nesta mesma ação, foram ainda abrangidos 2 familiares. O treino de competências foi desenvolvido junto de 18 utentes que adquiriam competências para as entrevistas de emprego e para o início de um novo trabalho. A mediação social permitiu uma intervenção junto de 85 utentes, num total de 664 diligências. Foram ainda contactados 33 familiares, bem como inúmeros serviços sociais e de saúde, 2 centros de formação, 16 técnicos de emprego de IEFP e 41 empresas, potencialmente empregadores dos utentes – dos quais 12 aceitaram empregar indivíduos com CAD. A satisfação das necessidades básicas e visitas domiciliárias apoiou 51 utentes e 63 familiares com bens alimentares e de higiene pessoal, num total de 628 ações. Em relação às visitas domiciliárias, efetuaram-se 14 visitas a 6 agregados familiares. O aconselhamento jurídico beneficiou 16 utentes, num total de 33 diligências.

Análise Custo-Benefício

Quadro 3.21 - Projeto RIS – Custos e Benefícios

Ação	Benefícios	Custos (€)
1	Cerca de 82 utentes aproveitaram para relatar os seus problemas e situações de acordo com as suas necessidades. Foram realizados alguns contatos nesta ação a 10 familiares no sentido de apoiar os mesmos na resolução de alguns conflitos interpessoais e intrafamiliares. O acompanhamento psicossocial permitiu criar uma relação de maior proximidade e empatia de forma a prevenir retrocessos e abandonos funcionando como um apoio de retaguarda ao indivíduo.	58 725.74
2	Auxílio na elaboração do seu Curriculum Vitae (CV), e contribuição para o seu autoconhecimento e assunção das suas competências e responsabilidades. Após a elaboração do CV, os utentes foram orientados para fazer uma pesquisa de empresas e proceder à entrega do mesmo nas empresas que selecionaram, o que resultou em 17 utentes empregados.	
3	Foram desenvolvidas sessões de Treino de Competências para 18 utentes com a totalidade de 31 ações, em que os mesmos foram preparados não só para as entrevistas de emprego, como também para o início de um novo trabalho, para o qual devem adotar uma postura profissional, de responsabilidade e respeito.	
4	Acompanhamento técnico nos diversos sistemas dos quais os utentes fizeram ou poderiam vir a fazer parte, tais como: serviços sociais, centros de formação e/ou empresas. Tratou-se de um acompanhamento individualizado e adequado a cada utente, realizado após um diagnóstico de necessidades que permitiu identificar quais os serviços a contactar e proceder a encaminhamentos. Esta ação beneficiou 9 utentes que terminaram uma formação profissionalizante.	
5	Foram apoiados 51 utentes e 63 familiares em bens alimentares e de higiene num total de 628 ações.	
6	Acesso ao aconselhamento jurídico a 16 utentes com um total de 33 diligências	

Quadro 3.22 - Projeto RIS - Benefícios monetizáveis

Benefícios Monetizáveis	Benefícios monetizados por mês (€)
17 em 33 utentes ficaram empregados e 31 utentes mantiveram o seu contrato de trabalho	33 600.00
9 utentes em 16 obtiveram formação profissional	4 846.15

Neste projeto cerca de 17 utentes dos 33 utentes desempregados celebraram um contrato de trabalho e outros 9 tiveram uma formação profissional. O benefício monetizado irá corresponder ao custo poupado em subsídios de desemprego, assumindo que os utentes

ganhavam um salário de €700. Para o caso dos utentes em formação, o valor poupado não é imediato, de modo que se aplicou uma taxa de desconto de cerca de 30% (Yates, 1999) para este monetizar este benefício.

Quadro 3.23 - Projeto RIS: Rácio Custo-Benefício

Benefícios/Resultados monetizados (total(€)/mês)	Custo (total(€)/mês)	Custo-Benefício (cenário atual)	Custo-Benefício (cenário ideal)	Varição Percentual (cenário atual – cenário ideal)
38 446.15	2 446.91	15.71	21.83	-28.02%

Observando o Quadro 3.23, tem-se o rácio custo-benefício, dado pelo quociente entre os benefícios monetizados (por mês) e os custos do projeto (por mês). O valor obtido significa que por cada euro investido se poupa cerca de €15.71. Para os valores do cenário ideal assumiu-se que todos os 33 utentes em situação de desemprego ficaram empregados e que os 16 utentes obtiveram formação profissional. Assim, verifica-se que no cenário ideal se pouparia mais 28.02% por cada euro investido. Deste modo, a relação custo/benefício do projeto é bastante satisfatória, dado que os benefícios são em larga escala superiores ao custo. Realça-se que este valor poderá estar subestimado porque não se quantifica o ganho de qualidade de vida por parte dos utentes, apenas se incluiu na análise os benefícios monetizáveis associados ao custo poupado de subsídios de desemprego.

Análise Custo-Efetividade

Quadro 3.24 - Projeto RIS – eficácia

Benefícios/Resultados	Eficácia
17 em 33 utentes ficaram empregados e 31 utentes mantiveram o seu contrato de trabalho	51.52%
9 utentes em 16 obtiveram formação profissional	56.25%

Quadro 3.25 - Projeto RIS: Rácio Custo-Efetividade

Resultados	Custo projeto	Custo-Efetividade (cenário atual)	Custo-Efetividade (cenário ideal)	Varição Percentual (cenário atual – cenário ideal)
17 utentes empregados	€58 725.74	€1 030.28	€734.07	28.75%
31 utentes mantiveram o contrato de trabalho				
9 utentes obtiverem formação profissional				

No que respeita à análise custo-efetividade, considerou-se o rácio entre os custos dos projetos e os resultados (*outputs*) positivos do projeto, tais como o número de utentes empregados e o número de utentes que obtiveram uma formação profissional. Assim, cada utente com um *output* positivo do projeto, custou cerca de €1030.28. Num cenário ideal, onde todos os utentes abrangidos pelo projeto teriam obtido uma formação profissional e/ou estariam empregados, o custo seria cerca de €734.07, representando uma diminuição de 28.75% face ao cenário atual. Dada a diferença percentual e o facto de, na prática, o cenário ideal ser irrealista, concluiu-se que o projeto produziu um bom resultado ao nível da efetividade.

ii. Recomendações

Após a análise custo-benefício e custo-efetividade dos projetos PORI, dos diferentes tipos de intervenção, conclui-se que na sua generalidade a relação entre o custo e efetividade dos mesmos é bastante satisfatória. Em muitos casos, as medidas de custo-efetividade aproximam-se do cenário ideal, evidenciando a eficiência dos projetos desenvolvidos. Deste modo, nesses casos, releva-se como aspeto positivo as atividades desenvolvidas e o trabalho dos recursos humanos envolvidos.

Porém, há que realçar que muitos casos foram baseados em pressupostos relativamente aos resultados e, na sua generalidade, os benefícios monetizados foram subestimados. Acrescenta-se ainda que, apesar de algumas metodologias serem comuns entre os diferentes tipos de intervenção, devido à heterogeneidade de indicadores recolhidos, não é possível nem correto comparar medidas de custo-efetividade entre projetos de tipos de intervenção diferentes.

A realização de uma análise custo-efetividade robusta está dependente da recolha igualmente robusta e consistente de indicadores de progresso dos utentes/participantes no decorrer dos projetos. De modo que uma recolha fraca de dados e indicadores, trará igualmente uma análise fraca. Por este motivo, recorreu-se a uma análise qualitativa nos casos em que não haveria informação disponível sobre os resultados das ações ou não era possível monetizar. Neste âmbito, o caso mais frequente correspondia a benefícios associados ao bem-estar e qualidade de vida do indivíduo.

Destarte, recomenda-se a recolha de indicadores do progresso dos utentes ao longo dos vários meses ou, se for muito complexo e dispendioso, no início e no fim do projeto. Como referido, muitas vezes os indicadores que seriam mais relevantes e não são recolhidos no momento, estão associados ao bem-estar e qualidade de vida do indivíduo. A criação de instrumentos de recolha que permita quantificar este aumento de qualidade de vida, seria bastante pertinente para auferir os benefícios dos diferentes projetos e também potenciar uma mais correta análise comparativa entre projetos. Usualmente, é uma vertente e benefício comum a todos os tipos de intervenção. Adicionalmente, recomenda-se a uniformização dos *templates* dos relatórios finais do projeto ao longo dos anos, de modo a facilitar uma análise comparativa dos projetos ao longo do tempo.

Especificamente, para o eixo do tratamento, a informação relevante para a realização da análise custo-efetividade é registada, contudo não é de fácil acesso. Deste modo, recomenda-se a criação de fichas resumo sobre o progresso do utente com o número de dias em abstinência, número de dias sem contraordenação, etc.

Por fim, para a área da prevenção, sendo que é o projeto cuja prática de recolha de indicadores aparentou ser mais banalizada, seria relevante uniformizar também estes mesmos indicadores. Mais precisamente, seria relevante manter os instrumentos de recolha (questionários) ao longo dos anos e entre projetos, para efeitos de comparação e para aferir uma possível evolução ou aumento de eficiência das ações. Será mais fácil determinar o progresso de diferentes projetos e identificar padrões na população se os instrumentos de avaliação forem os mesmos. Deste modo, a criação de questionários padrão para ações de sensibilização/formação usuais é recomendada.

iii. Dissuasão: Avaliação 360º

No âmbito do objetivo estratégico de alinhamento das pessoas e serviços em torno da área da dissuasão, através da visão geral de todos os intervenientes no processo: indiciados, as Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT), a Equipa Multidisciplinar para a Coordenação da Área da Dissuasão (EMCAD) e *stakeholders* estratégicos, realizou-se uma metodologia de avaliação 360º. Esta avaliação baseou-se na análise do grau de satisfação dos profissionais das CDT relativamente ao apoio prestado pela EMCAD, das entidades parceiras das CDT e dos indiciados das CDT em relação à intervenção em dissuasão.

No que respeita ao grau de satisfação dos profissionais das CDT, o questionário foi enviado a 86 profissionais, sendo que 66 responderam ao mesmo, apresentando assim uma taxa de resposta de 76.7%. De modo geral, as respostas foram positivas, contudo apresentam um nível de satisfação moderado, indicando possíveis melhorias na satisfação. Deste modo, determinou-se como possíveis melhorias a continuação da harmonização de procedimentos entre CDT, a melhoria da articulação/comunicação entre SICAD/EMCAD e as CDT e entre as CDT, o desenvolvimento de ações de formação específica na área de intervenção das CDT e a promoção de um maior envolvimento de todos os profissionais das CDT nas medidas previstas pela EMCAD.

A avaliação do grau de satisfação dos *stakeholders* parceiros com as CDT surgiu para determinar a relação existente entre estruturas e identificar fatores que estejam a influenciar positiva ou negativamente essa articulação. O questionário foi elaborado pela EMCAD e disponibilizado por correio eletrónico, pelos responsáveis das CDT do continente junto dos seus principais parceiros, tendo obtido cerca de 279 respostas de um conjunto variado de entidades parceiras. Tal como o grau de satisfação dos profissionais das CDT, verifica-se de modo geral respostas positivas de um nível de satisfação moderado, indicando também oportunidades para melhoria na satisfação das entidades parceiras. Destaca-se a facilidade e disponibilidade da comunicação e qualidade da informação e serviços prestados que apresentaram valores mais expressivos de satisfação, sendo estes os fatores mais positivos. Como fatores negativos identifica-se a comunicação dos resultados da atividade desenvolvida que apresentava valores mais elevados de insatisfação.

Por fim, relativamente ao grau de satisfação dos indiciados, foram validados cerca de 1646 questionários, com as seguintes questões, numa escala de Muito Satisfeito, Satisfeito, Neutro, Insatisfeito e Muito Insatisfeito:

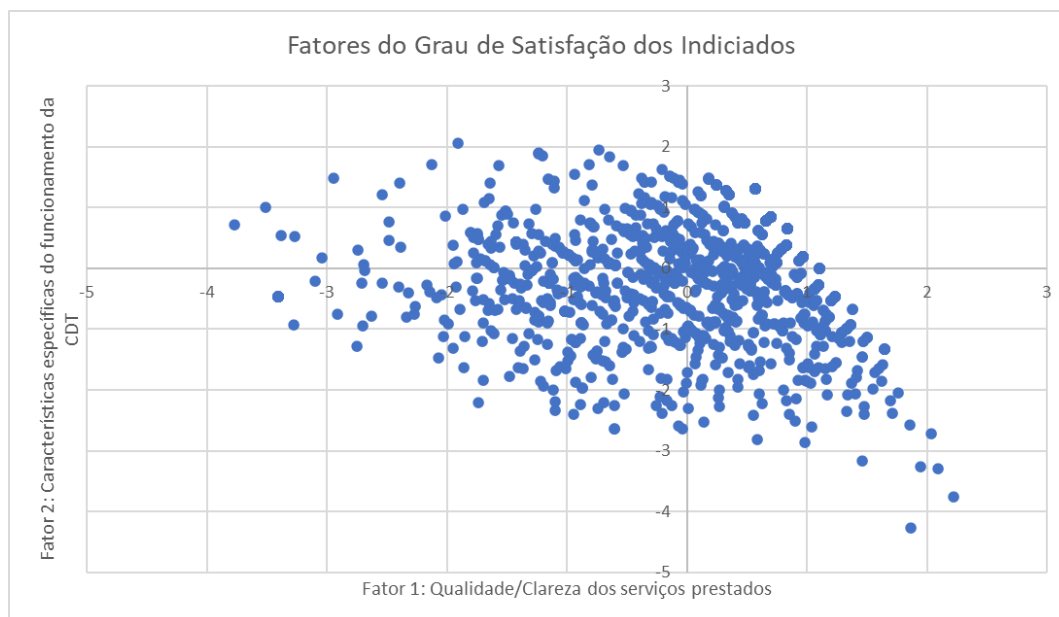
1. Nível de confiança no serviço prestado pela CDT
2. Clareza acerca do funcionamento da CDT
3. Qualidade do acolhimento/receção na CDT
4. Conhecimento da existência de canais para reclamações/sugestões

5. Localização e acessibilidade da CDT
6. Horário de atendimento
7. Utilidade das informações prestadas sobre a lei da descriminalização e sobre o processo de contraordenação
8. Clareza da informação prestada sobre os riscos e consequências associados ao consumo de SPA
9. Disponibilidade e qualidade do apoio prestado pelos profissionais para motivá-lo(a) a resolver eventuais necessidades/problemas relacionados com os seus consumos
10. Contributo da CDT para reflexão sobre eventuais mudanças na sua vida.

Com a finalidade de reduzir a dimensionalidade dos dados dos respondentes e identificar os fatores latentes que influenciam a satisfação dos indiciados, realizou-se uma análise fatorial. Este método é uma técnica estatística multivariada, cujo propósito essencial é descrever a estrutura de covariâncias entre as variáveis originais em termos de um número menor de variáveis (não observáveis). Por outras palavras, a análise fatorial estuda os inter-relacionamentos entre as variáveis, num esforço para encontrar um conjunto de fatores que exprima o que as variáveis originais partilham em comum. Os fatores originados desta análise não apresentam a mesma escala que as variáveis originais, dado que estão estandardizados.

Os resultados demonstraram que existiam dois fatores, onde o primeiro é maioritariamente explicado pelas questões 1, 2, 3, 7, 8, 9 e 10 e o segundo fator é maioritariamente explicado pelas questões 4, 5 e 6. Assim, concluiu-se que os fatores que influenciam a satisfação dos indiciados estão relacionados com a qualidade/clareza dos serviços prestados (fator 1) e características específicas do funcionamento da CDT (fator 2). Através dos gráficos de dispersão dos fatores (Figura 3.16), verifica-se que há uma grande concentração de CDT nos valores mais centrais do gráfico, indicando de certa forma alguma homogeneidade nas respostas. Ainda assim, observam-se alguns padrões nos extremos da nuvem de pontos. À medida que a qualidade/clareza dos serviços prestados (eixo das abcissas) aumenta, verifica-se uma diminuição da satisfação com as características específicas do funcionamento da CDT. Isto significa que, existem CDT cujos indiciados estão satisfeitos com a qualidade e clareza dos serviços prestados, mas não estão satisfeitos com as características específicas das CDT, tais como horários, localização e canais de reclamação. Por outro lado, para níveis de qualidade/clareza dos serviços prestados abaixo da média, deixa-se de verificar uma correlação negativa com a satisfação com as características específicas do funcionamento da CDT, que tende a evidenciar para estes indivíduos um nível médio relativamente constante.

Figura 3.16 - Fatores de satisfação dos indiciados nas CDT



Fonte: Autores

Quadro 3.26 - Valores médios globais e segmentados dos fatores

	Valores médios segmentados				Valores Globais			
	Género		Primeira vez?		Média	Mediana	Máximo	Mínimo
	F	M	Sim	Não				
Fator 1	0.187	-0.022	0.077	-0.242	0	0.329	2.218	-3.767
Fator 2	0.187	-0.021	0.025	-0.063	0	0.082	2.069	-4.276

Analisando os valores médios globais e segmentados dos fatores, confirma-se que a média dos valores globais é nula, como seria de esperar em dados estandardizados. Adicionalmente, observando a mediana, verifica-se que a nível global os utentes estão mais satisfeitos com qualidade/clareza dos serviços prestados (fator 1) do que com as características específicas do funcionamento da CDT (fator 2). No que respeita ao género, verifica-se que os valores dos fatores para indivíduos do sexo masculino se aproximam dos valores médios globais e, para indivíduos do sexo feminino, se encontram ligeiramente acima da média. Dentro de cada género, a satisfação com cada fator é semelhante. No que respeita à frequência da CDT, verifica-se que utentes que já frequentavam as CDT estão menos satisfeitos do que os utentes que frequentaram a CDT pela primeira vez.

3.1.5 Grau de efetividade das medidas estruturantes

i. Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI)

O Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI) e a Rede de Referência/ Articulação são medidas, anteriores ao próprio Plano, que foram devidamente atualizadas, adaptadas e classificadas como medidas estruturantes.

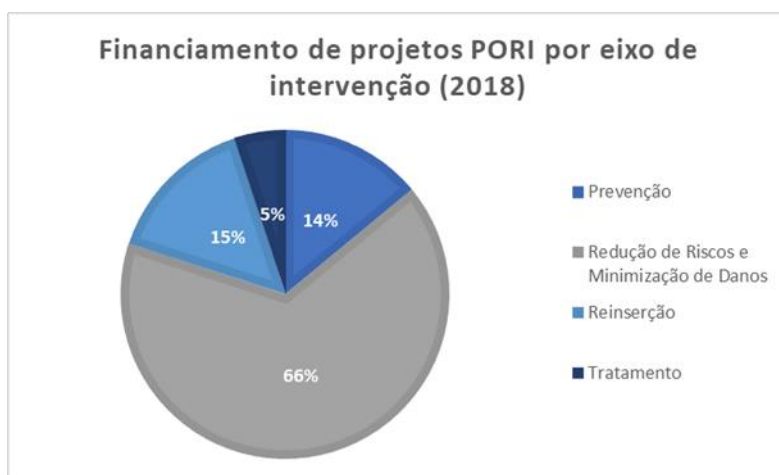
O PORI procura potenciar as sinergias disponíveis no território nacional, através da realização de diagnósticos que fundamentem as intervenções e da implementação de Programas de Respostas Integradas (PRI).

Os PRI são os programas que decorrem dos resultados do diagnóstico de um território prioritário, que integra respostas interdisciplinares e multissetoriais envolvendo alguns ou todos os tipos de intervenção (prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção). Tipicamente, estes programas envolvem as estruturas sociais locais, nomeadamente das autarquias, da Administração Pública e das organizações da sociedade civil, que atuando de forma integrada, maximizam os benefícios para os utilizadores e rendibilizam os recursos investidos.

O SICAD apresentou em 2013 à tutela a proposta de uma Rede de Referência/ Articulação entre cuidados primários, centros de respostas integradas e unidades de internamento ou unidades hospitalares, consoante a gravidade da dependência ou dos consumos de substâncias psicoativas. Em termos do enquadramento legal do PORI, destaca-se a alínea 5), do art. 19.º, da Portaria 27/2013, de 24 de janeiro, que estabelece a obrigatoriedade de elaboração e apresentação de relatório técnicos intercalares e finais, relativos à execução técnica e financeira,

Relativamente ao cofinanciamento global dos projetos PORI, em 2018 foram atribuídos cerca de €4.5M, a maioria dos quais nos eixos da Redução de Riscos e Minimização de Danos.

Figura 3.17 - Financiamento dos projetos PORI



Fonte: Relatório Anual das Respostas e Intervenções (SICAD, 2018)

Em termos de concretização, destaca-se a execução da ação 14 “Implementação do PORI, promovendo o desenvolvimento de PRI, através do cofinanciamento de projetos em áreas

lacunares identificadas por diagnósticos com incidência territorial”, do Objetivo Específico 4 “Desenvolver abordagens específicas de intervenção em CAD, adaptadas às necessidades e características dos cidadãos” do PARCAD 2013-2016. Durante o ano de 2016, estiveram em execução 78 projetos, em 44 territórios prioritários identificados nos diagnósticos territoriais.

No Plano Estratégico 2017-2019 do SICAD, no Vetor Estratégico 3 “Potenciar a Intervenção” é relevada a necessidade de reforçar a medida PORI, com o diagnóstico de necessidades visando suprimir áreas lacunares de intervenção e a avaliação de projetos cofinanciados.

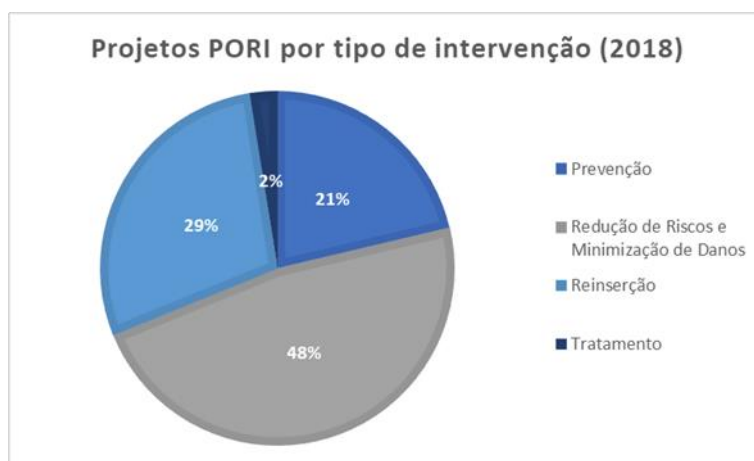
Ainda no Plano Estratégico 2017-2019 do SICAD, constata-se a concretização a 100% do objetivo 36 “Taxa de monitorização e /ou avaliação final no âmbito dos projetos PORI e outras intervenções”. Este plano indica também que o Indicador 31 (“Projetos PORI com indicadores inseridos (%)”) foi concretizado a 100%. Neste caso, o que seria questionável era a meta de 40% dos Projetos PORI com indicadores inseridos, não só por se tratar de um projeto estruturante, e por isso prioritário, como por ser uma área para a qual avultados recursos financeiros são canalizados. É nosso entendimento que, por esse motivo, estas metas devem ser definidas em patamares acima de 90%, ficando de fora apenas situações excecionais devidamente justificadas.

O Indicador 36 (“Taxa de monitorização e /ou avaliação final no âmbito dos projetos PORI e outras intervenções”), teve uma realização de 118%. Esta avaliação contrasta com a experiência da equipa de avaliação, na seleção dos projetos PORI para análise do custo-efetividade, no âmbito deste processo de avaliação, que não conseguiu avaliar os projetos que tinham sido selecionados aleatoriamente, exatamente pela inexistência de informação de suporte que o permitisse fazer.

O Horizonte 2020 baseia-se nas conclusões e recomendações da avaliação do PARCAD 2013-2016, para definir medidas especialmente orientadas para garantir que as metas não atingidas durante o ciclo 2013-2016 sejam alcançadas no final deste ciclo. Assim, a enunciação da ação 14 (Plano Operacional de Respostas Integradas) foi simplificada no PARCAD - Horizonte 2020, ficando com a seguinte redação: “Implementação do PORI, promovendo o desenvolvimento de PRI”. Nesta altura não é ainda possível avaliar o grau de realização dos indicadores estabelecidos (N.º Projetos desenvolvidos e N.º de PRI implementados), atendendo a que a sua concretização está enquadrada no período temporal 2017-2020.

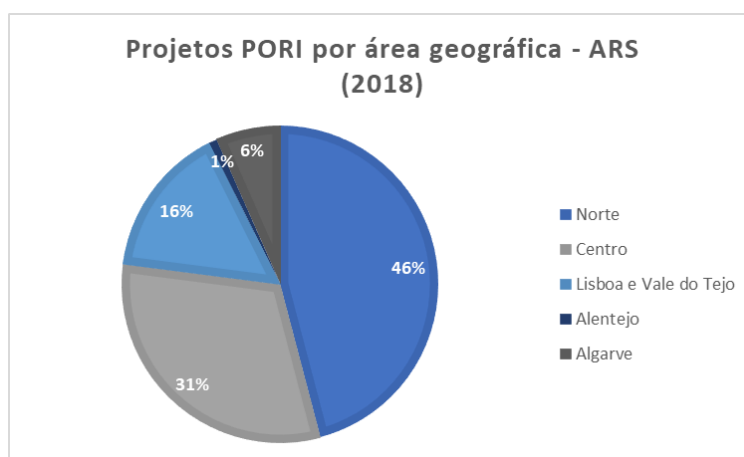
Em 2018 estiveram em execução 122 projetos nos 45 territórios prioritários, a maioria dos quais na área da Redução de Riscos e Minimização de Danos. Em termos geográficos, o maior número de projetos está localizado na região Norte.

Figura 3.18 - projetos PORI por tipo de intervenção



Fonte: Relatório Anual das Respostas e Intervenções (SICAD, 2018)

Figura 3.19 - projetos PORI por geografia



Fonte: Relatório Anual das Respostas e Intervenções (SICAD, 2018)

Não obstante o PORI estar em funcionamento, constituindo, de facto, uma peça estruturante do PNRCAD 2013-2020, existem dois temas que são consistentemente reportados, nas entrevistas realizadas, como as áreas de melhoria prioritárias, para que não se perca eficácia, eficiência e qualidade nas intervenções.

A primeira área de melhoria prioritária é a realização de uma profunda atualização dos diagnósticos territoriais que, em muitos casos, estarão já bastante desatualizados, levando a que se continue a investir onde não é prioritário e não se invista nas novas áreas prioritárias. Verificaram-se profundas alterações socioeconómicas no território nacional nos anos de vigência do PNRCAD 2013-2020, alterando significativamente os pressupostos dos diagnósticos iniciais, que as atualizações pontuais que em alguns casos se têm realizado, não refletem no todo nacional.

Em muitos casos, não é possível lançar novos concursos, pelo que se vão renovando os concursos nos territórios atuais. O lançamento de um novo diagnóstico nacional que abranja todo o país, e se desenvolva com procedimentos, calendários e recursos

estabelecidos de acordo com critérios uniformes, deve ser uma prioridade central na 1ª fase do próximo ciclo.

A segunda área de melhoria passa pelo esforço de simplificação e desburocratização. Os procedimentos para recolha de informação dos projetos são descritos longos, complexos e “arcaicos”. As consequências são a perda de produtividade dos assistentes aos utentes dos serviços, que precisam de dedicar uma parte do seu tempo ao preenchimento de formulários de registo, e à deficiente qualidade da informação de monitorização dos projetos.

Os CRI desempenham um papel central na implementação do projeto, não só em termos do seu acompanhamento como do reporte. A ausência de prioridade atribuída em alguns CRI a esta matéria, ao contrário do que se verificou aquando do lançamento do projeto em que todas as estruturas regionais de saúde se envolveram, e que também resulta da redução da emergência social associada aos CAD, associada a um circuito complexo e burocrático, com vários intervenientes ao longo do processo, gera atrasos relevantes na obtenção de informação dos projetos, prejudicando a sua monitorização e gestão.

ii. Rede de Referência/ Articulação

A Rede de Referência/ Articulação consiste num sistema que organiza as relações de complementaridade e de apoio técnico entre entidades intervenientes no processo de tratamento dos CAD.

Através deste sistema, os serviços de saúde públicos envolvidos no trajeto de acompanhamento destas populações (Segurança Social, Educação, Segurança Pública, Justiça), e as entidades privadas que também desempenham um papel relevante no tratamento dos CAD, articulam-se e mobilizam-se de forma a responderem aos problemas de saúde com os meios técnicos e humanos mais adequados à concretização das intervenções.

No ciclo 2013-2016, a construção da Rede de Referência/ Articulação foi conseguida em articulação com os vários níveis de interventores, e considerada técnica e teoricamente bem concebida (Relatório do GT criado pelo Despacho n.º 1774-B/2017, de 24 de fevereiro), mas terminada a sua elaboração não foi possível reunir condições para a sua implementação, incluindo a interface dos sistemas de recolha e tratamento da informação.

Foi, ainda, desenvolvido um documento específico que preconiza os mecanismos de recolha e tratamento da informação, baseados no instrumento principal de captura de informação de dados clínicos - Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM). No âmbito do SICAD foram efetuadas as adaptações e correções solicitadas para a melhoria do Sistema, não tendo sido possível adaptar o mesmo para a Rede de Referência existente no Ministério da Saúde, por ainda não se ter verificado a adequação dos sistemas geridos pela SPMS, EPE (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE).

Na sequência da não execução da Rede de Referência/ Articulação, na avaliação de processo do PARCAD 2013-2016 relevou-se o impacto negativo da não implementação desta rede na consecução final das metas do Plano Nacional, recomendando-se que a implementação desta rede constituísse uma prioridade para o próximo ciclo.

A avaliação da Ação 2 (“Implementação de Mecanismos de Referência em resposta ao surgimento precoce de comportamentos aditivos com ou sem substâncias”), dos Objetivos

Específicos 1 e 2, como parcialmente executada, com a justificação da participação do SICAD em inúmeros fóruns de discussão técnico-científica em torno dos fenómenos emergentes em comportamentos aditivos e dependências (CAD) parece-nos relativamente desadequada para o propósito final da ação.

A este propósito o RAI indica objetivamente que a Ação 15 (“Implementação da Rede de Referenciação/Articulação, enquanto sistema que regula as relações de complementaridade e apoio técnico, entre estruturas intervenientes no âmbito dos CAD, sustentando um sistema integrado de informação interinstitucional”), do Objetivo Específico 4 (“Desenvolver abordagens específicas de intervenção em CAD, adaptadas às necessidades e características dos cidadãos”) do PARCAD 2013-2016, não foi executada. Dentro das condições que não foi possível reunir para a sua implementação, este relatório destaca a interface dos sistemas de recolha e tratamento da informação.

No Horizonte 2020, a redação da ação 15 foi adaptada à não implementação da rede no ciclo 2013-2016. Assim, a ação 15 passou a ser: “Desenvolvimento da Rede de Referenciação/ Articulação, enquanto sistema que regula as relações de complementaridade e apoio técnico, entre estruturas intervenientes no âmbito dos CAD, sustentando um sistema integrado de informação interinstitucional”, com um calendário de implementação entre 2017 e 2020.

Não obstante as iniciativas lançadas no sentido da concretização desta ação, nomeadamente ações de divulgação junto dos Cuidados de Saúde Primários, nas diferentes ARS/DICAD, são reportados bloqueios, como a impossibilidade de acesso ao ASSIST e ao AUDIT no SIM.

No Plano Estratégico 2017-2019 do SICAD, existem objetivos para a rede de referenciação, que merecem uma renovada prioridade. Nomeadamente, o Indicador Estratégico 17 (“Relatórios de avaliação do desenvolvimento da rede de referenciação, através da avaliação dos indicadores definidos”): não obstante apenas prever a elaboração de um relatório em 2019, este relatório não foi ainda produzido. Também o indicador 45 (“Novas funcionalidades, soluções e relatórios disponibilizados aos utilizadores de acordo com as necessidades identificadas”), não foi concretizado, entre outras razões, pela não concretização da ligação entre as redes do SIM e do “SCLínico”, ou seja, a integração da infraestrutura de suporte à Rede de Referenciação/ Avaliação, com o sistema informático do SNS.

Releva-se o facto de, no inquérito realizado no âmbito desta avaliação, a questão da Rede de Referenciação ser, genericamente, ignorada, exceto quando se trata do tipo de intervenção “Tratamento”, em que 7.2% dos inquiridos indicam que se trata de uma ação relevante, enquanto 19.5% a referem como um exemplo de iniciativa que não teve sucesso. Na verdade, a Rede de Referenciação/Avaliação intervém a montante da fase de tratamento. Assim esta associação pode ser explicada pelo facto de, em ambas as situações, o principal interveniente ser um médico, e também pelo facto de o diagnóstico poder ser entendido como um passo inicial do processo de tratamento.

Não obstante a evidência científica, reforçada pelas opiniões dos especialistas consultados, de que a Rede de Referenciação constitui um mecanismo totalmente adequado e eficaz para diagnosticar precocemente os CAD e intervir atempadamente, da análise do conteúdo das entrevistas realizadas no âmbito deste estudo, são muito evidentes os três principais tipos de bloqueios à implementação da Rede de Referenciação:

- a falta de motivação dos profissionais para se dedicarem às atividades de diagnóstico e referência, por estarem assoberbados com outras atividades que consideram mais prementes e urgentes. Tem-se verificado uma incapacidade dos médicos de família e dos profissionais dos cuidados de saúde primários para introduzirem novos temas nas suas consultas;
- a falta de interoperabilidade dos sistemas, que implica um acréscimo de tempo e esforço em tarefas de acesso e registo à informação, e que não acrescentam qualquer valor ao ato de identificar e referenciar os indivíduos com comportamentos aditivos ou dependências. A generalidade dos serviços na área da saúde está informatizada. Os hospitais referenciam para os cuidados primários, e os cuidados primários referenciam para os hospitais. A existência de um processo paralelo, que funciona à margem destes sistemas, torna-se inviável;
- a escassa formação, que surge igualmente como consequência dos dois pontos anteriores, na medida em que não estando o sistema implementado, a questão da formação perde relevância.

A rede de referência constitui um sistema que se baseia num conjunto de entidades que se organizam em torno de um objetivo comum, e estão interligadas por uma infraestrutura. Neste caso, existe ainda um caminho por percorrer nas duas dimensões. A inexistência de contactos recentes, entre as estruturas diretivas do SICAD e das ARS, ao contrário do que aconteceu inicialmente, aquando do lançamento do projeto, sinalizou alguma perda de prioridade, que se refletiu no reduzido nível de envolvimento dos diferentes intervenientes.

3.2 Oferta

Na avaliação da eficiência e efetividade do PNRCAD 2013-2020 no domínio da oferta, analisamos três questões prioritárias:

- 1) Os recursos alocados para a redução da oferta foram suficientes para ter um impacto na disponibilidade e no acesso às drogas ilícitas?
- 2) Qual o grau de efetividade das políticas de preços e de comunicação empresarial no consumo de álcool?
- 3) Qual o grau de efetividade das atividades de fiscalização relativamente à redução da oferta de álcool?

3.2.1 Substâncias ilícitas: análise de eficiência e efetividade das medidas de redução da oferta 2013-2019

A estratégia de luta contra a droga adotada por Portugal desde 2001 tem um grande enfoque na redução da procura, sendo as despesas públicas para redução da oferta de substâncias ilícitas e lícitas cerca de 48% do total. Salienta-se o facto de Portugal, sendo um dos 16 países da União Europeia que apresenta estimativas de despesas na luta contra a droga e o álcool, estar incluído num grupo restrito de quatro países que gasta menos de 50% na redução da oferta (EMCDDA, 2014), em oposição aos 12 que gastam mais de 50% nesta vertente da luta contra a droga.

O presente capítulo centra-se sobretudo nos programas e iniciativas de redução da oferta de substâncias ilícitas implementados pelas forças policiais. Segundo Reuter (2006), estes

dividem-se em duas grandes classes: os programas focados nos traficantes e produtores e os programas focados no consumidor e distribuidores.

É estipulado no Decreto-Lei n.º 81/95, de 22 de abril, que, em termos de investigação criminal, a Polícia Judiciária (PJ), através da Direção Central de Investigação do Tráfico de Estupefacientes (DCITE), detém a competência para a investigação dos crimes relacionados com a produção e tráfico de estupefacientes e percussores; conversão, transferência ou dissimulação destes bens ou produtos; e abuso do exercício de profissão médica para fins não terapêuticos e associações criminosas.

A Guarda Nacional Republicana (GNR) e a Polícia de Segurança Pública (PSP) detêm a competência para a investigação dos seguintes crimes praticados nas respetivas áreas de jurisdição, a saber: i) crime previsto e punido de tráfico, quando ocorram situações de distribuição direta aos consumidores, a qualquer título, das plantas, substâncias ou preparações nele referidas; ii) crimes previstos e punidos de tráfico-consumo, incitamento ao uso de estupefacientes ou substâncias psicotrópicas, abandono de seringas e desobediência qualificada.

É também estipulado no art. 4.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 81/95 e no art. 19.º, da Lei n.º 49/2008, de 27 de agosto, que compete à Polícia Judiciária (PJ), através da Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes (UNCTE), centralizar e tratar toda a informação respeitante às infrações tipificadas no Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro. Dentro destas competências a PJ prepara um relatório anual com o objetivo de divulgar os resultados da atividade desenvolvida em matéria de fiscalização, prevenção e investigação criminal do tráfico ilícito de estupefacientes pelos Órgãos de Polícia Criminal (OPC) e Forças de Segurança que integram as Unidades de Coordenação e Intervenção Conjunta (UCIC) a que se refere o art.º 6.º, do Decreto-Lei n.º 81/95, ou seja a PJ, a GNR, a PSP, a Autoridade Tributária e Aduaneira (AT) e o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) e, ainda, por outras entidades e organismos do Estado, como é o caso da Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) e da Polícia Marítima (PM).

Os indicadores analisados neste capítulo baseiam-se em informação obtida nestes relatórios, nos Relatórios Anuais da Situação do País em matéria de Drogas e Toxicodpendência e Álcool do SICAD e informação fornecida pela PJ.

i. Avaliação da eficiência

A avaliação da eficiência e do impacto dos programas de redução de oferta na disponibilidade e acesso a drogas ilícitas trata de analisar a relação entre a utilização de recursos e os resultados produzidos. Dependendo de como se medem os resultados, existem duas técnicas de análise para medir a eficiência, nomeadamente:

(1) Análise custo-benefício, que mede a relação entre os recursos utilizados (unidades monetárias) e os resultados produzidos em unidades monetárias. Esta é uma ferramenta utilizada para determinar o mérito económico de uma intervenção. Está desenhada para responder se a despesa pública nessa intervenção fornece um benefício líquido à economia. Esta análise expressa em termos monetários todos os custos e benefícios a ela associados, sendo desejável que o indicador custo-benefício seja superior a 1.

(2) Análise custo-efetividade, que mede a relação entre os recursos utilizados (unidades monetárias) e os resultados produzidos, em unidades não monetárias, que

resultem de ações diretamente relacionadas com programas de redução da oferta. O enfoque desta relação está no custo por cada unidade do indicador de resultados produzidos, sendo desejável que o indicador custo-efetividade seja o mais baixo possível.

Para a avaliação da eficiência procedemos à identificação de indicadores objetivamente mensuráveis a partir da informação disponível. Deste modo, consideramos indicadores que cumpram os seguintes cinco critérios:

- 1) Os indicadores considerados para *inputs* (recursos utilizados) contêm informação fiável e verificável.
- 2) Os indicadores considerados para *inputs* (recursos utilizados) contêm informação para o horizonte temporal em análise.
- 3) Os indicadores considerados para *outputs* (resultados) contêm informação fiável e verificável.
- 4) Os indicadores considerados para *outputs* (resultados) contêm informação para o horizonte temporal em análise.
- 5) A relação entre os *inputs* e *outputs* é coerente e permite uma análise temporal.

Embora sejam apresentadas despesas diretas apuradas em matérias de drogas para o período 2013-2016, no RAI, o SICAD alerta para a dificuldade de apuramento destas despesas, pois a maioria das entidades não identificaram verbas afetas à sua atividade. Além do que, em muitos casos, estas despesas são estimativas cujo cálculo pode diferir em cada período.

Assim sendo, face às limitações da informação disponível para desenvolver uma análise de eficiência, optámos por realizá-la apenas para as ações da PJ, cujas estimativas de cálculo são consistentes e verificáveis no período em análise (ou seja, cumprem os cinco critérios acima referidos, como explicamos detalhadamente abaixo).

a. Análise custo-efetividade

Para a análise custo-efetividade consideramos como *input* um indicador de recursos utilizados: as despesas da PJ diretamente relacionadas com a redução do tráfico de droga ('Despesas PJ'). Ressalvando que estas despesas são uma estimativa calculada pela PJ, que podem não refletir fielmente o real total das despesas, consideramos que este indicador cumpre os critérios 1 e 2 mencionados na metodologia. Este indicador é calculado pela PJ da seguinte forma:

$$\text{Despesas PJ} = \% \text{ Inspectores afetos unicamente ao combate à droga} \\ \times \text{Orçamento total PJ}$$

Nota - Relativamente ao total de intervenientes deve ter-se presente que o universo real dos mesmos é inferior ao número de indivíduos efetivamente intercetados, na medida em que alguns o são mais do que uma vez, relativamente a vários tipos de estupefacientes, ou por tipos de ilícito (tráfico, tráfico-consumo) distintos, o que pode levar à repetição de registos no sistema de tratamento de informação, conforme a classificação da atividade que lhe é atribuída pelo organismo que preenche o formulário TCD.

Como *outputs* consideramos como indicadores de resultados o número total de apreensões efetuadas pela PJ e o número total de intervenientes (infratores detidos e não detidos) por tráfico ilícito de estupefacientes reportados pela PJ. Estes indicadores cumprem os critérios 3 e 4 mencionados na metodologia. Centramos a nossa análise nas seguintes quatro

substâncias: canábis (Ca), cocaína (Co), heroína (He) e ecstasy (E). Note-se que, em relação à canábis, os dados referem-se às apreensões de haxixe e pólen. Estas quatro substâncias estão associadas à maioria de apreensões em Portugal e por esta mesma razão são tratadas com mais detalhe informativo nos relatórios da UNCTE apresentados anualmente pela PJ, onde identificam números e quantidades apreendidas e preços estimados de mercado.

Assim, o número total de apreensões e o número total de intervenientes em cada ano t são calculados da seguinte forma:

$$\text{Número total de apreensões}_t = \sum_i \text{número de apreensões}_{it}$$

$$\text{Número total de intervenientes}_t = \sum_i \text{número de intervenientes}_{it}$$

Sendo $i \in \{Ca, Co, He, E\}$ e $t \in \{2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019\}$,

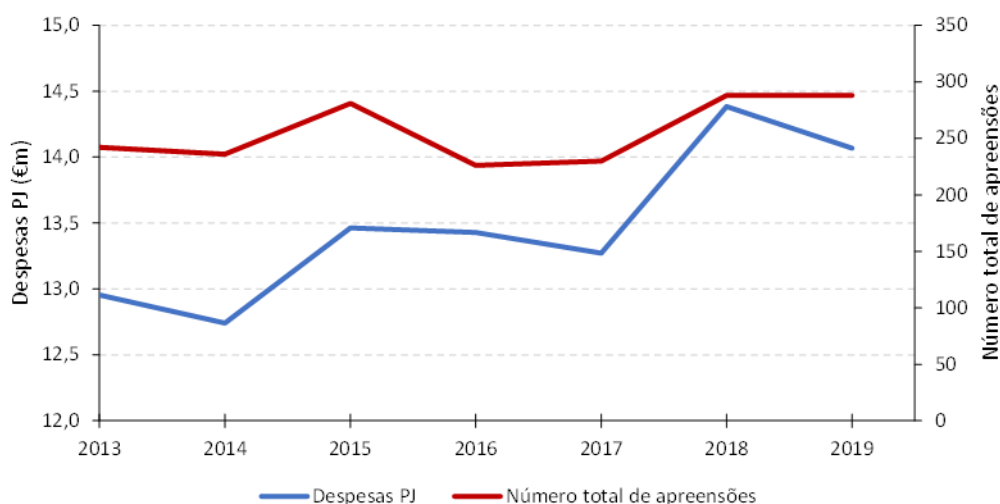
Os rácios custo-efetividade em cada ano t são calculados da seguinte forma:

$$\text{Rácio custo-efetividade [apreensões]}_t = \frac{\text{Despesas PJ}_t}{\text{Número total de apreensões}_t}$$

$$\text{Rácio custo-efetividade [intervenientes]}_t = \frac{\text{Despesas PJ}_t}{\text{Número total de intervenientes}_t}$$

A Figura 3.20 apresenta a evolução temporal das despesas PJ e do número total de apreensões feitas por esta unidade.

Figura 3.20 - Despesas PJ e número total de apreensões 2013-2019



Nota: Despesas PJ medidas em milhões de euros (€m).

Fonte: Polícia Judiciária - Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes - Secção Central de Informação Criminal

O Quadro 3.27 apresenta o rácio de custo-efetividade de apreensões da PJ em cada ano entre 2013 e 2019. Para além disso, apresenta também o rácio em dois subperíodos distintos: 2013-16 e 2017-19. Um maior rácio implica um maior custo por apreensão. Em média, no período 2013-19, cada apreensão implicou um custo de aproximadamente €52660. No período 2013-2016, cada apreensão representou um custo de €53391, ao passo que no período 2017-2019 esse custo por apreensão foi de €51766.

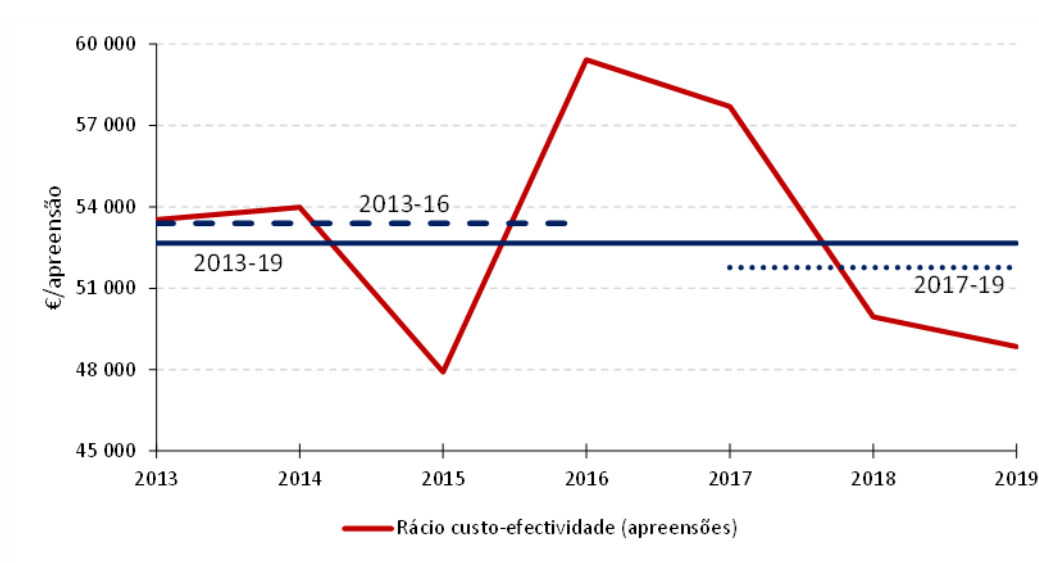
Quadro 3.27 - Rácio custo-efetividade [apreensões]: 2013-19

Ano	Despesas PJ (€)	Apreensões PJ	Rácio (€/apreensão)
2013	12 955 085	242	53 533
2014	12 741 249	236	53 988
2015	13 464 187	281	47 915
2016	13 429 481	226	59 422
2017	13 272 202	230	57 705
2018	14 383 442	288	49 943
2019	14 067 590	288	48 846
2013-2016	52 590 002	985	53 391
2017-2019	41 723 233	806	51 766
2013-2019	94 313 234	1791	52 660

Fonte: Polícia Judiciária - Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes - Secção Central de Informação Criminal

Como podemos observar na Figura 3.21, o ano que apresenta um custo por apreensão mais baixo é 2015. Observa-se uma melhoria no rácio custo-efetividade (apreensões) entre 2014 e 2015, seguido de um decréscimo entre 2015 e 2016 – sobretudo devido a uma redução significativa no número de apreensões em 2016. No período 2016-2019 verificou-se uma melhoria neste rácio, uma vez que o custo por apreensão diminuiu gradualmente. Globalmente, o rácio custo-efetividade (apreensões) apresenta um resultado melhor (menor custo por apreensão) no período 2017-19 do que no período 2013-16.

Figura 3.21 - Rácio custo-efetividade [apreensões]: 2013-19



Fonte: Polícia Judiciária - Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes - Secção Central de Informação Criminal

O Quadro 3.28 apresenta o rácio custo-efetividade [intervenientes] resultante das ações da PJ. Ressalvamos que este indicador deve ser lido com cautela, pois a PJ não tem controlo sobre o número de intervenientes (presumíveis infratores, detidos ou não detidos) nas operações. Podemos observar que, em média, no período de 2013-2019, cada interveniente implicou um custo de €42029. Este rácio foi ligeiramente mais baixo no período 2013-2016 do que no período 2017-2019.

Quadro 3.28 - Rácio custo-efetividade [intervenientes]: 2013-19

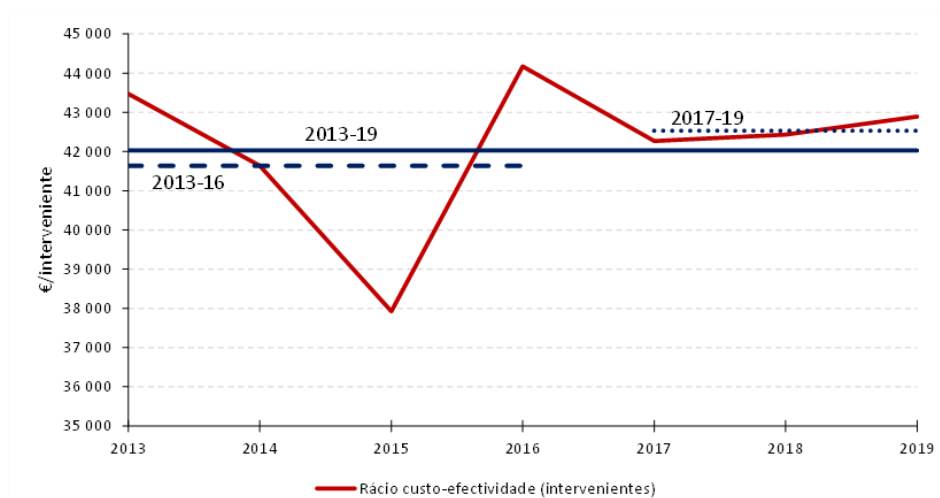
Ano	Despesas PJ (€)	Intervenientes PJ	Rácio (€/interveniente)
2013	12 955 085	298	43 473
2014	12 741 249	306	41 638
2015	13 464 187	355	37 927
2016	13 429 481	304	44 176
2017	13 272 202	314	42 268
2018	14 383 442	339	42 429
2019	14 067 590	328	42 889
2013-2016	52 590 002	1263	41 639
2017-2019	41 723 233	981	42 531
2013-2019	94 313 234	2244	42 029

Fonte: Polícia Judiciária - Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes - Secção Central de Informação Criminal

Como podemos observar na Figura 3.22, uma vez mais, o ano que apresenta um rácio custo-efetividade (intervenientes) mais baixo é 2015. Observa-se uma melhoria (valores

mais baixos) no rácio custo-efetividade entre 2013 e 2015, seguido de um aumento no custo por interveniente entre 2015 e 2016.

Figura 3.22 - Rácio custo-efetividade [intervenientes]: 2013-19



Fonte: Polícia Judiciária - Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes - Secção Central de Informação Criminal

b. Análise custo-benefício

A análise custo-benefício centra-se num rácio que resulta da divisão dos resultados monetários gerados pelos custos totais incorridos e é medido em unidades monetárias:

$$\text{Rácio custo-benefício} = \frac{\text{Resultados monetários gerados}}{\text{Custos totais}}$$

Para esta análise custo-benefício, consideramos como indicador de custos totais as despesas PJ (acima referidas) e como indicador de resultados monetários gerados o valor de mercado estimado das substâncias apreendidas pela PJ. Este rácio resulta, portanto, numa estimativa do valor de mercado apreendido de substâncias ilícitas por cada euro de custos da PJ.

O valor de mercado estimado das apreensões em cada ano t é calculado a partir do valor de mercado apreendido de cada substância $i \in \{Ca, Co, He, E\}$ nesse ano e resulta da multiplicação do respetivo preço médio de mercado (P) e da quantidade apreendida (Q)¹

$$\text{Valor de mercado das apreensões}_t = \sum_i P_{it} \cdot Q_{it}$$

Apresentamos, no Quadro 3.29 os valores utilizados para proceder a este cálculo.

¹ Importa realçar que o preço médio dos estupefacientes no mercado de tráfico e tráfico-consumo é apurado em função dos valores monetários indicados nos formulários TCD. Este é obtido através da informação prestada por indivíduos detidos, os quais mencionam o valor que pagaram pelas substâncias que lhe foram apreendidas. Por esse facto, os mesmos devem ser somente considerados como indicadores aproximados.

Quadro 3.29 - Cálculo do valor de mercado apreendido

		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Preço médio de mercado ^a (€)	Canábis	2,90	2,55	2,50	2,30	2,35	2,65	2,63
	Cocaína	47,00	47,81	48,63	42,52	44,05	43,28	32,53
	Heroína	25,64	31,47	31,61	26,27	27,14	27,71	24,25
	Ecstasy	2,44 ^b	4,43	2,58	5,56	5,42	3,82	4,91
Quantidades apreendidas PJ ^a	Canábis	6 940 510	24 493 120	1 313 990	2 186 500	13 141 380	3 689 840	52 590
	Cocaína	1 973 870	3 285 140	5 653 910	800 830	2 129 640	5 036 070	9 181 180
	Heroína	28 080	8 910	13 940	2 940	5 160	9 740	6 240
	Ecstasy	8 834	614	919	41 395	2 493	188 209	13 417
Valor mercado das apreensões (€)	Canábis	20 127 479	62 457 456	3 284 975	5 028 950	30 882 243	9 778 076	138 312
	Cocaína	92 771 890	157 062 543	274 949 643	34 051 292	93 810 642	217 961 110	298 663 785
	Heroína	719 971	280 398	440 643	77 234	140 042	269 895	151 320
	Ecstasy	21 555	2 720	2 371	230 157	13 513	718 958	65 877
	Total	113 640 895	219 803 117	278 677 633	39 387 633	124 846 440	228 728 039	299 019 295

a) O preço médio indicado para canábis, cocaína e heroína é o preço por grama. O preço médio indicado para ecstasy é o preço por comprimido. A unidade de medida das quantidades apreendidas é gramas para canábis, cocaína e heroína e número de comprimidos para ecstasy.

b) Em 2013 não foi indicado em nenhum relatório o preço por comprimido de ecstasy. Considerando a informação de que 1 comprimido = 10 gramas e do valor estimado médio de ecstasy por grama, calculamos o valor aproximado por comprimido.

Fonte: Polícia Judiciária - Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes - Secção Central de Informação Criminal

Tal como referimos acima, a partir desta informação, calculamos o seguinte rácio custo-benefício, que assume como resultados monetários gerados o valor de mercado das substâncias apreendidas:

$$\text{Rácio custo-benefício} = \frac{\text{Valor de mercado das apreensões}}{\text{Despesas PJ}}$$

Com base no horizonte temporal 2013-2019, obtemos o seguinte rácio custo-benefício:

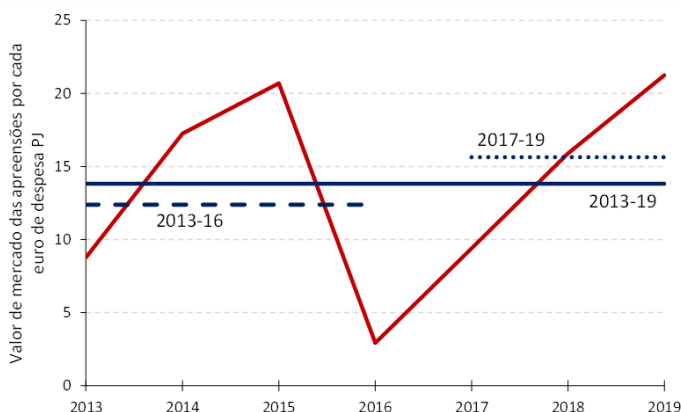
$$\text{Rácio custo-benefício 2013 – 2019} = \frac{1\,304\,103\,052\,€}{94\,313\,234\,€} = 13,8$$

Ou seja, o rácio custo-benefício 2013-2019 indica que, nesse horizonte temporal, cada euro de custos da PJ com substâncias ilícitas resultou na apreensão de substâncias com um valor de mercado de €13.80.

Como podemos observar na Figura 3.23, os anos que apresentam um rácio custo-benefício mais elevado foram 2015 e 2019, anos em que cada euro de custos da PJ resultou na apreensão de substâncias com um valor aproximado de 21€. Os anos 2013, 2016 e 2017

encontram-se abaixo da média do período, em que cada euro de custos da PJ resultou em menos de 13.8€ de valor apreendido. Por tipo de drogas, as apreensões de cocaína são as que apresentam um rácio custo-benefício mais elevado, seguido das apreensões de canábis, sendo esta a substância apreendida em maiores quantidades e a cocaína a substância com preço médio mais elevado.

Figura 3.23 - Rácio custo-benefício: 2013-19



Fonte: Polícia Judiciária - Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes - Secção Central de Informação Criminal

No Quadro 3.30 podemos observar a evolução do rácio custo-benefício nos períodos em análise. No período 2017-2019 as despesas PJ foram menores do que no período 2013-2016 e o valor de mercado das apreensões pela PJ foi superior, apresentando um rácio custo-benefício de €15.60, valor que é superior ao do período 2012-2016 e superior à média do período 2013-2019.

Quadro 3.30 - Rácio custo-benefício

Ano	Despesas PJ (€)	Valor de mercado das apreensões (€)	Rácio custo-benefício
2013-2016	52 590 002	651 509 278	12.4
2017-2019	41 723 233	652 593 774	15.6
2013-2019	94 313 234	1 304 103 052	13.8

ii. Avaliação de efetividade

Para a avaliação da efetividade das intervenções específicas no domínio da oferta elaboramos uma análise que mede a relação entre os outputs intermédios – resultados produzidos diretamente relacionados com ações de redução da oferta (medidos em unidades monetárias) e os outputs finais em termos de efetividade.

Nesta análise consideramos como outputs intermédios o valor de mercado das apreensões (VM (ap)) reportado pela Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes

(UNCTE), que engloba as apreensões feitas por todas as forças policiais, desagregadas por tipo de droga, e a respetiva taxa de crescimento.

Cumpra ressaltar que a partir de meados de junho de 2017, a PSP, por decisão sua, deixou de enviar à PJ/UNCTE os formulários TCD que servem de base ao tratamento estatístico das apreensões de estupefacientes e das detenções de presumíveis traficantes bem como os respetivos autos de notícia, motivo pelo qual os dados estatísticos disponíveis são necessariamente incompletos, não refletindo a totalidade dos resultados obtidos a nível nacional em matéria de luta contra o tráfico ilícito de estupefacientes

O VM (ap) em cada ano t foi calculado seguindo a fórmula abaixo indicada. Note-se que na análise custo-benefício foram apenas contabilizadas as quantidades apreendidas pela PJ, ao passo que na presente análise foi contabilizado o total de apreensões de todas as forças policiais.

A taxa de crescimento do valor de mercado das apreensões em cada ano t foi calculado seguindo a fórmula:

$$\text{Taxa Crescimento } VM(ap)_t = \frac{VM(ap)_t - VM(ap)_{t-1}}{VM(ap)_{t-1}}$$

Calculamos também o valor médio de mercado apreendido ([Média VM(ap)] $_t$) e a taxa média de crescimento do valor de mercado apreendido ([Média Taxa Crescimento VM(ap)] $_t$) para o período temporal em análise (2013-2019), o qual subdividimos em dois períodos temporais: 2013-2016 e 2017-2019. Para uma análise mais detalhada apresentamos também os valores para o período temporal anterior 2008-2012.

Como *outputs* finais consideramos as prevalências de consumo de droga no último ano e a perceção de facilidade de acesso na obtenção de drogas (se desejado) por tipo de droga em 2012 e 2016, anos em que foram conduzidos inquéritos à população portuguesa.

Esta análise tem por base duas hipóteses teóricas:

Hipótese 1: A redução efetiva da oferta poderá levar a uma redução nas prevalências de consumo;

Hipótese 2: A redução efetiva da oferta poderá levar a uma diminuição da perceção de facilidade de acesso na obtenção de drogas, se desejado.

Salientamos, no entanto, que há muitas mais variáveis que podem contribuir para variações nestes *outputs* finais, sendo esta uma análise indireta e baseada única e exclusivamente nos indicadores que abaixo descrevemos. Como tal, os resultados que apresentamos devem ser interpretados com a devida cautela.

Os Quadros 3.31, Quadro 3.32 e Quadro 3.33 apresentam os indicadores utilizados na análise de efetividade. Estes indicadores são apresentados na Figura 3.24, onde se pode ver que as prevalências de consumo de qualquer droga no último ano da população geral (15-74 anos) e da população jovem (15-24 anos) aumentaram entre 2012 e 2016.

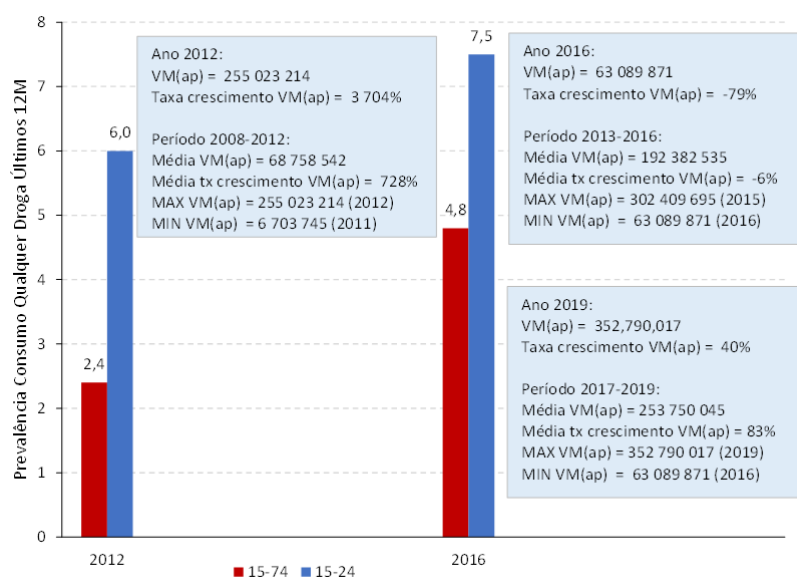
Atentemos, primeiro, ao valor de mercado das apreensões em 2012 e 2016, anos para os quais temos dados relativos à prevalência de consumo: este é superior em 2012 face a 2016. A hipótese 1 sugere que a redução efetiva da oferta poderá levar a uma redução nas prevalências de consumo. Se admitirmos que este efeito é 'imediató', ou seja, que se materializa no próprio ano, então os indicadores disponíveis parecem sugerir que um dos

possíveis fatores explicativos para o aumento das prevalências de consumo em 2016 (face a 2012) tenha sido o menor valor de mercado apreendido.

Naturalmente, é perfeitamente plausível admitir que estes efeitos possam não ser ‘imediatos’, ou seja, que a prevalência de consumo em 2016 possa estar associada ao valor de mercado apreendido em anos anteriores. Veja-se que, no período 2013-16, o valor de mercado apreendido, em média, em cada ano foi de €192.4m, um valor claramente superior ao registado em 2016: €63m. Para além disso, a média da taxa de crescimento anual do valor de mercado apreendido no período 2013-16 foi negativa: -6%. Ora isto sugere que não só que o valor de mercado apreendido em 2016 foi inferior à média no período 2013-16, como também que a tendência do período 2013-16 foi no sentido de uma redução do valor de mercado apreendido. Estes dois factos parecem suportar a hipótese 1, ou seja, que um dos possíveis fatores explicativos para o aumento das prevalências de consumo em 2016 possa ter sido o menor valor de mercado apreendido, que pode ter estado associado a uma maior disponibilidade de (ou mais fácil acesso a) substâncias ilícitas em Portugal.

Não dispondo ainda de dados relativos às prevalências de consumo em 2019, veja-se que a tendência observada aponta no sentido contrário ao que acima descrevemos: o valor de mercado apreendido em 2019 foi de €352.8m, valor este que é superior ao valor médio no período 2017-19 (€253.8m). Para além disso, a média da taxa de crescimento anual do valor de mercado apreendido no período 2017-19 foi relativamente elevada: 83%. Assim sendo, admitindo como plausível a hipótese 1 e o raciocínio que desenvolvemos para o período 2013-16, será de esperar que este esforço na redução da oferta de substâncias ilícitas, traduzido no aumento do valor de mercado apreendido, possa ter contribuído para uma redução na prevalência de consumo em 2019. Esta é, no entanto, uma conjectura, uma vez que ainda não dispomos de dados relativos à prevalência de consumo em 2019.

Figura 3.24 - Prevalência de consumo de qualquer droga na população geral (15-74 anos) e população jovem (15-24 anos) nos últimos 12 meses e valor de mercado das apreensões: 2013-19



Fonte: Balsa et al., 2018 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI Polícia Judiciária - Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes - Secção Central de Informação Criminal.

Quadro 3.31 - Valor de mercado apreendido e respetivas taxas de crescimento por subperíodos: 2008-19

	2008-12	2013-16	2017-19	2013-19
Média VM(ap)	€68 758 542	€192 382 535	€253 750 045	€218 682 896
Média da taxa de crescimento VM(ap) (%)	728	-6	83	32
Valor máximo VM(ap) (Ano)	€255 023 214 (2012)	€302 409 695 (2015)	€352 790 017 (2019)	€352 790 017 (2019)
Valor mínimo VM(ap) (Ano)	€6 703 745 (2011)	€63 089 871 (2016)	€156 090 721 (2017)	€63 089 871 (2016)

Fonte: Polícia Judiciária - Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes - Secção Central de Informação Criminal.

O Quadro 3.31 mostra que o aumento das prevalências de consumo de qualquer droga está sobretudo associado ao aumento das prevalências de consumo de canábis, tanto na população geral, como na população jovem. Note-se que as prevalências de consumo de cocaína se mantiveram relativamente estáveis na população geral (15-74 anos), em torno dos 0.2%, mas registaram um decréscimo na população jovem (15-24 anos). Salientamos, no entanto, que estes valores têm originalmente (nos resultados dos inquéritos) apenas uma casa decimal, o que dificulta o cálculo e interpretação da magnitude das alterações entre 2012 e 2016. Esta ressalva é particularmente relevante para as prevalências de consumo de cocaína, heroína e ecstasy.

Relativamente à perceção da facilidade de obter drogas, se desejado, a percentagem da população consumidora que considera fácil ou muito fácil obter drogas diminuiu na população geral para todas as drogas em análise e aumentou na população jovem para todas as drogas exceto heroína.

Quadro 3.32 - Prevalências de consumo de drogas no último ano e percepção de facilidade de obter drogas (se desejado): 2012 e 2016

		2012	2016
Prevalência de consumo nos últimos 12 meses, população geral 15-74 anos (%)	Qualquer droga	2.4	4.8
	Canábis	2.3	4.5
	Cocaína	0.2	0.2
	Heroína	0.0	0.1
	Ecstasy	0.2	0.1
Prevalência de consumo nos últimos 12 meses, população jovem 15-24 anos (%)	Qualquer droga	6	7.5
	Canábis	5.8	7.1
	Cocaína	0.2	0.1
	Heroína	0.1	0.0
	Ecstasy	1.4	0.4
Percepção da facilidade em obter drogas (fácil/muito fácil), população geral 15-74 anos (%)	Canábis	84.5	61.4
	Cocaína	73.1	61.6
	Heroína	78.9	69.6
	Ecstasy	69.5	54.6
Percepção da facilidade em obter drogas (fácil/muito fácil), população jovem 15-24 anos (%)	Canábis	83.3	86.3
	Cocaína	44.4	83.0
	Heroína ^a	66.0	59.7
	Ecstasy	35.8	46.8

Notas: (a) Não existem dados para a população 15-24 anos no ano 2016, pelo que os dados apresentados para a heroína se referem à população jovem adulta 15-34 anos.

Fonte: Balsa et al., 2018 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

O Quadro 3.33 é semelhante ao Quadro 3.31, mas agora desagregado por tipo de droga em cada um dos subperíodos analisados: 2008-12, 2013-16 e 2017-19. É com base nestes indicadores que passamos a uma análise de efetividade por tipo de droga.

Quadro 3.33 - Valor de mercado apreendido e respetivas taxas de crescimento por subperíodos e por tipo de droga: 2008-19

		2008-12	2013-16	2017-19	2013-19
Canábis	Média VM(ap)	26 678 831	32 830 426	18 107 380	26 520 549
	Média da taxa de crescimento VM(ap) (%)	268	64	8	40
	Valor máximo VM(ap) (Ano)	55 530 507 (2012)	83 837 523 (2014)	34 759 919 (2017)	83 837 523 (2014)
	Valor mínimo VM(ap) (Ano)	3 683 888 (2011)	6 029 945 (2015)	8 502 764 (2019)	6 029 945 (2015)
Cocaína	Média VM(ap)	41 606 340	157 489 732	234 668 276	190 566 251
	Média da taxa de crescimento VM(ap) (%)	1 305	-1,7	104	44
	Valor máximo VM(ap) (Ano)	197 383 033 (2012)	293 173 541 (2015)	343 765 980 (2019)	343 765 980 (2019)
	Valor mínimo VM(ap) (Ano)	1 177 234 (2009)	44 497 223 (2016)	120 438 867 (2017)	44 497 223 (2016)
Heroína	Média VM(ap)	396 636	1 802 436	638 233	1 303 492
	Média da taxa de crescimento VM(ap) (%)	1 662	16	-35	-6
	Valor máximo VM(ap) (Ano)	1 837 770 (2012)	3 074 800 (2015)	800 169 (2017)	3 074 800 (2015)
	Valor mínimo VM(ap) (Ano)	11 483 (2008)	1 217 606 (2014)	355 748 (2017)	355 748 (2015)
Ecstasy	Média VM(ap)	76 734	259 942	336 156	292 605
	Média da taxa de crescimento VM(ap) (%)	3 915	189	184	187
	Valor máximo VM(ap) (Ano)	271 904 (2012)	841 089 (2016)	751 176 (2018)	841 089 (2016)
	Valor mínimo VM(ap) (Ano)	1 405 (2011)	31 759 (2014)	91 766 (2017)	31 759 (2014)

Fonte: Polícia Judiciária - Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes - Secção Central de Informação Criminal.

a. Canábis

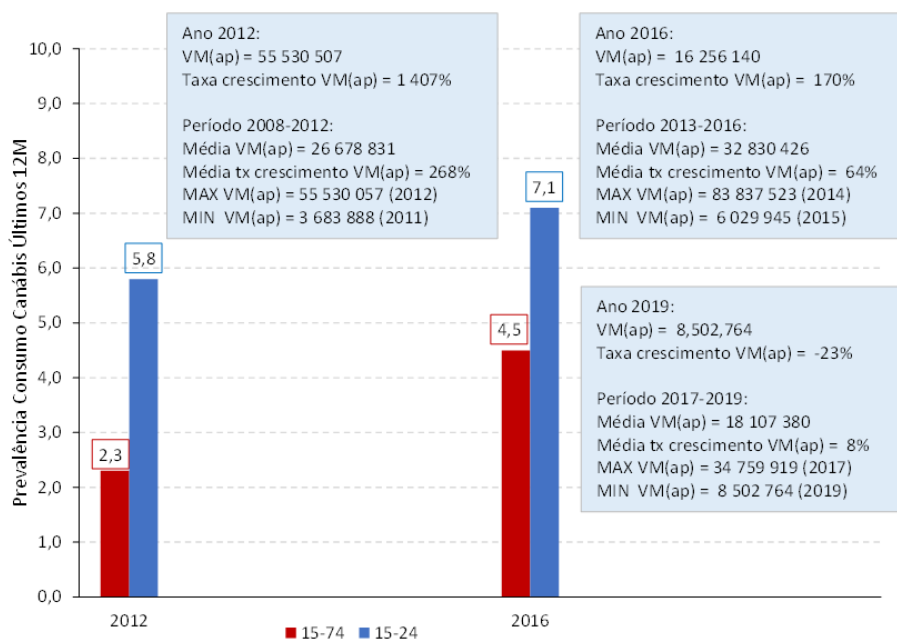
Na Figura 3.25 (que contém dados apresentados nos Quadro 3.32 e Quadro 3.33 relativos à canábis) podemos observar que as prevalências de consumo de canábis no último ano da

população geral (15-74 anos) e da população jovem (15-24 anos) aumentaram entre 2012 e 2016.

Olhando primeiramente para o valor de mercado das apreensões de canábis, vemos que este foi superior em 2012 quando comparado com 2016. Para além disso, no período 2013-16, em média, o valor de mercado apreendido de canábis em cada ano foi de €32.8m, um valor superior ao registado em 2016: €16.3m. É também de assinalar que, neste período, o ano em que se regista um menor valor de mercado apreendido é 2015 (€6m). Em contrapartida, o valor de mercado apreendido no período 2013-16 registou um crescimento médio anual de 64%. Com exceção deste último indicador (que é muito influenciado pelo elevado valor de mercado apreendido em 2014 – €83,8m), os restantes apontam para uma maior disponibilidade da oferta de canábis em 2016 face a 2012, o que parece indicar que a hipótese 1 tem algum suporte.

Não dispondo ainda de dados relativos às prevalências de consumo em 2019, veja-se que a tendência observada aponta no sentido contrário ao que acima descrevemos: o valor de mercado apreendido em 2019 foi de €8.5m, valor este que é inferior ao valor médio no período 2017-19 (€18,1m). A média da taxa de crescimento anual do valor de mercado apreendido no período 2017-19 foi positiva – 8% – mas este valor é influenciado pelo elevado valor apreendido em 2017. Assim sendo, admitindo que se verifica a hipótese 1 também neste período, a evolução destes indicadores ao nível da disponibilidade da oferta parece sugerir que possa haver um novo aumento na prevalência de consumo em 2019.

Figura 3.25 - Prevalência de consumo de canábis na população geral (15-74 anos) e população jovem (15-24 anos) nos últimos 12 meses e valor de mercado das apreensões: 2013-19



Fonte: Balsa et al., 2018 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Polícia Judiciária - Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes - Secção Central de Informação Criminal.

Relativamente à perceção da facilidade de acesso na obtenção de canábis, podemos observar na Figura 3.26 que, em 2012, cerca de 85% dos consumidores de canábis da população geral consideraram muito fácil ou fácil a obtenção de canábis, se desejado, e cerca de 83% da população jovem expressou a mesma opinião. Esta percentagem diminuiu para cerca de 61% em 2016 na população geral, mas aumentou para 86% na população jovem.

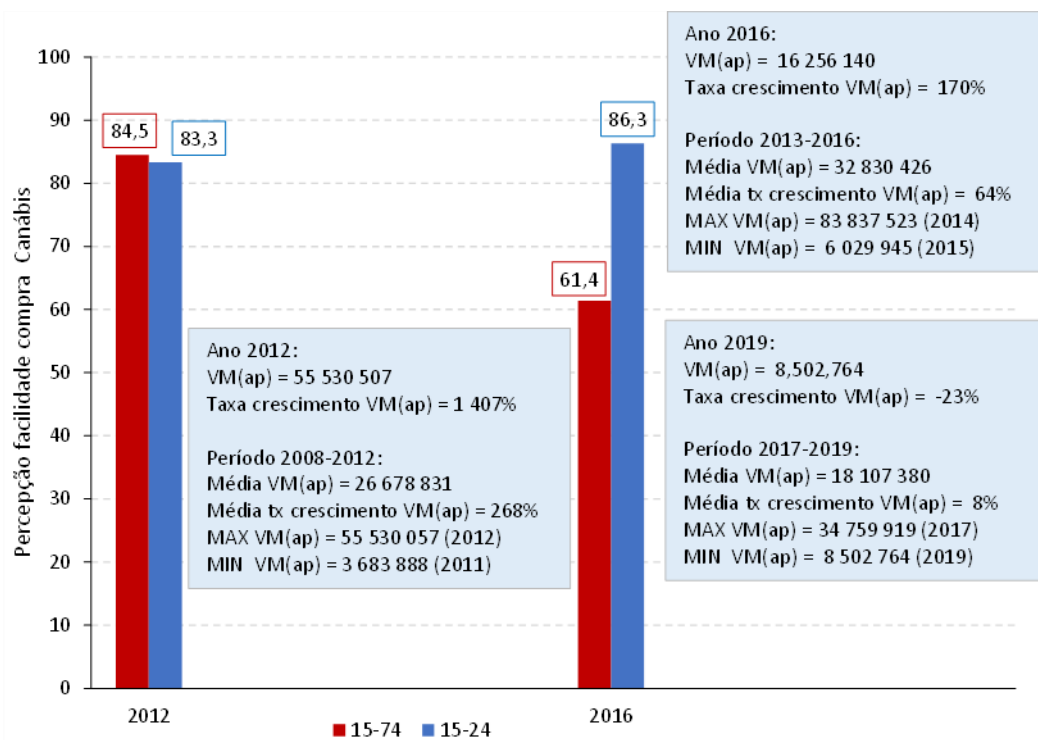
Tal como vimos acima, o valor de mercado de canábis apreendido em 2016 foi inferior a 2012; no entanto, no período 2013-16 assistiu-se a uma taxa de crescimento anual do valor apreendido de canábis de 64%. Seria de esperar que cada um destes factos tivesse efeitos opostos ao nível da perceção da facilidade de acesso: o primeiro poderia contribuir para um aumento, ao passo que o segundo poderia contribuir para uma diminuição. São igualmente contraditórios os valores registados nos anos mais próximos de 2016: em 2015 registou-se o valor mais baixo apreendido no período 2013-16 (€6m), ao passo que em 2014 se havia registado o valor mais elevado (€83.8m).

Assim sendo, talvez não seja surpreendente que o efeito em termos de perceções na facilidade de acesso seja também aparentemente contraditório, com a população em geral a perceber uma menor facilidade de acesso e a população jovem a perceber uma maior facilidade de acesso.

Relativamente ao período 2017-2019, as tendências são igualmente contraditórias: por um lado, o valor de mercado apreendido de canábis em 2019 (€8.5m) é inferior a 2016 (€16.3m); por outro, a taxa de crescimento anual média no período 2017-19 foi de 8% – inferior,

portanto, à registada no período 2013-16, mas ainda assim positiva. Com esta evolução aparentemente contraditória, é difícil formular uma conjectura relativamente à perceção da facilidade de acesso em 2019.

Figura 3.26 - Perceção da facilidade de acesso na obtenção de canábis (se desejado) pela população geral (15-74 anos) e população jovem (15-24 anos) e valor de mercado das apreensões: 2013-19



Fonte: Balsa et al., 2018 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Polícia Judiciária - Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes - Secção Central de Informação Criminal.

b. Cocaína

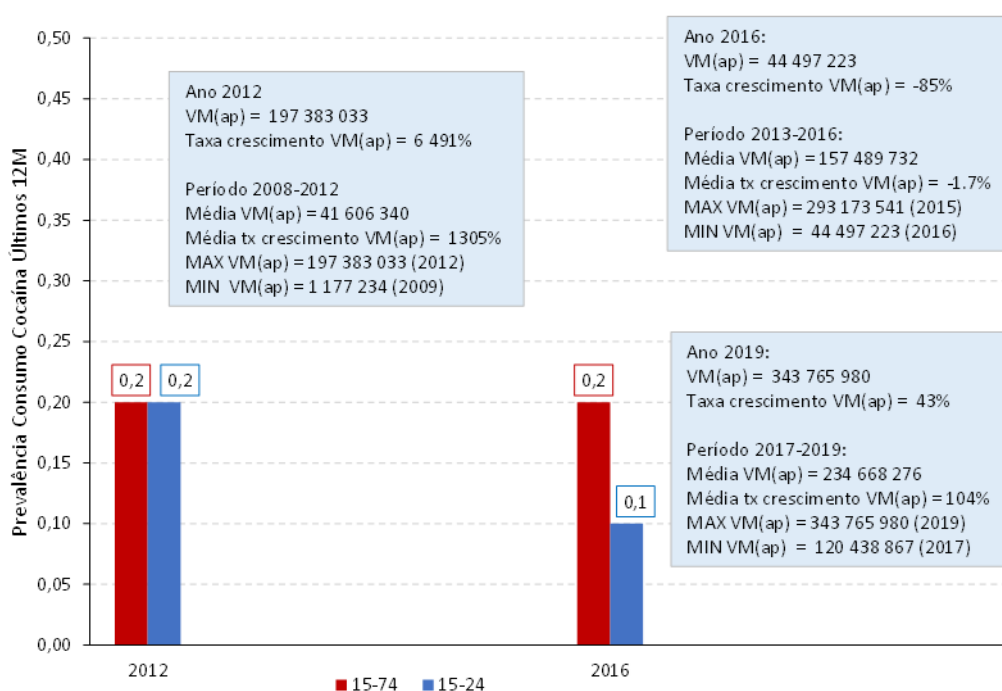
A Figura 3.27 indica que as prevalências de consumo de cocaína no último ano da população geral (15-74 anos) se mantiveram em valores relativamente baixos entre 2012 e 2016, tendo diminuído na população jovem (15-24 anos).

Olhando para o valor de mercado das apreensões de cocaína, vemos que este foi inferior em 2016 quando comparado com 2012. Para além disso, no período 2013-16, em média, o valor de mercado apreendido de cocaína em cada ano foi de €157.5m, um valor claramente superior ao registado em 2016: €44.5m. Note-se ainda que o valor de mercado apreendido no período 2013-16 registou um crescimento médio anual negativo: -1.7%. Todos estes indicadores apontam para uma maior disponibilidade da oferta de cocaína em 2016 face a 2012. Como referimos acima, as prevalências de consumo são apresentadas com apenas uma casa decimal, ficando a ideia de que se mantiveram constantes entre 2012 e 2016 para a população geral. Seria importante que estas prevalências fossem apresentadas com mais casas decimais, uma vez que, tratando-se de valores baixos, pequenas diferenças entre

períodos não são passíveis de ser identificadas ao apresentar resultados com apenas uma casa decimal.

Não dispondo ainda de dados relativos às prevalências de consumo em 2019, veja-se que a tendência observada, ao nível da oferta, aponta no sentido contrário ao que acima descrevemos: o valor de mercado apreendido em 2019 foi de €343.8m, valor este que é superior ao valor médio no período 2017-19 (€234.7m). Para além disso, a média da taxa de crescimento anual do valor de mercado apreendido no período 2017-19 foi positiva e expressiva: 104%. Assim sendo, estes indicadores sugerem uma menor disponibilidade da oferta de cocaína em 2019.

Figura 3.27 - Prevalência de consumo de cocaína na população geral (15-74 anos) e população jovem (15-24 anos) nos últimos 12 meses e valor de mercado das apreensões: 2013-19



Fonte: Balsa et al., 2018 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

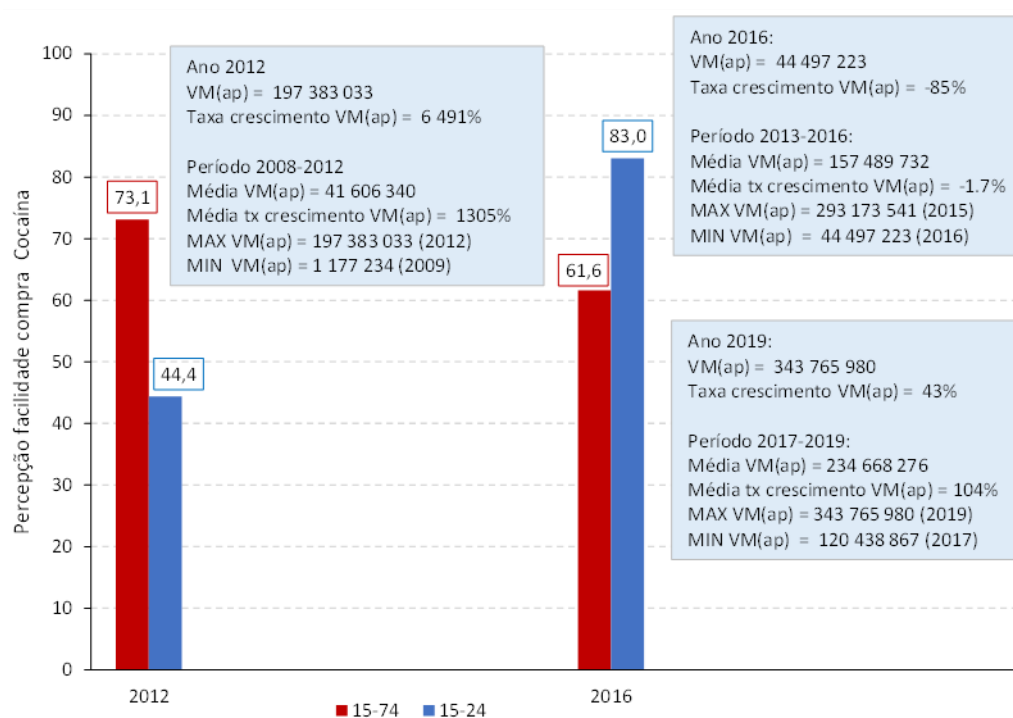
Polícia Judiciária - Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes - Secção Central de Informação Criminal.

Em relação à perceção de facilidade de acesso na obtenção de cocaína, podemos observar na Figura 3.28 que no ano 2012 cerca de 73% dos consumidores da população geral consideraram muito fácil ou fácil a obtenção de canábis, se desejado e cerca de 44% da população jovem expressou a mesma opinião. Esta percentagem diminuiu para cerca de 61% em 2016 na população geral. No entanto, no último ano de inquérito, cerca de 83% da população jovem considerou muito fácil ou fácil a obtenção de cocaína, valor superior a 2012. Ou seja, a evolução desta perceção é diferente para a população geral e para a população jovem.

Tal como discutimos acima, o valor de mercado das apreensões no período 2013-16 e em particular em 2016 foi no sentido da diminuição, o que poderá ter levado a uma maior disponibilidade de cocaína no mercado. Em contrapartida, tendo em conta que as perceções são tipicamente influenciadas por eventos próximos temporalmente, assinalamos que o valor de mercado das apreensões em 2015 foi o mais elevado em todo o período 2013-16: €343.8m. Assim sendo, a evolução contraditória destes indicadores pode ajudar a explicar a evolução igualmente contraditória da perceção da facilidade de acesso. Ou seja, a hipótese 2 não parece ter suporte no caso da cocaína.

No período 2017-19, os indicadores apontam no sentido de uma redução da disponibilidade da oferta desta droga. No entanto, tendo em conta a ausência de suporte para a hipótese 2 no período 2013-16, optamos por não formular uma conjectura relativamente à perceção da facilidade de acesso em 2019.

Figura 3.28 - Perceção da facilidade de acesso na obtenção de cocaína (se desejado) pela população geral (15-74 anos) e população jovem (15-24 anos) e valor de mercado das apreensões: 2013-19



Fonte: Balsa et al., 2018 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Polícia Judiciária - Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes - Secção Central de Informação Criminal.

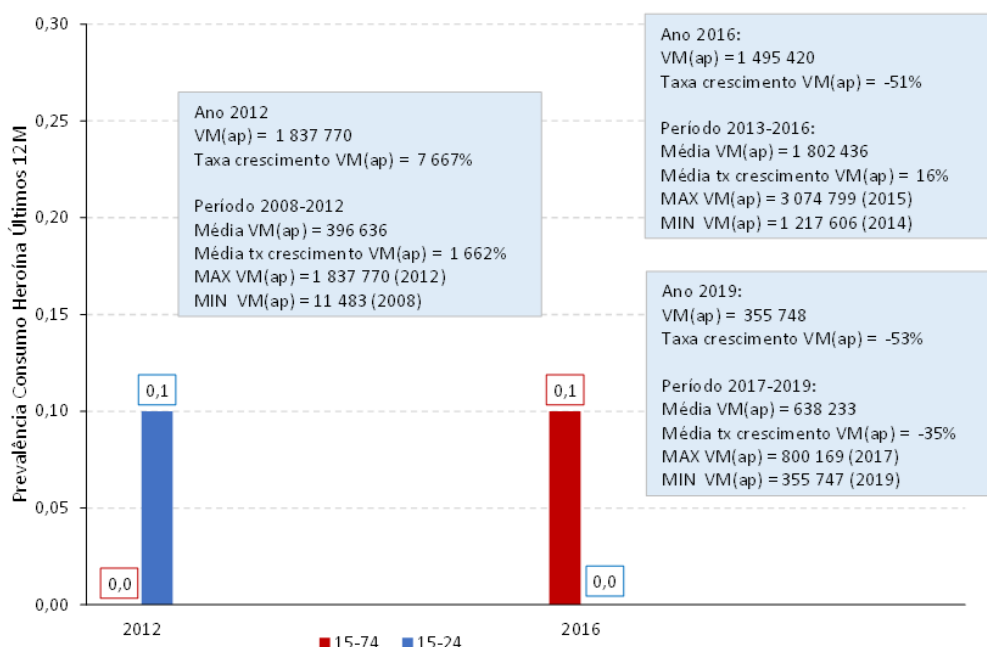
c. Heroína

Como podemos observar na Figura 3.29, as prevalências de consumo de heroína no último ano da população geral e jovem mantiveram-se em valores consideravelmente baixos (entre 0 e 0.1), mas estes valores, tal como referimos acima, são apresentados apenas com uma casa decimal, o que dificulta uma análise mais aprofundada. Entre 2012 e 2016 aumentaram na população geral e diminuíram na população jovem.

Olhando para o valor de mercado das apreensões de heroína, vemos que este foi inferior em 2016 quando comparado com 2012. Para além disso, no período 2013-16, em média, o valor de mercado apreendido de heroína em cada ano foi de €1.8m, um valor superior ao registado em 2016: €1.5m. No entanto, o valor de mercado apreendido no período 2013-16 registou um crescimento médio anual de 16% e o valor apreendido mais elevado neste período (€3.1m) foi em 2015. Assim sendo, no caso da heroína, a evolução destes indicadores é algo contraditória, sendo difícil apontar para possíveis efeitos ao nível da disponibilidade da oferta.

Não dispondo ainda de dados relativos às prevalências de consumo em 2019, veja-se que o valor de mercado apreendido em 2019 foi de €0.4m, valor este que é inferior ao valor médio no período 2017-19 (€0.6m). Para além disso, a média da taxa de crescimento anual do valor de mercado apreendido no período 2017-19 foi negativa: -35%. Assim sendo, estes indicadores apontam no sentido de uma maior disponibilidade da oferta de heroína neste período.

Figura 3.29 - Prevalência de consumo de heroína na população geral (15-74 anos) e população jovem (15-24 anos) nos últimos 12 meses e valor de mercado das apreensões: 2013-19



Fonte: Balsa et al., 2018 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

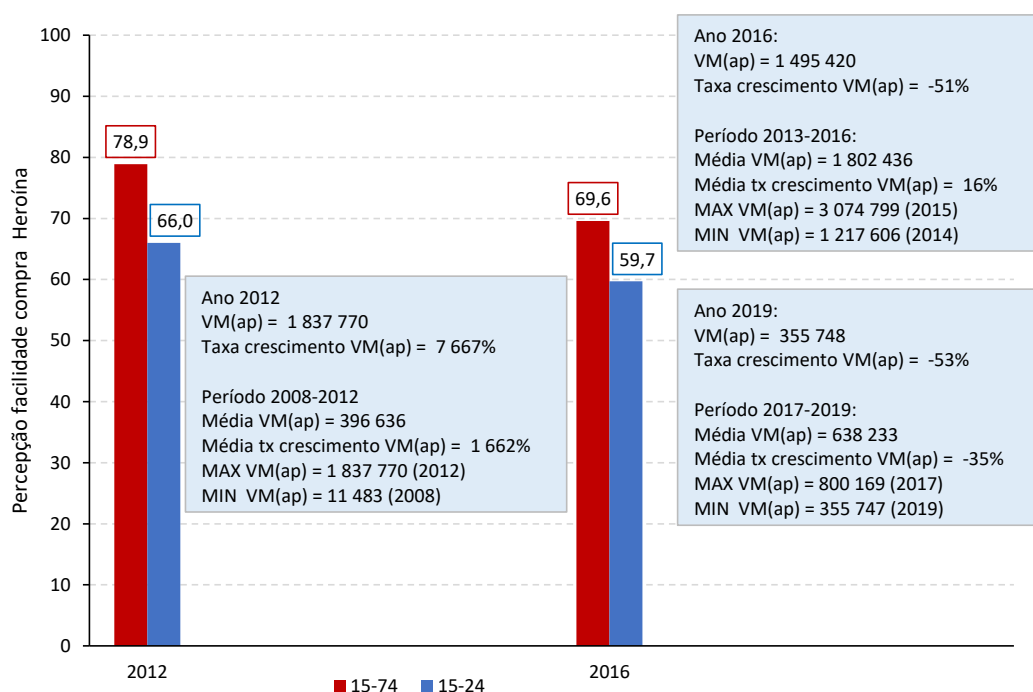
Polícia Judiciária - Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes - Secção Central de Informação Criminal.

Como podemos verificar na Figura 3.30, em 2012 cerca de 79% dos consumidores de heroína na população geral e 70% dos consumidores jovens consideravam muito fácil ou fácil a obtenção desta substância, se desejado. Esta percentagem diminuiu para cerca de 70% e 60%, respetivamente, em 2016.

Tal como discutimos acima, o valor de mercado das apreensões no período 2013-16 registou uma taxa de crescimento anual positiva. Para além disso, tendo em conta que as perceções são tipicamente influenciadas por eventos próximos temporalmente, assinalamos que o valor de mercado das apreensões em 2015 foi o mais elevado em todo o período 2013-16: €3,1m. Assim sendo, esta evolução parece dar algum suporte à hipótese 2 no caso da heroína.

Em contrapartida, os indicadores para o período 2017-19 apontam no sentido contrário, ou seja, num possível aumento na disponibilidade da oferta de heroína, sendo possível que, de acordo com a hipótese 2, venha a ser percecionado um mais fácil acesso a esta droga em 2019.

Figura 3.30 - Perceção da facilidade de acesso na obtenção de heroína (se desejado) pela população geral (15-74 anos) e população jovem (15-24 anos) e valor de mercado das apreensões: 2013-19



Fonte: Balsa et al., 2018 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

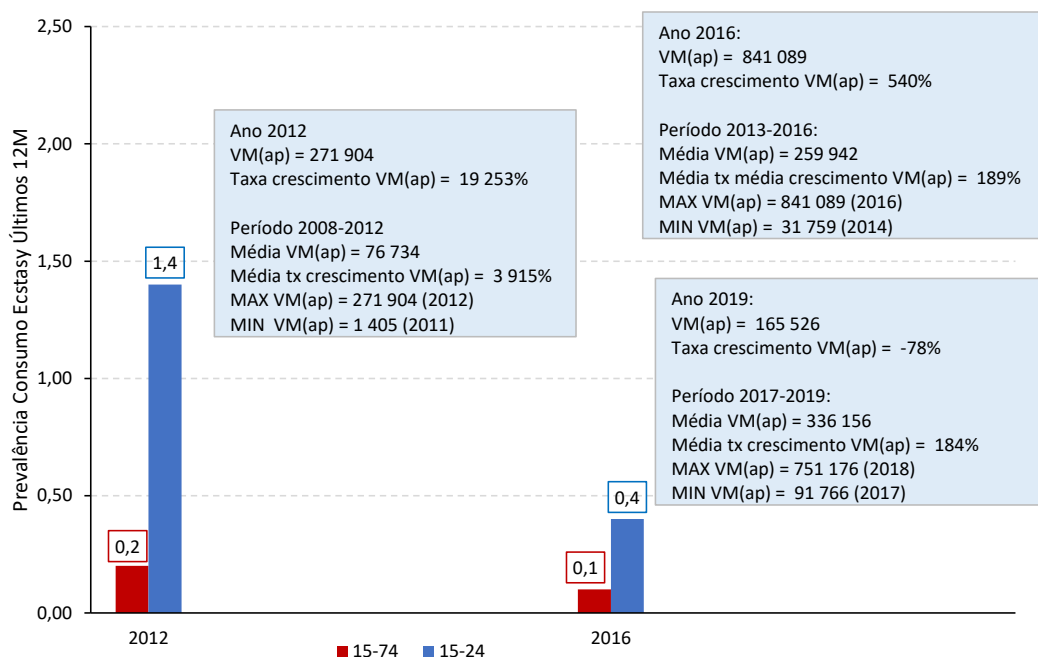
Polícia Judiciária - Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes - Secção Central de Informação Criminal.

d. Ecstasy

A Figura 3.31 indica que as prevalências de consumo de ecstasy no último ano da população geral e da população jovem diminuíram entre 2012 e 2016. Olhando para o valor de mercado das apreensões de ecstasy, vemos que este foi superior em 2016 (€0.8m) quando comparado com 2012 (€0.3m). Para além disso, no período 2013-16, em média, o valor de mercado apreendido de ecstasy em cada ano foi de €0.3m, um valor inferior ao registado em 2016, ano em que foi apreendido o valor mais elevado em todo o período. Note-se ainda que a taxa de crescimento do valor de mercado apreendido neste período foi muito elevada: 189%. Assim sendo, todos estes indicadores sugerem uma redução na disponibilidade da oferta desta droga, o que parece suportar a hipótese 1, que prevê que o efeito nas prevalências de consumo seja no sentido da sua diminuição.

Não dispondo ainda de dados relativos às prevalências de consumo em 2019, veja-se que o valor de mercado apreendido em 2019 foi de €0.2m, valor este que é inferior ao valor médio no período 2017-19 (€0.3m). No entanto, a média da taxa de crescimento anual do valor de mercado apreendido no período 2017-19 foi igualmente expressiva (184%) tendo sido registado um muito elevado valor apreendido em 2018 (€0.8m). Assim sendo, a evolução destes indicadores é algo contraditória, não sendo claro o efeito ao nível da disponibilidade da oferta.

Figura 3.31 - Prevalência de consumo de ecstasy na população geral (15-74 anos) e população jovem (15-24 anos) nos últimos 12 meses e valor de mercado das apreensões: 2013-19



Fonte: Balsa et al., 2018 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

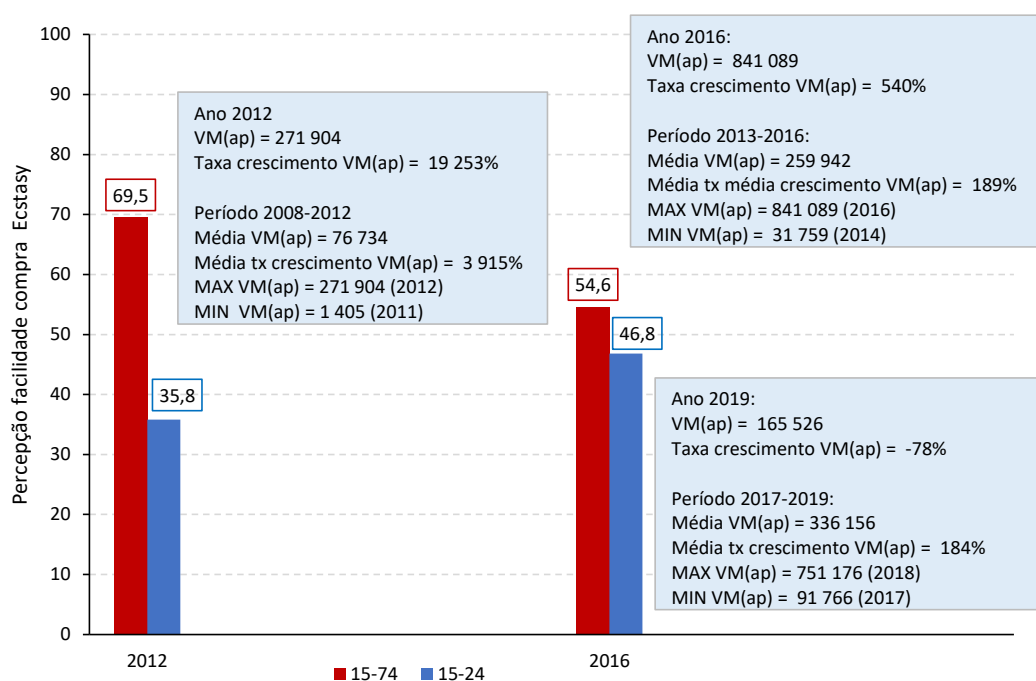
Policia Judiciária - Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes - Secção Central de Informação Criminal.

A Figura 3.32 indica que a perceção de facilidade de obter ecstasy foi superior em 2012, onde cerca de 70% dos consumidores de ecstasy na população geral consideravam muito fácil ou fácil a obtenção desta substância, se desejado. Esta percentagem diminuiu para cerca de 54% em 2016. Para a população jovem, a evolução das perceções foi inversa: a maioria da população jovem não considera fácil obter ecstasy, mas essa avaliação de facilidade aumentou entre 2012 e 2016.

O valor de mercado das apreensões no período 2013-16 registou uma taxa de crescimento anual positiva e expressiva, com o ano de 2016 a registar o valor apreendido mais elevado em todo o período. Assim sendo, esta evolução parece dar algum suporte à hipótese 2 no caso do ecstasy, mas apenas para a população geral, que percecionou um acesso menos fácil a esta droga.

Tal como vimos acima, não é clara a evolução da disponibilidade da oferta desta droga no período 2017-19, sendo difícil antecipar a evolução da perceção da facilidade de acesso em 2019.

Figura 3.32 - Perceção da facilidade de acesso na obtenção de ecstasy (se desejado) pela população geral (15-74 anos) e população jovem (15-24 anos) e valor de mercado das apreensões: 2013-19



Fonte: Balsa et al., 2018 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Pólicia Judiciária - Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes - Secção Central de Informação Criminal.

iii. Cumprimento das metas definidas no PNRCAD 2013-2020

Para a avaliação da efetividade das intervenções específicas no domínio da oferta, é importante analisar se as ações diretamente relacionadas com programas de redução da oferta atingiram as metas relacionadas com os objetivos definidos no PNRCAD 2013-2020.

O objetivo geral para a redução da oferta de substâncias ilícitas, OG2, visa 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.

Este objetivo engloba 11 objetivos específicos, divididos em 35 ações para a área das substâncias ilícitas e novas substâncias psicoativas (NSP) (ações 30 a 64), como podemos observar no Quadro 3.34. Destas 35 ações, 30 foram consideradas executadas e 5 não foram avaliadas por ausência de reporte de informação.

Quadro 3.34 - Objetivos específicos para a redução da oferta de substâncias ilícitas

Objetivos Específicos	Ações
OE10. Reforçar a cooperação e a coordenação interinstitucionais, nos planos estratégico e operacional;	30 - 32
OE11. Reduzir a produção, o tráfico e consequentemente a oferta de drogas ilícitas e de novas substâncias psicoativas.	33 - 42
OE12. Contribuir para assegurar um nível elevado e equivalente de controlo ao longo da fronteira externa da UE, nomeadamente no espaço transatlântico e euroafricano, como forma de melhorar a prevenção da entrada de drogas ilícitas e de novas substâncias psicoativas no território da União Europeia.	43 - 48
OE13. Prevenir o desvio de precursores e pré-precursores de drogas ilícitas e de outras substâncias químicas associadas ao seu fabrico, importadas para a União Europeia.	49 - 51
OE14. Reforçar a cooperação e a coordenação com os organismos e agências internacionais e europeias competentes.	52
OE15. Reforçar a cooperação judiciária no âmbito europeu.	53 - 55
OE16. Reforçar a intervenção dos Serviços de Informações, bem como a cooperação entre os Serviços de informações e outras entidades nacionais e internacionais em matéria de identificação de fenómenos, agentes e tendências, a montante das instâncias judiciais, com o objetivo de reduzir a incidência dos mesmos.	56
OE17. Explorar as eventuais ligações entre a produção e o tráfico de droga e o financiamento do terrorismo	57
OE18. Aumentar a atividade de prevenção na área da criminalidade associada a droga, mormente no branqueamento de capitais;	58 - 60
OE19. Aumentar a formação e o conhecimento para os serviços de aplicação da lei.	61
OE20. Prevenção e controlo da entrada e circulação de estupefacientes, bem como de outras substâncias ilícitas em meio prisional	62 - 64

Para avaliar o cumprimento dos objetivos gerais, foi elaborado um conjunto de metas a atingir em 2016 e 2019. Para o objetivo geral 2, analisamos o cumprimento da Meta 1 (Reduzir a facilidade percebida de acesso (se desejado) nos mercados), cujo objetivo definido no PNRCAD 2013-2020 foi de colocar Portugal 2 pontos percentuais abaixo da média europeia (na altura da elaboração do PNRCAD) em 2016 e 5 pontos percentuais em 2020.

O Quadro 3.35 indica que os indicadores definidos referentes ao ecstasy e às anfetaminas (ESPAD Estudantes 16 anos) foram atingidos em 2016. No entanto estes não foram atingidos em 2020. Os indicadores definidos referentes à canábis (ESPAD Estudantes 16 anos) não foram atingidos em 2016 e embora se tenha verificado um decréscimo destes em 2020, também não foram atingidos. Relativamente à cocaína e heroína (Eurobarómetro 15-24 anos), os indicadores não foram atingidos em 2016. Não existem dados recentes referentes do Eurobarómetro para a perceção de facilidade de adquirir drogas ilícitas dos jovens de 15 a 24 anos.

Quadro 3.35 - Avaliação do cumprimento da Meta 1 do PNRCAD 2013-2020 para a redução da oferta de substâncias ilícitas

Perceção da facilidade de acesso (fácil/muito fácil)							
Substância	2011		2016 ^a		2020		
	ME	Portugal	Meta (ME-2%)	Portugal	Meta (ME-5%)	Portugal	
ESPAD: Estudantes 16 anos	canábis	29%	30%	27%	31%	24%	25%
				Não atingido		Não atingido	
	ecstasy	13%	15%	11%	10%	8%	11%
				Atingido		Não atingido	
	anfetaminas	12%	14%	10%	7%	7%	8%
				Atingido		Não atingido	
Eurobaró- metro: 15- 24 anos	cocaína	22%	23%	20%	28%	17%	n/d
				Não atingido			
	heroína	13%	18%	11%	24%	8%	n/d
				Não atingido			

Notas: ME=Média Europeia. n/d=não disponível.

(a) Ou ano mais recente com resultados disponíveis.

iv. Qualidade

No período 2013-2016 foram concluídos ou entraram em pleno funcionamento sistemas de controlo do tráfico ilícito a nível internacional, designadamente o Sistema de Vigilância e Controlo da Costa (SIVICC) ou o Sistema de Seleção Automática (SSA). Tanto a nível internacional como a nível nacional é de destacar o reforço das redes de cooperação estabelecidas entre as várias forças policiais e órgãos de polícia criminal, sendo de relevar a grande importância das Unidades de Coordenação e Intervenção Conjunta (UCIC) e o trabalho que naquele período foi desenvolvido em conjunto com as autoridades policiais

de outros países, bem como a intensificação da cooperação no quadro do MAOC-N, Europol, Interpol e Eurojust, entre outras agências e organismos internacionais.

A nível de cooperação nacional, a PJ recebeu e tratou um total de 13807 pedidos de informação prévia (pedidos UCIC) provenientes da GNR e da PSP entre 2013 e 2016, o que possibilitou a efetiva coordenação das investigações em curso a cargo dos vários órgãos de polícia criminal. Em resultado desta coordenação, foram detetados e depois resolvidos um total de 420 conflitos entre investigações.

A nível de cooperação internacional foram desenvolvidos inúmeros projetos e operações multidisciplinares e complementares, envolvendo as várias entidades com responsabilidades que envolvem o tráfico ilícito de estupefacientes, em especial pelas vias marítima e aérea. Desses projetos e operações, um número significativo foi realizado de forma coordenada com outros países europeus no quadro das prioridades *European Multidisciplinary Platform Against Criminal Threats* (EMPACT) da União Europeia.

No âmbito da participação da Polícia Judiciária no MAOC-N, tem-se procedido ao tratamento e monitorização (na sua maioria no âmbito da cooperação internacional) de inúmeras embarcações sob suspeita de estarem a ser utilizadas no tráfico transcontinental, através da coordenação de ações policiais com agências policiais congéneres, que têm resultado na apreensão de quantidades significativas de cocaína.

3.2.2 Álcool: análise de efetividade das medidas de controlo de oferta 2013-2019

O presente capítulo centra-se sobretudo nas medidas de controlo da oferta de álcool. Para a análise da efetividade destas medidas, avaliamos se as ações diretamente relacionadas com programas de redução da oferta atingiram as metas definidas no PNRCAD 2013-2020.

O período 2013-2019 é marcado por importantes alterações legislativas. Em 2013 foi publicado o Decreto-Lei n.º 50/2013, de 16 de abril, que estabelece o regime de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público. Em consequência, foi aumentada a idade mínima legal de consumo de bebidas espirituosas, ou equiparadas, para 18 anos de idade, e para as restantes bebidas alcoólicas o limite legal ficou estabelecido nos 16 anos. Ficou igualmente proibida a disponibilização, a venda e o consumo de bebidas alcoólicas em qualquer estabelecimento entre as 0 e as 8 horas, com exceção dos estabelecimentos comerciais de restauração ou de bebidas, dos situados em portos e aeroportos em local de acessibilidade reservada a passageiros e dos estabelecimentos de diversão noturna e análogos. Foram igualmente introduzidas medidas de notificação no caso do consumo de menores. Em 2015 foi publicado o DL n.º 106/2015, de 16 de junho, que veio adotar como limite legal os 18 anos para todas as bebidas alcoólicas (sendo “proibido facultar, independentemente de objetivos comerciais, vender ou, com objetivos comerciais, colocar à disposição, bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público a menores”).

O cumprimento das medidas legais introduzidas está incorporado no objetivo geral 3 (OG3) para a redução da oferta de substâncias lícitas definido no PNRCAD 2013-2020 que visa “garantir que a disponibilização, venda e consumo de substâncias psicoativas lícitas no mercado, seja feita de forma segura e não indutora de uso/consumo nocivo,” e no objetivo específico 21 (OE21) que visa “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 da educação, de regulação, regulamentação e fiscalização adequadas.”

Para avaliar se este objetivo foi atingido, analisamos o cumprimento da Meta 1 – Reduzir a facilidade percebida de acesso (se desejado) nos mercados – cujos indicadores de análise definidos no PNRCAD 2013-2020 são de reduzir em 15% até 2016 e 30% até 2020 a facilidade (fácil/muito fácil) percebida de acesso (se desejado) de bebidas alcoólicas.

No Quadro 3.36 podemos observar que os indicadores definidos como metas de facilidade de acesso a cerveja por menores de 15 anos (ECATD-CAD Estudantes 13-18 anos) não foram atingidos no período 2013-2016. Apesar de se verificar uma redução da percepção de facilidade de acesso entre 2011 e 2015, essa redução foi inferior ao objetivo definido. No período 2017-2019 as metas também não foram atingidas, já que a percepção de facilidade de acesso foi igual em 2015 e em 2019. As metas definidas para o vinho e bebidas espirituosas (ECATD-CAD Estudantes 13-18 anos) foram atingidos em 2016, mas não em 2020, já que a percepção de facilidade de acesso de vinho e bebidas espirituosas por menores de 15 anos foi semelhante em 2016 e em 2020 e superior em 2 pontos percentuais para menores de 16 a 17 anos em 2020.

Quadro 3.36 - Avaliação do cumprimento da Meta 1 do PNRCAD 2013-2020 para a redução da oferta de álcool

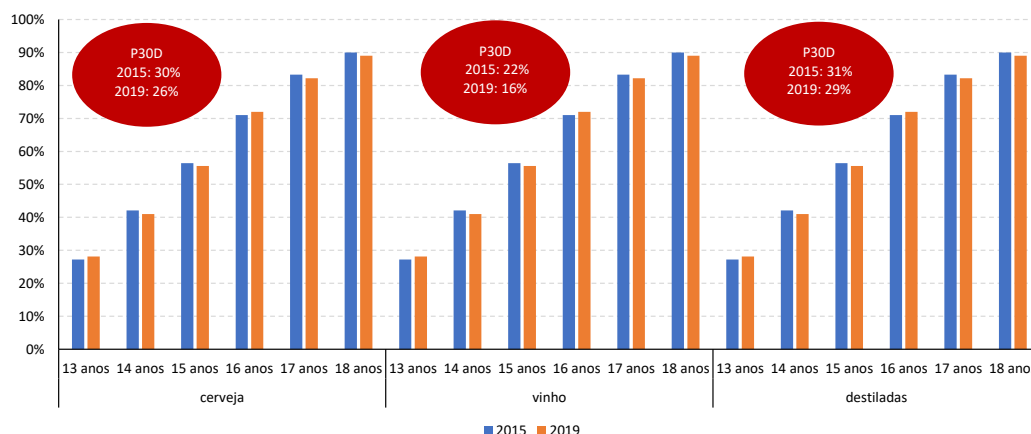
	Substância	Percepção da facilidade de acesso (fácil/muito fácil)				
		2011	2016 ^a		2020	
			Valor registado	Meta	Valor registado	Meta
ECATD: Estudantes 13-15 anos	Cerveja	49%	42%	44%	34%	43%
			Não atingido		Não atingido	
	Vinho	48%	41%	40%	34%	39%
			Atingido		Não atingido	
	Espirituosas	33%	28%	28%	23%	27%
			Atingido		Não atingido	
ECATD Estudantes 16-17 anos	Espirituosas	70%	59%	59%	49%	61%
			Atingido		Não atingido	

Notas: Os inquéritos ECATD-CAD foram realizados em 2011, 2015 e 2019.

Na Figura 3.33 podemos observar que apesar da percepção da facilidade de adquirir bebidas alcoólicas não ter sofrido alterações significativas entre 2015 e 2019, verificou-se uma redução nas prevalências de consumo nos últimos 30 dias de 40% para 38% dos estudantes 13-18 anos (ETCAD-CAD 2019). Por tipo de bebida verifica-se que a prevalência de consumo de vinho nos últimos 30 dias foi a que mais reduziu.

Relativamente à prevalência de consumo ao longo da vida, verificou-se uma ténue descida em 2019 e uma estabilização no consumo no último ano relativamente a 2015. A prevalência de consumo *binge* teve uma ténue subida entre 2015 e 2019, enquanto que a prevalência de embriaguez registou uma ténue descida em 2019 relativamente a 2015.

Figura 3.33 - Percepção de facilidade de adquirir bebidas alcoólicas (ECATD: 13-18 anos) e prevalências de consumo de bebidas alcoólicas no último mês - estudantes 13-18 anos



Fonte: ECATD-CAD/2019. Elsa Lavado, Vasco Calado, Fernanda Feijão. SICAD/DMI/DEI

i. Análise da efetividade das políticas de preços e de comunicação empresarial no consumo de álcool 2013-2019

No âmbito das estratégias de minimização do uso nocivo do álcool, os países têm aos seu dispor um conjunto de medidas, formalmente elencadas na estratégia global para a redução do uso nocivo do álcool da Organização Mundial de Saúde (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;
- *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;

Segundo o relatório da OMS sobre o preço do álcool na Europa em 2020, o aumento de preços das bebidas alcoólicas é o método mais eficiente para reduzir o consumo nocivo do álcool. Os mecanismos de aumento de preços mais adotados pelos governos são os impostos específicos sobre o álcool e o imposto sobre o valor acrescentado. A recomendação do relatório da OMS é de que as taxas dos impostos devem ser similares para diferentes tipos de álcool (cerveja, vinho e bebidas espirituosas), visto que uma taxa mais reduzida em alguns produtos pode encorajar os consumidores habituais a um consumo de maior volume desses produtos. No entanto, a OMS refere que pode ser desejável implementar taxas de imposto mais elevadas a produtos com maior teor alcoólico, visto que estes produtos estão mais associados a consequências nocivas para a saúde. Finalmente, a OMS sugere que as taxas de imposto estejam associadas à taxa de inflação.

Neste relatório, a OMS favorece a implementação do preço mínimo por unidade (PMU), que determina um preço mínimo para cada tipo de bebidas alcoólicas, como medida

complementar ou alternativa a outras medidas, tais como os impostos. Estudos que avaliam o potencial impacto da introdução do PMU por países como o Reino Unido, Irlanda, Escócia, Canada, Austrália, República Checa e Rússia sugerem que o PMU é uma medida efetiva na redução do consumo do álcool e das suas consequências, já que atinge as bebidas mais baratas que estão associadas a maior consumo nocivo.

O Governo português regula o preço do álcool através de impostos, nomeadamente, o Imposto sobre o Álcool e Bebidas Alcoólicas (IABA) (Lei n.º 11/99, de 15 de março) e o imposto especial para sobre o consumo de bebidas alcoólicas e para o consumo cerveja (Decreto-Lei n.º 165/90, de 23 de maio). As bebidas alcoólicas estão também sujeitas ao imposto sobre o valor acrescentado (IVA).

Como podemos observar no Quadro 3.37, as taxas do IABA são proporcionais ao volume de álcool adquirido (VAA) e atualizadas anualmente (Decreto-Lei n.º 73/2010, de 21 de junho). Assim sendo, as bebidas alcoólicas com maior carga fiscal são as espirituosas e as com menor carga são as cervejas com menor VAA. Note-se que a taxa de IABA do vinho se manteve nos €/hl, não sendo assim taxado, e que as bebidas fermentadas, tranquilas e espumantes começaram a ser taxadas em 2017. Destaca-se ainda que o governo não atualizou as taxas IABA no ano de 2019.

Quadro 3.37 - Taxas relativas ao imposto sobre o álcool e bebidas alcoólicas (IABA), segundo o ano, por produto (€/hl)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Álcool Etílico (por hl de álcool contido na base de 100%, à temperatura de 20º C)	1108.94	1192.11	1251.72	1289.27	1327.94	1367.78	1386.93	1386.93
Bebidas Espirituosas (por hl de álcool contido na base de 100%, à temperatura de 20º C)	1108.94	1192.11	1251.72	1289.27	1327.94	1367.78	1386.93	1386.93
Cerveja (hl)								
VAA > 0,5% e ≤1,2%	7.36	7.46	7.53	7.75	7.98	8.22	8.34	8.34
VAA > 1,2% e plato ≤ 7º (a)	9.22	9.34	9.43	9.71	10	10.3	10.44	10.44
VAA > 1,2% e 7 < plato ≤11 (a)	14.72	14.91	15.06	15.51	15.98	16.46	16.7	16.7
VAA > 1,2% e 11 < plato ≤ 13	18.43	18.67	18.86	19.42	20	20.6	20.89	20.89
VAA > 1,2% e 13 < plato ≤ 15	22.1	22.39	22.61	23.29	23.99	24.71	25.06	25.06
VAA > 1,2% e plato > 15	25.85	26.19	26.45	27.24	28.06	28.9	29.3	29.3
Produtos Intermédios (por hl de produto acabado)	64.57	65.41	68.68	70.74	72.86	75.05	76.1	76.1
Vinho (por hl de produto acabado de vinho tranquilo e espumante)	0	0	0	0	0	0	0	0
Outras Bebidas Fermentadas, Tranquilas e Espumantes (por hl de produto acabado)	0	0	0	0	0	10.3	10.44	10.44

VAA – Volume de Álcool Adquirido.

A unidade tributável da cerveja é o número de hectolitros/grau plato.

(a) Entre 2010 e 2012 VAA > 1,2% e plato ≤ 8 e VAA > 1,2% e 8 < plato ≤11

(b) Produtos intermédios são os produtos de título alcoométrico adquirido superior a 1,2 % vol. e igual ou inferior a 22 % vol., não incluídos nas alíneas anteriores.

Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro; Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro; Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro; Lei n.º 83-C/2013, de 31 de dezembro; Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro; Lei n.º 7-A/2016, de 30 de março, Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro; Lei n.º 114/2017, de 29 de dezembro; Lei 71/2018, de 31 de Dezembro

Fonte: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

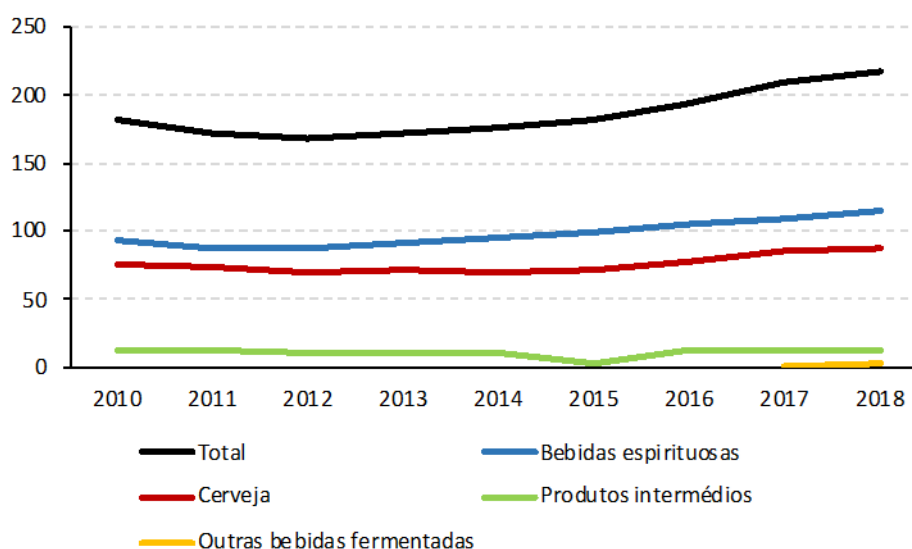
Relativamente à atualização das taxas do IABA, podemos observar no Quadro 3.38 que a variação anual das taxas IABA teve uma tendência decrescente entre 2013 e 2019, sendo que nos anos 2013 e 2014 registou-se um maior aumento nas taxas das bebidas espirituosas e em 2014 nas taxas de produtos intermédios (e.g vinho do Porto). A partir de 2015 o aumento das taxas tem sido proporcional aos três tipos de bebidas alcoólicas sujeitas a imposto, sendo este aumento de 3% entre 2015 e 2017, de 1.4% em 2018 e de 0% em 2019. A taxa média de crescimento de bebidas alcoólicas no período 2010-2012 foi de cerca de 4%, no período 2013-2016 cerca de 3% e no período 2017-2019 de 1.5%. Destaca-se o facto de se registou um aumento de cerca de 15% nas taxas de IABA entre 2013 e 2019 (16% nas espirituosas, 12% na cerveja e 16% nos produtos intermédios).

Quadro 3.38 - Variação das taxas IABA

Variação anual taxas IABA	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Bebidas espirituosas	7.5%	5.0%	3.0%	3.0%	3.0%	1.4%	0.0%
Cerveja	1.3%	1.0%	3.0%	3.0%	3.0%	1.4%	0.0%
Produtos intermédios	1.3%	5.0%	3.0%	3.0%	3.0%	1.4%	0.0%

Como podemos observar na Figura 3.34, as receitas fiscais relativas ao IABA decresceram entre 2010 e 2012, não acompanhando o crescimento da taxa de IABA verificado neste período, e aumentaram entre 2013 e 2018 no mesmo sentido do aumento da respetiva taxa do IABA.

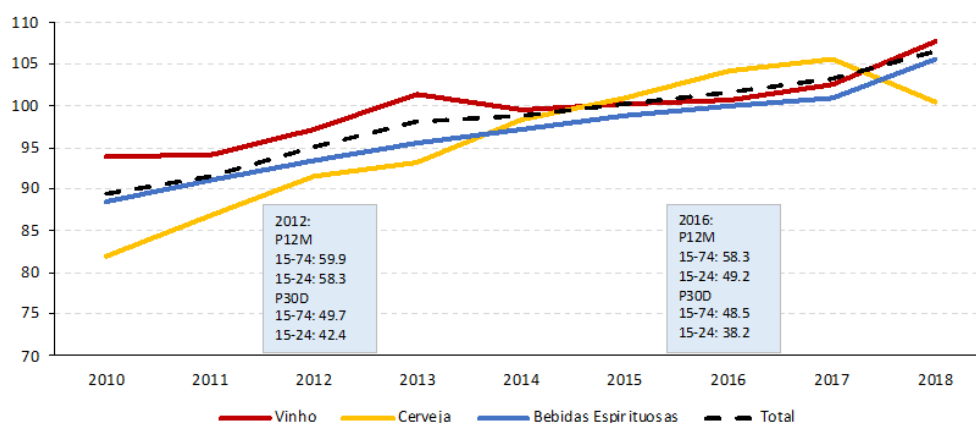
Figura 3.34 - Receitas fiscais relativas ao imposto sobre o álcool e bebidas alcoólicas (IABA)



Fonte: Autoridade Tributária e Aduaneira / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

A nível de evolução de preços ao consumidor apresentamos o índice harmonizado de preços no consumidor (IHPC, Base – 2015) na Figura 3.35 e a variação anual do IHPC por tipo de bebidas alcoólicas na Figura 3.36. Como podemos observar, o IHPC aumentou para todas as bebidas alcoólicas entre 2010 e 2017, com exceção de um decréscimo no IHPC do vinho entre 2013 e 2014 de 1.8%. Entre 2017 e 2018 verificou-se o maior aumento do IHPC do vinho (5%) e das bebidas espirituosas (4.7%), enquanto que, em contrapartida, se verificou um decréscimo no IHPC da cerveja de 4.7%. Podemos ainda observar que as prevalências de consumo recente da população total e jovem diminuíram entre 2012 e 2016.

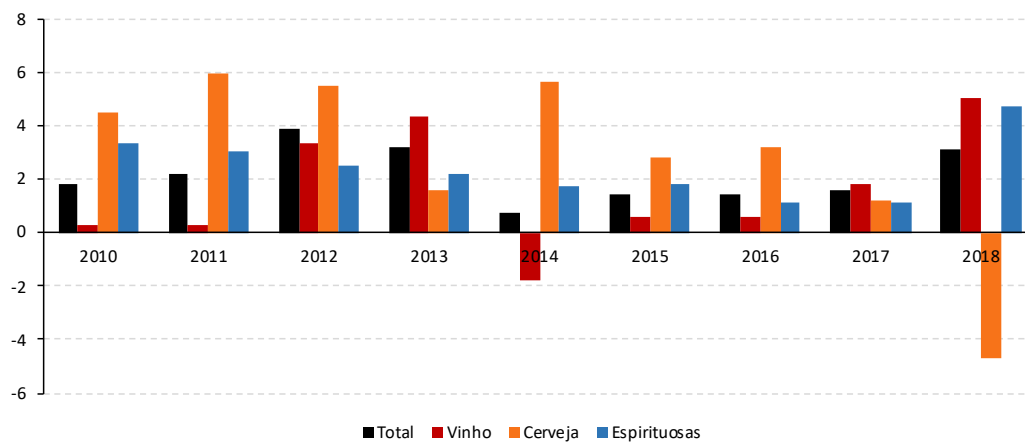
Figura 3.35 - Índice harmonizado de preços no consumidor (IPHC, Base – 2015)



Fonte: INE - Instituto Nacional de Estatística, I.P. / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Como podemos observar na Figura 3.36, a cerveja evidencia o maior crescimento de preços entre 2010 e 2017 relativamente a outras bebidas alcoólicas. O vinho apresenta oscilações na taxa de variação e as bebidas espirituosas apresentam uma taxa de variação decrescente nesse período. Como referido acima, o vinho e as espirituosas apresentam uma variação de preços bastante elevada entre 2017 e 2018; a cerveja, em contrapartida, apresenta uma variação negativa.

Figura 3.36 - Índice harmonizado de preços no consumidor (taxa de variação homóloga, base – 2015) (%), segundo o ano, por tipo de bebida alcoólica



Fonte: INE - Instituto Nacional de Estatística, I.P.

A evolução dos preços e das receitas fiscais do IABA apresentam um crescimento entre 2012 e 2016, enquanto que as prevalências de consumo no último ano, no último mês, *binge* – consumo de 6 ou mais bebidas alcoólicas na mesma ocasião (no caso das mulheres, 5 ou mais em 2012 e 4 ou mais em 2016) – e embriaguez apresentam uma diminuição, como podemos observar no Quadro 3.39. Pode-se assim inferir uma relação entre preços (e

impostos) no sentido contrário às prevalências de consumo recente, pois um aumento de preços surge associado a uma redução das prevalências de consumo recente. Esta relação também se verifica nas prevalências de consumo recente da população estudante 13-18 anos, que diminuíram em todas as bebidas alcoólicas entre 2015 e 2019 (Figura 3.33).

No entanto, esta relação não se verifica no consumo nocivo do álcool, visto que entre 2012 e 2016 se verificou um agravamento da dependência do consumo de álcool na população geral e jovem. Esta relação também não se pode inferir para a população adulta (35-64) com especial evidência no sexo feminino, já que, para esta faixa da população, as prevalências de consumo recente aumentaram entre 2012 e 2016.

Quadro 3.39 - Prevalências de consumo de bebidas alcoólicas no último ano e nos últimos 30 dias: 2012 e 2016

		2012	2016
Prevalência de consumo de qualquer bebida alcoólica nos últimos 12 meses, (%)	População geral 15-74 anos	59.9	58.3
	População jovem 15-24 anos	58.3	49.2
Prevalência de consumo de qualquer bebida alcoólica nos últimos 30 dias, (%)	População geral 15-74 anos	49.7	48.5
	População jovem 15-24 anos	42.4	38.2
Prevalência de consumo <i>binge</i> de qualquer bebida alcoólica nos últimos 12 meses, (%)	População geral 15-74 anos	10.8	9.7
	População jovem 15-24 anos	17.5	11.8
Prevalência de embriaguez qualquer bebida alcoólica nos últimos 12 meses, (%)	População geral 15-74 anos	5.1	5.4
	População jovem 15-24 anos	12.8	7.3
Dependência e consumo abusivo de álcool (AUDIT) Risco Elevado/Nocivo	População geral 15-74 anos	2.7	2.8
	População jovem 15-24 anos	1.4	1.8
Dependência e consumo abusivo de álcool (AUDIT) Dependência	População geral 15-74 anos	0.3	0.8
	População jovem 15-24 anos	0.2	0.4
Idade de início dos consumos	População jovem 15-24 anos	16	17

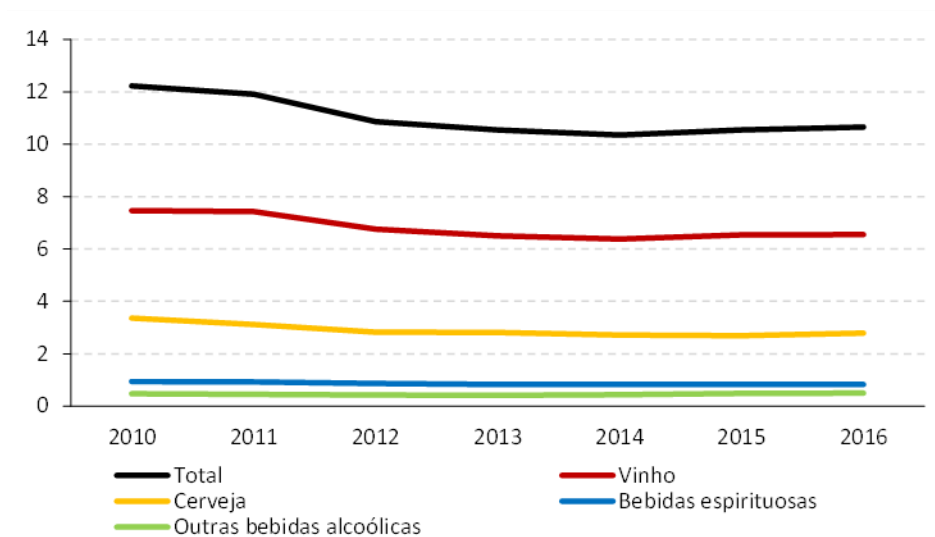
Notas: (a) Não existem dados para a população 15-24 anos no ano 2016, pelo que os dados apresentados para a heroína referem-se à população jovem adulta 15-34 anos.

Fonte: Balsa et al., 2018 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Relativamente ao consumo anual de álcool per capita na população geral, podemos observar na Figura 3.37 uma tendência de decréscimo entre 2010 e 2014 no total das bebidas alcoólicas, tendência essa que influiu a partir de 2015. Esta tendência verifica-se para todas as bebidas alcoólicas, sendo que o ponto de inflexão no crescimento do consumo de vinho foi em 2015, da cerveja em 2016, das outras bebidas alcoólicas em

2014 e as bebidas espirituosas estabilizaram a partir de 2014. Note-se que o vinho é a bebida mais consumida pelos portugueses, representado cerca de 61% do consumo, seguido da cerveja (26%), das bebidas espirituosas (8%) e das outras bebidas alcoólicas (5%).

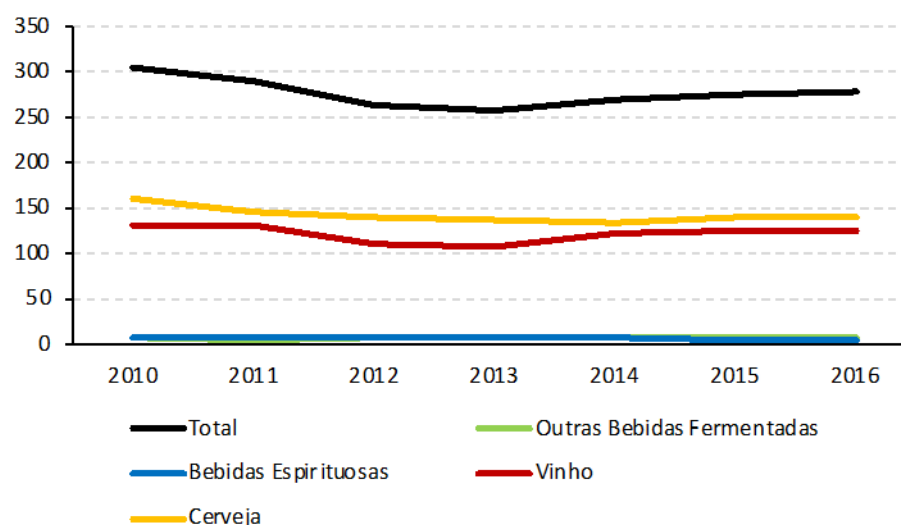
Figura 3.37 - Consumo de álcool per capita (idades superiores a 15 anos) por tipo de bebida alcoólica (litros de álcool puro)



Fonte: SICAD/WHO Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)

Em relação às quantidades diárias disponíveis per capita de bebidas alcoólicas para consumo, por tipo de bebida alcoólica (ml/hab/dia), a Figura 3.38 sugere uma redução até 2013 e um aumento a partir desse ano. A diminuição das quantidades diárias disponíveis acompanha a diminuição do consumo verificada no Quadro 3.39.

Figura 3.38 - Disponibilidades diárias per capita de álcool, por tipo de bebida alcoólica (ml/hab/dia)



* Capitação diária de álcool disponível para abastecimento (tabela de composição dos alimentos 2016).

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, I.P., Balança Alimentar Portuguesa (informação extraída a 31/10/2018) / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Relativamente às políticas de comunicação empresarial, é importante destacar os compromissos elaborados no Fórum Nacional Álcool e Saúde (FNAS). O FNAS é uma plataforma na qual um conjunto alargado de entidades aderem a uma carta de compromisso, que concorre para um agregado de objetivos com base nas metas do PNRCAD, designadamente nas que dizem respeito ao álcool.

O FNAS é gerido por uma Comissão Executiva constituída por 12 entidades², um Secretariado Permanente (dois elementos do SICAD) e é presidido pelo Coordenador Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool que é também, é, por inerência de funções, o Diretor-Geral do SICAD.

Em 2014, no âmbito destes compromissos, foi adotado o processo de autorregulação de práticas comerciais aos setores cervejeiros – Associação Portuguesa de Produtores de Cerveja (APCV) – vínico e das bebidas destiladas – Associação Nacional de bebidas espirituosas (ANEBE) e Associação de Vinhos e Espirituosas de Portugal (ACIBEV). Estas regras de autorregulação abrangem uma série de questões, incluindo o consumo responsável, o consumo de álcool por menores sem idade legal para comprar bebidas alcoólicas, a condução sob o efeito de álcool e outros assuntos que envolvem o desporto, a saúde e o êxito social.

² Composição da Comissão Executiva: Associação de Vinhos e Espirituosas de Portugal (ACIBEV); Associação Nacional de Empresas de Bebidas Espirituosas (ANEBE); Associação Nacional de Freguesias (ANAFRE); Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR); Associação Portuguesa dos Produtores de Cerveja (APCV); Associação Portuguesa de Empresas de Distribuição (APED); Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE); Conselho Nacional de Juventude (CNJ); Confederação Nacional das Associações de Pais (CONFAP); Direcção-Geral da Educação (DGE); Federação Portuguesa das Instituições Privadas Atuantes nas Toxicodependência (FETO); Ministério da Defesa Nacional (MDN); Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD); Ordem dos Enfermeiros (OE); Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho (SPMT); Turismo de Portugal, I.P..

a. Medidas executadas relativamente às políticas de preços e de comunicação empresarial: ações 65-69

No domínio da oferta de substâncias lícitas, e em particular do álcool, foram definidas 5 ações para alcançar o objetivo específico 21: ações 65 a 69. Estas ações foram realizadas no âmbito das políticas de preços e de comunicação empresarial.

Segundo a informação recolhida no RAI e facultada pela Subcomissão de Regulação e Fiscalização da Oferta de Substâncias Lícitas (RFOSL), as entidades responsáveis por cada uma das ações reportam o seguinte (a avaliação da execução para o período 2017-20 é da responsabilidade dos autores, com base na informação ao seu dispor):

Ação 65 - Estudo e elaboração de proposta no âmbito da política de preços

- 2013-2016: Não executada
- 2017-2020: Parcialmente executada

Em 2017, a Autoridade Tributária (AT) elaborou uma proposta no âmbito da política de preços, informando sobre a pretensão da Comissão Técnica Interministerial de que a política de preços seja, cada vez mais, um instrumento inibidor do consumo, especialmente no que respeita a populações mais frágeis. Esta proposta foi levada à tutela sendo que o despacho de 22.05.2018 do Secretário de Estado dos Assuntos Fiscais foi no sentido de ponderar este assunto em sede de preparação do OE 2019.

Em 2019 foi preparada pelo SICAD/ Subcomissão RFOSL uma proposta inicial no domínio da política de preços para a alteração ao Código dos Impostos Especiais sobre o Consumo, mais concretamente ao nível do IABA.

Concluiu-se que não seria viável a sua inclusão em sede de proposta de OE para 2020. Nesse ano fiscal mantinha-se em vigor uma cláusula de “stand still”, mantendo-se inalteradas as taxas do IABA, pelo que a referida proposta não chegou a ser debatida em concreto com todos os membros da Subcomissão.

Ação 66 - Análise da regulamentação existente sobre comunicação comercial e marketing das bebidas alcoólicas

- 2013-2016: Parcialmente executada
- 2017-2020: Executada

Em 2013 foi iniciado o processo, liderado pelo ICAP (Instituto Civil da Autodisciplina Publicidade), de elaboração de um protocolo de autorregulação de comunicação comercial que tenha em conta os comportamentos aditivos. Neste âmbito, foi introduzido em 2014 o processo de autorregulação aos setores cervejeiros (APCV), vínico e das bebidas destiladas (ANEBE e ACIBEV).

Em 2019, foi celebrado um protocolo entre o SICAD e a ARP (Auto-Regulação Publicitária). Ao abrigo deste, a ARP procedeu à emissão de pareceres confidenciais e vinculativos anteriores à veiculação da comunicação comercial (*pre clearance*), assim como à monitorização da comunicação comercial de bebidas alcoólicas.

Ação 67 - Elaboração de proposta de regulação do acesso e das práticas de promoção de consumo de risco (ex. *happy hour*)

- 2013-2016: Parcialmente executada
- 2017-2020: Executada

Entre 2013 e 2016 foi concretizada uma reunião de todos os parceiros envolvidos, mas não foi elaborada proposta.

Em 2019 foi elaborada uma proposta de regulação do acesso e das práticas de promoção de consumo de risco ao abrigo do protocolo celebrado entre o SICAD e a ARP nesse ano.

Ação 68 - Estudo para a implementação da fiscalização adequada relativa às regras de publicidade

- 2013-2020: Não considerada.
- 2017-2020: Não considerada

Os setores cervejeiros (APCV), vínicico e das bebidas destiladas (ANEBE e ACIBEV) elaboraram e puseram em prática compromissos de autorregulação, tornando desnecessária a sua execução nos termos previstos em sede do Plano de Ação.

Ação 69 - Estudo das práticas de distribuição/comercialização e acesso de bebidas alcoólicas e implementação de regras de oferta responsável

- 2013-2016: Não executada
- 2017-2020: Não executada

ii. Análise da efetividade das atividades de fiscalização relativamente à redução da oferta de álcool 2013-2019

No âmbito da fiscalização, de acordo com o Relatório da OMS, as atividades de fiscalização e monitorização podem abranger três áreas: o consumo de álcool, consequências sociais e na saúde e, por fim, respostas a políticas e medidas. Assim, a fiscalização complementa os indicadores usuais e permite obter informação crítica para a elaboração de políticas mais eficazes contra as CAD, em ambos os domínios (oferta e procura).

a. Medidas executadas de atividades de fiscalização relativamente à redução da oferta de álcool: ação 70

Com o intuito de alcançar o objetivo específico 21, em conjunto com as ações 65 a 69, a ação 70 visa atuar no âmbito da fiscalização, dentro do domínio da oferta:

Ação 70 - Monitorização da aplicação da regulamentação existente – Monitorização/vigilância da comercialização e avaliação dos resultados obtidos, quanto ao acompanhamento da implementação dos diplomas legais que alteram o enquadramento do álcool quer no plano do consumo e acessibilidade quer no plano do Código da Estrada, respetivo estudo de impacto e auscultação de parceiros

- 2013-2016: Executada
- 2017-2020: Executada

Esta ação considera-se executada, apesar de ausência de informação por parte de todas as entidades responsáveis.

A fiscalização do cumprimento do disposto nos art.º 3.º e 4.º do Decreto-Lei n.º 50/2013 e Decreto-Lei n.º 106/2015, está a cargo das Forças de Segurança e da Autoridade para a Segurança Alimentar e Económica (ASAE), competindo a esta última a instrução dos processos de contraordenação (mediante os autos e demais elementos probatórios que as restantes entidades fiscalizadoras – GNR e PSP – lhes remetem). O Quadro 3.40 resume as restrições à disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas que são sujeitas a fiscalização.

Quadro 3.40 - Restrições à disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas

	Cerveja	Vinho	Espirituosas
Idade mínima legal			
DL n.º 50/2013, de 16 abril (até 30/06/2015)	16	16	18
DL n.º 106/2015, de 16 junho (desde 01/07/2015)	18	18	18
Locais públicos e abertos ao público:			
Cantinas, bares e outros estabelecimentos de restauração ou de bebidas, acessíveis ao público, localizados em estabelecimentos de saúde	Proibição	Proibição	Proibição
Postos de abastecimento de combustível nas autoestradas ou fora das localidades (incluindo lojas de conveniência)			
Máquinas automáticas			
Horas	Restrição Parcial das 0h às 8h ^{a)}	Restrição Parcial das 0h às 8h ^{a)}	Restrição Parcial das 0h às 8h ^{a)}
Dias	Não	Não	Não
Eventos específicos	Restrição Parcial ^{b)}	Restrição Parcial ^{b)}	Restrição Parcial ^{b)}

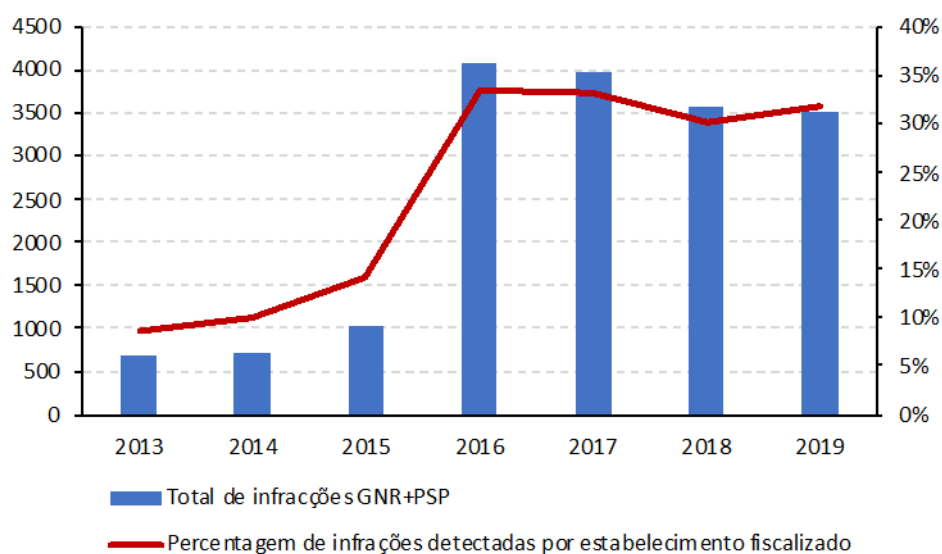
Notas: a) Com exceção dos estabelecimentos comerciais de restauração ou de bebidas, dos estabelecimentos situados em portos e aeroportos em local de acessibilidade reservada a passageiros, dos estabelecimentos de diversão noturna e análogos.

b) Em salas ou recinto de espetáculos, com natureza permanente, temporária, acidental ou improvisada (arraiais populares, concertos musicais ou festas académicas) é obrigatório o uso de recipiente de material leve e não contundente.

Fonte: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

A introdução das novas medidas legislativas em 2015 levou a um aumento do número de estabelecimentos fiscalizados e, como podemos observar na Figura 3.39, a um aumento das infrações detetadas por estabelecimento fiscalizado.

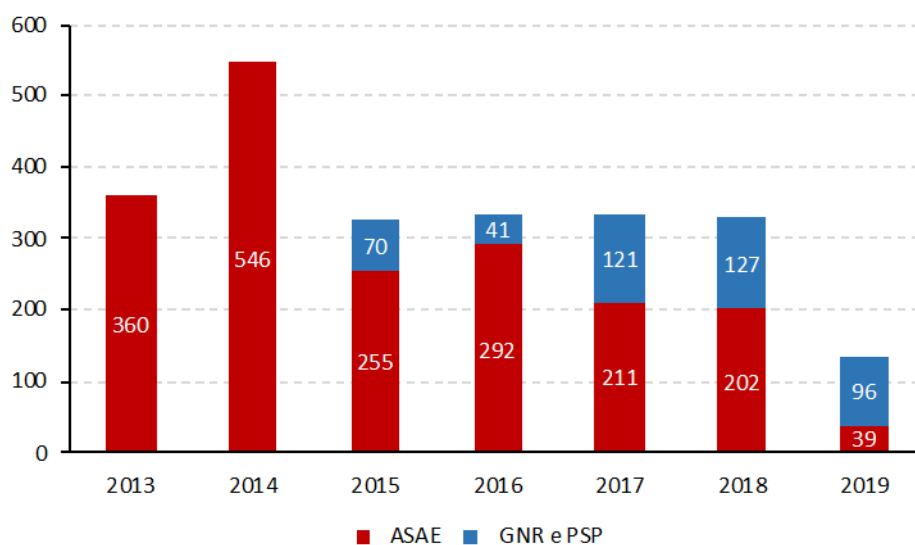
Figura 3.39 - Número de infrações detetadas (GNR+PSP) e percentagem de infrações por estabelecimento fiscalizado



Fonte: Secretaria-Geral do Ministério da Administração Interna / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Como podemos observar na Figura 3.40, o número de infrações por facultar, vender ou colocar à disposição em locais públicos, bebidas alcoólicas a menores detetadas pela ASAE aumentou entre 2013 e 2014. No ano de 2015, ano de implementação do Decreto-Lei n.º 106/2015, de 16 de junho, verificou-se uma redução destas infrações. Após um ligeiro aumento em 2016, o número de infrações detetadas decresceu a partir desse ano. Entre 2015 e 2019 a GNR e PSP registam 455 infrações por facultar, vender ou colocar à disposição em locais públicos, bebidas alcoólicas a menores, verificando-se em 2016 o menor número destas infrações.

Figura 3.40 - Número de infrações detetadas ao abrigo do art.º 3.º, n.º 1, a): facultar, vender ou colocar à disposição em locais públicos, bebidas alcoólicas a menores (ASAE e GNR+PSP)



Fonte: Autoridade para a Segurança Alimentar e Económica (ASAE)

Relativamente a notificação a menores por consumo de bebidas alcoólicas (artigo 7º do DL 50/2013), a GNR e a PSP registaram 87 notificações no período 2015-2019, com um número mínimo em 2015 (7) e um máximo em 2017 (24). A ASAE procedeu à identificação de 596 menores entre 2015 e 2018 (123 em 2015, 108 em 2016, 156 em 2017 e 209 em 2018), o que representa uma taxa de crescimento de 70% entre 2015 e 2018.

3.2.3 Redução do impacto do álcool ilegal, não registado e falsificado

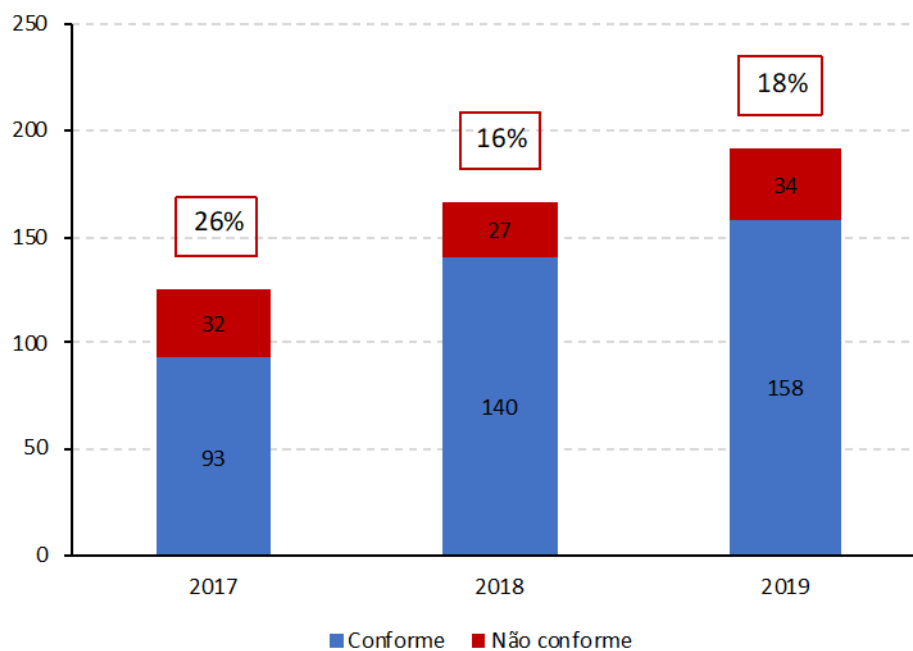
Ainda no âmbito das estratégias de minimização do uso nocivo do álcool para atingir o objetivo 21, que visa garantir que a disponibilização, venda, acesso e consumo de álcool no mercado, seja feita de forma segura, analisamos a evolução da fiscalização da regulamentação do álcool ilegal, não registado e falsificado que é fiscalizado pela ASAE através do Plano Nacional de Colheitas de Amostras (PNCA).

O PNCA é um plano de controlo oficial por amostragem dos géneros alimentícios que são colocados no mercado para venda ao consumidor final. O PNCA, planeado e implementado pela ASAE, assenta na análise da conformidade dos géneros alimentícios face ao que está estipulado nas legislações comunitária e nacional, em termos de parâmetros microbiológicos, químicos, físicos e tecnológicos, e também em relação à sua rotulagem, apresentação e publicidade.

As amostras de géneros alimentícios encontram-se agrupadas (de acordo com as suas características) em 13 grandes grupos e cada grupo é por sua vez dividido em subgrupos de géneros alimentícios. O grupo das bebidas alcoólicas subdivide-se nos subgrupos: vinhos; bebidas espirituosas de origem não vínica; bebidas espirituosas de origem vínica; outras bebidas alcoólicas.

Como podemos observar na Figura 3.41 o número de amostras colhidas e analisadas relativamente a bebidas alcoólicas aumentou no período 2017-2019. A percentagem de amostras não conformes relativamente ao total de amostras diminuiu 8 pontos percentuais entre 2017 e 2019 – de 26% para 18%.

Figura 3.41 - Amostras colhidas e analisadas relativamente a bebidas alcoólicas



Fonte: Autoridade para a Segurança Alimentar e Económica (ASAE)



4. Impacto e valor acrescentado

4.1 Questões prioritárias

4.1.1 Grau de cumprimento das metas e objetivos

i. Introdução

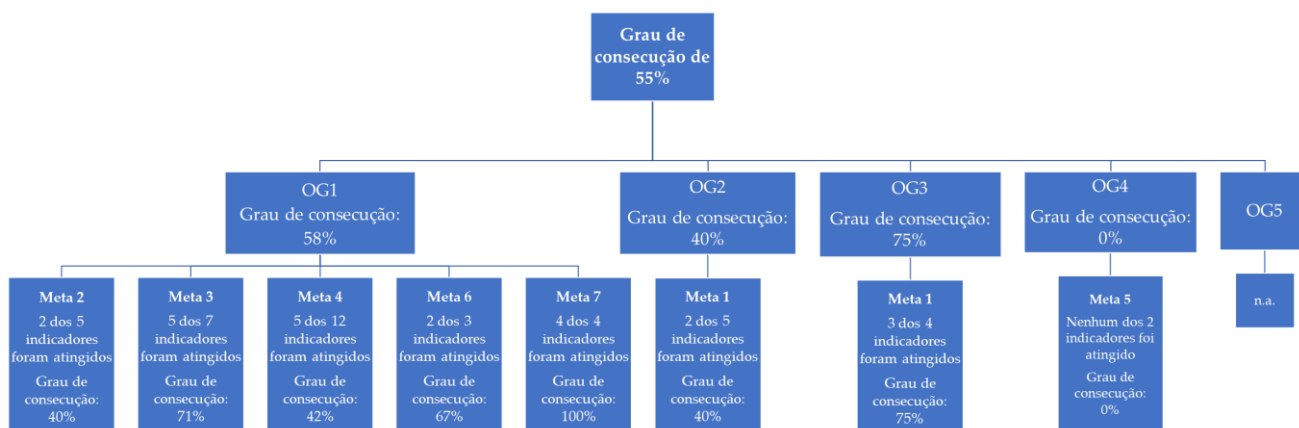
A avaliação do grau de cumprimento das metas e objetivos reporta-se à avaliação do 1º plano operacional do ciclo, apresentada no Relatório de avaliação intermédia de 2018, e ao Relatório do Plano Estratégico 2017-2019 do SICAD, uma vez que o 2º ciclo estratégico terminará no final de 2020, após o que poderá ser avaliado.

O PNRCAD 2013-2020 define 5 objetivos gerais, cujo alcance é medido através de 7 metas globais, desdobradas e quantificadas em 13 metas específicas, com 42 indicadores a atingir no final dos dois ciclos de referência, 2016 e 2020.

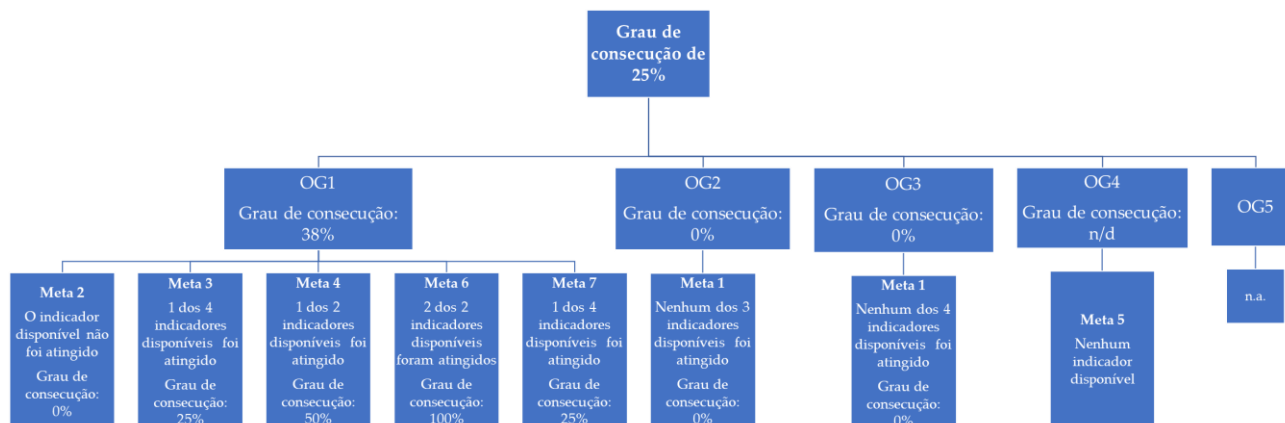
No final do 1.º ciclo estratégico foram atingidas as metas para 23 daqueles indicadores, o que corresponde a uma taxa de cumprimento de 55% (RAI, p. 39), desdobradas pelos seguintes grupos:

- Drogas ilícitas: 19 indicadores, 11 (58%) dos quais foram atingidos;
- Álcool: 18 indicadores, 10 (56%) dos quais foram atingidos;
- Medicamentos: 3 indicadores, 2 (67%) dos quais foram atingidos;
- Jogo: 2 indicadores, ambos (100%) não atingidos.

Considerando os dados dos indicadores referentes ao ano de 2016 e desagregando os Objetivos Gerais pelas respetivas metas, tem-se um grau de consecução de 55% (23 dos 42 indicadores foram atingidos):



Já no decurso da elaboração do presente relatório foi possível reunir dados relativamente a um subconjunto de indicadores disponíveis para o ano de 2020. Para este ano, e com a informação disponível, tem-se um grau de consecução de objetivos de cerca de 25% (5 dos 20 indicadores disponíveis foram atingidos):



De salientar, no entanto, que 13 destes 20 indicadores (65%) evidenciam uma evolução favorável entre 2016 e 2020, e que em diversos casos se posicionam muito perto do objetivo definido (ainda que sem o atingir).

O PARCAD 2013-2016 estabelece 134 ações, 36 objetivos específicos, 5 objetivos gerais, com os seguintes resultados:

Executadas	Parcialmente executadas	Não executadas	Não considerada	Não avaliadas	Não prevista
103 (76.1%)	18 (13.4%)	4 (4.4%)	1	6	1

ii. Cumprimento das metas

Em termos do cumprimento das metas destaca-se a Meta 7 - Diminuir a mortalidade relacionada com CAD, com 100% dos indicadores atingidos até 2016.

Também se registam performances positivas nas metas 3 - Retardar a idade de início do consumo de substâncias psicoativas e 6 - Diminuir a morbilidade relacionada com CAD, acima dos 2/3 de atingimento.

A meta 1 - Reduzir a facilidade percebida de acesso (se desejado) nos mercados atingiu mais de metade dos objetivos no que respeita ao álcool (vd. Quadro 3.36) e atingiu menos de metade no que respeita às substâncias ilícitas (vd. Quadro 3.35).

Por fim, as metas 4 - Diminuir as prevalências e padrões de risco e dependência de substâncias psicoativas, 2 - Aumentar o risco percebido do consumo de substâncias psicoativas, e 5 - Diminuir as prevalências de jogo de risco e dependência, com percentagens de atingimento, respetivamente, de 42%, 40% e 0%, registaram performances negativas.

a. Meta 1: Reduzir a facilidade percebida de acesso (se desejado) nos mercados

Na análise do detalhe do desempenho nesta meta, registam-se valores bastante heterogéneos conforme a fonte utilizada para a medição dos indicadores.

No estudo ESPAD, direcionado para os estudantes entre 13 e 17 anos, verifica-se uma boa evolução no que respeita às bebidas espirituosas e também no que respeita ao vinho, mas uma evolução insuficiente no que respeita à cerveja. Releva-se, no entanto, que a cerveja é mais consumida nestes escalões etários do que as espirituosas ou o vinho. Assim, apesar de três destes quatro objetivos terem sido atingidos, o indicador mais importante não foi atingido.

No que respeita aos dados analisados através do ESPAD, direcionado para os estudantes com 16 anos, o objetivo de colocar Portugal abaixo da média europeia em dois pontos percentuais em 2016, foi alcançado no ecstasy e nas anfetaminas, mas não na canábis. Neste caso, registou-se, inclusivamente, uma degradação da situação relativamente a 2011. De igual modo, também aqui se releva o facto de o objetivo não alcançado corresponder à substância com maior prevalência neste universo de consumidores. Adicionalmente, considerando o estudo da ESPAD para 2019, verifica-se que utilizando os valores mais recentes, não se cumpre os objetivos para 2020.

Por fim, relativamente aos dados obtidos através do Eurobarómetro, cujo universo são os indivíduos entre os 15 e os 24 anos, não se alcançou nenhum dos dois objetivos de redução da perceção de facilidade de acesso, quer a cocaína quer a heroína. Efetivamente, nestes dois casos, verifica-se uma degradação muito significativa da situação em 2016, relativamente à situação em 2011.

Este fator pode ser uma das explicações para o aumento dos indivíduos criminalizados pela posse de quantidades de substância ilícitas superior ao máximo legalmente previsto.

Os indicadores detalhados para analisar o cumprimento desta meta encontram-se nos Quadros 3.35 e 3.36, bem como no RAI.

b. Meta 2: Aumentar o risco percebido do consumo de substâncias psicoativas

Relativamente à evolução do risco percebido do consumo de substâncias psicoativas, verificou-se uma evolução muito positiva ao nível da canábis, tendo os objetivos sido largamente ultrapassados, inclusivamente claramente acima dos objetivos para 2020 (RAI, pg. 40).

Ao contrário no que respeita a cocaína, à ecstasy e às bebidas alcoólicas entre os estudantes de 16 anos, verificou-se uma evolução negativa. Sublinhe-se o facto de a canábis ter, em termos globais, uma muito maior prevalência em Portugal do que as restantes substâncias, pelo que ainda que esta meta em termos globais registe mais indicadores não atingidos, a evolução verificada tem este aspeto positivo (RAI, pg. 40).

Este é um campo onde as estratégias de comunicação precisam de evoluir, tanto no conteúdo como na forma. Para se atingir os segmentos dos jovens e adolescentes deve recorrer-se cada vez mais às plataformas digitais e a figuras de referência (os “influencers”) que transmitam a mensagem pretendida através de testemunhos na linguagem dos *millennial*.

Quadro 4.1 - Avaliação do cumprimento da Meta 2 do PNRCAD 2013-2020

Indicadores		Perceção de risco elevado para a saúde					
		2011		2016		2020 ^{a)}	
		Meta	Portugal	Meta	Portugal	Meta	Portugal
Eurobarómetro: 15-24 anos	Consumo ocasional (uma ou duas vezes) de cannabis	23%	24%	25%	34%	28%	n/d
				Atingido			
	Consumo ocasional (uma ou duas vezes) de cocaína	66%	65%	68%	67%	71%	n/d
				Não atingido			
	Consumo ocasional (uma ou duas vezes) de ecstasy	59%	51%	61%	57%	64%	n/d
				Não atingido			
	Consumo regular cannabis	67%	64%	69%	74%	72%	n/d
				Atingido			
Indicadores		Perceção de risco elevado de se magoar (fisicamente ou de outras maneiras)					
		2011		2016		2020 ^{a)}	
		Meta	Portugal	Meta	Portugal	Meta	Portugal
ESPAD: Estudantes 16 anos	Consumo de 1-2 bebidas alcoólicas quase todos os dias	30%	25%	32%	25%	35%	32%
				Não atingido		Não atingido	

Notas: a) Para o ano mais recente disponível, n/d – não disponível

c. Meta 3: Retardar a idade de início do consumo de substâncias psicoativas

Relativamente à idade de início dos consumos com 13 ou menos anos, medido através do estudo ESPAD, verifica-se um bom desempenho ao nível da cannabis e das bebidas alcoólicas, inclusivamente no que respeita ao “ficar embriagado”. Neste grupo de indicadores apenas o objetivo relacionado com os “tranquilizantes ou sedativos sem prescrição médica” não foi atingido, mantendo-se a situação em 2016 inalterada relativamente ao que se verificava em 2011. Em 2020, verificou-se um decréscimo neste indicador face a 2011, mas não o suficiente para atingir a meta estabelecida. Para os restantes indicadores, considerando os resultados de 2020 do estudo da ESPAD, verifica-se uma manutenção dos valores relativamente a 2016, não cumprindo os objetivos estabelecidos. A única exceção é referente à cannabis, que atingiu os objetivos estabelecidos para 2016 e para 2020.

Relativamente a idade média do início dos consumos, considerando a generalidade da população portuguesa, também se alcançaram os objetivos em sede de bebidas alcoólicas. No entanto, ao contrário dos indicadores relativos às idades de 13 ou menos anos, foi atingido o objetivo relativo aos medicamentos, tendo inclusivamente sido alcançado o patamar definido para 2020. Não obstante, não se atingiu o objetivo de redução da idade de início do consumo de drogas ilícitas, mantendo-se exatamente no mesmo patamar dos indicadores de 2012.

Quadro 4.2 - Avaliação do cumprimento da Meta 3 do PNRCAD 2013-2020

Substância/Ação		Início dos consumos com 13 anos ou menos					
		2011		2016		2020 ^{a)}	
		Meta	Portugal	Meta	Portugal	Meta	Portugal
ESPAD: Estudantes 16 anos	Cannabis	3%	4%	3.4%	3.0%	2.8%	2.3%
		Atingido		Atingido		Atingido	
	Bebidas alcoólicas	57%	51%	43%	41%	36%	41%
		Atingido		Não atingido		Não atingido	
	Tranquilizantes ou sedativos sem prescrição médica	2%	2%	<1.5%	2%	<1%	1.7%
		Não atingido		Não atingido		Não atingido	
Ficar embriagado	12%	8%	6%	5%	4%	4.5%	
	Atingido		Não atingido		Não atingido		
Substância		Idade média do início dos consumos					
		2012		2016		2020 ^{a)}	
		Portugal		Meta	Portugal	Meta	Portugal
INPG: Pop. Portuguesa 15-74 anos (subgrupo 15-24 anos)	Drogas ilícitas	17 anos		18	17	19	n/d
		Não atingido		Não atingido		Não atingido	
	Bebidas alcoólicas	16 anos		17	17	18	n/d
		Atingido		Atingido		Atingido	
	Medicamentos (sedativos, tranquilizantes ou hipnóticos) c/ ou s/ receita	17 anos		18	19	19	n/d
		Atingido		Atingido		Atingido	

Notas: a) Para o ano mais recente disponível, n/d – não disponível

d. Meta 4: Diminuir as prevalências e padrões de risco e dependência de substâncias psicoativas

Relativamente à diminuição das prevalências e padrões de risco e dependência de substâncias psicoativas, verifica-se uma situação mais favorável no segmento juvenil do que na globalidade da população portuguesa.

De acordo com os dados obtidos através do ESPAD em 2016, concentrados nos estudantes de 16 anos, tanto no que respeita às prevalências de consumo recente de canábis como de embriaguez, os objetivos para 2016 não só foram atingidos, como inclusivamente se alcançaram os valores definidos para 2020. Porém, os valores registados em 2020 registaram um aumento, de modo que as metas referentes a este ano não foram atingidas.

Considerando a globalidade da população portuguesa entre os 15 e os 74 anos, os indicadores de prevalência recente nos últimos 12 meses são bastante penalizados pela evolução negativa do objetivo de “qualquer droga ilícita” que, não só não reduziu para o objetivo de 2016, como se agravou em mais de 100%. O indicador de embriaguez também se agravou, sendo que no tema do consumo de álcool, os dois indicadores de consumo *binge* tiveram resultados diferentes: um evoluiu positivamente e o outro negativamente.

Por fim, os medicamentos evoluíram muito favoravelmente, ultrapassando largamente o objetivo estabelecido para 2020. Relativamente às prevalências de consumo de risco e dependência, os indicadores de canábis tiveram variações diferentes, mais positivas na medição CAST e mais negativas nos indicadores moderados e de alto risco. Por fim, os indicadores relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas registaram, sem exceção, uma evolução significativamente negativa.

Quadro 4.3 - Avaliação do cumprimento da Meta 4 do PNRCAD 2013-2020: Parte 1

		Prevalências dos consumos recentes (últimos 12 meses)					
		2011	2016		2020 ^{a)}		
			Meta	Portugal	Meta	Portugal	
ESPAD: Estudantes 16 anos	Cannabis	16%	14%	13%	13%	11%	
			Atingido		Atingido		
	Embriaguez	29%	26%	22%	23%	24%	
				Atingido		Não atingido	
		Prevalências de consumos recentes (últimos 12 meses)					
		2012	2016		2020 ^{a)}		
			Meta	Portugal	Meta	Portugal	
INPG: Pop. Portuguesa 15-74 anos	Qualquer droga ilícita	2.3%	2.1%	4.8%	1.8%	n/d	
				Não atingido			
	Consumo binge (pelo menos 1 vez)	7.4%	9.7%	9.7%	5.9%	n/d	
				Atingido			
	Consumo binge (1 + vezes por mês)	3.4%	3.1%	5.2%	2.7%	n/d	
				Não atingido			
Embriaguez (ficar a cambalear, com dificuldade em falar, vomitar, e/ou não recordar depois o que aconteceu)	5.1%	4.6%	5.4%	4.1%	n/d		
			Não atingido				
Medicamentos (sedativos, tranquilizantes ou hipnóticos)	14%	12.3%	9.4%	11%	n/d		
			Atingido				

Notas: a) Para o ano mais recente disponível, n/d – não disponível

Quadro 4.4 - Avaliação do cumprimento da Meta 4 do PNRCAD 2013-2020: Parte 2

		Prevalências de consumo de risco e dependência (últimos 12 meses)				
		2011	2016		2020 ^{a)}	
			Meta	Portugal	Meta	Portugal
INPG: Pop. Portuguesa 15-74 anos	Cannabis (CAST)					
	Alto Risco	0.3%	0.27%	0.25%	0.22% n/d	
			Atingido			
	Risco moderado	0.3%	0.27%	0.38%	0.24% n/d	
			Não atingido			
	Bebidas alcoólicas (AUDIT)					
	Risco e nocivo	0.27%	2.40%	2.80%	2.20% n/d	
			Não atingido			
	Dependência	0.3%	0.27%	0.77%	0.24% n/d	
			Não atingido			
Bebidas alcoólicas (CAGE)						
Abuso ou dependência	0.8%	0.70%	1.00%	0.60% n/d		
		Não atingido				

Notas: a) Para o ano mais recente disponível, n/d – não disponível

e. Meta 5: Diminuir as prevalências de jogo de risco e dependência

A meta relativa a diminuição das prevalências de jogo registou uma tendência de mitigação das prevalências de jogadores sem problemas de dependência e, em contrapartida, por uma situação de crescimento das prevalências de jogadores com alguns problemas de dependência e com probabilidade de serem jogadores patológicos.

Em termos globais, conforme análise detalhada no ponto 2.2.1. - *Adequação dos objetivos do PNRCAD e dos planos de ação para atingir metas*, existe uma desconformidade entre as ações definidas no plano operacional e as metas do plano nacional, uma vez que, apesar de 76,1% das ações terem sido executadas, apenas 55% dos indicadores das metas foram atingidos.

Relativamente aos fatores que influenciaram o cumprimento das metas e objetivos, relevam-se, antes de mais, tendências de evolução dos comportamentos, que são generalizados ao nível dos países da EU, América do Norte, e que, naturalmente, também são adotados pelos consumidores portugueses que acedem às mesmas fontes de informação e canais de comunicação dos consumidores de outros países. Também existe a importação de tendências de países com quem Portugal tem fortes laços históricos e culturais, e que são países de emigração para Portugal, como o Brasil e os PALOP.

Dos restantes fatores, importa distinguir os que são externos à política e à estratégia portuguesa contra os CAD, apresentados no ponto 4.1.4.- *Que outros fatores externos influenciaram os resultados alcançados – crise económica, reestruturação SICAD, regulamentação sobre o álcool.*

Nos fatores diretamente relacionados com as opções portuguesas no domínio dos CAD merecem destaque a necessidade de aumentar os investimentos nas intervenções de prevenção. Não obstante todos os tipos de intervenção (prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos, tratamento, reinserção e fiscalização/repressão) contribuirão para todas as metas, a verdade é que algumas metas estão mais relacionadas com um tipo específico de intervenção. Nota-se que a meta onde se alcançou maior sucesso, de diminuição da mortalidade, estar fortemente associada ao “tratamento”; da meta com desempenho médio, de redução da facilidade percebida de acesso, estar muito relacionada com a fiscalização/repressão, e de as três metas com performances mais negativas, de diminuição das prevalências e do risco percebido, estarem principalmente relacionadas com a “prevenção”.

Por outro lado, relativamente às novas dependências, nomeadamente no que respeita aos medicamentos e anabolizantes e, especialmente, ao jogo, diversos indicadores sugerem a necessidade de reformular as abordagens, as estratégias e as ações, uma vez que a evolução da atual situação não permitirá ter sucesso nestes domínios.

Quadro 4.5 - Avaliação do cumprimento da Meta 5 do PNRCAD 2013-2020

		Prevalências de jogo (a dinheiro) de risco e patológico (12M)				
		2012	2016		2020 ^{a)}	
			Meta	Portugal	Meta	Portugal
INPG: Pop. Portuguesa 15-74 anos	Risco (alguns problemas)	0,3%	0.27%	1.20%	0.24%	n/d
			Não atingido			
	Patológico	0,3%	0.27%	0.57%	0.24%	n/d
			Não atingido			

Notas: a) Para o ano mais recente disponível, n/d – não disponível

f. Meta 6: Diminuir a morbilidade relacionada com CAD

Na diminuição da morbilidade relacionada com os comportamentos aditivos e dependências, destaca-se a evolução registada no que respeita ao VIH/SIDA, em que os dois objetivos de proporção do total de casos VIH e proporção do total de casos SIDA, foram claramente atingidos, para 2016 e para 2020. Nesta meta, apenas o objetivo relacionado com o álcool, medido através do número de altas hospitalares de internamentos cujo diagnóstico principal é hepatite ou cirrose alcoólica, não foi alcançado, apesar de se ter registado um decréscimo muito significativo do valor.

Quadro 4.6 - Avaliação do cumprimento da Meta 6 do PNRCAD 2013-2020

		Internamentos hospitalares com diagnóstico principal hepatite ou cirrose alcoólicas					
		2011		2016		2020 ^{a)}	
		Portugal	Meta	Portugal	Meta	Portugal	Meta
DGS/ACSS: Pop. Portuguesa/Portugal Continental	Número de altas hospitalares	3969	2977	3017	1985	n/d	
			Não atingido				
		Notificações de casos diagnosticados nos últimos 3 anos com VIH/SIDA associadas à toxicodependência					
		2012		2016		2020 ^{a)}	
		Meta	Portugal	Meta	Portugal	Meta	Portugal
INSA: Pop. Portuguesa	Proporção do total de casos VIH	9%	6.3%	4%	3.3%	2.4	
			Atingido		Atingido		
	Proporção do total de casos SIDA	27%	24.4%	13.8%	21.4%	10.6%	
			Atingido		Atingido		

Notas: a) Para o ano mais recente disponível, n/d – não disponível

g. Meta 7: Diminuir a mortalidade relacionada com CAD

A evolução neste domínio foi extraordinária, especialmente no que respeita às *overdoses* fatais devido ao consumo de drogas ilícitas, alcançando-se em 2016 uma performance melhor do que a projetada para 2020, e também nas mortes ocorridas nos últimos 3 anos de casos com SIDA associados à toxicodependência, cuja redução, superior a 10%, foi também muito significativa. Contudo, em 2020, os indicadores registados apenas permitiram alcançar a meta correspondente à proporção do total de mortes de casos com SIDA. Assim, apesar do sucesso registado em 2016, verificou-se um pioramento no que respeita às *overdoses* fatais devido ao consumo de drogas ilícitas, que não permitiu atingir o objetivo para o ano de 2020.

No que respeita aos dois indicadores relacionado com o álcool, quer na mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool, quer mortalidade em acidentes de viação relacionada com o consumo de álcool, os objetivos também foram claramente atingidos em 2016. Contudo, em 2020, verificou-se um aumento destes indicadores, que impediu o alcance dos valores definidos para este ano.

Quadro 4.7 - Avaliação do cumprimento da Meta 7 do PNRCAD 2013-2020

		Mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool			
		2009/2011	2016		2020 ^{a)}
			Meta	Portugal	Meta Portugal
DGS/ACSS: Pop. Portuguesa/Portugal Continental	Taxa por 100000 habitantes, idade inferior aos 65 anos	12.9‰ ⁰⁰⁰⁰ , 12.7‰ ⁰⁰⁰⁰	12.5‰ ⁰⁰⁰⁰	10.7‰ ⁰⁰⁰⁰	11‰ ⁰⁰⁰⁰ 12.6‰ ⁰⁰⁰⁰
			Atingido		Não atingido
		Mortalidade em acidentes de viação relacionada com o consumo de álcool			
		2012	2016		2020 ^{a)}
			Meta	Portugal	Meta Portugal (2018)
ANSR/INML,I.P.: Pop. Portuguesa	Número de condutores mortos em acidentes de viação com uma TAS>0,5g/l	356	285	242	214 293
			Atingido		Não atingido
		Overdoses fatais devido ao consumo de drogas ilícitas			
		2011	2016		2020 ^{a)}
			Meta	Portugal	Meta Portugal (2018)
INML, I.P.: Pop. Portuguesa	Número de mortes por overdose nos últimos 3 anos	127	114	100	101 150
			Atingido		Não atingido
		Notificações de mortes ocorridas nos últimos 3 anos de casos com SIDA associados à toxicodependência			
		2012	2016		2020 ^{a)}
			Meta	Portugal	Meta Portugal
INSA: Pop. Portuguesa	Proporção do total de mortes de casos com SIDA	45%	42%	40%	39% 35.7%
			Atingido		Atingido

Notas: a) Para o ano mais recente disponível, i.e., 2018, n/d – não disponível

iii. Cumprimento dos objetivos do plano estratégico do SICAD

Complementarmente, relevam-se os resultados da autoavaliação efetuada pelo SICAD relativamente ao seu Plano Estratégico 2017-2029, de onde resulta uma taxa de execução dos seus 13 objetivos estratégicos sempre igual ou superior a 100%. Naturalmente que existe uma multiplicidade de entidades que concorrem para a consecução do PNRCAD 2013-2020, mas para as quais não foi possível efetuar uma avaliação da consecução dos seus objetivos próprios, relativamente ao contributo para a execução do plano nacional. Nesse sentido e dada a relevância do papel do SICAD nesta rede, opta-se por sintetizar seguidamente a taxa de execução dos seus objetivos estratégicos.

O Relatório do Plano Estratégico 2017-2019 do SICAD avalia a taxa de execução global dos OE, concluindo no seguinte sentido:

OE 1. Reforçar a partilha e transmissão da informação e do conhecimento

Os objetivos foram alcançados com sucesso, em todas as dimensões.

Verifica-se alguma tendência para decréscimo da performance, sendo recomendável algum acréscimo de ambição, e uma orientação para o desenvolvimento de conteúdos digitais, uma vez que os procedimentos ainda estão fundamentalmente baseados em processos tradicionais.

OE 2 - Potenciar a qualidade das intervenções

Os objetivos definidos foram alcançados, mas eram significativamente exigentes, e não foram alcançados na sua plenitude.

Sugere-se um maior desenvolvimento das componentes de avaliação, monitorização, acompanhamento, e de consultoria/apoio, uma vez que, no atual enquadramento, estas são funções centrais da missão do SICAD.

OE3 - Apoiar a coordenação nacional e assegurar as relações internacionais e a cooperação

Os objetivos foram claramente cumpridos.

OE4 - Potenciar a articulação e cooperação entre os stakeholders estratégicos

Os objetivos foram cumpridos.

Releva-se, pela positiva, o aumento significativo do número de investigadores da Rede Nacional de Investigadores. Por outro lado, o não cumprimento do indicador 23, relativo aos novos circuitos de comunicação na articulação com *stakeholders* na área da dissuasão, teve um impacto relevante na medida estruturante “Rede de Referência/ Articulação”.

OE5 - Otimizar recursos e garantir a sustentabilidade financeira

Os objetivos foram cumpridos.

Os objetivos estão orientados para a produção de documentação, pelo que num futuro plano deveria considerar-se uma maior abrangência de intervenção.

OE6 - Estabelecer as medidas de colaboração com o PNS

Os objetivos foram cumpridos e ultrapassados.

Conclui-se existir um elevado grau de alinhamento do plano com as políticas públicas de saúde, e com os seus intervenientes.

OE7 - Otimizar a qualidade dos dados e a eficiência no processamento da informação

Os objetivos foram alcançados.

Importa referir que se percebe alguma falta de ambição nos objetivos propostos. Por exemplo, os Projetos PORI com indicadores inseridos ou o grau de preenchimento dos campos fundamentais no SIM, deveriam ambicionar patamares acima dos 90%, dada a sua criticidade e impacto.

Sugere-se, inclusivamente, a criação de uma *task force* específica para evoluir drasticamente nestes domínios.

OE8 - Desenvolver linhas de investigação prioritárias

O objetivo foi atingido.

O facto de apenas ter um único objetivo, que consiste em assegurar o cumprimento da periodicidade dos projetos nas linhas de investigação tradicionais, também revela um nível moderado de ambição.

OE9 - Desenvolver processos que sustentem decisões baseadas na evidência e nas melhores práticas

Os objetivos foram atingidos.

Sugere-se um forte investimento nas medidas que levem à concretização do indicador “35. Documentos sobre boas práticas, metodologias de intervenção conceptualizadas, acompanhamento e avaliação da intervenção em problemas (re) emergentes”.

OE10 - Emanar Normas, Orientações e Outros Instrumentos de Intervenção

Os objetivos foram cumpridos.

Este objetivo apenas contempla 2 indicadores e, em 2019, o indicador que se refere às CDT, não obstante ter registado uma diminuição da exigência, não foi concretizado.

OE11 - Promover a integração e a permanente atualização dos sistemas e infraestrutura tecnológica

Os objetivos foram alcançados.

Porém, taxa de realização global de 106% não revela a circunstância de ter sido alcançada em consequência dos desempenhos em 2017 e 2018.

Em 2019 não foi concretizado qualquer objetivo, relevando a premência de modernização dos processos e de estabelecer interfaces com Sistema do Sistema Nacional de Saúde.

A evolução da infraestrutura tecnológica e dos sistemas tornou-se crítico para a concretização de muitos outros objetivos do plano

OE12 - Qualificar os recursos humanos

Os objetivos foram concretizados.

Releva-se o facto de o objetivo apenas abranger 50% dos profissionais no plano de formação, o que é pouco exigente.

OE13 - Reforçar as competências de comunicação e o alinhamento dos colaboradores

Os objetivos foram atingidos

Estes objetivos estão focalizados na concretização de formalidades, não permitindo avaliar o grau em que efetivamente se reforçaram as competências de comunicação e o alinhamento dos colaboradores.

Em resumo, da autoavaliação do SICAD resulta bons desempenhos ao nível da partilha e transmissão da informação e conhecimento (OE 1) e do estabelecimento de medidas de colaboração com o PNS (OE6).

Ao contrário, *Apoiar a coordenação nacional e assegurar as relações internacionais e a cooperação* (OE3), *Desenvolver linhas de investigação prioritárias* (OE 8) e *Emanar Normas, Orientações e Outros Instrumentos de Intervenção* (OE10), registaram um pior desempenho.

Complementarmente, enfatiza-se a necessidade de definir objetivos de forma mais clara e auditável. Deve evitar-se a formulação de indicadores como, por exemplo, o “29 - Produtos resultantes das novas estratégias metodológicas de análise de dados/informação e de construção de indicadores (n.º)”.

4.1.2 Grau de impacto das opções estratégicas do PNRCAD e planos de ação no cumprimento dos objetivos

Este plano estabeleceu, como opções estratégicas, o princípio da centralidade no cidadão, que se desenvolve ao longo das diferentes etapas do ciclo de vida e dos contextos de pertença.

Com esta visão pretendeu-se criar as condições para intervir de forma tão ágil e precoce quanto possível, mas numa perspetiva da saúde e do bem-estar do cidadão, e não apenas orientado ao tratamento da sua doença.

A definição das opções estratégicas e dos planos de ação foram determinantes, durante o ciclo em análise, para assegurar que o rumo delineado era perseguido e que era compreendido por todos os envolvidos. Assim, houve três finalidades que foram alcançadas com a clara determinação das opções estratégicas e os respetivos planos de ação:

- Em primeiro lugar, assegurar que a política portuguesa no domínio dos CAD estava alinhada com os mais avançados conhecimentos científicos e com as opções portuguesas de política de saúde, tal como detalhado no capítulo 2 deste relatório.

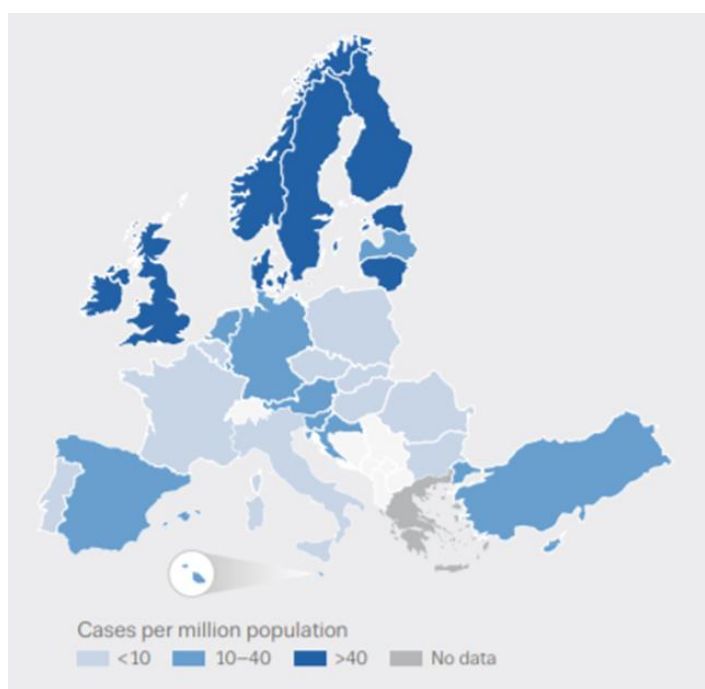
- Em segundo lugar, na garantia de que todos os tipos de consumidores e toda a cadeia de redes e interações estão contemplados no plano, e têm uma resposta no sentido da sua gestão. O fenómeno dos CAD é, para além de extremamente complexo, multifacetado e multidisciplinar, o que exige uma visão estratégica clara para produzir resultados sustentados e abrangentes. Considera-se que esse desafio foi alcançado com as opções estratégicas que foram estabelecidas, e os respetivos planos de ação.

A centralidade no cidadão é a única forma de atender aos policonsumos, entre substâncias e entre dependências, com e sem substância, e também de atender ao facto de que a existência de determinadas dependências pode despoletar ou originar outro tipo de dependências. Por exemplo, o alcoolismo pode ter o jogo como percussor, assim como também se verificam fenómenos de alcoolismo entre heroinómanos.

- Por fim, a gestão do próprio plano, no sentido da identificação dos pontos fortes e fracos, e da capacidade de intervir sobre as vulnerabilidades, não seria possível sem as opções estratégicas e os planos operacionais. A identificação dos aspetos mais e menos positivos da estratégia portuguesa contra os CAD, do plano nacional que a materializou e o dos planos operacionais que a implementaram, é fundamental para introduzir as adaptações que permitam evoluir aos níveis estratégico, tático e operacional.

Em termos globais verifica-se, por exemplo que, não obstante Portugal investir significativamente menos do que a média europeia contra os CAD, regista uma taxa de mortes induzidas por drogas muito inferior aos restantes países, o que parece resultar, em larga medida, das suas opções estratégicas.

Figura 4.1 - Mortes induzidas por drogas na União Europeia, Noruega e Turquia: taxas de mortalidade entre adultos de 15 a 64 anos



Fonte: Drug-related deaths and mortality in Europe - Update from the EMCDDA expert network, July 2019

No entanto, na avaliação do plano verifica-se que, em muitos casos, as metas e os objetivos não são desdobrados pelas várias dimensões das opções estratégicas. Esta circunstância resulta da inexistência de recursos que permitam gerir a quantidade de ações que resultariam de todas as combinações de tipos de intervenção, em cada ciclo de vida, para cada contexto, sendo que, em muitos casos, as próprias metas e objetivos têm uma abrangência universal. Por exemplo, quando se refere a cooperação internacional contra a produção e tráfico de substâncias ilícitas, o alcance da ação é global para todos os tipos de intervenção, ciclos de vida e contextos.

Por fim, verifica-se uma impossibilidade de cumprimento integral do princípio da centralidade no cidadão na medida em que existem dependências que não estão abrangidos pelo plano, como é o caso do tabaco, e outras que não estão na alçada do Coordenador Nacional, como o jogo, limitando a capacidade de intervenção do próprio plano.

4.1.3 Contributo das áreas transversais para o cumprimento dos objetivos e metas

i. Temas transversais em geral

Reconhecendo que a qualidade, a sustentabilidade e a inovação das políticas e intervenções em matéria de CAD só é possível através de um processo contínuo de conhecimento, e seguindo o princípio da Estratégia da UE de Luta contra a Droga (2013-2020), articulado em torno de dois domínios de intervenção, a redução da procura e da oferta de droga, e de três temas transversais, coordenação, cooperação internacional e investigação, informação, controlo e avaliação, a avaliação do PNRCAD 2013-2020 estabeleceu os seguintes temas transversais aos domínios da Redução da Procura e da Oferta, enquanto garante da produção de conhecimento:

- Informação e Investigação;
- Relações Internacionais e Cooperação;
- Formação e Comunicação;
- Qualidade;
- Gestão do Plano: Coordenação, Orçamento e Avaliação.

No PNRCAD 2013-2020, os objetivos e as ações dos temas transversais estão enquadrados no Objetivo Geral “OG5 - Assegurar a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos e a sustentabilidade das”, que se desdobra em 5 sub-objetivos gerais, aos quais se adiciona a Gestão do Plano.

Assim, os 5 sub-objetivos gerais são:

- OG5.1. Consolidar a infraestrutura de conhecimentos e proceder a uma análise atempada, holística e exaustiva da situação.
- OG5.2. 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.

- OG5.3. 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.
- OG5.4. Assegurar o cumprimento dos compromissos internacionais e a representação nacional nas instâncias internacionais que abordam o fenómeno dos comportamentos aditivos e dependências, desenvolvendo relações de cooperação, no âmbito dos mecanismos bilaterais e multilaterais existentes.
- OG5.5. Assegurar a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos e a sustentabilidade das políticas e intervenções.

De acordo com o RAI, em termos globais verifica-se que o tema transversal da *Formação e Comunicação* foi claramente o mais bem-sucedido, uma vez que todas as 11 ações previstas foram executadas, logo seguida do tema *Relações Internacionais e Cooperação*, com a execução de 16 das 17 ações previstas, sendo que a ação restante foi parcialmente executada. O tema da *Qualidade* também apresenta uma boa performance, com 3 das 4 ações previstas, executadas, e uma ação parcialmente executada. O tema da *Informação e Investigação* já registou uma ação não executada, ainda que 11 das 15 ações tenham sido executadas e apenas três tenham ficado parcialmente executadas. O tema da *Gestão do Plano: Coordenação, Orçamento e Avaliação*, foi o que registou a pior *performance*, verificando-se que, das nove ações previstas, quatro foram executadas, três apenas parcialmente executadas e duas ações não foram executadas.

As ações não executadas em cada um dos temas transversais estão a seguir identificadas.

Na *Informação e Investigação*, de ressaltar a inexistência de um sistema de contabilidade por projetos, programas e intervenções, a fim de fornecer indicadores para a sua avaliação financeira, que impede o seu acompanhamento e monitorização.

Na *Gestão do Plano: Coordenação, Orçamento e Avaliação*, as duas ações não executadas estão no domínio da avaliação, e consistiam na não realização da avaliação interna do PARCAD 2013-2016, e a não elaboração do Plano de Ação para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências 2017-2020, que foram, entretanto, produzidos.

Quadro 4.8 - Grau de execução das ações

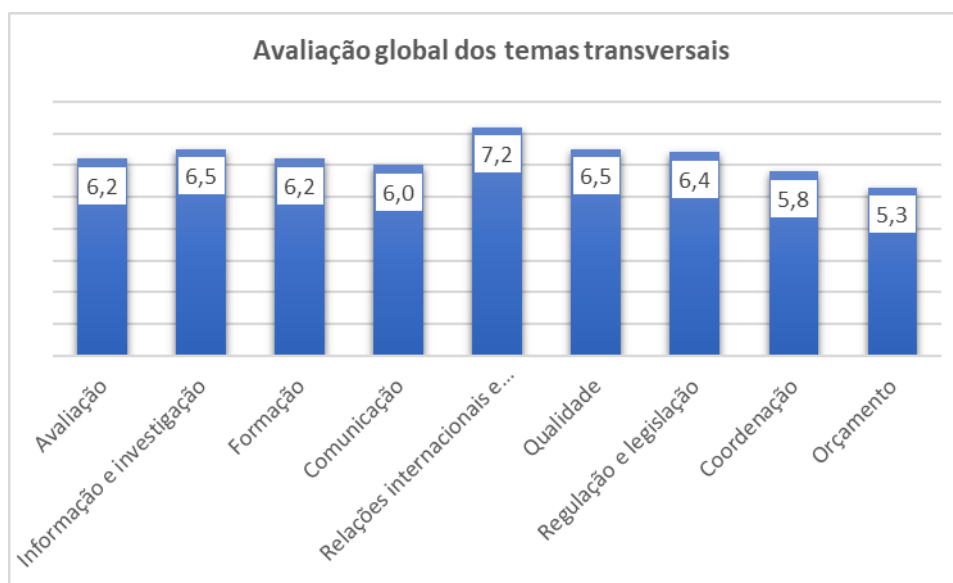
Tema transversal	Executadas (%)	Parcialmente executadas (%)	Não executadas (%)
Informação e Investigação	73	20	7
Relações Internacionais e Cooperação	94	6	
Formação e Comunicação	100		
Qualidade	75	25	
Gestão do Plano: Coordenação, Orçamento e Avaliação	44	33	22

Em resumo, do RAI resultam algumas dificuldades ao nível da gestão do Plano, mas uma boa ou muito boa *performance* nos restantes quatro temas transversais.

O segundo elemento de análise do contributo das áreas transversais para o cumprimento dos objetivos e metas é o inquérito realizado no âmbito deste projeto aos *stakeholders* envolvidos com o fenómeno dos CAD.

As principais conclusões apuradas indicam, em termos gerais, que a avaliação global foi 6.2 numa escala de 1 a 10. Por outro lado, também se verifica que, diferentemente da conclusão do Relatório de Avaliação Interna, o tema transversal com melhor desempenho foi “Relações Internacionais e Cooperação”, seguido da “Qualidade” e “Informação e Investigação”.

Figura 4.2 - Avaliação global dos temas transversais



Fonte: Relatório Parcial - Inquérito

Adicionalmente, verifica-se que as únicas questões avaliadas acima de 7 valores estão no tema das “Relações Internacionais e Cooperação”, nomeadamente a “Avaliação geral da estratégia de atuação internacional”, mas também as seguintes:

- Articulação entre os diferentes Ministérios/ Serviços;
- Colaboração/cooperação com organismos policiais e de fiscalização internacionais e com outros países em ações de controlo da fronteira externa da eu;
- Divulgação de projetos e boas práticas nacionais junto de outros países e organizações internacionais.

Na opinião da generalidade dos *stakeholders*, as “Relações Internacionais e Cooperação” são claramente um ponto forte da estratégia nacional no âmbito dos CAD.

A *Formação e Comunicação* tem a particularidade de ser o tema transversal com maior grau de execução das ações, surge penalizado neste inquérito, fundamentalmente pela vertente da formação, nomeadamente a “oferta formativa” e a “Articulação dos serviços prestadores de formação qualificada com entidades regionais e locais”. Assim, pode concluir-se que deve ser realizado um esforço de renovação da oferta formativa, não só ao nível dos conteúdos, mas também dos formatos, e que nestas iniciativas deve melhorar-se

a vertente de articulação entre quem concebe, organiza e leciona os conteúdos, e os *stakeholders* locais que organizam as sessões.

Ainda neste tema transversal, releva-se, no que respeita à *Comunicação*, a existência de mais de 50% de opiniões neutras ou negativas nas “Campanhas de comunicação e ações de sensibilização”. O facto destas ações surgirem bem avaliadas no tema das iniciativas com maior importância e/ou impacto, sugere que se trate de uma questão de reduzida frequência (quantidade) e não de qualidade.

Naturalmente, que não se poderá igualmente ignorar o esforço realizado pelo SICAD, principalmente nos últimos 5 anos, relativamente à diversificação das suas atividades e canais de comunicação. É de registar a criação da página de Facebook em 2015 e o crescimento da sua dinâmica a partir de 2017. Releva-se igualmente a criação da *newsletter* mensal em 2018, que se junta a uma diária da responsabilidade do centro de documentação. É finalmente se sublinhar o crescimento de contactos e parcerias com a comunicação social.

No futuro, a diversificação das ações de comunicação deverá reforçar o recurso às novas tecnologias e às ferramentas digitais, uma vez são ainda incipientes as evidências da “estratégia prioritária de comunicação digital” referida no Plano Estratégico 2017-2019 do SICAD. Sublinha-se igualmente que o comentário anterior se refere ao conjunto de todos os parceiros envolvidos, nomeadamente, as entidades responsáveis pela execução dos projetos PORI no eixo da prevenção, dissuasão e RRMD, dado que todos realizam atividades e partilham responsabilidades relacionadas com *Comunicação*. A complexidade destas ações e a diversidade de parceiros, não tornou possível a recolha de informação de forma completa sobre este tema transversal.

Esta avaliação está em linha com a anterior constatação da necessidade de aumentar os investimentos ao nível da prevenção.

Para além disso, as ações existentes, nomeadamente na área da formação e sensibilização, como por exemplo, as campanhas para redução da sinistralidade rodoviária por indivíduos alcoolizados, têm muito pouca evidência acerca dos seus impactos efetivos. Deverá evoluir-se também no sentido da adoção de uma cultura de avaliação.

Em termos gerais, verifica-se também que o tema transversal mais penalizado é a *Gestão do Plano*, mas no detalhe verifica-se que os fatores que justificam esta classificação são diferentes dos identificados no RAI. Enquanto que no RAI, as ações não executadas estavam no domínio da avaliação, no inquérito aos *stakeholders* a principal vulnerabilidade está na falta de adequabilidade do orçamento, e também, na relação/ coordenação entre as diversas entidades da Administração Pública e entre as entidades públicas e privadas.

Importa, destacar, no que respeita à avaliação, o projeto de avaliação 360 graus, implementado no âmbito das CDT, numa lógica de melhoria contínua da abordagem de dissuasão, que constitui uma boa prática que deve continuar e alargar-se a outras áreas de intenso contacto com *stakeholders*, como por exemplo os projetos PORI.

ii. Temas transversais: produção científica

Como resulta abaixo detalhado, os quantitativos de produção científica em matéria de CAD, recenseados pelo SICAD, apresentam variações significativas ao longo do período observado.

Os últimos anos parecem indiciar uma quebra acentuada nos dois principais produtos (artigos e dissertações de mestrado), com quebras superiores a 50% nos anos de 2018 e 2019, quando comparados com o ano de 2017, em que se atingiu o pico de produção científica.

Embora seja de sublinhar que, para os anos mais recentes, concretamente 2019 e 2020 a informação existente possa não compreender todos os trabalhos produzidos, por inexistência de uma metodologia sistematizada de recolha que assegure a obtenção tempestiva de informação sobre os trabalhos realizados, os dados observados indiciam uma redução significativa de produção, transversal a todas as tipologias, iniciada em 2018 e acentuada nos anos mais recentes.

Neste sentido, recomenda-se:

- A definição e implementação de uma metodologia robusta e procedimental de recolha de informação, mormente junto das Universidades, que assegure a menor dilação possível entre o momento de produção e o *timing* de reconhecimento desse facto pelo SICAD;
- Sendo a consolidação da infraestrutura de conhecimento um dos pilares do PNRCAD, bem como um dos objetivos específicos do PARCAD 2013-2016 e do Horizonte 2020, recomenda-se igualmente o estabelecimento de mecanismos de monitorização da produção realizada e a análise das causas para a redução verificada, a empreender após a conclusão do atual ciclo 2017-2020.

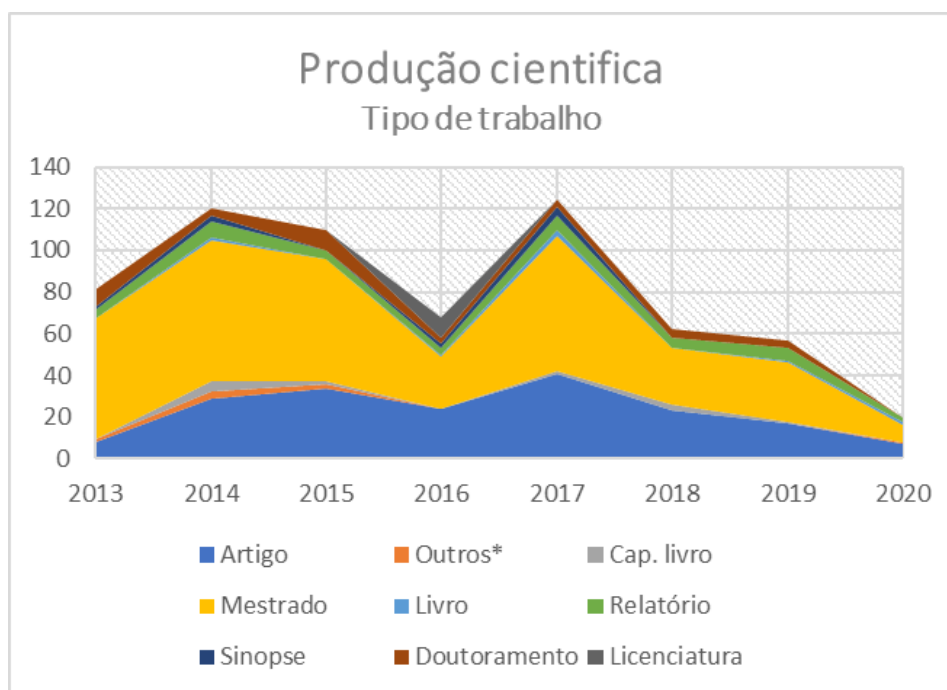
a. Produção científica por tipologia (u:642)

Como se observa na figura abaixo, claramente 2014 e 2017 são os anos de maior produção científica, com 120 e 125 trabalhos publicados, respetivamente.

Desde 2017 verifica-se uma quebra significativa, com reduções na ordem de cerca de 50% em 2018 e 2019 (quando comparados com os referidos anos), nomeadamente ao nível da tipologia mais representativa, as dissertações de mestrado, as quais representam 51.7% dos trabalhos publicados, os artigos 29.2%

A publicação de livros e monografias em tema de CAD apresenta reduzida expressão em Portugal – apenas 8 documentos recenseados neste período.

Figura 4.3 - Produção científica por tipologia (u:642)



Fonte: SICAD Investigação desenvolvida em CAD (2017-2020) - respeitante ao período entre 1 de janeiro de 2017 e 26 de outubro de 2020 e SICAD Investigação desenvolvida em CAD (2017-2020) - respeitante ao período entre 1 de janeiro de 2013 e 31 de janeiro de 2017

* - Outros engloba as tipologias atas (5), doc. trabalho (1) e e-paper (1)

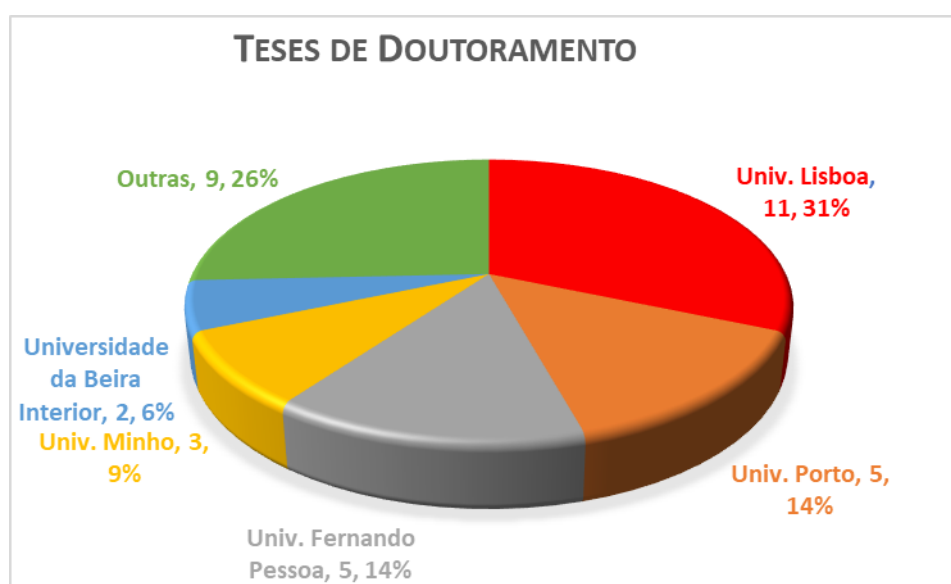
Teses de doutoramento

Durante o período em análise foram publicadas 36 teses de doutoramento.

Os anos de maior produtividade foram os de 2013 e 2015, com 8 e 10 teses publicadas, respetivamente; nos demais anos a produção oscila entre 3 e 4 trabalhos, com exceção de 2020 que ainda não regista qualquer tese de doutoramento.

A Universidade de Lisboa destaca-se claramente neste domínio, com praticamente um terço dos doutoramentos recenseados.

Figura 4.4 - Produção científica – teses de doutoramento (u:35)



Fonte: SICAD Investigação desenvolvida em CAD (2017-2020) - respeitante ao período entre 1 de janeiro de 2017 e 26 de outubro de 2020 e SICAD Investigação desenvolvida em CAD (2017-2020) - respeitante ao período entre 1 de janeiro de 2013 e 31 de janeiro de 2017

Dissertações de mestrado

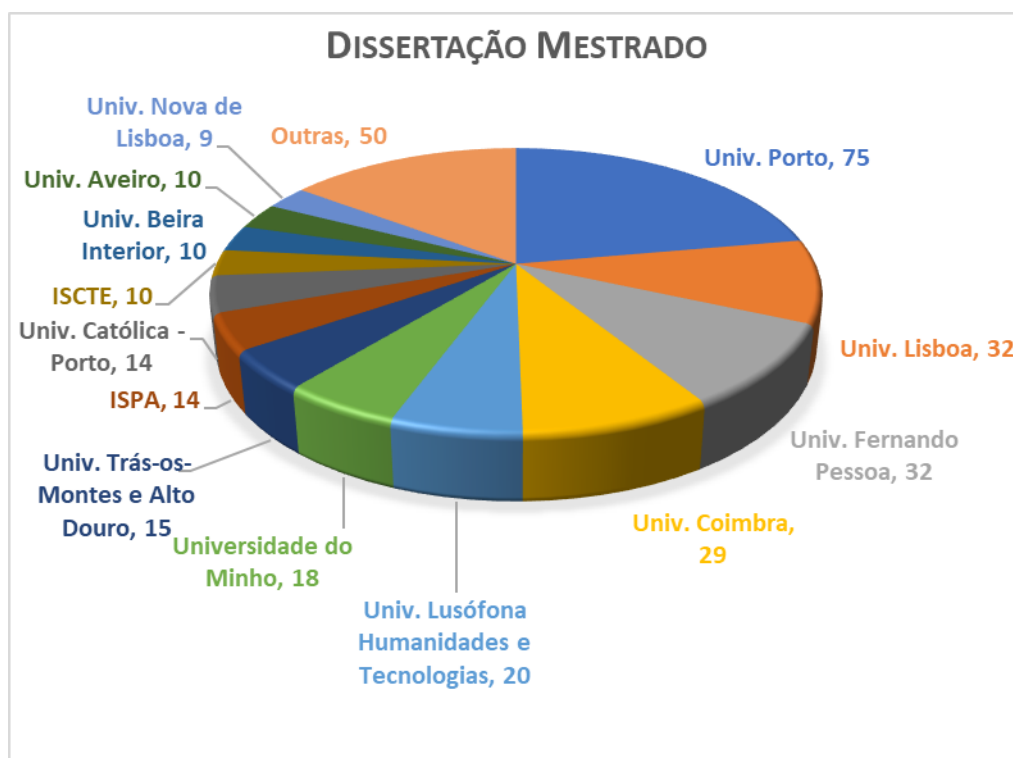
Durante o período em análise foram publicadas 338 dissertações de mestrado.

Os anos de maior produtividade foram os de 2014 e 2017, com 68 e 65 teses publicadas, respetivamente.

De 2018 em diante verifica-se uma acentuada quebra, com 27 nesse ano, 28 em 2019 e apenas 8 trabalhos publicados no corrente ano.

A Universidade do Porto destaca-se claramente neste domínio, com mais do dobro de qualquer uma das que a imediatamente seguem, mas também de salientar a ampla cobertura geográfica do país, com a matéria dos CAD a despertar o interesse dos estudantes de Norte a Sul, incluindo 2 trabalhos na Univ. da Madeira e igualmente 2 na Univ. dos Açores.

Figura 4.5 - Produção científica – dissertações de mestrado (u:338)



Fonte: SICAD Investigação desenvolvida em CAD (2017-2020) - respeitante ao período entre 1 de janeiro de 2017 e 26 de outubro de 2020 e SICAD Investigação desenvolvida em CAD (2017-2020) - respeitante ao período entre 1 de janeiro de 2013 e 31 de janeiro de 2017

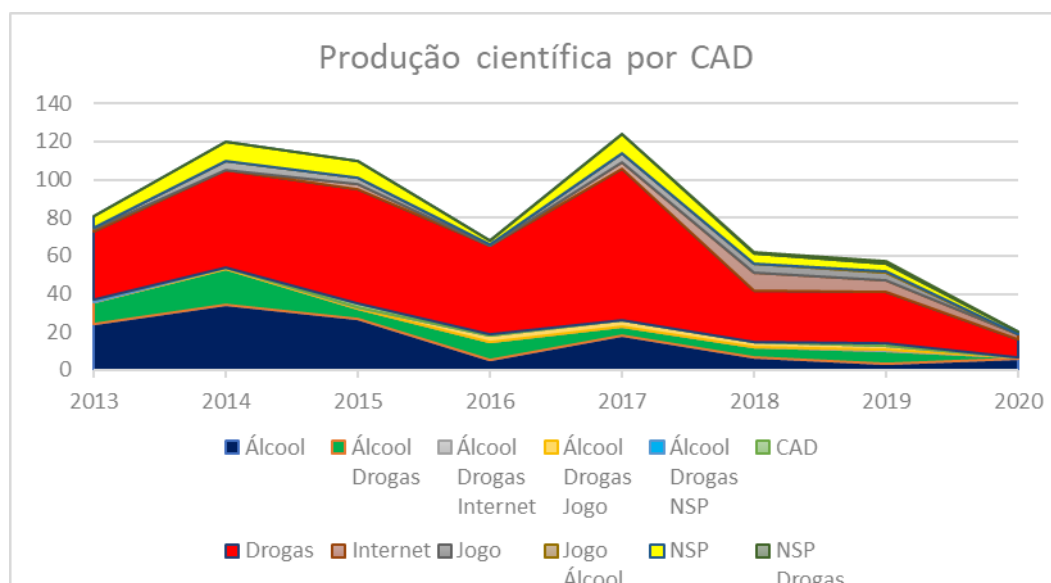
b. Produção científica por CAD

Claramente o tema predominante são as drogas, representando mais de 50% do total e chegando a atingir 2/3 da produção científica em 2017.

A temática do álcool representa cerca de um quinto dos trabalhos produzidos, mas desde 2017 parece congrega menor interesse, ao passo que a internet e o jogo, embora sem grandes variações em termos absolutos adquirem uma maior representatividade relativa face ao todo da produção de anos mais recentes.

2020 aparenta ser um ano de menor produção – apesar de os dados não incluírem o total do ano, a produção registada à data é de apenas 20 trabalhos, cerca de 33% dos valores dos dois anos imediatamente anteriores.

Figura 4.6 - Produção científica por CAD (u:642)



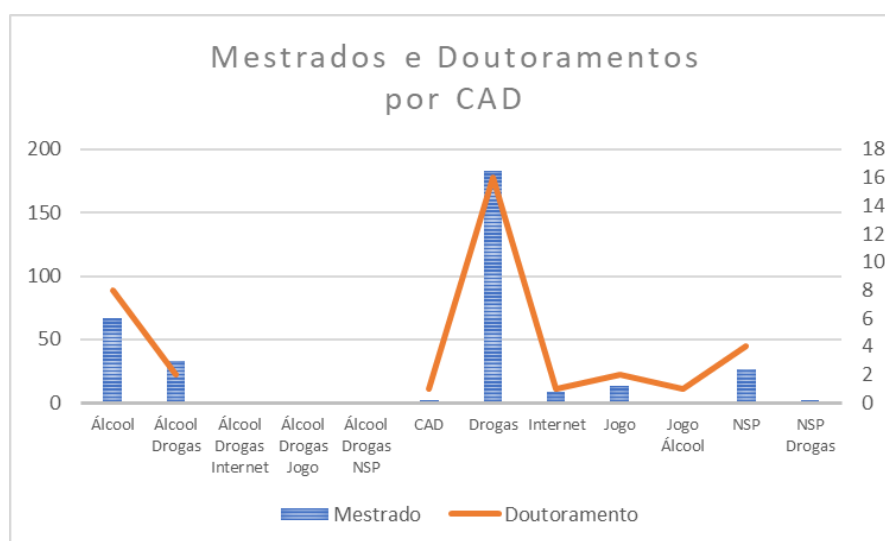
Fonte: SICAD Investigação desenvolvida em CAD (2017-2020) - respeitante ao período entre 1 de janeiro de 2017 e 26 de outubro de 2020 e SICAD Investigação desenvolvida em CAD (2017-2020) - respeitante ao período entre 1 de janeiro de 2013 e 31 de janeiro de 2017

c. Mestrados e doutoramentos por CAD

Tal como observado para os dados da produção científica em geral, a temática das drogas congrega a maioria da investigação, tanto a nível de mestrados, como de doutoramentos.

Parece verificar-se uma clara consistência entre a temática eleita para a dissertação de mestrado e a investigação posterior em tema de doutoramento, no período em análise.

Figura 4.7 - Mestrados e Doutoramentos por CAD (u:338 e u:35, respetivamente)



Fonte: SICAD Investigação desenvolvida em CAD (2017-2020) - respeitante ao período entre 1 de janeiro de 2017 e 26 de outubro de 2020 e SICAD Investigação desenvolvida em CAD (2017-2020) - respeitante ao período entre 1 de janeiro de 2013 e 31 de janeiro de 2017

4.1.4 Fatores externos que influenciaram os resultados alcançados

A identificação, caracterização e análise dos fatores externos que mais influenciaram os resultados alcançados no que diz respeito às adições e dependências, durante o período do plano, basearam-se fundamentalmente em três tipos de fontes:

- As indicações dos peritos entrevistados no âmbito deste estudo. A diversidade de perfis e de experiências das entidades intervenientes permitiu identificar, de forma muito exaustiva, não só os elementos externos ao plano que principalmente o condicionaram, como os principais impactos que geraram;
- A documentação elaborada pelo SICAD, nomeadamente os relatórios das avaliações dos planos, especialmente o que se refere ao plano estratégico 2017-2019 do SICAD;
- As análises e reflexões, no âmbito do grupo de projeto recorrendo não só à expertise dos colaboradores envolvidos no projeto, como à vasta documentação disponível tanto na Universidade NOVA, como na Universidade Católica.

A metodologia utilizada baseou-se na caracterização dos vários fatores identificados em termos do âmbito da sua intervenção, da sua origem e do momento do seu impacto.

Assim, considerou-se que o âmbito da intervenção dos fatores identificados poderia ser político, económico, social ou tecnológico.

Em termos da origem, distinguiram-se os fatores eminentemente nacionais dos globais ou internacionais. Sendo certo que, inevitavelmente, os fatores internacionais têm impactos ao nível nacional, nesta análise importa distinguir os aspetos que são específicos da realidade portuguesa.

Por fim, em termos do momento do impacto, distinguiram-se os fatores que efetivamente tiveram um efeito concreto nas políticas de CAD, das tendências que vão mudando os comportamentos, mas que não geram um efeito direto imediatamente observável.

A seleção final privilegiou os fatores nacionais que, conforme referido, podem resultar ou não de tendências globais, e os de efeito concreto e objetivamente observável.

Assim, ao nível político, os fatores que influenciaram positivamente os resultados alcançados foram o reconhecimento internacional do modelo português e o consenso nacional em torno das políticas no domínio dos CAD. Por outro lado, o fator de natureza política que mais negativamente influenciou os resultados alcançados foi a indefinição do modelo organizacional na área da saúde referente aos CAD.

O reconhecimento internacional do modelo português é muito importante para a validação interna das opções tomadas e para o reconhecimento da qualidade das políticas inovadoras e arrojadas que foram adotadas. Verifica-se também que Portugal goza de uma extraordinária reputação do domínio das políticas contra os CAD, que se tem refletido não só nas intervenções dos seus representantes nos mais importantes eventos a nível internacional, como na frequência de visitas a Portugal de delegações estrangeiras, interessadas em conhecer melhor o modelo português.

Pela positiva, releva-se, ainda o consenso relativamente às políticas públicas sobre CAD, que pode estar associada ao progressivo desaparecimento da agenda mediática e, conseqüentemente, social e política, dos problemas associados aos CAD. Parece existir uma evolução muito significativa das perceções predominantes na sociedade portuguesa,

relativamente à questão das adições e dependências, e aos consumidores, enquanto indivíduos que têm um problema, resolúvel com a intervenção de especialistas, em total contraste com a visão existente no período anterior à Lei da Descriminalização, em que o estereótipo do consumidor estava frequentemente associado a indivíduos desinseridos da sociedade, que praticavam crimes para subsistirem.

O atual consenso relativamente às políticas públicas sobre CAD também resulta do reconhecimento internacional dos méritos da política portuguesa, que indiscutivelmente confere um elevado grau de legitimidade às opções tomadas.

Ao contrário, a indefinição do modelo organizacional na área da saúde referente aos CAD tem influenciado negativamente a capacidade de coordenação e de articulação entre as entidades que concebem as políticas, e quem as implementa.

Este aspeto foi já amplamente relevado noutros pontos deste relatório, nomeadamente no capítulo 2.2.4., onde se refere a criação do SICAD pelo Decreto-Lei n.º 17/2012, com a transferência das estruturas regionais e locais do IDT, IP para as Administrações Regionais de Saúde, IP (ARS, IP), sendo objeto de uma recomendação no domínio das conclusões.

Releva-se ainda um outro aspeto de natureza política que influenciou os resultados alcançados, que foi a redução do horário de trabalho da função pública para as 35 horas. A julgar pelos testemunhos dos peritos consultados, uma vez que não são conhecidos relatórios que avaliem todas as implicações desta medida no domínio dos CAD, o impacto desta medida terá sido relevante, e significativamente agravado pelas dificuldades preexistentes que resultaram da reestruturação dos serviços acima referida.

A perceção prevalecente é a de que as dificuldades e ineficiências que resultaram da separação das estruturas regionais e locais do órgão central - o SICAD, foram sendo colmatadas e ultrapassadas através dos contactos pessoais e das redes informais que já existiam quando todos os serviços estavam integrados no mesmo organismo. Com a redução da carga horária, as agendas reduziram drasticamente a possibilidade de acomodar outras iniciativas para além das que estão determinadas para cada serviço, reduzindo significativamente o efeito das redes de contactos informais na resolução de problemas e na eliminação de obstáculos à concretização dos objetivos no domínio dos CAD.

Para além deste efeito da redução do horário de trabalho, também as atividades realizadas aos diferentes níveis da cadeia de valor foram reduzidas ao fundamental, com a agravante de medidas contra os CAD não ter sido considerado essencial, em vários domínios. Esta foi uma das razões pelas quais não foi possível implementar a Rede de Referência/Articulação.

Por exemplo, no caso das consultas dos médicos de família e dos profissionais dos cuidados de saúde primários, verificou-se uma grande dificuldade em incluir novos parâmetros aos protocolos das suas consultas. Assim, apesar dos diagnósticos de identificação de CAD constituírem necessidades prementes de saúde pública, reduziu-se significativamente a disponibilidade dos profissionais para o fazerem, o que, a acrescentar à escassez de ferramentas e infraestruturas de suporte, limita significativamente as condições para a implementação desta medida estruturante.

No que respeita aos fatores económicos que influenciaram os resultados alcançados releva-se, em primeiro lugar, os impactos da crise financeira e económica de 2009, que se prolongou nos anos seguintes. Em termos nacionais, verificou-se que ao baixo nível de

crescimento económico, associou-se um muito baixo nível de investimento público, que se prolongou durante a década seguinte. Um dos seus efeitos foi, durante o período em que o PNRCAD 2013-2020 vigorou, a suspensão e/ou cancelamento de muitos projetos que, independentemente da sua valia, não geravam resultados imediatos, de curto prazo, que respondessem a necessidades urgentes, não sendo, por isso, de prioridade máxima, com a consequente descontinuação. Foram vários casos de projetos e programas no campo da prevenção e da reinserção, cujos impactos apenas se revelam *a posteriori*, em oposição às intervenções na área da redução de riscos e minimização de danos, que respondem a necessidades prementes como, por exemplo, os programas de metadona ou de troca de seringas. É evidente que a descontinuidade de projetos relevantes de prevenção ou de reinserção, tem impactos no muito importantes e generalizados no médio/prazo como, por exemplo, na idade de início dos consumos, nas prevalências de consumo nos últimos dias ou meses, ou até na perceção de disponibilidade de substâncias, que os futuros planos terão de identificar, caracterizar e mitigar.

A regulamentação dos jogos *online* é um desafio muito relevante, não só pelos seus impactos, como pela escassez de recursos especializados na matéria, que levanta problemas de intervenção, diferentes dos que se verificam noutros domínios, onde existe um profundo conhecimento e uma larga experiência dos profissionais em Portugal.

As novas tecnologias têm permitido o desenvolvimento de projetos que capacitam os promotores dos jogos on-line de conhecerem, não só o perfil rigoroso dos jogadores, como os seus comportamentos, e as suas vulnerabilidades. Assim, é fundamental que a regulamentação e a fiscalização destes novos fenómenos sejam coordenadas à escala europeia, até pela origem multinacional de uma parte significativa dos promotores destes jogos, pelas exigências de recursos e conhecimento que permitam dominar o fenómeno e combatê-lo, em todas as suas dimensões ilegais e imorais.

Por fim, no que respeita à política de preços de bebidas alcoólicas, esta baseia-se na aplicação de impostos específicos, com taxas diferenciadas por tipo de bebida alcoólica e revistas anualmente. Não obstante da política de preços estar enquadrada com a maioria dos países da União Europeia, esta deve ser continuamente revista para que seja ajustada com os objetivos de saúde pública.

Uma referência final para a questão das novas formas de organização do trabalho. Até ao início de 2020, esta evolução era evidente, mas progredia de forma paulatina. O surgimento da pandemia, nomeadamente, na Ásia, na Europa, e na América do Norte, teve um impacto muito significativo na organização do trabalho das economias mais desenvolvidas.

O teletrabalho, com o consequente isolamento dos trabalhadores do seu ambiente normal de trabalho e dos seus colegas, fornecedores e clientes, e o aumento das horas passadas em casa, em isolamento ou apenas com a família, terá certamente muitas implicações nas prevalências de consumo, não só de substâncias ilícitas, como de bebidas alcoólicas, no jogo e, especialmente, em novos tipos de adições, até agora relativamente pouco exploradas e estudadas, como a dependência do ecrã.

Este é certamente um tema que será uma prioridade da investigação científica no domínio dos comportamentos aditivos e dependências, a explorar nos próximos anos.

Em termos de fatores sociais que influenciaram os resultados alcançados a releva-se, em primeiro lugar alteração da estrutura demográfica, com uma tendência de clara inversão da pirâmide etária em Portugal e para o estreitamento da base (traduzindo a redução dos efetivos populacionais jovens, consequência, entre outros fatores, do decréscimo da

natalidade), e o alargamento do topo, o que corresponde ao aumento do número de pessoas idosas, devido ao aumento da longevidade.

Uma das consequências desta tendência de envelhecimento da população é a alteração do perfil dos consumidores e, conseqüentemente, dos padrões de consumo. Por um lado, verifica-se uma tipologia de prevalência do consumo de opiáceos e de substâncias relacionadas que é explicada pelo efeito coorte. Ainda que as prevalências recentes tendam a reduzir-se, pela menor atratividade destas substâncias entre os mais jovens, a prevalência ao longo da vida não regista o mesmo tipo de evolução, em consequência da maior longevidade dos consumidores mais velhos. Este fator tende também a gerar um agravamento das co-morbilidades, uma vez que a idade induz o surgimento de mais diversificados problemas de saúde, aumentando a importância de aumentar a diversidade de serviços prestados pelas estruturas de apoio aos consumidores.

A constatação de uma insuficiente resposta social ao fenómeno da pobreza, um outro fator social identificado, tem contribuído para que, em várias circunstâncias, as estruturas de apoio se transformem na sua função social. Assim, existe o risco de, em vez de intervirem especificamente na mitigação dos comportamentos aditivos e dependências, estas estruturas sirvam cada vez mais para apoiar pessoas sem recursos, que têm problemas de dependência, entre outros, desvirtuando e descaracterizando a sua função fundamental, que é a mitigação dos CAD.

Um outro fator social especialmente relevante nas camadas mais jovens da população é a não perceção dos riscos associados ao consumo de substâncias aditivas e a outros comportamentos que geram dependências. Trata-se de um fenómeno que não está suficientemente estudado, quer em termos de circunstâncias indutoras, quer dos seus efeitos, não só ao nível do consumo de substâncias ilícitas como de outras dependências, nomeadamente o consumo de bebidas alcoólicas e o jogo.

No entanto, existe um conjunto de aspetos que claramente podem estar a induzir o desenvolvimento deste fenómeno. Desde logo o sucesso verificado na redução da mortalidade associada ao consumo de substâncias ilícitas que, não obstante não ter relação com uma redução da potência das substâncias, uma vez que se verifica exatamente o efeito oposto, de tendência para o aumento da sua potência, induz uma conclusão errada de que as substâncias têm menores consequências sanitárias. Também o desenvolvimento das estruturas de apoio aos consumidores, móveis e fixas, tem provocado uma diminuição da visibilidade dos consumos, que tendem a realizar-se em ambientes e locais específicos. Por outro lado, o fenómeno das redes sociais, que provoca uma troca de informações entre os jovens, sem controlo, validação ou certificação. Por fim, alguma ausência de intervenções ao nível da prevenção, as quais são fundamentais para aumentar a consciência social dos riscos associados aos consumos, facilitando a divulgação de mensagens erradas

Ao nível tecnológico, subsiste um conjunto de bloqueios relevantes, que não só não permitem tirar partido das potencialidades das novas tecnologias, como têm afetado negativamente a capacidade de implementação de projetos estruturantes e a produtividade e eficiência de programas em curso.

Os dois principais problemas identificados relacionam-se com a falta de interligação das redes informáticas do SICAD com o sistema informático de suporte ao SNS, e a existência de procedimentos complexos e repetitivos que poderiam ser drasticamente melhorados com a sua digitalização.

A questão da falta de interoperabilidade dos sistemas informáticos foi sistematicamente referida como um bloqueio que impediu a implementação da Rede de Referência/Articulação, com todas as implicações já detalhadas neste relatório. Esta questão reflete-se igualmente no relacionamento do SICAD com os parceiros com potencial para geração de atrasos e entropias no desenvolvimento dos projetos.

Por outro lado, verifica-se que existem muitos ganhos potenciais de produtividade e eficiência, que podem ser gerados com um levantamento dos procedimentos, nomeadamente na vertente de registo de informação dos parceiros e disponibilização ao SICAD para monitorização de indicadores, controlo de projetos e gestão orçamental, a sua reformulação e digitalização. A criação de *workflows* de suporte a estas atividades pode gerar a poupança de uma quantidade significativa de horas, de um conjunto alargado de colaboradores, quer do SICAD quer das entidades parceiras, libertando recursos para atividades criadoras de valor, como uma gestão adequada dos programas em curso, como a identificação dos seus pontos fortes e fracos, e conseqüente introdução de melhorias, ou de criação de mapas de indicadores da situação do país mais atualizados e segmentados, ou ainda gestão orçamental dos planos nacionais e operacionais.

Por exemplo, os dados para os relatórios do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, como *Treatment Demand Indicator (TDI)* são enviados através de uma extensa folha de cálculo *excel*. Também a troca de informações com os CRI (Centro de Respostas Integradas) e com as DICAD, é realizado por folhas de cálculo em *excel* e documentos de texto, sem suporte de *workflows*.

Adicionalmente, deve ser realizado um trabalho de padronização, a nível central dos indicadores pretendidos, e de preferência com *webservices* que obtenham esses dados automaticamente.

Claramente, a ligação da rede informática do SICAD à rede do SNS e a informatização e digitalização dos processos de recolha e troca de informações, são fatores que influenciam decisivamente a qualidade das concretizações do Plano.

A necessidade de evolução para a utilização destas novas tecnologias também resulta da sua utilização por entidades externas ao SICAD, como por exemplo no jogo *online*, que lhes permite monitorizar e condicionar o comportamento dos jogadores. Importa, por isso, conhecer estas novas tecnologias, desenvolver as competências e os recursos que permitam, utilizá-las, tanto ao nível da procura como da oferta, nomeadamente em projetos de controlo, monitorização, fiscalização e mitigação dos CAD e ao tráfico. O estabelecimento de protocolos com instituições de ensino superior, que forme e certifique profissionais na área dos CAD com competências nas novas tecnologias, constitui um passo muito relevante para mitigar a escassez de recursos indicada.

5. Sustentabilidade

5.1 Existiu suficiente compromisso social e político, a nível central, regional e local, para garantir a sustentabilidade do plano?

A sustentabilidade constitui naturalmente um aspeto essencial da visão que orientou a elaboração do plano PNRCAD 2013-2020, como se pode ler a págs. 17 do documento:

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.

O tema da sustentabilidade encontra-se explicitamente mencionado num objetivo geral do plano (OG 5.5 Assegurar a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos e a sustentabilidade das políticas e intervenções) e declinado no objetivo específico 36 (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).

Neste âmbito foram definidas 4 ações para o PARCAD, das quais 3 ações foram consideradas executadas e uma parcialmente executada, conforme referido no RAI.

As ações consideradas executadas foram as seguintes: *Inventariação e validação de programas de intervenção, nacionais e internacionais, baseados na evidência (#122); a definição dos níveis de competências para uma intervenção qualificada nos CAD (#124); e a implementação de medidas relativas aos diferentes tipos de intervenção, que permitam o seu desenvolvimento com base em standards de qualidade, tendo em conta o ciclo de vida e os contextos (#125)*. Por outro lado, foi parcialmente executada a ação *Definição e planeamento e aplicação dos requisitos necessários para proceder à certificação/ acreditação de programas de intervenção em CAD (#123)*.

Como referido no Relatório de Benchmarking NOVA IMS (p. 49):

(...) não obstante a identificação de boas práticas nos quatro países analisados, a situação portuguesa é a mais favorável, podendo concluir-se que, em termos gerais, as políticas públicas portuguesas no domínio dos CAD são adequadas e eficazes, constituindo uma referência internacional.

Esta análise reforça a perspetiva de que a estratégia portuguesa de focalização das políticas de combate aos CAD no indivíduo, e não nas substâncias, e da não criminalização da posse de pequenas quantidades de drogas, foi acertada.

Um dos pilares da sustentabilidade do PNRCAD assenta, como resulta do que ficou dito, na sua integração, numa ótica de continuidade, numa estratégia que vem sendo seguida desde finais dos anos 90 do século passado, bem como do seu alinhamento com as estratégias que têm vindo a ser prosseguidas noutros domínios relevantes da saúde e com a própria estratégia europeia em matéria de comportamentos aditivos e dependências.

Com o PNRCAD 2013-2020 procurou-se avançar numa visão mais abrangente e integrada dos comportamentos aditivos e dependências, incluindo no seu âmbito outras temáticas, como sejam as NSP, o abuso de medicamentos e anabolizantes e o jogo.

Os resultados observados demonstram uma evolução globalmente positiva, que corrobora a sustentabilidade do rumo traçado, como assinado no Relatório de *Benchmarking NOVA IMS* (pp. 7 a 9):

A análise aos consumos por substância indica uma posição relativa muito favorável de Portugal. Considerando os 30 países europeus da amostra, ordenados por ordem decrescente das prevalências, Portugal surge acima da 23ª posição nas várias substâncias, com a exceção dos opioides, onde aparece na 6ª posição (...);

Na análise da mortalidade induzida pelo consumo de substâncias, Portugal surge muito bem posicionado, com apenas 4,5 mortes por milhão de habitantes, sendo apenas superado pela Bulgária e pela Roménia que, com apenas 2,4 casos por milhão de habitantes, regista o melhor desempenho.

No que respeita à prevalência do consumo de álcool, surge igualmente muito bem posicionado.

Ademais, o facto de mais de 76% das ações elencadas no PARCAD 2013-2016 terem sido executadas constitui um indicador relevante da existência de um compromisso central, regional e local, tanto a nível público, como privado, com a estratégia nacional plasmada no PNRCAD 2013-2020.

Mas, por outro lado, importa reconhecer alguns sinais de alerta em tema de sustentabilidade do modelo traçado, os quais poderão ter contribuído para que o grau de consecução das metas definidas no PNRCAD atingisse um nível modesto de 55%, considerando os indicadores apurados para 2016, conforme se encontra expresso no RAI .

Em primeiro lugar, no que concerne à evolução recente dos indicadores, e como detalhado noutra local deste relatório, observamos uma realidade heterogénea, i.e., com a globalidade dos indicadores a apresentarem valores muito positivos, mas com algumas tendências a merecerem especial reflexão (Relatório de Indicadores NOVA IMS, pp. 1 e segs.):

- No que concerne às substâncias psicoativas, parece possível concluir que o PNRCAD 2013-2020 foi elaborado numa situação de mitigação dos problemas relacionados com a droga. A maioria dos principais indicadores registou uma tendência de melhoria entre 2007 e 2012. Uma análise geral dos indicadores reflete que este quadro se inverteu entre 2012 e 2016 nas prevalências de consumo, no número de mortes e no número de processos de contraordenação relacionados com substâncias psicoativa.

- Relativamente ao álcool, verificamos, entre 2012 e 2016 verificou-se uma diminuição dos abstinentes e um aumento dos desistentes, num quadro de estabilização ou decréscimo de consumidores recentes e correntes. Os indicadores de consumo eram e continuam a ser inferiores aos da maior parte dos países da União Europeia, bem como o número de mortes por doenças atribuíveis ao álcool e a taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool apresenta uma tendência de decréscimo entre 2010 e 2017.

- No que respeita ao jogo, parece possível concluir que o período do PNRCAD 2013-2020 foi caracterizado por uma situação de mitigação das prevalências de jogadores sem problemas de dependência e, em contrapartida, por uma situação de crescimento das prevalências de jogadores com alguns problemas de dependência e com probabilidade de serem jogadores patológicos.

Em segundo lugar, afigura-se importante relevar que, em termos de compromisso central com a temática do CAD, alguns fatores de natureza política, não contribuíram da forma desejada para a sustentabilidade da estratégia e da intervenção, como sejam:

- I. O facto do Plano Nacional e a Coordenação Nacional terem, do ponto de vista legislativo, o seu papel de coordenação nacional limitado às drogas e ao álcool - relativamente aos medicamentos anabolizantes e jogo, só em julho de 2016 foi submetida proposta de revisão, que à data de elaboração do RAI (2018) ainda aguardava decisão (p. 19);
- II. Em sede de modelo de governação, a repartição de competências entre o SICAD e as ARS, resultante da extinção do IDT, e considerando as múltiplas competências e atribuições cometidas às cinco ARS, dificulta a coordenação das ações e o assegurar que a implementação das decisões é feita num sentido unitário e ao mesmo ritmo em todo o território nacional.

Neste sentido o modelo anterior mais especializado e integrado numa única estrutura, que subjazia à existência do IDT, afigurava-se mais eficiente deste ponto de vista.

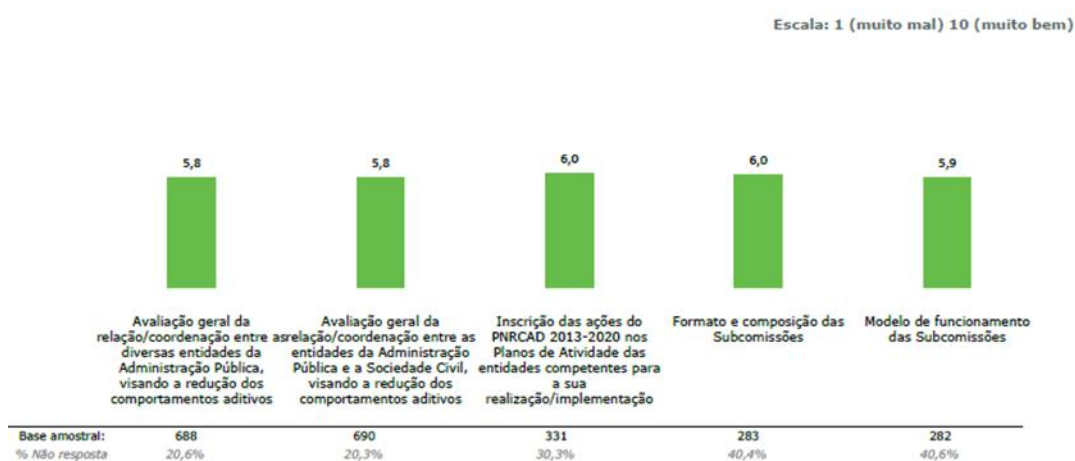
Como é reconhecido no RAI (pp. 24-25) as alterações estruturais introduzidas geraram alguma entropia, importando aumentar a integração das atuações.

Tal é percecionado como um aspeto menos conseguido e que dificulta a concatenação e a eficácia da atuação, como resulta tanto da apreciação qualitativa (vd. a síntese apresentada a págs. 15 do Relatório Qualitativo NOVA IMS), como da quantitativa:

Figura 5.1 - Avaliação da coordenação e, comportamentos aditivos e dependências

10.7. Coordenação

Avaliação da coordenação em comportamentos aditivos e dependências:



Fonte: Relatório Quantitativo NOVA IMS - Nova IMS, Avaliação Externa do PNRCAD 2013-2020: Relatório Quantitativo, setembro de 2020

Como se verifica as questões relativas à avaliação da coordenação recebem uma avaliação de apenas 5,8, e as demais não ultrapassam 6,0.

- III. Adicionalmente, tal como é expressamente mencionado no RAI (p. 68), um outro aspeto muito relevante deve ser mencionado e que se prende com a implementação da Rede de Referências/ Articulação

No âmbito do SICAD foram efetuadas as adaptações e correções solicitadas para a melhoria do Sistema, não tendo sido possível adaptar o mesmo para a Rede de Referência existente no Ministério da Saúde, por ainda não se ter verificado a adequação dos Sistemas geridos pela SPMS, EPE (RA 2013, 2014,2015, SICAD).

Verificou-se que no ciclo 2013-2016, a construção da Rede de Referência/ Articulação foi conseguida em articulação com os vários níveis de interventores, e considerada técnica e teoricamente bem concebida (Relatório do GT criado pelo Despacho n.º 174 – B/2017, de 24/02), mas terminada a sua elaboração não foi possível reunir condições para a sua implementação, incluindo a interface dos sistemas de recolha e tratamento da informação.

Em síntese, entende-se que a resposta à questão colocada: *Existiu suficiente compromisso social e político, a nível central, regional e local, para garantir a sustentabilidade do plano?* tem uma resposta positiva, mas mitigada pelos dados acima apontados, entendendo-se que na definição do próximo ciclo estas matérias deverão ser objeto de revisão e de uma definição clara ao nível político, para ulterior implementação pela Administração, nos seus diferentes *layers* funcionais e geográficos.

Neste sentido, recomenda-se que sejam, igualmente, ponderados os aspetos detalhadamente referidos a pp. 36 e segs. do Relatório Qualitativo, para os quais se remete.

5.2 Que fatores tiveram maior impacto relativamente à sustentabilidade do Plano?

A manutenção da sustentabilidade da estratégia nacional para a redução dos comportamentos aditivos e dependências é fortemente impactada por alguns constrangimentos verificados no decurso da execução do PNRCAD 2013-2020:

5.2.1 Fatores relevantes para a sustentabilidade da estratégia nacional para a redução dos CAD's

- i. **A complexidade e incompletude do modelo organizacional implementado e a indispensabilidade de consolidar a estrutura e de integrar sob a mesma coordenação as temáticas do jogo e dos medicamentos e anabolizantes;**

Como já referido acima, a estrutura de coordenação em Portugal é relativamente complexa quando comparada com outros parceiros europeus, com competências disseminadas por diversos órgãos e estruturas.

As alterações estruturais introduzidas geraram alguma entropia, tal como é reconhecido no RAI (pp. 24-25), importando aumentar a integração das atuações.

Aliás neste mesmo relatório (p. 15) refere-se que:

A atividade do Coordenador Nacional visa garantir a eficaz coordenação e articulação entre os vários departamentos governamentais envolvidos, assegurando o envolvimento

de todos os setores governamentais, através de liderança, estabelecimento de parcerias, advocacia e mediação com vista a alcançar melhores resultados em saúde. A não aprovação do alargamento da Estrutura de Coordenação aos Comportamentos Aditivos e Dependências introduziu distorções no modelo sistémico."

iii. A envolvente económica

O PNRCAD decorreu, na sua primeira fase num contexto de contração económica, emergente do plano de ajustamento acordado com os parceiros internacionais, na sequência do pedido de auxílio externo formulado por Portugal em 2011 o que influenciou negativamente a sua execução.

Ilustrando o exposto, podemos ler no RAI (p. 23):

No contexto específico dos comportamentos aditivos e das dependências com substância, foi possível antes da crise encontrar empregos para toxicodependentes em recuperação sobretudo em micro e pequenas empresas, através, entre outros, do Programa Vida-Emprego; muitos deles conseguiram encontrar novos equilíbrios, organizar as suas vidas e assumir compromissos como quaisquer outros cidadãos; contudo, durante a crise, muitas dessas empresas foram forçadas a encerrar e estes trabalhadores perderam as suas ocupações e o seu sustento. Sendo uma das características da sua doença a dificuldade de lidar com a frustração, assistimos a numerosas recaídas entre estes doentes. Acresce que muitas pessoas, confrontadas com dificuldades económicas, se dedicaram ao pequeno tráfico como recurso de sobrevivência.

Portugal é no contexto europeu um dos países que investe uma menor percentagem do respetivo PIB neste domínio: apenas 0.03%, i.e., cerca de um terço da média europeia.

A atual situação pandémica, com consequências económicas ainda não totalmente percebidas, importará em significativos impactos sociais, com potencial reflexo nos comportamentos aditivos e dependências.

Aliás, esta matéria encontra-se claramente relevada no Plano Estratégico do SICAD para o triénio 2020-2022, onde se escreve (p. 78):

Na análise das ameaças, pesam decisivamente os fenómenos associados à pandemia COVID – 19, a par de fatores que se manifestam de forma mais estrutural. Assim, um provável aumento da morbilidade, dos comportamentos de risco e de comportamentos desviantes por parte de algumas subpopulações com CAD poderão ocorrer neste contexto, o que constituirá um desafio à capacidade de planificar e implementar a intervenção.

Soma-se a isto o risco de ocorrência de uma mudança na alocação de fundos favorecendo o combate à pandemia, em detrimento de outras áreas da saúde, nomeadamente os CAD.

iv. A extensão e complexidade do plano

É comumente reconhecido que este constitui um fator que torna a execução mais difícil e aumenta o desafio associado à consecução das metas definidas.

Num mundo em constante mudança, importa ganhar agilidade, definindo horizontes de mais curta duração, melhorando a monitorização e capacidade de introduzir ajustamentos em tempo útil.

Por outro lado, um número muito elevado de objetivos e ações, mas sem metas de curto prazo suscetíveis de mensuração, torna menos sustentável no médio/ longo prazo a execução do plano, bem como requer maior esforço para manter o empenho continuado dos vários *stakeholders*.

Esta situação já se encontrava aliás reconhecida no próprio texto do PNRCAD 2013-2020, onde se pode ler (p. 8):

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.

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 (...)

Não obstante o acima referido, verificamos que comparando o Horizonte 2020 com o PARCAD 2013-2016, a estrutura se mantém em substância inalterada, com ajustes pontuais no que concerne a objetivos específicos, sendo o número de ações a empreender similar ao registado no quadriénio anterior, como aliás é expressamente mencionado no Horizonte 2020 – pp. 11-14.

v. A recolha e tratamento de informação relevante

Trata-se de um aspeto crucial, já reconhecido no RAI (p. 36) como uma das fraquezas identificadas na análise SWOT:

(...) verificaram-se dificuldades na monitorização das ações do Plano, e conseqüentemente na sua avaliação, decorrentes do elevado número de parceiros, das várias culturas de monitorização e reporte, do défice de inscrição das ações previstas em sede do Plano de Ação nos respetivos Planos de Atividades. Importa refletir sobre a redação ou formulação de algumas ações, o elevado número de objetivos específicos e sobre a necessidade de simplificar os indicadores de avaliação das ações.

vi. A criação do conhecimento

O Relatório Quantitativo NOVA IMS evidencia, para os itens relacionados com a criação de conhecimento científico uma avaliação que oscila, para os diferentes itens, entre 6.0 e 6.6.

No Relatório Qualitativo NOVA IMS resulta como oportunidade de melhoria a investigação e produção de conhecimento em matéria de jogo e internet.

O Relatório de Avaliação do Plano Estratégico 2017-2019 do SICAD enfatiza (e bem) o investimento feito a nível do SICAD na produção de *guidelines* em matéria de CAD, na partilha e transmissão de conhecimento ao nível interno e no fomento da investigação.

Mas, importa referir que os dados sobre a produção científica 2013-2020 compilados pelo próprio SICAD evidenciam uma clara predominância da temática das Drogas e do Álcool na produção científica nacional, com reduzida expressão dos temas do jogo e da internet, seja ao nível das dissertações de mestrado, teses de doutoramento ou artigos/ relatórios.

Adicionalmente, os dados coligidos pelo SICAD evidenciam ainda uma tendência de redução da produção científica, desde 2018 em diante, em valores que requerem, pela sua significância, análise e investigação atentas.

vii. A capacitação dos profissionais

A *Capacitação dos diferentes stakeholders para a Decisão / Ação* constituiu um dos quatro pilares do Plano Estratégico do SICAD 2017-2019 e, de acordo com a relatório de avaliação da sua execução

(...) envolveu um conjunto vasto e múltiplo de ações. Assim, ao longo destes três anos manteve-se a aposta na qualificação dos profissionais na área dos CAD, o que tem exigido do SICAD uma sistemática atenção às efetivas necessidades formativas. Este esforço vê-se refletido no desenho e implementação de uma oferta formativa permanente, verificando-se com uma grande procura dos cursos, com inscrições esgotadas imediatamente após a sua divulgação e nas avaliações de excelência obtidas nas ações formativas realizadas.

Não obstante, na avaliação quantitativa efetuada, nos 4 itens analisados as notações dos entrevistados diferem do panorama constante da avaliação interna – as pontuações oscilam entre os 5.8 e os 6.2, sendo mais penalizadas as avaliações da “Oferta formativa” e “Articulação dos serviços prestadores de formação qualificada com entidades regionais e locais”.

As avaliações negativas e neutras oscilam entre os 51% e os 60% do universo de respostas (para uma base amostral de várias centenas de respostas).

E, na análise SWOT constante do Plano Estratégico do SICAD 2020-2022, é expressamente referido que:

Dois domínios constituem o cerne das fragilidades evidenciadas, identificando-se dificuldades na gestão dos recursos humanos designadamente da sua insuficiência, da capacidade para a sua fixação na instituição, assim como no que se refere aos mecanismos de avaliação e recompensa de desempenho, o que implica uma atenção permanente dada ao reforço do clima organizacional. Por outro lado, a não existência de um Conselho Científico e de uma Comissão de Ética pode limitar o alcance da ação SICAD, nas suas vertentes técnico-normativas e de produção de conhecimento.

viii. A comunicação

Na avaliação da execução do PARCAD, todas as ações (11) relacionadas com a temática da comunicação foram dadas como executadas.

Não obstante, no Relatório Qualitativo NOVA IMS foram identificadas, pelos entrevistados, várias oportunidades de melhoria, nomeadamente em matérias de reformulação do site institucional do SICAD, de utilização das redes sociais como ferramenta de trabalho na prevenção dos CAD's, melhoria da comunicação entre os diferentes operadores públicos, bem como na conexão de informações e dados.

De igual modo, no Relatório Quantitativo NOVA IMS a notação atribuída a esta temática não é muito positiva – situando em 6.0 no que concerne à Avaliação geral da comunicação

no domínio dos comportamentos aditivos e dependências e em 5.9 no que respeita ao item de Campanhas de comunicação e ações de sensibilização.

Mais de 50% dos inquiridos dão notação negativa ou neutra a estes itens, sendo a percentagem de entrevistados que atribuem classificação de muito positivo de apenas 7.8%.

ix. A cooperação internacional

Tal como é referido no Relatório de Benchmarking NOVA IMS (p. 11),

Em dezembro de 2016 foi disponibilizado o relatório “Mid-Term Assessment of the EU Drugs Strategy 2013–2020 and Final Evaluation of the Action Plan on Drugs 2013–2016”. Neste documento é avaliada a coerência das estratégias nacionais de cada Estado-Membro com a estratégia europeia estabelecida para 2013–2020, a partir da análise dos seus cinco pilares: Redução da Procura, Redução da Oferta, Coordenação, Cooperação Internacional e Avaliação e Monitorização.

Portugal não pontua particularmente bem em matéria de cooperação internacional, tendo recebido notação de 1, numa escala de 0 a 3.

Não obstante, do ponto de vista interno, a cooperação internacional é vista como uma das valências mais conseguidas da estratégia nacional, atingindo uma pontuação de 7.2, numa escala da 0 a 10.

Esta perceção é corroborada no Relatório de Avaliação da Execução do Plano Estratégico 2017-2019 do SICAD, onde se verifica um grau de realização de 100% em matéria de objetivo estratégico 3.

Também na avaliação do PARCAD, das 17 ações previstas, 16 foram consideradas como executadas e 1 como parcialmente executada.

Em síntese, parece resultar clara a existência de algumas fragilidades em temas críticos para a criação de condições de sustentabilidade da estratégia, das políticas e dos resultados alcançados em matéria de redução dos CAD's.

Aqui, como noutros domínios, parece verificar-se alguma dissonância entre a avaliação interna do sucesso na implementação das ações e na concretização dos planos e a realidade demonstrada pelos indicadores objetivos, bem como na perceção que alguns relevantes *stakeholders* fazem dos temas em apreço.

Desta forma julga-se que importaria fomentar o desenvolvimento de métricas e a quantificação de objetivos, de modo a discernir quais são os cruciais para a consecução das metas e de que forma as ações podem ser medidas – tanto na perspetiva dos objetivos a alcançar pelas mesmas, como do seu contributo para os objetivos gerais e metas estabelecidas no PNRCAD.

Em sentido concordante com o que fica exposto veja-se, por exemplo, a ação 47 do Plano de Ação da EU de Luta Contra a Droga (2017-2020) onde é enfatizada a necessidade de “promover avaliações baseadas em dados científicos das políticas e intervenções aos níveis nacional, da UE e internacional.”

5.3 Faz sentido um orçamento para o Plano?

O tema é claramente abordado no RAI (p. 13):

O PNRCAD e o PARCAD que o operacionaliza não têm um Orçamento alocado. A execução orçamental das atividades previstas em sede do Plano de Ação decorre dentro dos orçamentos atribuídos às entidades responsáveis. A estimativa apurada para o quadriénio 2013-2016 das despesas diretas executadas pelas entidades responsáveis não é comparável com o valor apurado para o ciclo 2009-2012, uma vez que a metodologia de apuramento das despesas diretas não só varia de entidade para entidade, como nalguns casos, para uma mesma entidade, o cálculo em cada um dos dois ciclos foi diferente. Verifica-se uma evidente dificuldade na recolha dessa informação, também expressa pela generalidade das Subcomissões para as suas áreas específicas. Por outro lado, na generalidade das entidades responsáveis as despesas com os CAD estão incorporadas em categorias mais abrangentes, não sendo fácil a sua desagregação, impossibilitando o seu apuramento individualizado.

No mesmo sentido, o Portugal Country Drug Report 2019 onde se reconhece que:

Understanding the costs of drug-related actions is an important aspect of drug policy. Some of the funds allocated by governments for expenditure on tasks related to drugs are identified as such in the budget ('labelled'). Often, however, most drug-related expenditure is not identified ('unlabelled') and must be estimated using modelling approaches.

No Relatório Quantitativo NOVA IMS evidencia-se claramente que o orçamento é a temática mais penalizada das avaliações globais por tema transversal (vd. p.9):

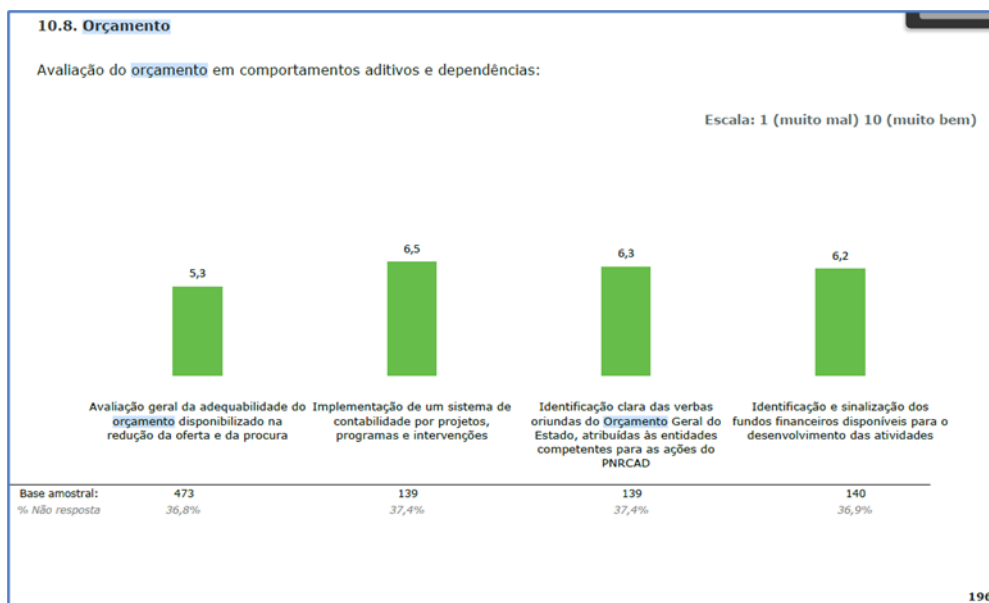
Figura 5.2 - Avaliações globais por tema transversal

Avaliações globais ¹ por Tema transversal	
Acompanhamento e avaliação do PNRCAD	6,2
Informação e investigação	6,5
Formação	6,2
Comunicação	6,0
Relações internacionais e cooperação	7,2
Qualidade	6,5
Regulação e legislação	6,4
Coordenação ⁵	5,8
Orçamento	5,3

Fonte: Relatório Quantitativo NOVA IMS - Nova IMS, Avaliação Externa do PNRCAD 2013-2020: Relatório Quantitativo, setembro de 2020

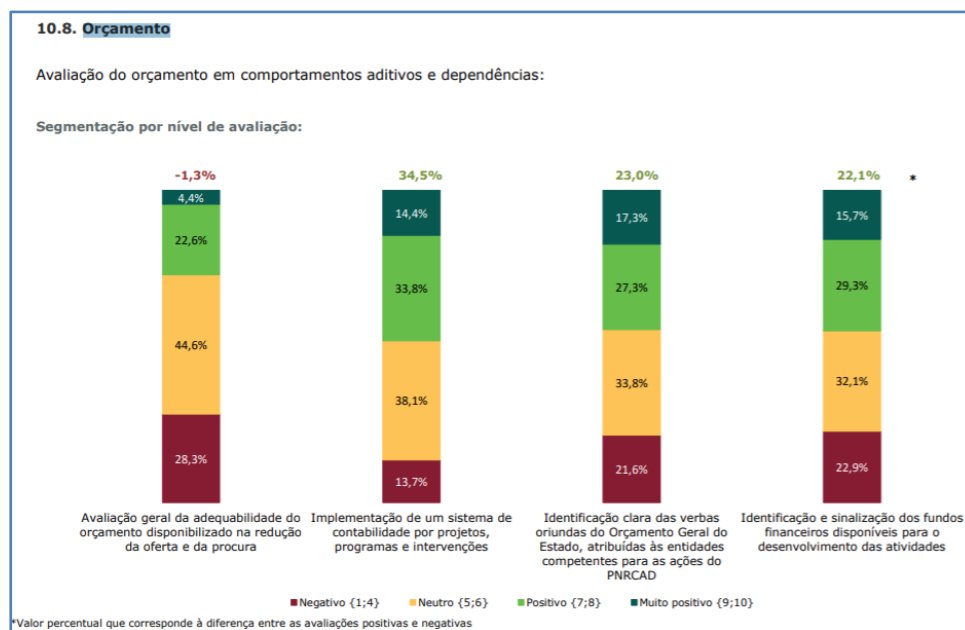
De igual modo, a págs. 196 e 197 do Relatório Quantitativo NOVA IMS, olhando ao detalhe das avaliações em matéria de orçamento, verificamos os seguintes resultados:

Figura 5.3 - Avaliação do orçamento em comportamentos aditivos e dependências



Fonte: Relatório Quantitativo NOVA IMS - Nova IMS, Avaliação Externa do PNRCAD 2013-2020: Relatório Quantitativo, setembro de 2020

Figura 5.4 - Avaliação do orçamento em comportamentos aditivos e dependências – segmentação por nível de avaliação



Fonte: Relatório Quantitativo NOVA IMS - Nova IMS, Avaliação Externa do PNRCAD 2013-2020: Relatório Quantitativo, setembro de 2020

A importância da existência de um orçamento efetivo e que compreenda a globalidade das atividades desenvolvidas está enfatizada na seguinte transcrição constante do RAI (p. 77):

A estimativa precisa das despesas públicas para a implementação das iniciativas de políticas de drogas ajuda os decisores políticos a planejar intervenções relevantes e a disponibilizar os fundos necessários às entidades responsáveis pela sua implementação. (...) as comparações entre países relativas ao nível e composição das despesas (...) podem ser úteis para os decisores que avaliam as políticas nacionais de drogas (OEDT de 2008).

E como se escreveu no Relatório de Benchmarking NOVA IMS (pp. 48-49):

No que respeita à avaliação e monitorização, cada vez mais, a capacidade de obter dados atualizados, e de os tratar, é fundamental para a gestão das políticas e dos programas no âmbito dos CAD. Para além disso, a necessidade de demonstrar a efetividade dos projetos e de calcular o seu value for money, tal como acontece, por exemplo, na Estratégia de Droga do Reino Unido, constitui uma prática que tende a generalizar-se.

Uma das evidências deste estudo é a necessidade, cada vez mais imprescindível, de sustentar as opções políticas neste domínio em processos simples e escrutináveis e em análises de custo-efetividade rigorosas.

Este estudo também demonstra que, sendo muito importantes os montantes investidos no combate aos CAD, o retorno desses investimentos depende da estratégia adotada e da eficácia da sua implementação.

Com efeito os recursos públicos, predominantemente resultantes da cobrança de impostos e taxas, são necessariamente finitos.

Somente através de uma criteriosa seleção das atividades a desenvolver, assente no conhecimento do custo implicado e do benefício esperado e da possibilidade de os medir de forma efetiva permite assegurar a sustentabilidade e eficácia das políticas, planos e ações desenvolvidas.

Afigura-se assim ser crucial caminhar no sentido de concretizar a orçamentação efetiva, nas diferentes estruturas e órgãos com intervenção na execução do PNRCAD, dos custos associados à execução das ações, à contabilização dos gastos incorrido e ao seu reporte ao SICAD, de acordo com uma metodologia uniformemente estabelecida e adotada.

Deverá ser igualmente planeada a realização de avaliações objetivas do *value for money* das ações empreendidas, de modo a avaliar da sua eficácia e da sua sustentabilidade económica.



6. Outras questões

6.1 Benchmarking com planos de outros países

6.1.1 O enquadramento da descriminalização é uma mais valia?

A política de descriminalização do consumo para consumo próprio de substância ilícitas, estabelecida no final de 2000, foi relevante para alterar as perceções relativamente à questão das adições e dependências, permitindo ver os consumidores como indivíduos com um problema resolúvel perante a intervenção de especialistas. Esta medida está associada a um plano focado no cidadão, que engloba um conjunto variado de medidas. A interação entre as mesmas torna mais complexa a quantificação do impacto isolado de cada uma nas prevalências do consumo.

Tendo por base o modelo econométrico desenvolvido (Anexo 1-B), verifica-se que, no contexto europeu, a descriminalização do consumo aparenta ser uma mais valia, na medida em que um país onde o consumo de canábis é uma contraordenação apresenta uma redução na prevalência do consumo de canábis de cerca de 54.9%, face a um país que criminaliza o consumo desta substância.

6.1.2 É preferível um Plano global ou por substância?

Em Portugal, a opção estratégica adotada no PNRCAD baseia-se num plano global. Isto pressupõe um plano focado no cidadão, em que este constitui o centro da conceptualização das políticas e intervenções, tendo como pressuposto base a importância de responder às necessidades dos indivíduos, de forma dinâmica no contínuo do seu ciclo de vida. Assim, visa intervir numa perspetiva da saúde e do bem-estar do cidadão, e não apenas no tratamento da sua doença.

A maior vantagem de um plano global face a um plano por substância prende-se com o facto de ser a única forma de atender os policonsumos, entre substâncias e entre dependências, com e sem substância, e de atender ao facto da existência de determinadas dependências que podem despoletar ou originar outro tipo de dependências. Assim, o plano global admite uma inter-relação entre dependências e comorbidades, permitindo que todos os tipos de consumidores, de toda a cadeia de redes e interações estejam contemplados no plano. Acresce um potencial aumento da eficácia das abordagens, em resultado da potenciação de melhores respostas integradas ao nível do diagnóstico e das respostas disponibilizadas nos cuidados ao cidadão.

A adoção desta estratégia tem vindo a emergir nos restantes países da União Europeia, contudo ainda é uma tendência em desenvolvimento (EMCDDA, 2017). Um plano global implica a implementação de diferentes respostas e mecanismos, tornando a avaliação das estratégias mais complexa e, simultaneamente, importante. Este é um domínio no qual a estratégia portuguesa se posicionou na vanguarda das melhores práticas internacionais. Não se pode, no entanto, deixar de chamar a atenção para a necessidade de se obter mais evidência empírica que confirme os benefícios teóricos desta estratégia, tendo de ser algo a confirmar, a longo prazo, através da avaliação contínua dos mecanismos adotados.

6.1.3 Qual a mais valia de uma coordenação nacional?

A abordagem às dependências em Portugal, não consiste somente na descriminalização do consumo, mas também no reforço da intervenção nas áreas de prevenção, tratamento, reinserção e criação de respostas na área de redução de riscos e minimização de danos (RRMD). Esta abordagem é possível devido à existência de uma coordenação nacional de toda a intervenção.

Na União Europeia, a necessidade de uma coordenação a nível nacional é amplamente aceite. Contudo, não se sabe ao certo o que essa coordenação deverá implicar exatamente. A coordenação é um conceito mal definido e difícil de medir, existindo uma grande variação de mecanismos de país para país, nos quais nem todos nomearam um coordenador nacional (EMCDDA, 2008; EMCDDA, 2017). Desta forma, investigação sobre a eficiência aos atuais mecanismos de coordenação nacional é um requisito para que se produzam melhorias.

Com base nos modelos econométricos desenvolvidos (Anexo 1-B), no contexto europeu, confirma-se que a existência de um plano nacional é uma mais valia, dado que um país que adote um plano nacional, terá uma prevalência do consumo de canábis menor de cerca de 22.2%, relativamente a um país que não adote um plano nacional.

Devido à complexidade e disponibilidade dos dados, não foi possível criar uma variável que representasse a coordenação nacional ao longo dos anos dos diferentes países. Contudo, a existência de um plano nacional torna particularmente verossímil a existência de uma coordenação nacional e verifica-se que os países considerados na análise têm uma coordenação nacional (EMCDDA, 2017). Deste modo, a variável analisada pode ser considerada uma *proxy* da coordenação nacional, demonstrando assim o seu benefício na redução das prevalências do consumo. Dada a diversidade de abordagens relativamente à coordenação nacional entre países, não é possível concluir qual a mais eficaz na redução da prevalência dos consumos, sendo apenas possível concluir que a coordenação nacional aparenta ser uma mais valia, de modo geral.

Complementarmente, ao longo das várias análises efetuadas no âmbito desta avaliação foram registadas evidências relativas à importância de um alargamento das competências da coordenação nacional, nomeadamente a outro tipo de dependências e comportamentos aditivos e dependências. Esta recomendação foi já observada em avaliações anteriores (e.g. PNCDT 2005-2012, Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012, Relatório de Avaliação Interna) e parece igualmente ser recomendada pela opção nacional de uma focagem no cidadão em detrimento da substância. Na verdade, parece difícil concretizar uma focagem integrada no cidadão quando o âmbito de competência ao nível dos CAD se encontra espartilhado entre diferentes estruturas. De igual forma, o desenvolvimento e implementação de planos nacionais parecem poder ser potenciados na sua amplitude e eficácia pelo alargamento das competências dessa estrutura.

6.2 Contexto legal e regulamentar

6.2.1 Enquadramento e metodologia

i. Introdução

O Direito, e em particular a legislação, na área da Saúde têm assumido crescente importância nas últimas décadas. Esta tendência deve-se ao facto da legislação (e respetiva regulamentação) na área da Saúde ser um elemento fundamental para a formulação de políticas, a implementação de planos de intervenção ou a construção e execução de programas educativos, tendo em vista influenciar os comportamentos individuais e das sociedades, procurando promover os estilos de vida mais condizentes com a saúde e o bem estar. De facto, a legislação na área da saúde continua a ser um poderoso instrumento para criar direitos e deveres, estabelecer princípios e modelos de comportamentos saudáveis, resolver conflitos de interesses entre diferentes partes interessadas numa mesma questão de saúde e estabelecer um padrão de equidade e justiça no que diz respeito ao necessário equilíbrio entre interesses e direitos individuais e saúde pública e coletiva e, não menos importante, impor limites e garantir uma equitativa distribuição de recursos (e custos)³.

O contexto dos comportamentos aditivos e dependências não é exceção a este potencial da legislação em saúde e em saúde pública em particular, muito pelo contrário, é até, nalguns aspetos, paradigmático. Centrando a atenção no contexto português, aqui mais relevante, resulta claro da análise à evolução histórica das estratégias e políticas públicas relacionadas com a droga e a toxicodependência (*latu sensu*) em Portugal - desde o consumo, ao consumo, à venda, à publicidade e ao tratamento, apenas para citar algumas dimensões - que as mesmas caminham em paralelo com a criação e implementação de legislação específica. Por outro lado, também as competências orgânicas e funcionais (a nível, nacional, local e regional) necessariamente estabelecidas e distribuídas para implementar, executar e fiscalizar as medidas resultantes de tais estratégias e políticas se definem, inelutavelmente, através da Lei.

Assim sendo, não surpreende que uma avaliação do Plano Nacional de Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências (doravante PNRCAD, ou simplesmente Plano), como a aqui realizada, se concretize também numa dimensão legislativa e regulamentar, com o objetivo de contextualizar e enquadrar o referido Plano sob o ponto de vista legislativo, analisar a sua sustentação e cumprimento e, bem assim, propor sentidos concretos para modificações legislativas entendidas como pertinentes. É precisamente este o escopo da presente secção do relatório.

³ Public Health: Current and Emergent Legal and Ethical Issues in a Nutshell. Faria PL, Cordeiro JV. 2014. in "Routledge Handbook of Medical Law and Ethics". Yann Joly, Bartha Maria Knoppers. (Eds.). ROUTLEDGE. ISBN: 0415628180.

ii. Metodologia

Tendo em vista a produção do presente relatório de avaliação e tendo como objetivo, primariamente, caracterizar, descrever e enquadrar a o tema procedeu-se, numa primeira fase, a uma revisão crítica da literatura relevante. Esta revisão narrativa da literatura consistiu na análise de documentos de natureza académica, científica e, essencialmente, jurídica, assim como literatura cinzenta, relacionados com o tema em avaliação. Em particular, a revisão da literatura incidiu sobre a análise de documentos e diplomas legais, a fim de identificar o quadro legal básico e selecionar os marcos normativos mais relevantes.

Tendo em vista a concretização do presente trabalho e respetivo relatório foram consultadas diferentes fontes/bases de dados, designadamente:

Natureza académica-científica

- B-on – <https://www.b-on.pt>
- PubMed - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- Mendeley Academic Library - <https://www.mendeley.com/>
- Scielo - <https://www.scielo.org/>
- Google Scholar - <https://www.scholar.google.pt>
- EBSCO - <https://www.ebsco.com>

Natureza jurídica

- DIGESTO/Diário da República Electrónico - <https://dre.pt/acerca-dodigesto>
- JusNet – WoltersKluwer - <https://jusnet.wolterskluwer.pt/>
- Base de dados legislativa - Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa - <http://www.pgdlisboa.pt/home.php>
- EUR-Lex - <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html>

Em complemento a esta análise, e tendo em vista a identificação de alterações específicas a operar no enquadramento normativo, foram conduzidas 35 entrevistas, com um conjunto de entidades especialmente relevantes no domínio dos comportamentos aditivos e dependências (CAD) em Portugal (Vd. a descrição dos entrevistados e datas de realização constante da p. 3 do Relatório Qualitativo NOVA IMS). As entrevistas foram objeto de transcrição e análise, tendo sido sintetizados os principais temas abordados e, posteriormente, sido apresentada, discutida e validada tal análise em sede de *steering committee* do projeto, sendo aqui apresentados os resultados destes diversos contributos.

6.2.2 Análise

i. Enquadramento legal

Antes de atendermos ao enquadramento legal nacional das diferentes dimensões sobre as quais incide o PNRCAD, importa fazer duas notas prévias sobre o enquadramento normativo internacional relevante.

Está naturalmente fora do âmbito da presente avaliação, e, por conseguinte, do presente relatório, realizar uma análise exaustiva do enquadramento normativo internacional dos comportamentos aditivos e das dependências. Essa análise pode encontrar-se noutros locais. Todavia, não poderia deixar de se evidenciar no presente relatório, um conjunto de documentos de natureza internacional, emanados da Organização das Nações Unidas (ONU) que, por serem seminais, conformam também a perspetiva nacional portuguesa.

São estes:

- A Convenção Única sobre Estupefacientes (1961) (aprovada para ratificação pelo Decreto-Lei n.º 435/70, de 12 de setembro), emendada pelo Protocolo de 1972 (aprovado em Portugal pelo Decreto n.º 161/78, de 21 de dezembro);
- A Convenção sobre as Substâncias Psicotrópicas (1971) (aprovado em Portugal pelo Decreto n.º 10/79, de 30 de janeiro);
- A Convenção contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas (1988) (ratificada pelo Decreto do Presidente da República n.º 44/91, de 6 de setembro).

A estes documentos acrescem outros, também essenciais para compreender e interpretar o espírito e a letra da legislação portuguesa sobre o tema e o próprio Plano aqui em avaliação, emanados pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Realizada esta nota prévia, prosseguindo, cumpre referir que, da análise realizada, resulta o seguinte enquadramento legal principal português constante do Anexo 1-D.

ii. O PNRCAD e a intervenção legislativa

Tal como já se deixou dito acima, é abrangente a capacidade de atuação do Direito, e em particular da legislação, da saúde e da saúde pública, na promoção de comportamentos saudáveis, na regulação de atividades em saúde sob um ponto de vista social, económico e político e na repressão e punição de condutas tidas por censuráveis. Tal é também verdade no que diz respeito aos comportamentos aditivos e dependências. Não surpreende, portanto, que o PNRCAD contenha diversas as referências ao potencial (e, nalguns casos, à necessidade) da intervenção legislativa, tendo em vista a prossecução dos seus objetivos, nas suas diferentes dimensões de atuação.

Quanto à dimensão da PROCURA, resulta claro do PNRCAD que, no que diz respeito ao consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, as intervenções concebidas e a implementar se deverão desenvolver inseridas num quadro legislativo adequado e capacitador da promoção da saúde e do acesso dos indivíduos aos cuidados e serviços de que efetivamente necessitem, maximizando os ganhos em saúde e bem-estar social. Nalguns aspetos (ver infra), é a própria intervenção legislativa que se impõe, a montante, para a prossecução desses mesmos fins.

Quanto à dimensão da OFERTA, resulta claro do PNRCAD que é fundamental a existência de intervenção legislativa que garanta a diminuição da disponibilidade e do acesso às substâncias ilícitas tradicionais e às novas substâncias psicoativas, a regulamentação do mercado das substâncias lícitas e respetiva fiscalização. Estes fins podem assegurar-se através da harmonização da lei existente ou da criação de nova legislação, sempre que apropriado.

Qualquer avaliação do PNRCAD quanto à componente legal e regulamentar terá necessariamente que colocar, no seu centro de atenção, os princípios estruturantes do Plano. Estes princípios constituem o espírito fundamental do PNRCAD e, conseqüentemente, devem presidir à interpretação das normas existentes, à integração de lacunas jurídicas e à identificação de alterações a operar na lei (ver infra).

São os seguintes os Princípios Estruturantes do Plano:

“Do humanismo, do pragmatismo, da centralidade do cidadão, da intervenção integrada, da territorialidade, da qualidade e inovação. A estes princípios acrescem os princípios da cooperação nacional e internacional, da prevenção, da segurança, da coordenação e racionalização de meios, da subsidiariedade e da participação, que transitam do anterior ciclo estratégico.”

Refira-se também que, mesmo necessitando de ser concretizados na lei aplicável, estes princípios devem ser percecionados como dotados de valor próprio e susceptíveis de servirem de base à fundamentação de decisões políticas e legislativas tendentes à concretização dos objetivos do Plano, uma vez que constituem o verdadeiro espírito do sistema de mitigação dos comportamentos aditivos e dependências, em Portugal.

Os objetivos gerais do PNRCAD são, simultaneamente, ponto de partida e de chegada para a atuação das funções legislativa e administrativa na área dos comportamentos aditivos e dependências.

A concretização de todos os objetivos, gerais e particulares, do PNRCAD implica um contínuo processo de monitorização e avaliação da componente legal e regulamentar, no que concerne ao que se fez e como se fez em ciclos estratégicos passados, a avaliação do status quo instituído no presente e a definição estratégica do que fazer e como fazer, no ciclo estratégico subsequente.

Cumprido, então, salientar que, como o próprio PNRCAD refere, resultou da avaliação interna anteriormente realizada que:

“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”.

Esta recomendação, como adiante se detalhará, permanece atual.

Por outro lado, como também refere o PNRCAD, a avaliação externa realizada confirmou a “originalidade da intervenção desenvolvida no âmbito da Dissuasão, ao abrigo da “lei da descriminalização” (Lei 30/2000), no contexto das políticas europeias e a importância que esta resposta pode assumir no panorama das estratégias nacionais para a diminuição do consumo de substâncias psicoativas e das dependências”.

Esta análise permanece atual também.

Já se referiu que a componente legal e regulamentar tem, certamente, um papel a desempenhar na concretização de todos os objetivos do PNRCAD. Contudo, entendeu o PNRCAD identificar expressamente dois objetivos em relação aos quais a legislação e a regulamentação (e, bem assim, a respetiva fiscalização) se apresentam como meios especiais de concretização:

- Garantir que a disponibilização, venda e consumo de substâncias psicoativas lícitas no mercado, seja feita de forma segura e não indutora de uso/consumo nocivo.
- Proporcionar oportunidades de jogo legal e seguro, e não indutor de comportamento aditivo.

Sem prejuízo do que adiante se apresentará em termos de propostas de intervenção legislativa, sempre se poderá desde já adiantar que estes objetivos, no que diz respeito à sua vertente legislativa e regulamentar, não se encontram ainda plenamente atingidos, em particular se atendermos, em jeito de análise comparativa, ao robusto enquadramento legislativo existente no que diz respeito às substâncias psicoativas ilícitas.

Apresentada esta análise dos aspetos fundamentais da componente legal e regulamentar do PNRCAD, importa avançar para recomendações e propostas fundamentadas de intervenção legislativa.

6.2.3 Propostas

i. Enquadramento, estrutura e competências do SICAD legal

a. Competências do SICAD

Resultou da análise realizada, que a sucessão das Administrações Regionais de Saúde (ARS, I. P.) nas atribuições do extinto Instituto da Droga e Toxicoddependência, I. P., operada por via legal, apesar de em grande medida pensada para ser um regime transitório, assumiu contornos de permanência. São exemplo disto mesmo a integração das unidades de intervenção local do extinto IDT nas ARS (Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências – DICAD) e a atribuição, também às ARS, da responsabilidade pela execução dos programas de intervenção local, do património e dos recursos humanos afetos às delegações regionais. A dispersão de competências e estruturas nacionais (cabe ao SICAD emanar as orientações nacionais referentes a estas intervenções) e regionais e locais (DICAD-ARS) diminui a eficiência e a capacidade de resposta.

PROPOSTA 1: Concentração no SICAD das estruturas regionais e locais das Administrações Regionais de Saúde (ARS) destinadas à Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD).

São os seguintes os principais diplomas legislativos (e respetivas normas) envolvidos:

- Decreto-Lei n.º 17/2012, de 26 de janeiro, aprova a orgânica do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (art. 2.º);
- Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro, aprova a orgânica das Administrações Regionais de Saúde, I. P.;

- Art. 12.º in fine, segmento não revogado pelo art. 6.º, al. b) do Decreto-Lei N.º 74/2016, de 8 de novembro);
- Estatutos das diferentes ARS:
 - ARS do Norte, I. P. - Portaria n.º 153/2012, de 22 de maio, aprova os Estatutos da Administração Regional de Saúde do Norte, I. P., com as alterações introduzidas pelo Portaria n.º 213/2013, de 27 de junho (art. 2.º e Anexo: arts. 1.º, n.º 2, al. h) e art. 10.º);
 - ARS do Centro, I. P. - Portaria n.º 164/2012, de 22 de maio, aprova os Estatutos da Administração Regional de Saúde do Centro, I. P., com as alterações introduzidas pelo Portaria n.º 214/2013, de 27 de junho (art. 2.º e Anexo: arts. 1.º, n.º 2, al. g) e art. 9.º);
 - ARS de Lisboa e Vale do Tejo, I. P. - Portaria n.º 161/2012, de 22 de maio, aprova os Estatutos da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P., com as alterações introduzidas pelo Portaria n.º 211/2013, de 27 de junho (art. 2.º e Anexo: arts. 1.º, n.º 2, al. g) e art. 9.º);
 - ARS do Alentejo, I. P. - Portaria n.º 157/2012, de 22 de maio, aprova os Estatutos da Administração Regional de Saúde do Alentejo, I. P., com as alterações introduzidas pelo Portaria n.º 210/2013, de 27 de junho (art. 2.º e ANEXO: arts. 1.º, n.º 2, al. f) e art. 8.º);
 - ARS do Algarve, I. P. - Portaria n.º 156/2012, de 22 de maio, aprova os Estatutos da Administração Regional de Saúde do Algarve, I. P., com as alterações introduzidas pelo Portaria n.º 212/2013, de 27 de junho (art. 2.º e Anexo: arts. 1.º, n.º 2, al. f) e art. 8.º)

b. Competências do Coordenador Nacional / Diretor-geral do SICAD

Resultou da análise realizada que, numa dimensão material, concretamente no que diz respeito às dependências legalmente definidas, as competências do Coordenador Nacional / Diretor-geral do SICAD são, sem causa justificativa aparente, reduzidas em relação às competências do próprio SICAD, cingindo-se à droga, toxicodependências e uso nocivo do álcool.

PROPOSTA 2: Alargamento das competências do Coordenador Nacional / Diretor-geral do SICAD a outro tipo de dependências e comportamentos aditivos, designadamente ao tabaco, jogo e novas dependências (ex. écrans)

São os seguintes os principais diplomas legislativos (e respetivas normas) envolvidos:

- Decreto-Lei n.º 1/2003, de 6 de janeiro, Reorganiza as estruturas de coordenação contra a droga e à toxicodependência, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 40/2010, de 28 de Abril (art. 9.º);
- Decreto-Lei n.º 17/2012, de 26 de janeiro, aprova a orgânica do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (art. 4.º).

c. Competências das CDT

Resultou da análise realizada que as CDT possuem, nalguns domínios, competências demasiado restritas e autonomia limitada. São exemplos concretos disto mesmo a incapacidade de intervenção das CDT em processos relacionados com substâncias lícitas (e.g. condução sob efeito de álcool/estupefacientes, consumo de álcool ou tabaco por

menores, e outros consumos condicentes a dependências que são ilegais), bem como a obrigatoriedade das CDT suspenderem os processos de dissuasão sempre que os consumidores sem registo de processo contra-ordenacional anterior sejam considerados consumidores não toxicodependentes.

PROPOSTA 3: Alargamento das competências das CDT para intervir nos processos relacionados com substâncias lícitas, nomeadamente condução sob efeito de álcool/estupefacientes, consumo de álcool ou tabaco por menores, e outros consumos condicentes a dependências que são ilegais (a presença de menores nas CDT, pressupõe o acompanhamento por responsável legal)

São os seguintes os principais diplomas legislativos (e respetivas normas) envolvidos:

- Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro, Define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica, (com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 114/2011, de 30 de Novembro)

PROPOSTA 4: Aumentar autonomia da CDT no que diz respeito à atual obrigatoriedade de suspender os processos de dissuasão sempre que os consumidores sem registo de processo contra-ordenacional anterior, sejam considerados consumidores não toxicodependentes, prevendo a possibilidade de suspender provisoriamente o processo, com ou sem plano individual de intervenção ou acompanhamento.

São os seguintes os principais diplomas legislativos (e respetivas normas) envolvidos:

- Lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro, Define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 114/2011, de 30 de Novembro (art. 11.º, n.º 1).

ii. Substâncias Psicoativas (Consumo)

Resultou da análise realizada que as quantidades máximas de substâncias psicoativas para consumo próprio (incluindo as Novas Substâncias Psicoativas) são definidas sem um critério científico perceptível e escrutinável. Consequentemente, encontram-se estabelecidas na lei quantidades que poderão encontrar-se desatualizadas ou em vias de desatualização.

PROPOSTA 5: Estabelecer que as quantidades máximas de substâncias psicoativas para consumo próprio (incluindo NSP), devem ser definidas de acordo com uma fórmula de cálculo conhecida e resultante das conclusões de uma task-force de peritos.

São os seguintes os principais diplomas legislativos (e respetivas normas) envolvidos:

- Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, revê a legislação contra a droga, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 58/2020, de 31 de agosto (arts. 40.º e 43.º e tabelas I a IV));
- Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro, regulamenta o Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro (revê a legislação contra a droga), com as alterações introduzidas pelo Decreto Regulamentar n.º 2/2020, de 4 de agosto, (arts. 13.º e segs., 22.º e segs e 31.º e segs);

- Portaria n.º 94/96, de 26 de Março, define os procedimentos de diagnóstico e dos exames periciais necessários à caracterização do estado de toxicodependência - retificada pela Declaração de Retificação n.º 11-H/96, de 29 de Junho (DR 29 Junho), (art. 9.º);
- Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro, define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a protecção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 114/2011, de 30 de novembro (art. 10.º).

iii. Álcool – Preço mínimo/taxação

Resultou da análise realizada que a previsão legal no que diz respeito à (ausência de) taxaço do vinho em sede de IABA - Imposto sobre o Álcool e as Bebidas Alcoólicas, colide com o espírito (e a letra) do PNRCAD, desde logo com o paradigma de dissuasão aí vigente.

PROPOSTA 6: Elaborar um estudo exaustivo dentro do FNAS para a introdução de IABA no vinho.

São os seguintes os principais diplomas legislativos (e respetivas normas) envolvidos:

- Decreto-Lei n.º 73/2010, de 21 de Junho, No uso da autorização legislativa concedida pelo artigo 130.º da Lei n.º 3-B/2010, de 28 de Abril, aprova o Código dos Impostos Especiais de Consumo, transpondo a Directiva n.º 2008/118/CE, do Conselho, de 16 de Dezembro, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 49/2020, de 24 de agosto (art. 66.º e 72.º);
- Decreto-Lei n.º 50/2013, de 16 de abril, Cria um novo regime de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 106/2015, de 16 de junho.

iv. Medicamentos Anabolizantes

Resultou da análise realizada que a previsão criminal (ilícitos de mera ordenação social e ilícitos penais) no que diz respeito especificamente à dopagem se centram ao desporto de competição – praticantes desportivos e seu pessoal de apoio.

Por outro lado, resulta também da análise realizada que as coimas previstas para as contra-ordenações previstas na lei antidopagem no desporto não são suficientemente dissuasoras.

Resultou ainda da análise que permanecem dificuldades na identificação da entidade fiscalizadora competente (ADoP versus ASAE) para os casos de dopagem em atividade desportiva fora de um contexto de prática federada, tal como a prática desportiva recreativa.

PROPOSTA 7: Ampliar a tipificação contraordenacional e penal da dopagem a um universo maior que aquele do desporto de competição.

PROPOSTA 8: Aumentar, de forma proporcionada, a medida das coimas previstas na lei antidopagem no desporto.

PROPOSTA 9: Clarificar, por via legislativa, a entidade fiscalizadora competente para os casos de dopagem em atividade desportiva fora de um contexto de prática federada, tal como a prática desportiva recreativa.

São os seguintes os principais diplomas legislativos (e respetivas normas) envolvidos:

- Lei n.º 38/2012, de 28 de agosto, Aprova a lei antidopagem no desporto, adotando na ordem jurídica interna as regras estabelecidas no Código Mundial Antidopagem, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 111/2019 de 10 de setembro (arts. 1.º a 3.º, 16.º e segs. e 49.º a 51.º).

v. Jogo

Resultou da análise realizada que do enquadramento normativo do jogo não transparece, pelo menos de forma nítida, que esta atividade se afigura como uma atividade com significativo potencial aditivo e como uma possível dependência, o que resulta, num enquadramento normativo de reduzido potencial dissuasor. Este facto contrasta com a integração do jogo no âmbito do PNRCAD e com o espírito deste Plano. Mais resulta da análise efetuada que a publicidade ao jogo e apostas encontra no enquadramento normativo vigente uma insuficiente limitação às práticas de publicidade de cariz emocional, não sendo o conceito indeterminado de “publicidade socialmente responsável” previsto na lei, suficiente para limitar, por via legal, as práticas publicitárias comuns, suprarreferidas.

PROPOSTA 10: Revisão do enquadramento legislativo do jogo, no sentido de tratar esta prática como um comportamento com potencial aditivo e uma dependência, focando a intervenção nas áreas da formação, acessibilidade e fiscalização, estabelecendo princípios verdadeiramente dissuasores e limitando claramente, por via legal, os comportamentos indutores.

PROPOSTA 11: Estabelecer proibição clara de publicidade a jogos e apostas que incentive as mesmas com base em aspetos emocionais/irracionais.

São os seguintes os principais diplomas legislativos (e respetivas normas) envolvidos:

- Decreto-Lei n.º 422/89, de 2 de Dezembro, Reformula a Lei do Jogo (com as alterações introduzidas pela Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto);
- Decreto-Lei n.º 84/85, de 28 de Março, Estabelece normas relativas à organização e exploração dos concursos de apostas mútuas denominados «totobola» e «totoloto», com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 114/2011, de 30 de novembro;
- Decreto-Lei n.º 330/90, de 23 de Outubro, Aprova o Código da Publicidade, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 30/2019, de 23 de abril (arts. 6.º e seguintes, maxime art. 13.º e art. 21.º).

vi. Novas Substâncias Psicoativas

Resultou da análise realizada que as Novas Substâncias Psicoativas (NSP) têm acolhimento legal insuficiente. Concretamente, a lista legal de substâncias psicoativas encontra-se desatualizada e, por outro lado, as NSP não constam da lei que regulamenta as restantes substâncias.

PROPOSTA 12: Estabelecer um modelo de atualização sistemática das substâncias na lei, usando como base o modelo em vigor na Região Autónoma da Madeira⁴.

PROPOSTA 13: Incluir NSP na lei que regulamenta as restantes substâncias.

São os seguintes os principais diplomas legislativos (e respetivas normas) envolvidos:

- Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, Revê a legislação contra a droga, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 58/2020, de 31 de agosto (tabelas I a VI));
- Decreto-Lei n.º 54/2013, de 17 de abril, Procede à definição do regime jurídico da prevenção e proteção contra a publicidade e comércio das novas substâncias psicoativas (art. 3.º);
- Portaria n.º 154/2013, de 17 de abril, Aprova a Lista de novas substâncias psicoativas (ANEXO);
- Decreto Legislativo Regional n.º 28/2012/M, de 25 de outubro, Aprova normas para a proteção dos cidadãos e medidas para a redução da oferta de «drogas legais», com as alterações introduzidas pelo Decreto Legislativo Regional n.º 7/2017/M, de 8 de março (art. 2.º, n.º 4).

vii. Intervenção - Plano Operacional de Repostas Integradas (PORI)

Resultou da análise realizada que os diagnósticos territoriais não são objeto de atualização periódica obrigatória. Estes diagnósticos são fundamentais para a definição de estratégias e a identificação de prioridades necessárias à intervenção e à implementação de Programas de Respostas Integradas (PRI), no âmbito do Plano Operacional de Repostas Integradas (PORI), à escala nacional, bem como para a posterior acreditação e a certificação de unidades, serviços, equipas e programas. Acresce que os últimos diagnósticos territoriais realizados carecem já de atualização, uma vez que decorreu um período temporal significativo desde as últimas análises de índole semelhante.

PROPOSTA 14: Estabelecer o enquadramento legal que estabeleça a atualização periódica dos diagnósticos territoriais, definindo uma periodicidade, no mínimo, quadrienal.

São os seguintes os principais diplomas legislativos (e respetivas normas) envolvidos:

- Portaria n.º 27/2013, de 24 de janeiro, aprova o Regulamento que Estabelece as Condições de Financiamento Público dos Projetos que Constituem os Programas de Respostas Integradas (arts. 2.º e 3.º);
- Portaria n.º 748/2007, de 25 de Junho, aprova o Regulamento Que Estabelece as Condições e o Procedimento de Criação e Funcionamento de Programas e de Estruturas Sócio-Sanitárias de Redução de Riscos e Minimização de Danos (art. 3.º);

⁴ “Como é de conhecimento público o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência tem por ação tratar e produzir informações de natureza estatística, documental e técnica sobre as drogas e a toxicodependência. Nesse âmbito, um dos domínios prioritários da sua atividade é a manutenção de um sistema de alerta rápido e avaliação dos riscos das novas formas de consumo de novas substâncias psicoativas que são devidamente identificadas em listas próprias, atualizadas anualmente” e “Caso seja necessário, e com base nas listas das novas substâncias psicoativas do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) deve o membro do Governo Regional competente na área da Saúde atualizar os Anexos I e II através de Portaria.”

Cfr, respetivamente, Preâmbulo e art. 2.º, n.º 4 do Decreto Legislativo Regional n.º 28/2012/M, de 25 de outubro.

- Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de Junho, aprova o regime geral das políticas de prevenção e redução de riscos e minimização de danos (art. 2.º, 5.º, 73.º a 75.º).

6.2.4 Síntese

A análise constante deste relatório de componente legal e regulamentar foi realizada tendo presente os princípios estruturantes do PNRCAD e considerando os objetivos e metas definidos no mesmo.

Foi enquadrado o papel do Direito da Saúde e da legislação e regulamentação em particular, no que diz respeito à mitigação dos comportamentos aditivos e as dependências. Foi posteriormente analisado o enquadramento normativo específico das diferentes dimensões materiais do PNRCAD e analisada a perspetiva da intervenção legislativa no próprio Plano em avaliação.

Finalmente, formularam-se propostas fundamentadas concretas, tendo em vista a concretização dos objetivos do PNRCAD, de acordo com os seus princípios fundamentais.

Torna-se, contudo, essencial referir que as propostas aqui formuladas carecem de avaliação e revisão periódica e informada, concretamente através da sua análise por um grupo de peritos a definir, da colocação das propostas à discussão entre stakeholders relevantes, do envolvimento de uma equipa jurídica no que diz respeito ao apoio à eventual elaboração de articulados concretizadores e da elaboração de caderno de encargos a submeter à tutela.

Cumprindo, para terminar, identificar o impacto esperado das propostas realizadas na estratégia contra as dependências. Ao contrário de outras intervenções, o impacto das leis é, em si mesmo, muito difícil de estimar (e, mais difícil ainda, de mensurar) a posteriori. Mais complexo ainda é realizar uma estimativa precisa do impacto das leis a priori, isto é, em jeito de prognose. Contudo, podemos, para concluir, indicar que é esperado que as propostas realizadas contribuam para:

- Melhorar a coordenação dos CAD abrangidos pelo PNRCAD, através do alargamento das competências da Coordenação a outros comportamentos aditivos e dependências;
- Prevenir, dissuadir, reduzir e minimizar os problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas, os comportamentos aditivos e as dependências;
- Reduzir a disponibilidade das drogas ilícitas e NSP no mercado;
- Garantir que a disponibilização, venda e consumo de substâncias psicoativas lícitas no mercado, seja feita de forma segura e não indutora de uso ou consumo nocivo;
- Promover o uso racional dos medicamentos em articulação com as entidades responsáveis;
- Proporcionar oportunidades de jogo legal e seguro, e não indutor de comportamento aditivo.

Em paralelo, projeta-se e recomenda-se que a intervenção legislativa no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências possa realizar-se tendo em vista a melhoria da qualidade dos serviços, a garantia da segurança dos utentes, o respeito pelos seus direitos e atentos os seus deveres, a capacitação profissional e a valorização do conhecimento científico, prevendo mecanismos de monitorização e avaliação regulares e tendo em consideração a necessária partilha de informação e a clareza na comunicação dos objetivos

a atingir. Também se recomenda a necessária harmonização com o enquadramento jurídico da União Europeia e o Direito Internacional, observando uma lógica de cooperação internacional com as instituições competentes.



7. Conclusões

7.1 Contributo do plano para implementação do modelo de intervenção

O PNRCAD 2013-2020 assenta nas mais avançadas abordagens de saúde pública a nível internacional, encontrando-se alinhado com uma perspetiva de redefinição das políticas e dos serviços de saúde, o que contribui para a continuidade da implementação eficaz do modelo integrado de intervenção.

Pela positiva, releva-se, o consenso alcançado em matéria de políticas públicas sobre CAD, que pode estar associado ao progressivo desaparecimento da agenda mediática e, conseqüentemente, social e política, dos problemas associados aos CAD. Parece existir uma evolução muito significativa das perceções predominantes na sociedade portuguesa, relativamente à questão das adições e dependências, bem como aos consumidores, enquanto indivíduos que têm um problema, passível de intervenção de especialistas, em total contraste com a visão existente no período anterior à Lei da Descriminalização, em que o estereótipo do consumidor estava frequentemente associado a indivíduos desinseridos da sociedade, que recorriam à prática de crimes como meio de subsistência.

O atual consenso relativamente às políticas públicas sobre CAD resulta, de igual modo, do já mencionado reconhecimento internacional dos méritos da política portuguesa, que indiscutivelmente confere um elevado grau de legitimidade às opções tomadas.

Do ponto de vista da organização do modelo de intervenção, a opção portuguesa assenta na coordenação interministerial e na articulação intersectorial entre os diferentes parceiros para a definição e execução das políticas em matéria de CAD, por via da convergência de objetivos, recursos e estratégias. A criação das subcomissões da Comissão Técnica do Conselho Interministerial, compostas por cerca de 80 profissionais de aproximadamente 20 direções-gerais e institutos públicos, PGR e CSM, reflete o compromisso de um conjunto muito vasto de entidades em trabalharem no sentido da realização do PNRCAD 2013-2020.

A conceção deste plano está sustentada no trabalho das subcomissões que, numa perspetiva *bottom up*, elaboram documentos de síntese, que são avaliados e articulados através dos respetivos coordenadores, os quais estabelecem as pontes de articulação com os restantes órgãos da estrutura de coordenação. As subcomissões também têm a responsabilidade do acompanhamento e da monitorização contínua do PNRCAD 2013-2020 e dos Planos Operacionais.

No entanto, identificaram-se algumas dificuldades no seu funcionamento, com reflexos na concretização dos objetivos, resultantes, essencialmente da indisponibilidade temporal de alguns dos seus membros, dada a sua dedicação parcial aos trabalhos de diversas comissões, e também da não substituição atempada de alguns dos representantes dos Serviços nas Subcomissões. Adicionalmente, a estrutura de coordenação não abrange todas as áreas governamentais contempladas no PNRCAD 2013-2020.

Assim, no decorrer do ciclo 2013-2016, e em cumprimento da ação 126 do Plano de ação, a Comissão Técnica propôs e aprovou o alargamento da Estrutura de Coordenação aos medicamentos e anabolizantes e ao jogo, propondo igualmente a alteração da designação da Estrutura de Coordenação para os “Comportamentos Aditivos e as Dependências”. A

proposta contempla ainda a inclusão no Conselho Interministerial de áreas do Governo que concorrem para os objetivos e metas do PNRCAD 2013-2020 e/ou com competências na implementação de ações previstas no PARCAD 2013-2016, designadamente, do Ordenamento do Território; da Juventude; do Desporto; da Cidadania e da Igualdade de Género, omissas no Decreto-Lei n.º 40/2010, de 28 de abril, bem como a alteração do formato das Subcomissões. Esta proposta foi submetida à tutela em 21 de julho de 2016 pelo Coordenador Nacional, aguardando-se ainda uma decisão

Relativamente à mudança da conjuntura, o Plano pressupôs que o SICAD retomaria a responsabilidade sobre as atividades de intervenção direta junto dos cidadãos dos serviços públicos de proximidade, o que não aconteceu. Assim, o Plano foi construído para uma estrutura, cuja cisão gerou dificuldades na implementação de medidas, cujas tutelas e recursos passaram a ser distintos, obrigando a uma coordenação repartida.

No que respeita à Rede de Referência/ Articulação, não obstante terem sido congregados e consolidados os esforços de todas as entidades relevantes para a sua conceção, produzindo-se um projeto ao nível das melhores práticas internacionais, ainda não foi possível a sua implementação por motivos atribuíveis à inexistência de um interface dos sistemas de recolha e tratamento da informação, e por questões organizacionais, nomeadamente a perda de prioridade resultante de um menor nível de contacto entre as entidades envolvidas, que conduz igualmente a um ao menor envolvimento dos profissionais responsáveis pela sua implementação.

Saliente-se ainda um outro aspeto de natureza política que influenciou os resultados alcançados, que foi a redução do horário de trabalho da função pública para as 35 horas. A julgar pelos testemunhos dos peritos consultados, uma vez que não são conhecidos relatórios que avaliem todas as implicações desta medida no domínio dos CAD, o impacto desta medida terá sido relevante, e significativamente agravado pelas dificuldades preexistentes que resultaram da reestruturação dos serviços acima referida.

A perceção prevaiente é a de que as dificuldades e ineficiências que resultaram da separação das estruturas regionais e locais do órgão central, o SICAD, criado com o Decreto-Lei n.º 17/2012 foram sendo colmatadas e ultrapassadas através dos contactos pessoais e das redes informais que já existiam quando todos os serviços estavam integrados no mesmo organismo. Com a redução da carga horária, as agendas reduziram drasticamente a possibilidade de acomodar outras iniciativas para além das que estão determinadas para cada serviço, reduzindo significativamente o efeito das redes de contactos informais na resolução de problemas e na eliminação de obstáculos à concretização dos objetivos no domínio dos CAD.

Para além deste efeito da redução do horário de trabalho, também as atividades realizadas aos diferentes níveis da cadeia de valor foram reduzidas ao fundamental, com a agravante de o tema de mitigação dos CAD não ter sido considerado essencial, em vários domínios. Esta foi uma das razões pelas quais não foi possível implementar a Rede de Referência/ Articulação.

Por exemplo, no caso das consultas dos médicos de família e dos profissionais dos cuidados de saúde primários, verificou-se uma grande dificuldade em incluir novos parâmetros aos protocolos das suas consultas. Assim, apesar dos diagnósticos de identificação de CAD constituírem necessidades prementes de saúde pública, reduziu-se significativamente a disponibilidade dos profissionais para o fazerem, o que, a acrescentar à escassez de

ferramentas e infraestruturas de suporte, limita significativamente as condições para a implementação desta medida estruturante.

Do ponto de vista substantivo, o PNRCAD 2013-2020 veio proceder ao alargamento do enfoque de atuação para outros domínios, além das toxicodependências, passando a compreender o vasto leque dos CAD, que o ciclo estratégico 2013-2020 estabelece o princípio da centralidade no cidadão. Não obstante, a ausência do Plano de determinadas dependências ou comportamentos aditivos, como o tabaco, não impedindo o princípio da centralidade no indivíduo, limita a abrangência da aplicação deste princípio.

No que se refere à redução da procura, estabeleceu-se o pressuposto da centralidade no indivíduo no desenvolvimento de intervenções globais e abrangentes, considerando o seu contexto e ciclo de vida, e os diferentes tipos de intervenções que contribuam para a promoção da sua saúde e bem-estar: prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos (RRMD), tratamento e reinserção social.

Neste domínio, a conceptualização do quadro das opções das políticas e das intervenções a partir da centralidade no cidadão, está associado à discriminação pelas etapas do ciclo de vida e pelos contextos de pertença. A abordagem por ciclo de vida permite direcionar as intervenções em função das especificidades e idiosincrasias em cada fase. A definição de objetivos específicos por etapa do ciclo de vida demonstrou uma enorme vantagem de assegurar que nenhuma fase é omitida, nomeadamente a dos adultos acima dos 65 anos. No entanto, a escassez de informação disponível para a caracterização dos perfis e comportamentos dos indivíduos em cada uma destas etapas, prejudicou a definição de ações e objetivos detalhados. A abordagem por contextos é também muito importante na medida em que o espaço partilhado por indivíduos poderá estar associado a determinados comportamentos de risco ou problemas de saúde. As questões do género e étnicas não foram discriminadas no atual plano, não obstante a perceção de que existem padrões distintos, em cada uma das categorias, que importa relevar. As prevalências identificadas, tanto no que respeita às substâncias ilícitas como às dependências sem substância, são igualmente distintas entre homens e mulheres, relevando a necessidade de se aprofundar o conhecimento segmentado destes diferentes géneros e de identificar ações específicas para os mitigar. A importância da imigração em Portugal, teve o efeito de também desenvolver comportamentos diferentes entre as várias comunidades, que devem ser consideradas e geridas.

No que se refere à redução da oferta, para além da componente já estabelecida de diminuição da disponibilidade e do acesso às substâncias ilícitas tradicionais, surgem igualmente novas propostas, não só no sentido de dar uma maior visibilidade às novas substâncias psicoativas, como também visando integrar, pela primeira vez, a regulamentação e fiscalização do mercado das substâncias lícitas com as áreas do jogo e da internet.

Apenas a componente de gestão da informação não esteve tão presente, quer na elaboração do plano, quer na sua implementação e monitorização. Parece existir uma margem de progressão, na utilização de sistemas de informação capazes de aceder e integrar dados provenientes de diferentes fontes, bem como de os processar e disponibilizar a vários públicos de forma mais rápida, granular e customizada. Esta corresponde a uma preocupação revelada pela análise das publicações neste domínio, que não surge com a relevância desejada, com impacto na forma como a evolução dos indicadores e dos projetos é acompanhada em Portugal.

7.2 Grau de adaptação do plano à evolução dos CAD

A questão sobre se o Plano se adaptou à evolução dos CAD deve ser enquadrada com as perceções dos principais *stakeholders*, apuradas no inquérito realizado no âmbito desta avaliação. Os resultados apurados indicam que as intervenções foram globalmente positivas, ainda que em determinados domínios não tenham correspondido integralmente às expectativas. O jogo surge, claramente, como a área de maior fragilidade, seguido das NSP. Releva-se o facto de se tratar de duas áreas em que as prevalências em Portugal são relativamente menos relevantes. Ao contrário, o consumo excessivo de álcool é a dependência mais bem avaliada.

Conforme mencionado neste relatório, em termos de abrangência do plano aos vários tipos de substâncias, ressalta ainda a exclusão de qualquer referência ao tabaco, dada a sua prevalência de consumo, na generalidade dos vários segmentos sociodemográficos da população.

A utilização de substâncias dopantes, nomeadamente os esteroides anabolisantes, hormona de crescimento, insulina ou diuréticos, não obstante o reconhecimento da dimensão preocupante de que os consumos estão a atingir, também não se encontra refletida no plano, em termos da definição de objetivos e ações.

Segundo o relatório da OMS sobre o preço do álcool na Europa em 2020, o aumento de preços das bebidas alcoólicas é o método mais eficiente para reduzir o consumo nocivo do álcool. As taxas dos impostos devem ser similares para diferentes tipos de álcool (cerveja, vinho e bebidas espirituosas), visto que uma taxa mais reduzida em alguns produtos pode encorajar os consumidores habituais a um consumo de maior volume desses produtos. Contudo, a OMS refere que pode ser desejável implementar taxas de imposto mais elevadas a produtos com maior teor alcoólico, visto que estes produtos estão mais associados a consequências nocivas para a saúde.

A política de preços de bebidas alcoólicas baseia-se na aplicação de impostos específicos, com taxas diferenciadas por tipo de bebida alcoólica e revistas anualmente. Não obstante da política de preços estar enquadrada com a maioria dos países da União Europeia, esta deve ser continuamente revista para que seja ajustada com os objetivos de saúde pública. Portugal caracteriza-se por ter uma abordagem em que, do ponto de vista fiscal, o vinho é tratado de forma diferenciada das restantes bebidas alcoólicas, o que é explicado por fatores económicos e culturais. Para além disso, existe um conjunto de restrições em termos da comercialização e distribuição das bebidas alcoólicas, que estão globalmente enquadradas com as práticas da maioria dos restantes países europeus.

Relativamente aos jogos *online*, não encontramos evidência da existência de ferramentas ou recursos compatíveis com as novas tecnologias utilizadas pelos operadores, nomeadamente no domínio da sua capacidade para monitorizar e, eventualmente, influenciar os comportamentos dos consumidores.

A regulamentação dos jogos on-line é um desafio muito relevante, não só pelos seus impactos, como pela escassez de recursos especializados na matéria, que levanta problemas de intervenção, diferentes dos que se verificam noutros domínios, onde existe um profundo conhecimento e uma larga experiência dos profissionais em Portugal.

As novas tecnologias têm permitido o desenvolvimento de projetos que capacitam os promotores dos jogos *online* de conhecerem, não só o perfil rigoroso dos jogadores, como os seus comportamentos, e as suas vulnerabilidades. Assim, é fundamental que a

regulamentação e a fiscalização destes novos fenómenos sejam coordenadas à escala europeia, até pela origem multinacional de uma parte significativa dos promotores destes jogos, pelas exigências de recursos e conhecimento que permitam dominar o fenómeno e combatê-lo, em todas as suas dimensões ilegais e imorais.

Em matéria de medicamentos e anabolizantes a evolução tem sido positiva, podendo concluir-se que o plano respondeu adequadamente aos problemas de CAD associados a estas tipologias. No entanto, deverá evoluir-se em termos da fiscalização e repressão destas substâncias.

A temática dos novos comportamentos, nomeadamente a da adição ao écran, não são relevadas no Plano, considerando que na altura em que foi desenhado, não tinham ainda a importância que vieram a adquirir.

Já no que respeita ao Horizonte 2020, a omissão é menos justificada, uma vez que já se refere a um período em que este tipo de adição veio a adquirir uma dimensão relevante, não obstante a referência que é feita a estudos realizados neste domínio, nomeadamente no Descritivo de Respostas e Intervenções do Plano de Ação para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências - Horizonte 2020, nomeadamente no estudo realizado pela Direção Geral da Educação, com o objetivo de monitorizar o trabalho que está a ser realizado nas escolas no âmbito da prevenção dos CAD.

Nos fatores diretamente relacionados com as opções portuguesas no domínio dos CAD merecem, ainda, destaque a necessidade de aumentar os investimentos nas intervenções de prevenção. Não obstante todos os tipos de intervenção (prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos, tratamento, reinserção e fiscalização/repressão) contribuírem para todas as metas, a verdade é que algumas metas estão mais relacionadas com um tipo específico de intervenção. Nota-se que a meta onde se alcançou maior sucesso, de diminuição da mortalidade, estar fortemente associada ao “tratamento”; da meta com desempenho médio, de redução da facilidade percebida de acesso, estar muito relacionada com a fiscalização/repressão, e de as três metas com performances mais negativas, de diminuição das prevalências e do risco percebido, estarem principalmente relacionadas com a “prevenção”.

Por outro lado, relativamente às novas dependências, nomeadamente no que respeita aos medicamentos e anabolizantes e, especialmente, ao jogo, diversos indicadores sugerem a necessidade de reformular as abordagens, as estratégias e as ações, uma vez que a evolução da atual situação não permitirá ter sucesso nestes domínios.

7.3 Valor acrescentado do Plano e cumprimento dos objetivos do PNRCAD

No domínio da procura, o objetivo geral, “OG1. Prevenir, dissuadir, reduzir e minimizar os problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas, os comportamentos aditivos e as dependências”, tem 5 metas globais que registaram diferentes graus de indicadores atingidos.

Verifica-se que a meta “M7 - Diminuir a mortalidade relacionada com CAD” registou uma taxa de sucesso de 100% dos indicadores até 2016, sendo que no último triénio de 2016 a 2018, estes mesmos indicadores, não apresentaram uma tendência favorável ao cumprimento da meta de 2020. Esta tendência manteve-se até 2020, onde apenas 1 dos 4

indicadores foi alcançado, apresentando uma taxa de sucesso de 25%. Esta concretização é muito relevante, uma vez que trata o resultado último pretendido por toda a política contra os CAD, e de qualquer estratégia sanitária, que é reduzir a mortalidade. Associado ao sucesso registado na M7 em 2016, está o sucesso da meta “M6 - Diminuir a morbilidade relacionada com CAD”, atingida em 67% dos indicadores, e cuja boa *performance* está relacionada com a extraordinária redução de casos diagnosticados de VIH/SIDA associadas à toxicodependência. Para 2020, verifica-se uma tendência positiva para a meta 6, sendo que as metas para ambos os indicadores disponíveis foram atingidos. Por fim, em 2016, a meta “M3 -Retardar a idade de início do consumo de substâncias psicoativas” também registou uma boa *performance* de 71% dos indicadores atingidos. Contudo, em 2020, dos 4 indicadores que estão disponíveis, apenas 1 foi atingido, o que leva a antecipar que em 2020 a *performance* associada a esta meta não será boa quanto em 2016.

No que respeita às restantes duas metas, a *performance* não foi positiva para o ano de 2016. Para a meta “M4 -Diminuir as prevalências de consumo recente (últimos 12 meses), padrões de consumo de risco e dependência de substâncias psicoativas” apenas 5 dos 12 indicadores foram atingidos. A meta “M2 - Aumentar o risco percebido do consumo de substâncias psicoativas” apenas teve 2 dos 5 objetivos indicadores atingidos, relevando-se, pela positiva, do aumento significativo da perceção de risco para a saúde do consumo de canábis. Nas restantes dependências avaliadas, quer de substâncias ilícitas (cocaína e ecstasy) quer do consumo de bebidas alcoólicas, verificou-se uma evolução positiva, mas abaixo dos patamares estabelecidos, não permitindo por isso, cumprir as expectativas. Para o ano de 2020, a maioria dos indicadores não está disponível. Considerando a meta 2, o único indicador disponível não foi atingido e para a meta 4 apenas 1 dos 2 indicadores disponíveis foi atingido. Deste modo, ainda não é possível concluir relativamente à *performance* destas metas para o ano de 2020.

Adicionalmente, da análise efetuada resulta a constatação de um bom desempenho ao nível das intervenções em “tratamento”, mas uma premente necessidade de aumentar, diversificar e generalizar as iniciativas na área da “prevenção”, especialmente nos contextos prisional, recreativo e familiar. Deste modo, com base nos elementos de avaliação, conclui-se que os recursos no domínio da procura são insuficientes para garantir a realização das políticas em CAD e a concretização dos seus objetivos.

Considerando agora uma outra perspetiva, constata-se que o desempenho ao nível da implementação foi superior ao da monitorização, sendo que o desempenho nas atividades de planeamento foi superior à da implementação. Observa-se, igualmente, a existência de uma desproporção do tempo e dos recursos despendidos nas fases de planeamento relativamente à implementação, e da implementação face à monitorização.

Ao nível da implementação, a taxa de concretização das ações do PARCAD 2013-2016 foi de 78%, correspondente a 103 das 134 ações definidas, sendo que 15% foram parcialmente executadas (18 ações). Assim, das 134 ações delineadas, apenas 6 foram avaliadas como não tendo sido executadas, o que representa uma boa taxa de execução. No entanto, este elevado grau de concretização das ações não corresponde a uma equivalente concretização dos objetivos, que se ficou pelos 55% (RAI p. 39), o que pode indiciar uma implementação das ações pouco rigorosa.

Ao nível da monitorização, foram identificadas insuficiências mais significativas do que na implementação, devido à impossibilidade de estabelecimento de processos ágeis de recolha e registo de informação e, também, à falta de compromisso dos parceiros com os

procedimentos de monitorização e controlo das atividades. O Relatório de Avaliação do PNCDDT 2005-2012 já recomendava a necessidade de consolidar o sistema de acompanhamento, monitorização e avaliação do plano. Posteriormente, o RAI viria a reiterar a mesma recomendação de aperfeiçoamento do processo de reporte de informação, de forma a torná-lo mais eficiente.

Em suma, a monitorização do Plano Nacional e dos Planos Operacionais está, fundamentalmente, suportada na elaboração de relatórios, gerais e temáticos, existindo um campo amplo de evolução no sentido da disponibilização de indicadores atualizados com periodicidade mínima mensal, abrangente a todos os processos e ações, e que estejam disponíveis online, não só para o SICAD, como para todos os *stakeholders*. Para isso, é necessário, por um lado, envolver e motivar os *stakeholders* a colaborar com as atividades de reporte e, por outro lado, desenvolver novos processos e melhores plataformas para registo e disponibilização de informação.

7.4 Recomendações para plano seguinte

Em resultado da avaliação efetuada sintetizam-se seguidamente as principais recomendações que, a nosso ver, deverão ser consideradas na preparação do próximo PNRCAD:

Enquadramento | Desenho | Implementação | Oferta | Procura | Áreas transversais

Organização/Estrutura SICAD

1. A questão da transferência das estruturas locais regionais do ex-IDT, IP para as Administrações Regionais de Saúde, IP (ARS, IP) constitui um tema incontornável, e que está a montante do próprio plano.

A integração dos serviços de intervenção direta dos CAD nas ARS constituiu um fator gerador de alguma perturbação e entropia na fluidez de articulação com outros organismos e entidades, nomeadamente no âmbito das Medidas Estruturantes do PARCAD.

O facto destas estruturas estarem inseridas num organismo em que esta não é a sua prioridade e de, por esse motivo, hierarquicamente não ser exigido o cumprimento de objetivos, nem de se avaliar com detalhe a execução das ações, pode conduzir a perda de eficácia.

Por outro lado, existem sinergias, por exemplo nos temas de formação, e outro tipo de projetos, que se perdem com a realidade atualmente existente.

Neste sentido, poderá ser equacionável ponderar a opção de voltar a integrar estas estruturas no SICAD, como via para a obtenção de uma melhoria da eficácia e redução de custos. Caso esta não seja a opção seguida, afigura-se fundamental o desenvolvimento de mecanismos que potenciam a articulação formal entre o SICAD e as ARS.

Duração dos ciclos estratégicos

2. A tendência atual, quer a nível das Nações Unidas, quer a nível da União Europeia, passa por privilegiar o desenvolvimento de planos de ação com ciclos estratégicos mais curtos. Sendo os CAD um fenómeno com uma mutação rápida, parece ser de considerar uma de duas possibilidades: ou o encurtamento do horizonte temporal

do plano; ou a introdução de avaliações intercalares de horizonte curto e com possibilidade de introdução de alterações ao PNRCAD.

Deve assim considerar-se a introdução de ciclos de revisão, que tenham em conta o dinamismo da realidade, e com efeitos sobre o PNRCAD e PARCAD, seja em termos de metas, seja na revisão das próprias metas e inclusão de novos objetivos ditados pela dinâmica social, seja na própria revisão das ações a implementar.

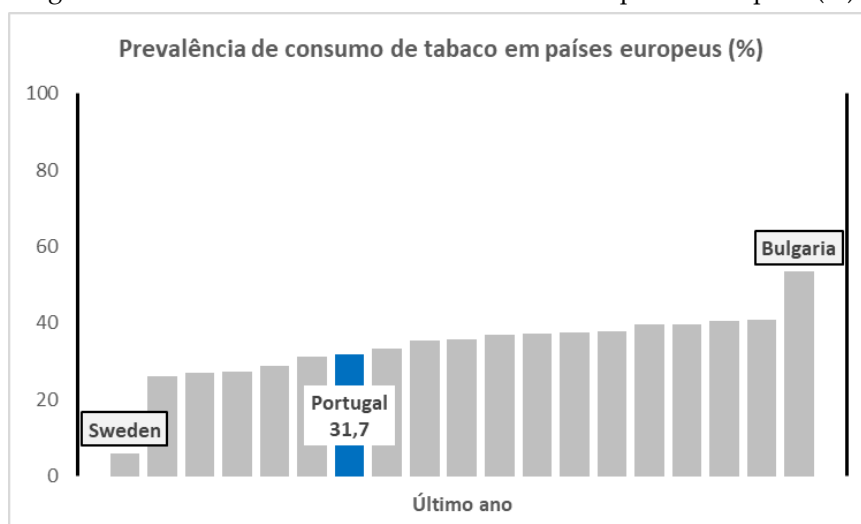
Tabaco

3. O tabaco constitui uma dependência relevante que não está em avaliação, por não estar na esfera da circunscrição da Estrutura de Coordenação, mas que em coerência com a centralidade do Plano no cidadão, e atendendo às suas elevadas prevalências, e evolução das formas de consumo, deve ser relevada.

De acordo com os representantes das instituições de ensino consultados no âmbito deste processo de avaliação, o tabaco levanta sérias preocupações às escolas e universidades, não só pela facilidade de acesso, como pela necessidade de comunicar de forma mais eficaz com os potenciais e atuais consumidores, privilegiando as novas plataformas digitais e sociais.

O tabaco é uma das adições mais disseminadas e cujas consequências em termos de saúde pública estão mais claramente demonstradas, sendo por isso imprescindível que seja integrado no Plano Nacional que trata os comportamentos aditivos e as dependências, numa perspetiva integrada de focalização no cidadão. Só assim, o princípio da “centralidade no cidadão”, pressupondo o alargamento do enfoque para além das toxicodependências, compreendendo o vasto leque de CAD, poderá ser plenamente concretizado.

Figura 7.1 - Prevalência de consumo de tabaco em países europeus (%)



Fonte: <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/gps> consultado em 2020/11/05

Âmbito e conceptualização

4. Considerar integrar, no âmbito do Plano, novos tipos de adições e dependências que têm vindo a ganhar relevância, nomeadamente, a adição ao écran, jogo e substâncias dopantes, além dos esteroides anabolisantes, nomeadamente hormona de crescimento, insulina ou diuréticos.
5. Reforçar a ligação entre metas, indicadores e critérios de avaliação das ações na construção do plano – a ligação entre o PNRCAD e o PARCAD nem sempre resulta evidente e intuitiva.
6. Fomentar o desenvolvimento de métricas e a quantificação de objetivos, de modo a discernir quais são os cruciais para a consecução das metas e de que forma as ações podem ser medidas – tanto na perspetiva dos objetivos a alcançar pelas mesmas, como do seu contributo para os objetivos gerais e metas estabelecidas no PNRCAD.
7. Identificar os fatores críticos de sucesso para a consecução das metas e concentração dos esforços na sua execução, em detrimento da multiplicidade de ações e objetivos específicos que podem conduzir a alguma dispersão de esforços.
8. Implementação de estruturas ágeis e mais eficazes, de monitorização e reporte.
9. Realização de uma profunda atualização dos diagnósticos territoriais que, em muitos casos, estarão já bastante desatualizados, levando a que se continue a investir onde não é prioritário e não se invista nas novas áreas prioritárias. Verificaram-se profundas alterações socioeconómicas no território nacional nos anos de vigência do PNRCAD 2013-2020, alterando significativamente os pressupostos dos diagnósticos iniciais, que as atualizações pontuais que em alguns casos se têm realizado, não refletem no todo nacional.

Prioridades/organização

10. Simplificar o desenho do plano quer na forma (redefinindo o intrincado modelo atual de ações objetivos, indicadores), quer no conteúdo, nomeadamente por via da redação e da formulação das questões, que deverão ser acessíveis a todos os intervenientes e parceiros. Considerar, igualmente, a simplificação da estrutura organizacional, estabilidade de intervenientes e de canais de comunicação e reporte.
11. Reduzir significativamente as ações e indicadores, de forma a destacar as prioridades, individuais e coletivas, que sejam realmente relevantes, que possam constituir compromissos efetivos e que possam ser adequadamente monitorizados.
12. Evitar a segmentação do plano por regiões, sem prejuízo de declinar dados regionais, de modo a que as ARS e outros serviços regionais possam adaptar este plano à sua especificidade regional.
Os CRI's têm responsabilidade na implementação local do plano – importa envolver estas estruturas no desenho do plano, e assegurar que todos adaptam os objetivos nacionais às suas realidades, sendo igualmente importante, estabelecer os mecanismos de reporte e acompanhamento da evolução dos indicadores ao nível local.

13. Aumentar o envolvimento dos *stakeholders*, quer no desenho, na definição das prioridades e objetivos, quer no acompanhamento e monitorização, integrando, nomeadamente, a comunidade científica e as comunidades de utilizadores.
14. Em relação aos produtos sintéticos, incrementar os níveis de alerta e assegurar uma capacidade de intervenção ágil e rápida para um diagnóstico de emergência pela introdução no mercado nacional de produtos opioides sintéticos, podendo recorrer-se, como *benchmark*, à experiência de Estados Unidos e no Canadá.
15. Criar um fórum, a exemplo do FNAS, para o jogo. A existência de uma estrutura agregando investigadores de comportamentos aditivos, pessoas especializadas nas tecnologias de informação, - incluindo o SRIJ, Associação Portuguesa de Casinos, APAJO, representantes dos dependentes, poderá representar para o jogo um desenvolvimento tão importante como sucedeu com a estrutura especificamente desenvolvida para o álcool. Veja-se, a título de exemplo, o que sucede no Reino Unido, onde as associações de jogo a dinheiro e os operadores se juntam e financiam em conjunto uma entidade que por sua vez faz a investigação; bem como o sistema de autoexclusão no mercado online a nível nacional

Enquadramento | Desenho | **Implementação** | Oferta | Procura | Áreas transversais

Subcomissões

16. Conforme o reconhecido no RAI (pag.20), recomenda-se a redução das subcomissões. A natureza multifacetada dos CAD aliada à necessidade de aumentar a eficácia dos contributos dos seus membros, alguns dos quais estão em várias subcomissões diferentes, torna um elevado grau de divisão e segmentação desaconselhado.
17. Adicionalmente, recomenda-se a redução da quantidade de participantes, de modo a assegurar uma maior disponibilidade para esta atividade, alargando eventualmente as suas funções à disseminação das informações e coordenação das atividades junto das entidades que eventualmente deixem de estar representadas. Por exemplo, as 5 ARS estão representadas em mais do que uma subcomissão. Sugere-se que se identifique 1 representante do conjunto das ARS nas subcomissões, que fica com a responsabilidade acrescida de estabelecer a interligação com as ARS que deixam de estar diretamente representadas nestes órgãos.

Indicadores

18. Afigura-se fundamental reformular a forma como os objetivos e os indicadores do Plano são definidos e padronizá-los. Por exemplo, evitar indicadores algo genéricos e imprecisos como “38. Projetos / diagnósticos desenvolvidos em função das necessidades identificadas”, que dificultam a verificação da medida da sua concretização ou eficácia.
19. Na medida do possível deverão ser privilegiados indicadores que constituam referências internacionais, especialmente europeias, em detrimento de indicadores muito particularizados, que muitas vezes são de difícil comparação com os *benchmarks* europeus e que permitem relativizar a evolução da situação portuguesa, quer quando evolui favoravelmente, quer na situação inversa.

Sistemas / Novas tecnologias

20. Claramente, a ligação da rede informática do SICAD à rede do SNS e a informatização e digitalização dos processos de recolha e troca de informações, são fatores que influenciam decisivamente a qualidade da execução do Plano. Um dos maiores desafios é a obtenção de dados rigorosos e atualizados que permitam acompanhar a evolução dos indicadores. A implementação destes processos de recolha poderá ser realizada através da criação de *webservices* sincronizados com a base de dados do SICAD, reduzindo a necessidade de intervenção humana e, com sistema de alertas quando a informação não estiver disponível (por exemplo, por falta de carregamento). Esta recolha de informação deverá ser acompanhada permanentemente, de modo a assegurar que as formas e metodologias mais céleres são implementadas.
21. A articulação entre os parceiros da rede nacional de serviços fonte de dados do Sistema Nacional de Informação em CAD, quer no âmbito das atividades relacionadas com a melhoria das práticas de registo e dos sistemas de informação, quer da disponibilização de informação para fins nacionais, europeus e internacionais, deverá ser reforçada, de forma a ultrapassar os obstáculos existentes. Este reforço, não deverá esquecer a criação de sistemas de informação mais eficazes na sua capacidade de integração de dados. Tal articulação potenciará a capacidade de monitorização e avaliação dos Planos Nacionais.

Medidas estruturantes: PORI e Rede de Referenciação/ Articulação

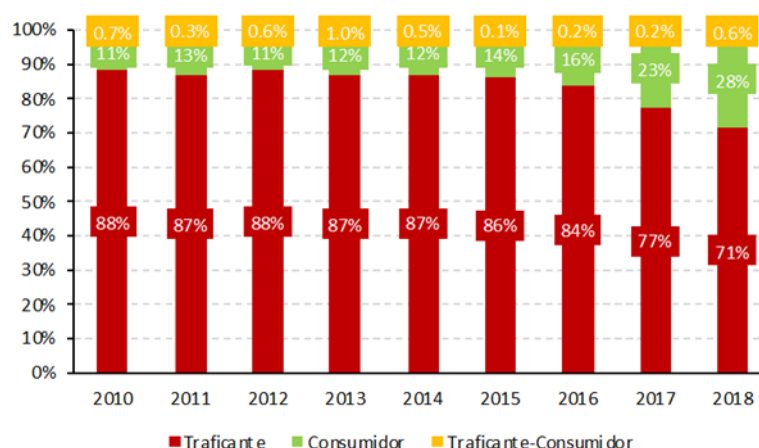
22. A desatualização dos diagnósticos PORI e a não implementação da Rede de Referenciação/ Articulação, enquanto projetos estruturantes do anterior ciclo, devem assumir adequada prioridade para o próximo ciclo, dado o seu impacto ao nível da eficácia dos diferentes tipos de intervenção. A nível do PORI enfatiza-se a importância de atualizar os diagnósticos e alargar o conceito a outras substâncias e dependências que não apenas as substâncias ilícitas. Assim, é essencial o lançamento de um novo diagnóstico nacional que abranja todo o território, e se desenvolva com procedimentos, calendários e recursos estabelecidos de acordo com critérios uniformes, deve ser uma prioridade central na 1ª fase do próximo ciclo.
23. No âmbito PORI, é necessário também um maior nível de ambição e de exigência, na medida em que o Plano Estratégico 2017-2019 do SICAD apenas tinha o objetivo de que 40% dos Projetos PORI tivessem indicadores inseridos. Tratando-se de um projeto de importância estratégica e que movimenta elevados montantes, recomenda-se que seja exigido que todos os projetos tenham indicadores inseridos, com a identificação de penalizações quando tal não se verifique.
24. A Rede de Referenciação constitui o mecanismo mais eficaz para diagnosticar precocemente e intervir na mitigação dos CAD, mas que ao longo deste ciclo não foi possível a sua implementação. Assim, recomenda-se o seu relançamento, tendo em atenção os dois fatores críticos de sucesso, que têm de estar previamente assegurados:
 - A inter-operacionalidade entre os sistemas informáticos SIM e SClínico, sendo que se tal não for possível, deverá desenhar-se uma via verde que elimine os obstáculos burocráticos e administrativos do processo;

- A maior priorização deste tema ao nível das estruturas diretivas e de gestão das entidades envolvidas;
- O envolvimento das estruturas locais de saúde, incluindo a priorização do tema junto dos profissionais responsáveis pela implementação e em particular dos profissionais associados aos cuidados de saúde primários.

Enquadramento jurídico (síntese das propostas constantes na secção 6.2.4)

25. Alargamento das competências do Coordenador Nacional / Diretor-geral do SICAD a outro tipo de dependências e comportamentos aditivos, designadamente ao tabaco, jogo e novas dependências (ex. écrans).
26. Alargamento das competências das CDT para intervir nos processos relacionados com substâncias lícitas, nomeadamente condução sob efeito de álcool/estupefacientes, consumo de álcool ou tabaco por menores, e outros consumos condicentes a dependências que são ilegais (a presença de menores nas CDT, pressupõe o acompanhamento por responsável legal).
27. Aumentar autonomia da CDT no que diz respeito à atual obrigatoriedade de suspender os processos de dissuasão sempre que os consumidores sem registo de processo contra-ordenacional anterior, sejam considerados consumidores não toxicodependentes, prevendo a possibilidade de suspender provisoriamente o processo, com ou sem plano individual de intervenção ou acompanhamento.
28. Estabelecer que as quantidades máximas de substâncias psicoativas ilícitas para consumo próprio (incluindo NSP), devem ser definidas de acordo com uma fórmula de cálculo conhecida e resultante das conclusões de uma *task-force* de peritos. Note-se que, podemos estar a assistir a uma desatualização dessa mesma portaria devido a uma potência mais elevada desses mesmos produtos (passados 20 anos desde a regulamentação desta matéria importará fazer uma atualização).
29. Não obstante os enormes benefícios da Lei da Descriminalização, identificam-se algumas vulnerabilidades, que o PNRCAD 2013-2020 claramente demonstra, e que importa ultrapassar, detalhadas no capítulo 6.2. Um destes temas consiste na necessidade de manter atualizadas as portarias referentes às quantidades máximas de substância admitida para 10 dias. Na verdade, a definição inicial não terá sido baseada em sólida evidência científica sobre a matéria, ao que acresce a evolução que se tem verificado na composição das substâncias existentes, e no surgimento de novas substâncias. O risco da desatualização da lista pode ser perverso, à luz do espírito da Lei da Descriminalização, em termos do potencial de confusão entre o consumidor e o traficante. Veja-se, por exemplo, a forma como a relação entre consumidores/traficantes tem evoluído nos últimos anos.

Figura 7.2 - Evolução da relação entre traficantes e consumidores



Fonte: Relatório de Indicadores NOVA IMS - Nova IMS, Avaliação Externa do PNRCAD 2013-2020

30. Elaborar um estudo para avaliar a introdução do IABA - Imposto sobre o Álcool e as Bebidas Alcoólicas no vinho (“vinhos tranquilos e espumantes”).
31. Ampliar a tipificação contraordenacional e penal da dopagem a um universo maior que aquele do desporto de competição.
32. Aumentar, de forma proporcionada, a medida das coimas previstas na lei antidopagem no desporto.
33. Clarificar, por via legislativa, a entidade fiscalizadora competente para os casos de dopagem em atividade desportiva fora de um contexto de prática federada, tal como a prática desportiva recreativa.
34. Revisão do enquadramento legislativo do jogo, no sentido de tratar esta prática como um comportamento com potencial aditivo e uma dependência, focando a intervenção nas áreas da formação, acessibilidade e fiscalização, estabelecendo princípios verdadeiramente dissuasores e limitando claramente, por via legal, os comportamentos indutores.
35. Estabelecer proibição clara de publicidade a jogos e apostas que incentive as mesmas com base em aspetos emocionais/irracionais.
36. Estabelecer um modelo de atualização sistemática das substâncias na lei, que seja capaz de reagir rapidamente ao aparecimento de novas substâncias com potencial de adição.
37. Incluir NSP na lei que regulamenta as restantes substâncias.
38. Estabelecer o enquadramento legal que estabeleça a atualização periódica dos diagnósticos territoriais, definindo uma periodicidade, no mínimo, quadrienal.

Enquadramento | Desenho | Implementação | **Oferta** | Procura | Áreas transversais

Publicidade e *bundling*

39. Revisitar a temática da publicidade e sua regulamentação, nomeadamente através de uma maior fiscalização de práticas comerciais que sejam indutoras dos consumos. Por exemplo, limitar as possibilidades de comercialização de menus incluindo ofertas com bebida à discrição ou opções de bar aberto.

Cooperação internacional

40. Protocolo UCIC - A coordenação entre vários órgãos de polícia e investigação é feita maioritariamente a nível da troca de informação criminal entre as diferentes forças, visando obviar a sobreposições de investigação. Recomenda-se que as boas práticas já existentes sejam ampliadas, alargando a coordenação a outros níveis, tais como tendências em termos de práticas/ *modus operandi*, processos de tráfico, perfis dos traficantes, rotas e meios, bem como no alinhamento de prioridades com base em evidência científica.

Jogo

41. Ponderar a introdução de restrições aos locais de venda de jogo mais popular, onde se tenham detetado maiores impactos sociais negativos. Relembra-se que a prevalência de jogos como o Euromilhões ou a Raspadinha, *per capita*, é bastante alta, comparada com outros países da Europa. Este é claramente um domínio em que urge ser mais ambicioso nos objetivos e nas medidas a adotar, nomeadamente na proteção dos segmentos mais vulneráveis, como os jovens e as pessoas de escassos recursos. Algumas medidas a considerar a título meramente exemplificativo são a restrição dos locais de comercialização, excluindo cafés, bares e pastelarias, e também papelarias na proximidade de estabelecimentos escolares.

Enquadramento | Desenho | Implementação | Oferta | **Procura** | Áreas transversais

Diagnósticos AUDIT, o ASSIST e o SOGS

42. Em resultado do eventual alargamento da área da dissuasão a outros comportamentos e substâncias para além das ilícitas, recomenda-se a criação de **instrumentos de diagnóstico** e **formulários que englobem** todas as dependências.
43. Estabelecimento, para as CDT, de objetivos em matéria de diagnósticos AUDIT, o ASSIST e o SOGS, incluindo os novos comportamentos identificados em 42.

Enquadramento | Desenho | Implementação | Oferta | Procura | **Áreas transversais**

Informação

44. Procurar uma solução evolutiva para a atual Linha Vida, que deverá ter a forma de uma área de aconselhamento, eventualmente baseada em múltiplos canais e suportada por novas plataformas e tecnologias (ex. Chat, Bot) que possa ser uma porta de entrada, de recomendação e orientação, para indivíduos ou familiares que considerem poder demonstrar alguma forma de dependência com ou sem substância. Este sistema poderá ser complementado com a implementação de ferramentas de diagnóstico (por ex. suportadas por APP) que permitam o encaminhamento para canais de atendimento. Este poderá ser relevante para responder às necessidades de cidadãos que perante uma situação de eventual risco não sabem onde e como encontrar a ajuda e respostas necessárias à sua condição. Esta necessidade é potenciada pela existência de relevantes adições e dependências de substâncias lícitas ou até sem substância. Paralelamente deverá ser estabelecido

um conjunto de indicadores de performance que permitam avaliar adequadamente o projeto. O projeto FRANK no UK (ver Relatório Parcial Benchmarking) exemplifica uma excelente prática nesta matéria.

45. Otimizar a qualidade dos dados e a eficiência no processamento da informação em todos os domínios do Plano. Por exemplo, os Projetos PORI com indicadores inseridos ou o grau de preenchimento dos campos fundamentais no SIM, deveriam ambicionar patamares acima dos 90%. Sugere-se a criação de uma *task-force* específica para evoluir nestes domínios. Esta otimização terá de ser acompanhada da implementação de sistemas de informação para recolha, armazenamento, processamento e reporte customizado de informação para diferentes tipos de públicos, como referido em recomendações anteriores.

Formação

46. Deve ser realizado um esforço de renovação da oferta formativa, não só ao nível dos conteúdos, mas também dos formatos. Nestas iniciativas deve melhorar-se a vertente de articulação entre quem concebe, organiza e leciona os conteúdos, e os *stakeholders* locais que organizam as sessões. Uma das apostas do próximo ciclo deve ser a disponibilização de cursos nas modalidades *e-learning* ou *b-learning*, não em substituição das sessões presenciais, que servem outro tipo de objetivos, mas como forma de as diversificar e complementar. Adicionalmente, recomenda-se a adoção de outros meios de comunicação destas formações, tais como SMS, Whatsapp, e-mails e/ou redes sociais. O mesmo se poderá aplicar a ações de sensibilização e informação, potenciando o contacto com populações mais jovens.
47. O estabelecimento de protocolos com instituições de ensino superior, que forme e certifique profissionais na área dos CAD com competências nas novas tecnologias, constitui um passo muito relevante para mitigar a escassez de recursos indicada.
48. Fomentar as formações na área do consumo de álcool incluam módulo obrigatório de consumo responsável, assim como cursos de gestão hoteleira e relacionados - “A Copo” – Desenvolvida pela ACIBEV em parceria com a ViniPortugal que enquadra a promoção de serviço responsável no contexto das bebidas alcoólicas (vinho).

Comunicação

49. A ampla divulgação da Lei da Descriminalização, internacionalmente, pode gerar a perceção de que o consumo de substâncias ilícitas é legal em Portugal. Com efeito, existem relatos de forças policiais que indicam a existência de indivíduos estrangeiros que, nas suas deslocações a Portugal, apresentam este tipo de justificação para o consumo de substâncias ilícitas, sendo que nestes casos, o recurso às CDT é ineficaz. Impõe-se, por isso, sempre que se apresentar a legislação portuguesa nesta matéria, clarificar esta questão, e conceber medidas punitivas, que podem ser de cariz monetário, aplicáveis aos indivíduos cujo recurso às CDT seja ineficaz.
50. Reforço da adoção de novas tecnologias e ferramentas digitais tais como SMS, Whatsapp, e-mails e/ou redes sociais, por parte de toda a rede de parceiros, tornando mais efetiva a comunicação de um modo geral, e em particular aquela

que diz respeito a ações de sensibilização e informação, junto das populações mais jovens.

Investigação científica

51. Criação de um Conselho de Peritos em Portugal mais atuante e interveniente. No Reino Unido, o Conselho de Aconselhamento sobre o Uso Indevido de Drogas (ACDM) tem formação em ciência, medicina, aplicação da lei e política social, e a sua especialização e experiência permite responder de forma flexível aos desafios constantes da área.
52. Fomentar a realização estudos, investigação e conhecimento, de modo a contrariar a tendência de diminuição da produção científica evidenciada neste relatório. Neste sentido, recomenda-se:
 - A definição e implementação de uma metodologia robusta e procedimental de recolha de informação, mormente junto das Universidades, que assegure a menor dilação possível entre o momento de produção e o *timing* de reconhecimento desse facto pelo SICAD;
 - Sendo a consolidação da infraestrutura de conhecimento um dos pilares do PNRCAD, bem como um dos objetivos específicos do PARCAD 2013-2016 e do Horizonte 2020, recomenda-se igualmente o estabelecimento de mecanismos de monitorização da produção realizada e a análise das causas para a redução verificada, a empreender após a conclusão do atual ciclo 2017-2020.

Qualidade

53. Alargar o projeto de avaliação 360 graus, numa lógica de melhoria contínua da abordagem dissuasora (e que constitui uma boa prática) a outras áreas de intenso contacto com *stakeholders*, como por exemplo os projetos PORI.

Avaliação do plano

54. Reformular o modelo de avaliação baseado na monitorização feita em sede das Subcomissões, e.g., via conceção de modelo em que existe uma entidade cuja função é exclusivamente a recolha e tratamento de informação, e que estabelece os seus mecanismos e ligações que servem de fontes, reportando superiormente quando, em algum momento, se verifica uma falha de reporte.
55. Monitorização contínua do Plano de Ação, tirando mais partido de sistemas e tecnologias de informação – todas as metas e objetivos do plano devem ser desagregados anualmente, e se possível trimestralmente ou até mensalmente, e por entidade responsável pela execução, com reporte nas reuniões das subcomissões, com conhecimento para a Comissão.
56. A monitorização e avaliação dos objetivos e das ações dos Planos Operacionais é fundamentalmente realizada de forma qualitativa, e sem a identificação de mecanismos de verificação. Recomenda-se que todos os objetivos e ações tenham associadas medidas quantitativas de monitorização, com a identificação dos mecanismos de verificação e das respetivas entidades responsáveis e participantes. Muitas ações estão formuladas em termos de “reforço” ou “aumento”, sem definir o resultado esperado, o que pode conduzir a que a execução seja dada como

concluída sem que seja perceptível o seu contributo para os objetivos quantitativos/metastas (RAI p. 60).

Cooperação internacional

57. Expandir boas práticas de cooperação, como o exemplo de Cabo Verde, com o qual temos uma estreita relação de cooperação bilateral nesta área (por exemplo via adaptação do programa prevenção “Eu e os outros”) para os PALOP, a par da dinamização de outras experiências bem-sucedidas.

Orçamento

58. Por uma questão de adequada orientação de esforços, seria importante no próximo plano distinguir o que já constitui atividade corrente dos vários serviços, daquilo que é específico do plano, reservando para o domínio do plano as novas atividades a implementar ou a reforçar de forma substancial.
59. Caminhar no sentido de concretizar a orçamentação efetiva, nas diferentes estruturas e órgãos com intervenção na execução do PNRCAD, dos custos associados à execução das ações, à contabilização dos gastos incorrido e ao seu reporte ao SICAD, de acordo com uma metodologia uniformemente estabelecida e adotada.
60. Planear a realização de avaliações objetivas do *value for money* das ações empreendidas, de modo a avaliar da sua eficácia e da sua sustentabilidade económica.



8. Referências Bibliográficas

Banta, H. D., & Luce, B. R. (1983). Assessing the cost-effectiveness of prevention. In *Journal of Community Health* (Vol. 9, Issue 2). <https://doi.org/10.1007/BF01349877>

Balsa *et al.*, 2018. IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Benton, M., & Diegert, P. (2018). A Needed Evidence Revolution: Using Cost-Benefit Analysis to Improve Refugee Integration Programming.

Blundell, R., & Bond, S. (1998). Initial conditions and moment restrictions in dynamic panel data models. *Journal of Econometrics*, 87(1), 115–143. [https://doi.org/10.1016/S0304-4076\(98\)00009-8](https://doi.org/10.1016/S0304-4076(98)00009-8)

Dale, A., & Webster, C. (1996). Young people and drugs. *Criminal Justice Matters*, 24(1), 10–12. <https://doi.org/10.1080/09627259608552774>

DGS. (2019). Nacional Para As Hepatites.

Domosławski, A. (1985). Drug Policy in Portugal. In *Plant Disease* (Vol. 69, Issue 5).

EMCDDA. (2008). Drogas em destaque. Nota Do Observatório Europeu Da Droga e Da Toxicodependência, 4.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2017). New developments in national drug strategies in Europe. EMCDDA Papers. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/6402/20175662_TDAU17002EN_N_PDF.pdf

Elizabeth Pádua, Helena Cortes Martins, Laura Almeida, Carla Manita, Maria Paula Espírito Santo, & Teresa Lourenço. (2017). Inquérito Serológico Nacional 2015-2016: Infeções Sexualmente Transmissíveis. http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/5402/1/INSA_ISN-2015-2016-IST_web.pdf

ESPAD Group (2016), *ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

ESPAD Group (2020), *ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, EMCDDA Joint Publications, Publications Office of the European Union, Luxembourg. Greenwald, G. (2009). *Drug decriminalization in Portugal*. USA: Cato Institute.

Fertig, M., & Csillag, M. (2015). Cost-benefit analysis of remedial interventions for the long-term unemployed.

Hammer, J. H., Parent, M. C., Spiker, D. A., & World Health Organization. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. In *Global status report on alcohol* (Vol. 65, Issue 1). <https://doi.org/10.1037/cou0000248>

Índice, Toda a Saúde (2020), Boceprevir, Acedido em: (Ver data). Disponível em: <https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/boceprevir/informacao-geral>

Índice, Toda a Saúde (2020), Ribavirina, Acedido em: (Ver data). Disponível em: <https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/boceprevir/informacao-geral>

Índice, Toda a Saúde (2020), Peginterferão alfa-2a, Acedido em: (Ver data). Disponível em: <https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/boceprevir/informacao-geral>

Infarmed. (2014). Relatório de Avaliação do Pedido de Comparticipação de Medicamento para Uso Humano: Dapagliflozina. 1–4.

Infarmed. (2020). Custo Tratamento Mensal por Doente. Disponível em: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/?sort=modified&q=custo+mensal>

Karoly, L. (2018). Valuing Benefits in Benefit-Cost Studies of Social Programs. Valuing Benefits in Benefit-Cost Studies of Social Programs. <https://doi.org/10.7249/tr643>

OMS. (2014). *Implementing Health 2020: 2012-2014. September 2014*, 15–18. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/254724/64wd08e_Rev_1_Health2020_ImplementationReport.pdf

Mário Jorge Silva, Cláudia Pereira, Rafaela Loureiro, Catarina Balsa, et.al. (2017). Hepatitis C in a Mobile Low-Threshold Methadone Program. *European journal of gastroenterology & hepatology*.

Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde/Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2019). Infecção VIH e SIDA em Portugal - 2019. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/Relat-VIH-SIDA-2019.pdf>

Miller, T. and H., & Csap. (2008). Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Prevention Substance Abuse Prevention Dollars and Cents: A Cost-Benefit Analysis Substance Abuse Prevention Dollars and Cents: A Cost-Benefit Analysis. www.samhsa.gov

NOVA IMS (2020). *Relatório de Indicadores NOVA IMS - Nova IMS, Avaliação Externa do PNRCAD 2013-2020: Situação atual: Enquadramento e comparação 2012 vs. 2016 vs. 2018, julho de 2020*. Lisboa

NOVA IMS (2020). *Relatório Qualitativo NOVA IMS - Nova IMS, Avaliação Externa do PNRCAD 2013-2020: Relatório Qualitativo, julho de 2020*. Lisboa

NOVA IMS (2020). *Relatório de Benchmarking NOVA IMS - Nova IMS, Avaliação Externa do PNRCAD 2013- 2020: Avaliação comparativa dos planos de redução dos comportamentos aditivos e dependências entre 4 países europeus, setembro de 2020*. Lisboa

NOVA IMS (2020). *Relatório Quantitativo NOVA IMS - Nova IMS, Avaliação Externa do PNRCAD 2013-2020: Relatório Quantitativo, setembro de 2020*. Lisboa: Qdata

Roodman, D. (2009). Practitioners' corner: A note on the theme of too many instruments. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 71(1), 135–158. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0084.2008.00542.x>

Schumacher, J. E., Mennemeyer, S. T., Milby, J. B., Wallace, D., & Nolan, K. (2002). Costs and effectiveness of substance abuse treatments for homeless persons. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 5(1), 33–42.

SICAD. (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SICAD. (2018). *Relatório de Avaliação Intermédia do Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SICAD (2020). *RELATÓRIO do PLANO ESTRATÉGICO 2017-2019 - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SICAD. (2020). *Investigação desenvolvida em CAD (2017-2020)*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SICAD (2020). *ESTUDO SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL, TABACO, DROGAS E OUTROS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS – 2019 (ECATD_CAD/2019)*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Stevens, Alex and Hughes, Caitlin Elizabeth (2010). *What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?* UK: *British Journal of Criminology*, 50 (6). pp. 999-1022. ISSN 0007-0955.

Wooldridge, J. M. (2006). *Introductory econometrics: A modern approach*. Mason, OH: Thomson/South-Western.

Yates, B. (1999). Measuring and Improving Cost, Cost - Effectiveness and Cost-Benefit for Substance Abuse Treatment Programs - A Manual. Substance Abuse, 136.



Anexos

1 – Anexos do Relatório





A – Custo-efetividade





Custo - Efetividade

1. Custo do tratamento e diagnóstico de Hepatite C ao SNS

ESTUDOS DE INFECÇÃO/INFLAMAÇÃO (Tabela Anexo III - Portaria_163_2013)	
Cintigrafia intestinal com leucócitos marcados	€489,10
Cintigrafia corporal com leucócitos marcados	€490,70
Cintigrafia corporal com ⁶⁷ Ga (5mCi)	€387,00
Média	€455,60

Medicamento	PVP	Quantidade	Tratamento
Boceprevir	€2424,46	308 cápsulas doseadas a 200 mg	Administrar 800 mg, por via oral, 3 vezes ao dia, com alimentos, durante 11 semanas (Só se inicia a toma do medicamento na 5ª semana)
Ribavirina	€825,05	448 unidades doseadas a 200 mg	800 mg/dia: 2 comprimidos de Ribavirina 200 mg de manhã e 2 comprimido à noite, durante 16 semanas
Peginterferão alfa-2a	€3082,56	16 seringas de 0.180 mg	A dose e a duração do tratamento com Peginterferão alfa-2a recomendadas é de 180 microgramas, administrada uma vez por semana, por via subcutânea no abdómen ou na coxa, durante 16 semanas.

Hepatite C	
Consulta	€34,10
Diagnóstico	€455,60
Tratamento	€6332,07
Total	€6821,77 ⁵

2. Custo de tratamento e diagnóstico de Hepatite B ao SNS

Medicamento	PVP	Quantidade	Tratamento
Peginterferão alfa-2a	€9247,68	48 seringas de 0,180 mg	A dose e a duração do tratamento com Peginterferão alfa-2a recomendadas na hepatite B crónica, AgHBe positivo e negativo, é de 180 microgramas, administrada uma vez por semana, por via subcutânea no abdómen ou na coxa, durante 48 semanas.

Hepatite B	
Consulta	€34,10
Diagnóstico	€455,60
Tratamento	€9247,68
Total	€9737,38

⁵ O preço da consulta e dos exames de diagnóstico foram obtidos nos anexos da Portaria nº 254/2018 de 7 de setembro. Foi apenas estimado o custo para o tratamento de 16 semanas do genótipo I da Hepatite C, sendo o genótipo mais comum na população em causa (Silva *et al.*, 2017).

3. Prevalências

Prevalências numa população com dependências a substâncias ilícitas	
Hepatite B	5.39%
Hepatite C	67.6%
HIV	15.4%

4. Avaliação do eixo Prevenção

CRENÇAS – ATÉ QUE PONTO É PROVÁVEL QUE ACONTEÇA SE CONSUMIRES DROGAS:	Antes					Depois				
	Muito provável	Provável	Não sei	Improvável	Muito improvável	Muito provável	Provável	Não sei	Improvável	Muito improvável
Ter problemas com a polícia	108,68	15,53	93,15	108,68	294,98	147,80	117,99	206,79	88,80	59,62
Ter maus resultados escolares	62,10	108,68	217,35	139,73	93,15	129,79	72,04	288,77	129,79	0,00
Ser expulso da escola	127,31	16,15	127,31	95,63	254,61	129,79	72,04	216,73	115,51	86,94
Ter problemas com os amigos	63,96	63,96	95,63	143,45	254,61	72,04	158,98	216,73	72,04	101,22
Tornar-se dependente	127,31	79,49	63,96	79,49	270,76	57,75	158,98	303,05	72,04	29,19
Ter problemas de dinheiro	95,63	47,82	95,63	95,63	286,90	129,79	129,79	260,20	57,75	43,47
Ter dificuldades em arranjar trabalho	98,12	32,91	179,47	114,26	196,24	101,22	115,51	260,20	101,22	43,47 ⁶

⁶ Apenas se considerou relevantes as primeiras frases do questionário de avaliação, como tal foram estas incluídas na análise. Adicionalmente, estimou-se o número médio de alunos que respondeu em cada categoria através das percentagens. Generalizou-se as respostas da amostra recolhida, para a população abrangida na ação (621, de acordo com o relatório).

	Antes					Depois				
	Muito provável	Provável	Não sei	Improvável	Muito improvável	Muito provável	Provável	Não sei	Improvável	Muito improvável
Média de alunos	98	52	125	111	236	110	118	250	91	52

Média dos alunos que achavam improvável e/ou não sabiam das consequências negativas do uso de drogas (Antes)	472
Média dos alunos que achavam improvável e/ou não sabem consequências negativas do uso de drogas (Depois)	393
Varição (alunos que alteraram o seu pensamento) - Média de alunos que alteraram a sua crença para achar provável consequências negativas associadas ao consumo de droga	79
Eficácia	16,74%



B – Modelos Econométricos: Prevalência do consumo de substâncias ilícitas





Modelos Econométricos: Prevalência do consumo de substâncias ilícitas

Introdução

Com a finalidade de determinar os fatores que influenciam a prevalência do consumo de substâncias ilícitas, recorreu-se a modelos econométricos, de modo a quantificar o efeito das políticas de descriminalização das substâncias ilícitas e o efeito de um plano de coordenação nacional.

Dados

Os dados foram obtidos da base de dados da EMCDDA (*European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction*). Considerou-se dados de 2004 a 2018 de 22 países (Anexo I). Devido à indisponibilidade de informação para todos os períodos temporais, tem-se um painel de dados desequilibrado.

As variáveis dependentes são:

- Prevalência do consumo de canábis
- Prevalência do consumo de cocaína
- Prevalência do consumo de anfetaminas
- Prevalência do consumo de LSD
- Prevalência do consumo de ecstasy

As prevalências do consumo não são registadas anualmente em todos os países, existindo falhas de informação ao longo dos anos. Para ultrapassar esta dificuldade, recorreu-se a uma interpolação linear, onde se preencheu os anos sem registos. Esta abordagem também é utilizada pela EMCDDA para demonstrar as tendências do consumo ao longo dos anos.

A prevalência do consumo de opiáceos não foi incluída devido à presença de uma grande quantidade de valores omissos, que iriam comprometer os resultados do modelo.

As variáveis independentes selecionadas foram:

Variável	Descrição
<i>earnings</i>	Ganho médio mensal de um indivíduo solteiro e sem filhos
<i>educ</i>	Percentagem da população com um grau de ensino terciário (superior)
<i>gdp</i>	PIB do país
<i>pop</i>	População do país
<i>unrate</i>	Taxa de desemprego do país
<i>crim_posse</i>	Variável binária, toma o valor 1 caso a posse da substância ilícita seja crime e 0 caso contrário
<i>crim_use</i>	Variável categórica, toma o valor 1 caso o uso a substância ilícita não seja crime nem uma contraordenação, toma o valor 2 caso seja contraordenação e toma o valor 3 caso seja crime
<i>national</i>	Variável binária, toma o valor 1 caso o país adote um plano nacional

As quatro primeiras variáveis independentes são de controlo, tendo sido obtidas através da Eurostat. As restantes foram preenchidas tendo base informação disponível no site da EMCDDA. Na estimação, a variável *crim_posse* foi excluída, dado que não apresentava uma forte correlação com as variáveis de prevalência do consumo e era muito correlacionada com *crim_use*. Ou seja, não trazia um poder explicativo ao modelo e aumentava a variância da estimativa associada a *crim_use*, fazendo com que esta deixasse de ser significativa.

Especificação

Numa fase inicial, recorreu-se ao estimador de efeitos fixos (*fixed effects*) e efeitos aleatórios (*random effects*). Contudo, esta especificação não se revelou adequada, ao se determinar como relevante a inclusão da variável dependente desfasada no tempo. Isto é, a prevalência do consumo num período será explicada pela prevalência do consumo no período anterior. Adicionalmente, assumiu-se que o efeito da variável associada à descriminalização (*crim_use*) não era contemporâneo à prevalência. Ou seja, a criminalização do uso de uma substância num período só terá um efeito na prevalência do consumo de uma substância no período seguinte.

De acordo com a especificação adotada, o estimador mais adequado será o de Blundell e Bond (1998), dado que ao incluir a variável dependente desfasada, a hipótese de exogeneidade estrita não se verifica e, assim, as estimativas obtidas através do OLS não serão consistentes. Esta metodologia consiste na estimação, em simultâneo, de duas equações (uma em nível e outra em primeiras diferenças), em que se recorre ao estimador GMM e, através de condições de momentos, estima-se os parâmetros do modelo de forma consistente. Para as condições de momentos, deverá especificar-se as variáveis instrumentais que, neste caso, serão as variáveis independentes e a variável dependente diferenciada desfasada no tempo.

Todas as variáveis, com exceção da prevalência do consumo de LSD, foram transformadas através do logaritmo de base natural, a fim de auferir o efeito das variáveis independentes como uma variação percentual na prevalência do consumo.

Na Tabela 1, encontram-se as estimativas obtidas, os respetivos erros padrão, entre parênteses, e os erros padrão robustos (estimados a dois passos com a correção de Windmeijer), entre parênteses retos.

Adicionalmente, incluiu-se os resultados dos testes de Sargan e Hansen, sendo que apenas este último será relevante, dado que é robusto à heterocedasticidade e autocorrelação. Para o teste de Hansen, a não rejeição da hipótese nula, indica que não existe evidência estatística que as condições de momentos não são válidas, permitindo concluir que não existe evidência estatística que as estimativas não sejam consistentes. Observando o *p-value* deste teste para todos os modelos, verifica-se que não há indícios que as estimativas obtidas não sejam consistentes.

Tabela 1. Resultados

Variável	Canábis	Cocaína	LSD	Ecstasy	Anfetaminas
$\log(Y)_{t-1}$	0.666*** (0.952) [0.1313]	0.8104*** (0.1847) [0.1819]	0.6 (0.2868) [0.522]	0.888*** (0.1866) [0.2211]	0.726 (0.3766) [0.79655]
<i>earnings</i>	-7.09e-06 (2.93e-06) [9.93e-06]	8.21e-06 (8.10e-06) [0.0000142]	0.000034 (0.000044) [0.0000381]	1.98e-06 (0.0000248) [0.0000262]	0.0000638 (0.000068) [0.000106]
<i>gdp</i>	2.44e-07 (3.53e-07) [8.89e-07]	6.71e-07 (2.82e-07) [6.94e-07]	-7.54e-08 (7.47e-07) [7.65e-07]	1.36e-06 (1.18e-06) [1.59e-06]	5.36e-07 (1.10e-06) [5.08e-06]
<i>pop</i>	-6.34e-09 (1.03e-08) [2.71e-08]	-1.86e-08 (8.86e-09) [1.98e-08]	4.45e-08 (1.54e-07) [1.32e-07]	-4.58e-08 (3.93e-08) [4.75e-08]	-2.35e-08 (4.05e-08) [1.50e-07]
<i>unrate</i>	0.0348* (0.0090) [0.01939]	0.00874 (0.01107) [0.0153]	-0.0238 (0.02669) [0.0516]	0.03598 (0.0534) [0.035198]	-0.26742 (0.24329) [0.4759]
<i>educ</i>	0.0167 (0.0075) [0.0119]	-0.01345 (0.01077) [0.01282]	-0.0125 (0.03095) [0.02342]	-0.01797 (0.032) [0.03494]	-0.14967 (0.1324) [0.231]
<i>crim_use_{t-1}</i>					
1	-0.3278 (0.1879) [0.3537]	-0.5032 (0.2519) [0.3968]	-1.23 (5.895) [0.823]	-1.2244 (1.0368) [0.9982]	-4.3488 (4.159) [7.3521]
2	-0.7955*** (0.1407) [0.3032]	-0.1977 (0.2579) [0.3156]	0.0278 (0.1334) [0.0378]	-0.6781 (1.1556) [0.8380]	0.4525 (1.425) [1.8738]
<i>national</i>	-0.2504*** (0.0582) [0.09843]	0.4841* (0.32365) [0.2569]	-0.14062 (0.1389) [0.1390]	-0.42236 (1.49) [1.09632]	3.339 (2.388) [6.988]
<i>intercept</i>	0.554 (0.2455) [0.339]	-0.1823 (0.6888) [0.6369]	-0.2690 (0.551) [1.029]	1.259 (1.47) [1.2668]	3.794 (4.21) [7.592]
Sargan Test (<i>p-value</i>)	0.428	0.922	0.159	0.546	0.824
Hansen Test (<i>p-value</i>)	0.396	0.474	0.262	0.185	0.547
Observações	161	152	134	146	138
Instrumentos	21	20	15	20	19
Níveis de significância: * <i>p-value</i> <0.1, ** <i>p-value</i> <0.05, *** <i>p-value</i> <0.01, considerando os erros padrão robustos					

Conclusões

A especificação adotada nos modelos estimados inclui a variável dependente desfasada no tempo. O efeito associado a esta variável permite analisar a persistência temporal da prevalência do consumo das substâncias. Um fenômeno diz-se persistente quando um aumento num período implica um aumento no período subsequente. Por exemplo, se a

prevalência do consumo de determinada substância for persistente, o seu aumento num período implicará um aumento no período seguinte.

Esta medida é relevante porque permite avaliar a prevalência ao longo do tempo e, assim, determinar os efeitos das políticas/medidas tomadas a longo prazo.

Considerando as substâncias canábicas, cocaína e ecstasy, temos a estimativa associada à variável dependente desfasada significativa e com um sinal positivo. Como tal, tem-se que a prevalência do consumo destas substâncias é persistente. Assim, se a prevalência do consumo de canábicas diminuir 1%, espera-se que no ano seguinte a prevalência do consumo diminua cerca de 0.666%, mantendo tudo o resto constante. Se a prevalência do consumo de cocaína diminuir 1%, espera-se que no ano seguinte a prevalência do consumo diminua cerca de 0.81%, mantendo tudo o resto constante. Por fim, se a prevalência no consumo de ecstasy diminuir 1%, espera-se que no ano seguinte a prevalência no consumo de ecstasy diminua 0.888%, mantendo tudo o resto constante.

O efeito da redução da prevalência é maior para a cocaína e para o ecstasy, do que para canábicas. Isto significa que a redução da prevalência do consumo de substâncias ilícitas será mais duradoura ao longo do tempo para a cocaína e ecstasy do que para canábicas.

Relativamente à vantagem de uma coordenação nacional e da descriminalização do uso da substância, apenas a regressão da prevalência do consumo de canábicas apresentou as estimativas destes efeitos significativas. Contudo, dado que é substância com maior prevalência de consumo em Portugal (e na Europa), explica em larga medida o que se passa no conjunto das substâncias ilícitas. Assim, se um país penaliza o uso/consumo de canábicas, espera-se que a prevalência do consumo seja menor cerca de $100 \times (e^{-0.7955} - 1) = 54.86\%$, relativamente a um país que criminaliza o uso/consumo de canábicas, mantendo tudo o resto constante. E, se um país adota um plano nacional, espera-se que a prevalência do consumo seja menor cerca de $100 \times (e^{-0.2504} - 1) = 22.15\%$, relativamente a um país que não adote um plano nacional, mantendo tudo o resto constante. Deste modo, realça-se a vantagem da descriminalização do uso da substância e a vantagem da adoção de um plano nacional.

Limitações e algumas considerações

Em todas as regressões, com exceção da regressão associada à prevalência do consumo de canábicas, tem-se resultados bastante típicos de modelos dinâmicos com uma forte persistência temporal. Ou seja, tem-se o parâmetro estimado de persistência elevado e estatisticamente significativo, enquanto as restantes estimativas não são estatisticamente significativas.

Adicionalmente, acrescenta-se que um número elevado de instrumentos poderá distorcer os resultados do teste Hansen e, por sua vez, indicar uma falsa validade do modelo. Durante a estimação houve o cuidado de colapsar a matriz dos instrumentos e, sempre que possível, reduzir os mesmos. Contudo, devido ao tamanho da amostra, não é razoável admitir que o número de instrumentos utilizados não provoque essa distorção. Especificamente para as regressões associadas à prevalência do consumo de LSD e ecstasy, tem-se p-values relativamente baixos e, numa abordagem mais conservadora, seria necessário considerar níveis de significância como 0.25 (Roodman, 2009).

Posto isto, a maior limitação prende-se com o tamanho da amostra e disponibilidade dos dados, contudo é possível concluir relativamente ao efeito de políticas de

descriminalização e ao efeito de uma coordenação nacional para a prevalência do consumo de canábis.

Países incluídos

Áustria

Bélgica

Bulgária

Croácia

Chipre

Dinamarca

Estónia

Finlândia

França

Hungria

Irlanda

Itália

Lituânia

Luxemburgo

Malta

Países Baixos

Noruega

Portugal

Roménia

Eslováquia

Eslovénia

Espanha



Outputs

Canábis

```
. xtabond2 lcannabis l.lcannabis earnings gdp pop unrate educ l.lib3.crim_cannabis_use nat
> ional, gmm(l.lcannabis, laglim(1 .) collapse) iv(earnings unrate gdp national pop educ)
Favoring space over speed. To switch, type or click on mata: mata set matafavor speed, pe
> rm.
```

Dynamic panel-data estimation, one-step system GMM

```
Group variable: id                Number of obs   =    161
Time variable : year             Number of groups =    22
Number of instruments = 21       Obs per group:  min =    1
Wald chi2(10) = 3387.46         avg =    7.32
Prob > chi2 = 0.000             max =    10
```

	lcannabis	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
lcannabis	lcannabis						
	L1.	.6666413	.095186	7.00	0.000	.4800801	.8532025
earnings		-7.09e-06	2.93e-06	-2.42	0.016	-.0000128	-1.35e-06
gdp		2.44e-07	3.53e-07	0.69	0.489	-4.47e-07	9.35e-07
pop		-6.34e-09	1.03e-08	-0.62	0.538	-2.65e-08	1.38e-08
unrate		.0348189	.0090169	3.86	0.000	.0171462	.0524917
educ		.0167161	.0074913	2.23	0.026	.0020333	.0313988
L.crim_cannabis_use							
	1	-.3278024	.187918	-1.74	0.081	-.6961148	.0405101
	2	-.7955055	.1407082	-5.65	0.000	-1.071289	-.5197224
	3	0	(empty)				
national		-.2504499	.0582368	-4.30	0.000	-.3645919	-.1363079
_cons		.5540978	.2455213	2.26	0.024	.0728849	1.035311

Instruments for first differences equation

Standard

D.(earnings unrate gdp national pop educ)

GMM-type (missing=0, separate instruments for each period unless collapsed)

L(1/14).L.lcannabis collapsed

Instruments for levels equation

Standard

earnings unrate gdp national pop educ

_cons

GMM-type (missing=0, separate instruments for each period unless collapsed)

D.L.lcannabis collapsed

```
Arellano-Bond test for AR(1) in first differences: z = -2.04 Pr > z = 0.042
Arellano-Bond test for AR(2) in first differences: z = 0.86 Pr > z = 0.388
```

```
Sargan test of overid. restrictions: chi2(10) = 10.14 Prob > chi2 = 0.428
(Not robust, but not weakened by many instruments.)
```

Difference-in-Sargan tests of exogeneity of instrument subsets:

GMM instruments for levels

Sargan test excluding group: chi2(9) = 10.09 Prob > chi2 = 0.343

Difference (null H = exogenous): chi2(1) = 0.05 Prob > chi2 = 0.815

iv(earnings unrate gdp national pop educ)

Sargan test excluding group: chi2(4) = 6.40 Prob > chi2 = 0.171

Difference (null H = exogenous): chi2(6) = 3.74 Prob > chi2 = 0.712

```
. xtabond2 lcannabis l.lcannabis earnings gdp pop unrate educ l.lib3.crim_cannabis_use national, gmm(l.lcannabis, lag
> lim(1 .) collapse) iv(earnings unrate gdp national pop educ) robust
Favoring space over speed. To switch, type or click on mata: mata_set matafavor speed, perm.
Warning: Two-step estimated covariance matrix of moments is singular.
Using a generalized inverse to calculate robust weighting matrix for Hansen test.
Difference-in-Sargan/Hansen statistics may be negative.
```

Dynamic panel-data estimation, one-step system GMM

Group variable: id		Number of obs =		161		
Time variable : year		Number of groups =		22		
Number of instruments = 21		Obs per group: min =		1		
Wald chi2(10) = 231.27		avg =		7.32		
Prob > chi2 = 0.000		max =		10		
lcannabis	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
lcannabis						
L1.	.6666413	.1313113	5.08	0.000	.4092759	.9240067
earnings	-7.09e-06	9.93e-06	-0.71	0.475	-.0000265	.0000124
gdp	2.44e-07	8.89e-07	0.27	0.784	-1.50e-06	1.99e-06
pop	-6.34e-09	2.71e-08	-0.23	0.815	-5.94e-08	4.67e-08
unrate	.0348189	.0193966	1.80	0.073	-.0031977	.0728356
educ	.0167161	.0119192	1.40	0.161	-.0066452	.0400773
L.crim_cannabis_use						
1	-.3278024	.3537208	-0.93	0.354	-1.021082	.3654776
2	-.7955055	.3031564	-2.62	0.009	-1.389681	-.2013299
3	0	(empty)				
national	-.2504499	.0984351	-2.54	0.011	-.4433792	-.0575206
_cons	.5540978	.3393597	1.63	0.103	-.1110351	1.219231

Instruments for first differences equation

Standard
D.(earnings unrate gdp national pop educ)
GMM-type (missing=0, separate instruments for each period unless collapsed)
L(1/14).L.lcannabis collapsed

Instruments for levels equation

Standard
earnings unrate gdp national pop educ
_cons
GMM-type (missing=0, separate instruments for each period unless collapsed)
D.L.lcannabis collapsed

Arellano-Bond test for AR(1) in first differences: z = -1.53 Pr > z = 0.125
Arellano-Bond test for AR(2) in first differences: z = 1.38 Pr > z = 0.169

Sargan test of overid. restrictions: chi2(10) = 10.14 Prob > chi2 = 0.428
(Not robust, but not weakened by many instruments.)
Hansen test of overid. restrictions: chi2(10) = 10.52 Prob > chi2 = 0.396
(Robust, but weakened by many instruments.)

Difference-in-Hansen tests of exogeneity of instrument subsets:

GMM instruments for levels
Hansen test excluding group: chi2(9) = 10.15 Prob > chi2 = 0.339
Difference (null H = exogenous): chi2(1) = 0.38 Prob > chi2 = 0.539
iv(earnings unrate gdp national pop educ)
Hansen test excluding group: chi2(4) = 4.96 Prob > chi2 = 0.291
Difference (null H = exogenous): chi2(6) = 5.56 Prob > chi2 = 0.474

Cocaína

```
. xtabond2 lcocain l.lcocain earnings gdp pop unrate educ l.lib3.crim_use national, gmm(l.lcocain, collapse) iv(pop educ gdp e
> arnings unrate) robust
Favoring space over speed. To switch, type or click on mata: mata set matafavor speed, perm.
Warning: Two-step estimated covariance matrix of moments is singular.
Using a generalized inverse to calculate robust weighting matrix for Hansen test.
Difference-in-Sargan/Hansen statistics may be negative.
```

Dynamic panel-data estimation, one-step system GMM

```
Group variable: id                Number of obs   =   152
Time variable : year             Number of groups =    21
Number of instruments = 20       Obs per group: min =    1
Wald chi2(10) = 245.19          avg           =   7.24
Prob > chi2 = 0.000             max           =   10
```

	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
lcocain						
l1	.8104308	.1819422	4.45	0.000	.4538306	1.167031
earnings	8.21e-06	.0000142	0.58	0.563	-.0000196	.000036
gdp	6.71e-07	6.94e-07	0.97	0.333	-6.89e-07	2.03e-06
pop	-1.86e-08	1.98e-08	-0.94	0.346	-5.73e-08	2.01e-08
unrate	.0087464	.0152903	0.57	0.567	-.0212221	.0387148
educ	-.0134496	.0128248	-1.05	0.294	-.0385857	.0116865
L.crim_use						
1	-.5032585	.3967766	-1.27	0.205	-1.280926	.2744093
2	-.1977437	.3155864	-0.63	0.531	-.8162817	.4207943
3	0	(empty)				
national	.4841812	.2568622	1.88	0.059	-.0192595	.9876219
_cons	-.1823059	.6369322	-0.29	0.775	-1.43067	1.066058

Instruments for first differences equation

```
Standard
D.(pop educ gdp earnings unrate)
GMM-type (missing=0, separate instruments for each period unless collapsed)
L(1/14).L.lcocain collapsed
```

Instruments for levels equation

```
Standard
pop educ gdp earnings unrate
_cons
GMM-type (missing=0, separate instruments for each period unless collapsed)
D.L.lcocain collapsed
```

```
Arellano-Bond test for AR(1) in first differences: z = -1.39 Pr > z = 0.165
Arellano-Bond test for AR(2) in first differences: z = 0.65 Pr > z = 0.514
```

```
Sargan test of overid. restrictions: chi2(9) = 3.83 Prob > chi2 = 0.922
(Not robust, but not weakened by many instruments.)
Hansen test of overid. restrictions: chi2(9) = 8.61 Prob > chi2 = 0.474
(Robust, but weakened by many instruments.)
```

Difference-in-Hansen tests of exogeneity of instrument subsets:

```
GMM instruments for levels
Hansen test excluding group: chi2(8) = 7.95 Prob > chi2 = 0.438
Difference (null H = exogenous): chi2(1) = 0.66 Prob > chi2 = 0.417
iv(pop educ gdp earnings unrate)
Hansen test excluding group: chi2(4) = 6.73 Prob > chi2 = 0.151
Difference (null H = exogenous): chi2(5) = 1.89 Prob > chi2 = 0.864
```



```
. xtabond2 lcocain l.lcocain earnings gdp pop unrate educ l.lib3.crim_use national, gmm(l.lcocain, collapse) iv(pop educ gdp e
> arnings unrate)
Favoring space over speed. To switch, type or click on mata: mata set matafavor speed, perm.
```

Dynamic panel-data estimation, one-step system GMM

```
Group variable: id                Number of obs   =    152
Time variable : year              Number of groups =    21
Number of instruments = 20         Obs per group:  min =     1
Wald chi2(10) = 4765.87           avg =           7.24
Prob > chi2 = 0.000               max =           10
```

	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
lcocain						
Ll.	.8104308	.1847471	4.39	0.000	.4483332	1.172528
earnings	8.21e-06	8.10e-06	1.01	0.311	-7.67e-06	.0000241
gdp	6.71e-07	2.82e-07	2.38	0.018	1.17e-07	1.22e-06
pop	-1.86e-08	8.86e-09	-2.10	0.036	-3.60e-08	-1.25e-09
unrate	.0087464	.0110713	0.79	0.430	-.012953	.0304457
educ	-.0134496	.0107671	-1.25	0.212	-.0345527	.0076535
L.crim_use						
1	-.5032585	.2519254	-2.00	0.046	-.9970232	-.0094938
2	-.1977437	.2579968	-0.77	0.443	-.7034082	.3079208
3	0	(empty)				
national	.4841812	.3236503	1.50	0.135	-.1501618	1.118524
_cons	-.1823059	.6888455	-0.26	0.791	-1.532418	1.167806

Instruments for first differences equation

```
Standard
D.(pop educ gdp earnings unrate)
GMM-type (missing=0, separate instruments for each period unless collapsed)
L(1/14).L.lcocain collapsed
```

Instruments for levels equation

```
Standard
pop educ gdp earnings unrate
_cons
GMM-type (missing=0, separate instruments for each period unless collapsed)
D.L.lcocain collapsed
```

```
Arellano-Bond test for AR(1) in first differences: z = -3.34 Pr > z = 0.001
Arellano-Bond test for AR(2) in first differences: z = 0.44 Pr > z = 0.657
```

```
Sargan test of overid. restrictions: chi2(9) = 3.83 Prob > chi2 = 0.922
(Not robust, but not weakened by many instruments.)
```

Difference-in-Sargan tests of exogeneity of instrument subsets:

```
GMM instruments for levels
Sargan test excluding group: chi2(8) = 3.74 Prob > chi2 = 0.880
Difference (null H = exogenous): chi2(1) = 0.09 Prob > chi2 = 0.763
iv(pop educ gdp earnings unrate)
Sargan test excluding group: chi2(4) = 2.48 Prob > chi2 = 0.649
Difference (null H = exogenous): chi2(5) = 1.35 Prob > chi2 = 0.930
```

LSD

```
. xtabond2 lsd l.lsd earnings gdp pop unrate educ l.ib3.crim_use national, gmm(l.lsd, collapse) robust
Favoring space over speed. To switch, type or click on meta: meta set metafavor speed, perm.
Warning: Two-step estimated covariance matrix of moments is singular.
Using a generalized inverse to calculate robust weighting matrix for Hansen test.
Difference-in-Sargan/Hansen statistics may be negative.
```

Dynamic panel-data estimation, one-step system GMM

Group variable: id	Number of obs	=	134
Time variable : year	Number of groups	=	18
Number of instruments = 15	Obs per group: min	=	1
Wald chi2(10) = 72.89	avg	=	7.44
Prob > chi2 = 0.000	max	=	10

lsd	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
lsd						
l1.	.6006859	.5220191	1.15	0.250	-.4224528	1.623825
earnings	.0000434	.0000381	1.14	0.254	-.0000313	.0001182
gdp	-7.54e-08	7.65e-07	-0.10	0.922	-1.58e-06	1.42e-06
pop	4.45e-08	1.32e-07	0.34	0.737	-2.15e-07	3.04e-07
unrate	-.0237892	.0516056	-0.46	0.645	-.1249343	.0773559
educ	-.0124963	.0234245	-0.53	0.594	-.0584074	.0334148
L.crim_use						
1	-1.230908	5.4939	-0.22	0.823	-11.99875	9.536938
2	.0278028	.0378294	0.73	0.462	-.0463414	.1019471
3	0	(empty)				
national	-.1406284	.1390698	-1.01	0.312	-.4132003	.1319434
_cons	-.2690778	1.029074	-0.26	0.794	-2.286025	1.747869

Instruments for first differences equation
 GMM-type (missing=0, separate instruments for each period unless collapsed)
 L(l/14).L.lsd collapsed
 Instruments for levels equation
 Standard
 _cons
 GMM-type (missing=0, separate instruments for each period unless collapsed)
 D.L.lsd collapsed

Arellano-Bond test for AR(1) in first differences: z = -0.07 Pr > z = 0.946
 Arellano-Bond test for AR(2) in first differences: z = 0.90 Pr > z = 0.368

Sargan test of overid. restrictions: chi2(4) = 6.60 Prob > chi2 = 0.159
 (Not robust, but not weakened by many instruments.)
 Hansen test of overid. restrictions: chi2(4) = 5.26 Prob > chi2 = 0.262
 (Robust, but weakened by many instruments.)

Difference-in-Hansen tests of exogeneity of instrument subsets:
 GMM instruments for levels
 Hansen test excluding group: chi2(3) = 5.26 Prob > chi2 = 0.154
 Difference (null H = exogenous): chi2(1) = -0.00 Prob > chi2 = 1.000

. xtabond2 lsd l.lsd earnings gdp pop unrate educ l.lib3.crim_use national, gmm(l.lsd, collapse)
 Favoring space over speed. To switch, type or click on [mata: mata set matafavor speed, perm.](#)

Dynamic panel-data estimation, one-step system GMM

Group variable: id	Number of obs	=	134
Time variable : year	Number of groups	=	18
Number of instruments = 15	Obs per group: min	=	1
Wald chi2(10) = 608.04	avg	=	7.44
Prob > chi2 = 0.000	max	=	10

lsd	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
lsd					
L1.	.6006859	.2867836	2.09	0.036	.0386003 1.162771
earnings	.0000434	.000044	0.99	0.323	-.0000427 .0001296
gdp	-7.54e-08	7.47e-07	-0.10	0.920	-1.54e-06 1.39e-06
pop	4.45e-08	1.54e-07	0.29	0.773	-2.58e-07 3.47e-07
unrate	-.0237892	.0266965	-0.89	0.373	-.0761134 .028535
educ	-.0124963	.0309566	-0.40	0.686	-.0731702 .0481776
L.crim_use					
1	-1.230908	5.895249	-0.21	0.835	-12.78538 10.32357
2	.0278028	.1334	0.21	0.835	-.2336564 .2892621
3	0	(empty)			
national	-.1406284	.1389491	-1.01	0.311	-.4129637 .1317068
_cons	-.2690778	.5599731	-0.48	0.631	-1.366605 .8284493

Instruments for first differences equation
 GMM-type (missing=0, separate instruments for each period unless collapsed)

L(1/14).L.lsd collapsed

Instruments for levels equation

Standard

_cons

GMM-type (missing=0, separate instruments for each period unless collapsed)

D.L.lsd collapsed

Arellano-Bond test for AR(1) in first differences: z = -0.11 Pr > z = 0.914

Arellano-Bond test for AR(2) in first differences: z = 0.90 Pr > z = 0.369

Sargan test of overid. restrictions: chi2(4) = 6.60 Prob > chi2 = 0.159
 (Not robust, but not weakened by many instruments.)

Difference-in-Sargan tests of exogeneity of instrument subsets:

GMM instruments for levels

Sargan test excluding group: chi2(3) = 6.60 Prob > chi2 = 0.086

Difference (null H = exogenous): chi2(1) = 0.00 Prob > chi2 = 1.000

Ecstasy

```
. xtabond2 lecstasy l.lecstasy earnings unrate educ gdp pop l.ib3.crim_use national, gm
> m(l.lecstasy, collapse) iv(earnings unrate educ gdp pop) robust
Favoring space over speed. To switch, type or click on mata: mata set matafavor speed,
> perm.
```

Warning: Two-step estimated covariance matrix of moments is singular.

Using a generalized inverse to calculate robust weighting matrix for Hansen test.
Difference-in-Sargan/Hansen statistics may be negative.

Dynamic panel-data estimation, one-step system GMM

Group variable: id	Number of obs	=	146
Time variable : year	Number of groups	=	20
Number of instruments = 20	Obs per group: min	=	1
Wald chi2(10) = 86.97	avg	=	7.30
Prob > chi2 = 0.000	max	=	10

lecstasy	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
lecstasy						
L1.	.8883882	.2211373	4.02	0.000	.4549672	1.321809
earnings	1.98e-06	.0000262	0.08	0.940	-.0000494	.0000533
unrate	.0359768	.0351984	1.02	0.307	-.0330108	.1049645
educ	-.0179662	.0349382	-0.51	0.607	-.0864438	.0505114
gdp	1.36e-06	1.59e-06	0.85	0.393	-1.76e-06	4.47e-06
pop	-4.58e-08	4.75e-08	-0.96	0.335	-1.39e-07	4.73e-08
L.crim_use						
1	-1.224446	.9982722	-1.23	0.220	-3.181024	.7321312
2	-.678188	.8380621	-0.81	0.418	-2.32076	.9643835
3	0	(empty)				
national	-.4223578	1.096324	-0.39	0.700	-2.571114	1.726398
_cons	1.259247	1.266833	0.99	0.320	-1.223701	3.742194

Instruments for first differences equation

Standard

D.(earnings unrate educ gdp pop)

GMM-type (missing=0, separate instruments for each period unless collapsed)

L(1/14).L.lecstasy collapsed

Instruments for levels equation

Standard

earnings unrate educ gdp pop

_cons

GMM-type (missing=0, separate instruments for each period unless collapsed)

D.L.lecstasy collapsed

Arellano-Bond test for AR(1) in first differences: z = -1.27 Pr > z = 0.204

Arellano-Bond test for AR(2) in first differences: z = 1.10 Pr > z = 0.271

Sargan test of overid. restrictions: chi2(9) = 7.88 Prob > chi2 = 0.546

(Not robust, but not weakened by many instruments.)

Hansen test of overid. restrictions: chi2(9) = 12.53 Prob > chi2 = 0.185

(Robust, but weakened by many instruments.)

Difference-in-Hansen tests of exogeneity of instrument subsets:

GMM instruments for levels

Hansen test excluding group: chi2(8) = 11.58 Prob > chi2 = 0.171

Difference (null H = exogenous): chi2(1) = 0.95 Prob > chi2 = 0.329

iv(earnings unrate educ gdp pop)

Hansen test excluding group: chi2(4) = 2.69 Prob > chi2 = 0.610

Difference (null H = exogenous): chi2(5) = 9.84 Prob > chi2 = 0.080

```
. xtabond2 lecstasy l.lecstasy earnings unrate educ gdp pop l.ib3.crim_use national, gm
> m(l.lecstasy, collapse) iv(earnings unrate educ gdp pop)
Favoring space over speed. To switch, type or click on mata: mata set matafavor speed,
> perm.
```

Dynamic panel-data estimation, one-step system GMM

Group variable: id	Number of obs	=	146
Time variable : year	Number of groups	=	20
Number of instruments = 20	Obs per group: min	=	1
Wald chi2(10) = 332.86	avg	=	7.30
Prob > chi2 = 0.000	max	=	10

lecstasy	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
lecstasy						
L1.	.8883882	.1866856	4.76	0.000	.5224911	1.254285
earnings	1.98e-06	.0000248	0.08	0.936	-.0000467	.0000506
unrate	.0359768	.0533589	0.67	0.500	-.0686047	.1405584
educ	-.0179662	.0319642	-0.56	0.574	-.0806149	.0446824
gdp	1.36e-06	1.18e-06	1.14	0.252	-9.65e-07	3.68e-06
pop	-4.58e-08	3.93e-08	-1.17	0.243	-1.23e-07	3.11e-08
L.crim_use						
1	-1.224446	1.036804	-1.18	0.238	-3.256545	.8076519
2	-.678188	1.155603	-0.59	0.557	-2.943129	1.586752
3	0	(empty)				
national	-.4223578	1.489909	-0.28	0.777	-3.342526	2.497811
_cons	1.259247	1.470879	0.86	0.392	-1.623623	4.142117

Instruments for first differences equation

Standard

D.(earnings unrate educ gdp pop)

GMM-type (missing=0, separate instruments for each period unless collapsed)

L(1/14).L.lecstasy collapsed

Instruments for levels equation

Standard

earnings unrate educ gdp pop

_cons

GMM-type (missing=0, separate instruments for each period unless collapsed)

D.L.lecstasy collapsed

Arellano-Bond test for AR(1) in first differences: z = -3.58 Pr > z = 0.000

Arellano-Bond test for AR(2) in first differences: z = 2.36 Pr > z = 0.018

Sargan test of overid. restrictions: chi2(9) = 7.88 Prob > chi2 = 0.546
(Not robust, but not weakened by many instruments.)

Difference-in-Sargan tests of exogeneity of instrument subsets:

GMM instruments for levels

Sargan test excluding group: chi2(8) = 2.96 Prob > chi2 = 0.937

Difference (null H = exogenous): chi2(1) = 4.92 Prob > chi2 = 0.027

iv(earnings unrate educ gdp pop)

Sargan test excluding group: chi2(4) = 1.64 Prob > chi2 = 0.801

Difference (null H = exogenous): chi2(5) = 6.24 Prob > chi2 = 0.284

Anfetaminas

```
. xtabond2 lamph l.lamph earnings unrate educ gdp pop l.ib3.crim_use national, gmm(l.am
> ph, collapse) iv(earnings educ gdp pop) robust
Favoring space over speed. To switch, type or click on mata: mata set matafavor speed,
> perm.
```

Warning: Two-step estimated covariance matrix of moments is singular.

Using a generalized inverse to calculate robust weighting matrix for Hansen test.
Difference-in-Sargan/Hansen statistics may be negative.

Dynamic panel-data estimation, one-step system GMM

Group variable: id	Number of obs	=	138
Time variable : year	Number of groups	=	20
Number of instruments = 19	Obs per group: min	=	1
Wald chi2(10) = 3.15	avg	=	6.90
Prob > chi2 = 0.978	max	=	10

lamph	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
lamph						
L1.	.7257532	.7965513	0.91	0.362	-.8354587	2.286965
earnings	.0000638	.000106	0.60	0.547	-.0001439	.0002716
unrate	-.2674255	.4758851	-0.56	0.574	-1.200143	.6652922
educ	-.1496688	.2309501	-0.65	0.517	-.6023227	.302985
gdp	5.36e-07	5.08e-06	0.11	0.916	-9.42e-06	.0000105
pop	-2.35e-08	1.50e-07	-0.16	0.876	-3.18e-07	2.71e-07
L.crim_use						
1	-4.348757	7.352142	-0.59	0.554	-18.75869	10.06118
2	.4524576	1.873753	0.24	0.809	-3.220031	4.124946
3	0	(empty)				
national	3.338925	6.987837	0.48	0.633	-10.35698	17.03483
_cons	3.794694	7.592027	0.50	0.617	-11.0854	18.67479

Instruments for first differences equation

Standard

D.(earnings educ gdp pop)

GMM-type (missing=0, separate instruments for each period unless collapsed)

L(1/14).L.amph collapsed

Instruments for levels equation

Standard

earnings educ gdp pop

_cons

GMM-type (missing=0, separate instruments for each period unless collapsed)

D.L.amph collapsed

Arellano-Bond test for AR(1) in first differences: z = 0.62 Pr > z = 0.534

Arellano-Bond test for AR(2) in first differences: z = -0.44 Pr > z = 0.657

Sargan test of overid. restrictions: chi2(8) = 4.35 Prob > chi2 = 0.824

(Not robust, but not weakened by many instruments.)

Hansen test of overid. restrictions: chi2(8) = 6.90 Prob > chi2 = 0.547

(Robust, but weakened by many instruments.)

Difference-in-Hansen tests of exogeneity of instrument subsets:

GMM instruments for levels

Hansen test excluding group: chi2(7) = 4.45 Prob > chi2 = 0.727

Difference (null H = exogenous): chi2(1) = 2.46 Prob > chi2 = 0.117

iv(earnings educ gdp pop)

Hansen test excluding group: chi2(4) = 2.96 Prob > chi2 = 0.564

Difference (null H = exogenous): chi2(4) = 3.94 Prob > chi2 = 0.414

```
. xtabond2 lamph l.lamph earnings unrate educ gdp pop l.lib3.crim_use national, gmm(l.am
> ph, collapse) iv(earnings educ gdp pop)
Favoring space over speed. To switch, type or click on mata: mata set matafavor speed,
> perm.
```

Dynamic panel-data estimation, one-step system GMM

Group variable: id	Number of obs	=	138
Time variable : year	Number of groups	=	20
Number of instruments = 19	Obs per group: min	=	1
Wald chi2(10) = 158.61	avg	=	6.90
Prob > chi2 = 0.000	max	=	10

lamph	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
lamph						
L1.	.7257532	.3766105	1.93	0.054	-.0123897	1.463896
earnings	.0000638	.000068	0.94	0.347	-.0000694	.000197
unrate	-.2674255	.24329	-1.10	0.272	-.7442652	.2094142
educ	-.1496688	.132372	-1.13	0.258	-.4091131	.1097755
gdp	5.36e-07	1.10e-06	0.49	0.626	-1.62e-06	2.69e-06
pop	-2.35e-08	4.05e-08	-0.58	0.562	-1.03e-07	5.59e-08
L.crim_use						
1	-4.348757	4.159183	-1.05	0.296	-12.50061	3.803093
2	.4524576	1.425427	0.32	0.751	-2.341328	3.246243
3	0	(empty)				
national	3.338925	2.388136	1.40	0.162	-1.341736	8.019585
_cons	3.794694	4.210716	0.90	0.367	-4.458156	12.04755

Instruments for first differences equation

Standard

D.(earnings educ gdp pop)

GMM-type (missing=0, separate instruments for each period unless collapsed)

L(1/14).L.amph collapsed

Instruments for levels equation

Standard

earnings educ gdp pop

_cons

GMM-type (missing=0, separate instruments for each period unless collapsed)

D.L.amph collapsed

Arellano-Bond test for AR(1) in first differences: z = 0.70 Pr > z = 0.481

Arellano-Bond test for AR(2) in first differences: z = -0.44 Pr > z = 0.661

Sargan test of overid. restrictions: chi2(8) = 4.35 Prob > chi2 = 0.824

(Not robust, but not weakened by many instruments.)

Difference-in-Sargan tests of exogeneity of instrument subsets:

GMM instruments for levels

Sargan test excluding group: chi2(7) = 1.87 Prob > chi2 = 0.967

Difference (null H = exogenous): chi2(1) = 2.49 Prob > chi2 = 0.115

iv(earnings educ gdp pop)

Sargan test excluding group: chi2(4) = 1.07 Prob > chi2 = 0.899

Difference (null H = exogenous): chi2(4) = 3.29 Prob > chi2 = 0.511



C – Legislação relevante





LEGISLAÇÃO RELEVANTE

I. Enquadramento do SICAD

São os seguintes os diplomas legislativos e regulamentares enquadradores mais relevantes:

- Decreto-Lei n.º 1/2003, de 6 de Janeiro, Reorganiza as estruturas de coordenação contra a droga e à toxicodependência Última modificação legislativa: DL n.º 40/2010, de 28 de Abril (reorganiza as estruturas de coordenação contra a droga e à toxicodependência e altera o DL n.º 1/2003, de 6 de Janeiro);
- Decreto-Lei n.º 17/2012, de 26 de janeiro, Aprova a orgânica do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências;
- Portaria n.º 154/2012, de 22 de maio, Fixa a estrutura nuclear do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

II. Consumo e Tráfico

- Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, Revê a legislação contra a droga. Versão consolidada vigente desde: 12 Novembro 2014; Última modificação legislativa: Lei n.º 77/2014, de 11 de novembro (alteração ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, aditando a substância alfa-fenilacetacetoneitrilo à tabela anexa v).
Também merecedora de destaque é a Lei n.º 8/2019, de 1 fevereiro, que operou a vigésima terceira alteração ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, que aprova o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, transpondo a Diretiva (UE) 2017/2103, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de novembro de 2017.
- Lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro, Define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a protecção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica Última modificação legislativa: Decreto-Lei n.º 114/2011, de 30 de Novembro (competências dos governos civis e dos governadores civis para outras entidades da Administração Pública, liquida o património dos governos civis e define o regime legal aplicável aos respectivos funcionários).
- Decreto-Lei n.º 81/95, de 22 de abril, nas partes onde se fixam as entidades com intervenção na luta contra o tráfico de estupefacientes, e o exercício das respetivas atribuições e competências, e se criam Unidades de Coordenação e Intervenção Conjunta (UCIC), se definem mecanismos de racionalização, centralização e coordenação da atividade desenvolvida.

III. Estupefacientes / Substâncias Psicotrópicas

- Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, Regulamenta o Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro (revê a legislação contra a droga) (com as alterações introduzidas pelo Decreto Regulamentar n.º 2/2020, de 4 de agosto, Estabelece o regime de autorização do cultivo e exploração industrial de variedades de cânhamo)

Também merecedor de destaque é o Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga.

Identifica diferentes entidades competentes para a aplicação e fiscalização das normas aí definidas, designadamente INFARMED, AT, ASAE, DGAE, PGR e PJ.

- Portaria n.º 94/96, de 26 de Março, Define os procedimentos de diagnóstico e dos exames periciais necessários à caracterização do estado de toxicodependência (rectificada pela Declaração de Retificação n.º 11-H/96, de 29 de Junho (DR 29 Junho))

IV. Prevenção, redução de riscos e minimização de danos

- Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de Junho, Aprova o regime geral das políticas de prevenção e redução de riscos e minimização de danos

V. Álcool

- Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000, de 29 de Novembro, Aprova o Plano de Ação contra o Alcoolismo;
- Decreto-Lei n.º 332/2001, de 24 de Dezembro, Altera o Código da Publicidade, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 330/90, de 23 de Outubro “Regulação do marketing e da promoção do álcool”;
- Decreto-Lei n.º 9/2002, de 24 de Janeiro, Estabelece restrições à venda e consumo de bebidas alcoólicas e altera os Decretos-Leis n.ºs 122/79, de 8 de Maio, 252/86, de 25 de Agosto, 168/97, de 4 de Julho, e 370/99, de 18 de Setembro Declaração de Retificação n.º 3-A/2002, de 31 de Janeiro. Revogado pelo Decreto-Lei n.º 50/2013, de 16 de abril, exceto art. 9.º;
- Decreto-Lei n.º 50/2013, de 16 de abril, Cria um novo regime de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público Declaração de Retificação n.º 23/2013, de 8 de maio | Última modificação legislativa: Decreto-Lei n.º 102/2017, de 23 de agosto (Implementa a medida do SIMPLEX+ 2016 «Informação ao consumidor + simples»);
Também merecedor de destaque é o Decreto-Lei n.º 106/2015, de 16 de junho, Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 50/2013, de 16 de abril, que estabelece o regime de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público, proibindo a prática destas atividades relativamente a menores de idade.
- Lei n.º 72/2013, de 3 de setembro, Décima terceira alteração ao Código da Estrada, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 114/94, de 3 de maio, e primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 44/2005, de 23 de fevereiro. Ver, em especial, os arts 81.º, 129.º, 135.º, n.º 7 e), 145.º al. l), 146.º al. j), 152.º, 153.º, 154.º, 156.º, 158.º, 185.º, n.º 3 al. b) do Código da Estrada;
- Portaria n.º 390/2002, de 11 de Abril, Aprova o regulamento relativo às prescrições mínimas de segurança e saúde em matéria de consumo, disponibilização e venda de bebidas alcoólicas nos locais de trabalho da administração pública central e local.

NOTA: Estão excluídos da análise, por não terem força de lei (*latu sensu*), os códigos de autorregulação da Indústria do Álcool que começaram a surgir a partir da segunda metade da década passada, o que não invalida a pertinência do conhecimento da sua existência e do seu conteúdo.

NOTA/RESUMO: Como bem se sintetiza no próprio PNRCAD “No âmbito das estratégias de minimização do uso nocivo do álcool, os Estados têm ao seu dispor um conjunto de medidas, formalmente elencadas na Estratégia global para a redução do 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.” (ver pp. 47 e 48)

VI. Novas Substâncias Psicoativas (NSP)

- Decisão n.º 2005/387/JAI, de 10 de maio relativa ao intercâmbio de informações, avaliação de riscos e controlo de novas substâncias psicoativas. Sucessivas alterações ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, acrescentando NSP;
- Lei n.º 13/2012, de 26 de março, Altera pela décima nona vez o Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, que aprova o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, acrescentando a mefedrona e o tapentadol às tabelas que lhe são anexas;
- Lei n.º 22/2014, de 28 de abril, Vigésima alteração ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, que aprova o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, aditando a substância 5 (2-aminopropil) índole à tabela anexa II-A e a substância 4 metilanfetamina à tabela anexa II-B;
- Lei n.º 77/2014, de 11 de novembro, Procede à vigésima primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, que aprova o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, aditando a substância alfa-fenilacetoacetoneitrilo à tabela anexa v;
- Resolução da Assembleia da República n.º 5/2013, de 28 de janeiro, Recomenda ao Governo a aprovação de normas para a proteção da saúde pública e a tomada de medidas contra o consumo das denominadas novas drogas;
- Decreto-Lei n.º 54/2013, de 17 de abril, Procede à definição do regime jurídico da prevenção e proteção contra a publicidade e comércio das novas substâncias psicoativas;
- Portaria n.º 154/2013, de 17 de abril, Aprova a Lista de novas substâncias psicoativas;

VII. Tabaco

- decreto n.º 25-A/2005, de 8 de Novembro, Aprova a Convenção Quadro da Organização Mundial de Saúde para o Controlo do Tabaco, adotada em Genebra, pela 56.ª Assembleia Mundial de Saúde, em 21 de Maio de 2003;
- lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto, Aprova normas para a protecção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo Última modificação legislativa: Lei n.º 63/2017, de 3 de agosto (Abrange no conceito de “fumar” os novos produtos do tabaco sem combustão que produzam aerossóis, vapores, gases ou partículas inaláveis);
- Lei n.º 109/2015, de 26 de agosto, primeira alteração à Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto, transpondo a Diretiva 2014/40/EU, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 3 de abril de 2014, relativa à aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas dos Estados membros no que respeita ao fabrico, apresentação e venda de produtos do tabaco e produtos afins e que revoga a Diretiva 2001/37/CE e a Diretiva 2014/109/EU, da Comissão, de 10 de outubro de 2014, que altera o anexo II da Diretiva 2014/40/EU do Parlamento Europeu e do Conselho, estabelecendo a biblioteca de advertências ilustradas a utilizar em produtos do tabaco;
- Despacho n.º 8811/2015, de 10 de agosto, Cria a rede de prestação de cuidados de saúde e de referência em cessação tabágica (RPCSRCT);
- Despacho n.º 14202-A/2016, de 25 de novembro, Determina como objetivos prioritários, no âmbito do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo e do Programa Tipo de atuação em Cessação Tabágica, assegurar o acesso a consultas de apoio intensivo à cessação tabágica, desenvolver ações de formação e campanhas informativas, promover o acesso a medicamentos e concluir o processo de informatização dos registos das intervenções e das consultas de apoio intensivo à cessação tabágica.

VIII. Medicamentos Anabolizantes

- Lei n.º 38/2012, de 28 de agosto, Aprova a lei antidopagem no desporto, adotando na ordem jurídica interna as regras estabelecidas no Código Mundial Antidopagem, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 111/2019 de 10 de setembro;
- Decreto do Presidente da República n.º 80/2018, de 12 de novembro, ratifica a Convenção do Conselho da Europa Relativa à Contrafação de Medicamentos e Infrações Semelhantes que Envolvam Ameaças à Saúde Pública, aberta a assinatura em Moscovo, em 28 de outubro de 2011;
- Estatuto do Medicamento - Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto, última atualização: Decreto-Lei n.º 112/2019, de 16 de agosto). Especial atenção ao art. 181.º, n.º2, no que concerne a infrações e coimas.
Também merecedor de destaque é o Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro, Proceda à oitava alteração ao Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, que estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano, à quarta alteração ao Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, que estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina, e à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 20/2013, de 14 de fevereiro, transpondo as Diretivas n.os 2009/35/CE, de 23 de abril de 2009, 2011/62/UE, de 8 de junho de 2011, e 2012/26/UE, de 25 de outubro de 2012
- Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto, No uso da autorização legislativa concedida pela Lei n.º 20/2007, de 12 de Junho, estabelece o regime jurídico das

farmácias de oficina (Última modificação legislativa: Lei n.º 51/2014, de 25 agosto). Destaque especial para o disposto no art. 9.º-A – quanto a requisitos obrigatórios especiais para venda à distância de medicamentos ao público, e respetiva publicitação no website do INFARMED. São ainda de destacar, a título meramente lateral, as seguintes normas de natureza penal, relacionados com fraude, violação de direitos de propriedade industrial e contrafação;

- Código Penal (Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de Março), Crime de Corrupção de substâncias alimentares ou medicinais - art. 282.º;
- Decreto-Lei n.º 28/84, de 20 de Janeiro, Altera o regime em vigor em matéria de infracções antieconómicas e contra a saúde pública (Última modificação legislativa: Lei n.º 20/2008, de 21 de abril). Fraude sobre Mercadorias (artigo 23.º);
- Código da Propriedade Industrial - Decreto-Lei n.º 110/2018, de 10 de dezembro. Crime de violação do exclusivo da patente (art. 321.º); Crime de Contrafação imitação e uso ilegal de marca (artigo 323.º); Crime Venda, circulação ou ocultação de produtos ou artigos contrafeitos (artigo 324.º).

IX. Jogo

- Decreto-Lei n.º 422/89, de 2 de Dezembro, Reformula a Lei do Jogo (Última modificação legislativa: Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto - cria o regime jurídico do maior acompanhado, eliminando os institutos da interdição e da inabilitação, previstos no Código Civil, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 47 344, de 25 de novembro de 1966);
- Lei n.º 73/2014, 2 de setembro, Autoriza o Governo a legislar sobre o regime jurídico da exploração e prática do jogo online. Decretos-Leis aprovados ao abrigo desta autorização legislativa:
 - Decreto-Lei n.º 65/2015, de 29 de abril, procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 31/2011, de 4 de março, que regula o exercício da atividade de exploração do jogo do bingo;
 - Decreto-Lei n.º 66/2015, de 29 de abril, (...) , aprova o Regime Jurídico dos Jogos e Apostas Online e altera o Código da Publicidade, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 330/90, de 23 de outubro, a Tabela Geral do Imposto do Selo, e o Decreto-Lei n.º 129/2012, de 22 de junho (Última modificação legislativa: Lei n.º 2/2020, de 31 de março);
 - Decreto-Lei n.º 67/2015, de 29 de abril, (...) , aprova o regime jurídico da exploração e prática das apostas desportivas à cota de base territorial, e altera a Tabela Geral do Imposto do Selo, e os Estatutos da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 235/2008, de 3 de dezembro (Última modificação legislativa: Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto);
 - Decreto-Lei n.º 68/2015, de 29 de abril, (...) , aprova os regimes jurídicos da exploração e prática das apostas hípcas mútuas de base territorial e da atribuição da exploração de hipódromos, e altera os Estatutos da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 235/2008, de 3 de dezembro (Última modificação legislativa: Lei n.º 2/2020, de 31 de março);
- Decreto-Lei n.º 31/2011, de 4 de Março, Regula o exercício da atividade de exploração do jogo do bingo;
- Decreto-Lei n.º 84/85, de 28 de Março, Estabelece normas relativas à organização e exploração dos concursos de apostas mútuas denominados

- «totobola» e «totoloto» (com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 114/2011, de 30 de novembro);
- Decreto-Lei n.º 330/90, de 23 de Outubro, Aprova o Código da Publicidade, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 30/2019, de 23 de abril (arts. 6.º e seguintes, maxime art. 13.º e art. 21.º).



