

Aprovo

Assinado de forma
digital por João
Castel-Branco
Goulão
Dados: 2024.09.02
17:10:02 +01'00'

PLANO ESTRATÉGICO ICAD 2024-2026

Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P.



Aprovo
Ana Paula Martins
11/01/2024

FICHA TÉCNICA

Título: PLANO ESTRATÉGICO ICAD 2024-2026

Autoria: Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P.

Núcleo Executivo: Sofia Albuquerque, Alexandra Almeida, Bruno Freitas, Carlos Cleto, Diana Faria, Hélder S. João, Isabel Prata, Patrícia Monteiro, Raúl Melo, Sandra Caixeirinho, Sara Carvalho.

Grafismo: Filipa Cunha

Edição: Lisboa 2024

ÍNDICE

PREFÁCIO.....	4
ESTRATÉGIA ICAD NUMA PÁGINA.....	6
SUMÁRIO EXECUTIVO.....	7
I. ENQUADRAMENTO	12
MISSÃO, VISÃO, VALORES, POLÍTICA DE QUALIDADE E INOVAÇÃO.....	12
ESTRUTURA ORGÂNICA.....	15
RECURSOS HUMANOS.....	23
RECURSOS FINANCEIROS.....	25
CRITÉRIOS ESG - ENVIRONMENTAL, SOCIAL AND CORPORATE GOVERNANCE.....	27
II. METODOLOGIA DE ELABORAÇÃO DO PLANO.....	30
ALINHAMENTO COM POLÍTICAS GLOBAIS E PLANOS INSTITUCIONAIS TRANSVERSAIS	31
INSTITUIÇÕES CONGÊNERES E DE REFERÊNCIA INTERNACIONAL	39
III. SITUAÇÃO NACIONAL	42
O PAÍS EM MATÉRIA DE CAD.....	42
DESAFIOS ESTRATÉGICOS	49
IV. DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO	52
ANÁLISE SWOT - STRENGTHS, WEAKNESS, OPPORTUNITIES AND THREATS	52
MATRIZ SWOT	56
ANÁLISE PESTAL - POLÍTICA, ECONÓMICA, SOCIAL, TECNOLÓGICA, AMBIENTAL E LEGAL.....	57
ANÁLISE DE PARCEIROS	62
V. FORMULAÇÃO ESTRATÉGICA	64
MAPA ESTRATÉGICO	65
VETORES ESTRATÉGICOS	66
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	69
CORRESPONDÊNCIA ENTRE AS ATRIBUIÇÕES DO ICAD E OS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	76
INDICADORES DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	77
CORRESPONDÊNCIA ESTRATÉGICA.....	78
VI. IMPLEMENTAÇÃO ESTRATÉGICA.....	80
COORDENAÇÃO, MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO	80
MONITORIZAÇÃO DOS KEY PERFORMANCE INDICATOR (KPI) / INDICADORES-CHAVE DE DESEMPENHO	81
VII. ANEXOS	88
I. SITUAÇÃO NACIONAL EM MATÉRIA DE CAD	88
II. GLOSSÁRIO.....	115
III. SIGLAS E ABREVIATURAS.....	132
IV. BIBLIOGRAFIA.....	135

PREFÁCIO

A recente criação do ICAD, I.P., estrutura do Ministério da Saúde com a capacidade de liderar a organização de respostas eficazes, transversais e integradas dirigidas aos fenómenos relacionados com os comportamentos aditivos e as dependências, mas também de coordenar as respostas da Saúde neste âmbito, era há muito preconizada por vastos setores ligados a estes temas. Depois de onze anos de vigência do arranjo estrutural anterior, marcados pela fragmentação e, apesar dos esforços dos Profissionais e das próprias ARS, por dificuldades na mobilização de massa crítica e pela introdução de entropias onde elas não existiam, vivemos agora a expectativa da reunião, numa convergência de saberes que promete reforçar a vertente humana, deixando um legado positivo na Comunidade.

Criado na vigência do Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e as Dependências 2030, assente nos desafios elencados sob os pilares “Empoderar, Cuidar e Proteger”, o próprio ICAD enfrenta um primeiro e grande desafio: “Edificar-se”.

O Plano Estratégico do ICAD, IP, que agora se apresenta, tem a ver com a edificação da sua própria estrutura. Um dos propósitos passa por erguer uma nova identidade, alicerçada no envolvimento de todas as partes interessadas e no compromisso genuíno em alinhar os valores que a norteiam e os objetivos estratégicos que pretende alcançar.

A pretensão consignada na “Visão” de se tornar a entidade de referência em CAD, impõe a responsabilidade social de partilhar conhecimento e experiências, fazendo-os perdurar no tempo. Sob este prisma organizacional, o ICAD deverá assegurar que a transmissão de conhecimentos às gerações futuras não é descurada.

No mesmo sentido, o ICAD promete afirmar o seu valor junto de colaboradores, parceiros estratégicos e comunidade, demonstrando a solidez da sua arquitetura e o reconhecimento e visibilidade da sua intervenção. No contexto internacional, assume-se igualmente como parceiro ativo na definição e concretização de estratégias e iniciativas, reforçando o posicionamento e a projeção da política nacional, e promovendo políticas públicas centradas na promoção da saúde e fortemente ancoradas no respeito pelos Direitos Humanos.

Em alinhamento com a sua essência, o novo ICAD assume a participação ativa na definição de medidas que promovam a qualidade de vida e o bem-estar do cidadão, este último merecedor da centralidade da sua intervenção.

Acreditamos que políticas públicas eficazes são desenhadas sobre análises de rigor e evidência, oferecendo uma base sólida para a tomada de decisão. A este nível, e encerrando esta perspetiva arquitetónica, o ICAD tem ainda como compromisso o de incitar e agilizar a regulamentação jurídica, numa ótica de prevenção ambiental, na qual se destaca o interesse do cidadão e a proteção social da comunidade que o envolve.

É grande o entusiasmo em torno destes desafios, como grandes são a expectativa e a responsabilidade a eles associadas. Estamos confiantes em que o capital de saber, competência e empenho, de novo reunidos no ICAD, nos permitirão responder-lhes eficazmente.



João Castel-Branco Goulão
Presidente do Conselho Diretivo

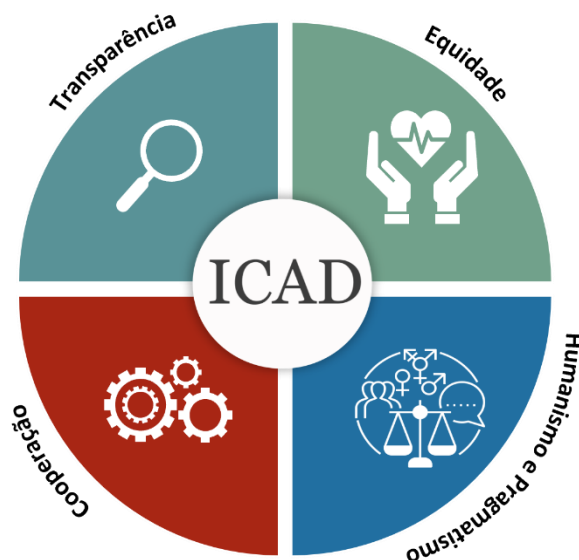
ESTRATÉGIA ICAD NUMA PÁGINA



Prevenir e reduzir os comportamentos aditivos e as dependências, assegurar o tratamento, a redução de riscos e a minimização de danos e a reinserção social, bem como fomentar a capacitação e formação diferenciada, a investigação e a inovação nesses domínios.



Ser a referência em Comportamentos Aditivos e nas Dependências, através de respostas e serviços inovadores e sustentados, de proximidade e baseados na evidência, centrados no cidadão e nas comunidades.



3 VETORES ESTRATÉGICOS	Empoderar	Cuidar	Edificar
- Literacia em CAD - Adequação das intervenções - Apoiar e orientar as políticas públicas - Eficiência e Inovação na produção de conhecimento	- Governança Integrada, qualidade e inovação - Afirmar identidade - Gestão Estratégica de RH e sustentabilidade económica e financeira	7 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	
4 DESAFIOS ESTRATÉGICOS	- Capacidade de Resposta - Rede de referênciação	- Recursos Humanos e Financeiros - Especialidade em CAD/Peritos por tipo de CAD	
- Rede de Referênciação - Novos Perfis de Consumo - Respostas Descentralizadas de Prevenção indicada - Intervenção em RRMD - Diagnóstico Nacional	- Capacidade de Resposta (Amb.) - Capacidade de Resposta (Int.) - Taxa de Retenção - Avaliação em Reinserção - Especialidade em CAD - Recrutamento e Captação de RH	11 KEY PERFORMANCE INDICATORS	

SUMÁRIO EXECUTIVO

Em outubro de 2023, com a aprovação do Decreto-Lei n.º 89/2023, é criado o Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, Instituto Público (ICAD), no reconhecimento da necessidade de implementação de um **novo modelo orgânico** para esta área, enfraquecida ao longo dos anos que se seguiram à extinção do ex-Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT). Neste contexto, o ICAD assume-se como o organismo responsável nesta matéria, incorporando as competências e recursos dispersos pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS) e Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), garantindo a continuidade, a integração e o alinhamento da intervenção em matéria de comportamentos aditivos e dependências (CAD).

O Plano Estratégico surge como o primeiro documento orientador deste novo Instituto, construído de forma a integrar uma reflexão multidisciplinar por parte de todos os profissionais dos CAD. Ambiciona ser um instrumento de alinhamento em torno da **missão** de *prevenir e reduzir os comportamentos aditivos e as dependências, assegurar o tratamento, a redução de riscos e a minimização de danos e a reinserção social, bem como fomentar a capacitação e formação diferenciada, a investigação e a inovação nesses domínios*. A estratégia ICAD pretende ainda traduzir a **visão**, experiência e conhecimento acumulado dos profissionais de referência na área dos CAD, responsáveis por respostas e serviços inovadores e sustentados, de proximidade, e baseados na evidência, centralidade no cidadão e nas comunidades.

O Instituto é composto por **unidades orgânicas** nucleares e flexíveis de âmbito central e local, estas últimas integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e distribuídas pelo território nacional. A estas unidades cabe prosseguir as **atribuições** do ICAD, no âmbito do diagnóstico territorial, do planeamento, coordenação, execução e avaliação de programas, atividades e respostas em CAD, assim como assegurar a investigação, o tratamento de dados estatísticos, a produção e divulgação de conhecimento, a representação institucional e a cooperação nacional e internacional em matéria de CAD. São igualmente atribuições do ICAD, apoiar o membro do Governo responsável pela área da saúde na definição e avaliação de políticas nacionais neste domínio, apoiando o Coordenador Nacional para a redução dos CAD, assumindo a representação e coordenação de grupos de trabalho interinstitucionais. Privilegiando a promoção de boas práticas, bem como a qualidade e inovação das respostas em CAD, este organismo é responsável, entre as demais atribuições, pela definição de linhas de orientação técnica e normativas para a intervenção, prestando assessoria científica e técnica a entidades dos setores público, privado e social, a nível nacional e internacional, propondo medidas

legislativas e administrativas de prevenção ambiental, dissuasoras do consumo de substâncias psicoativas (SPA), e apostando fortemente na promoção da capacitação e formação no domínio dos CAD, tendo em vista a promoção de comunidades saudáveis. Cabe ainda ao ICAD, por atribuição legislativa, prestar apoio técnico e administrativo e garantir as infraestruturas necessárias ao funcionamento das Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT), bem como acompanhar o seu funcionamento.

Para garantir o alinhamento da estratégia ICAD com as principais áreas de intersecção com os CAD, foram consideradas políticas e planos intersectoriais, de âmbito nacional e internacional, procurando-se uma concertação integrada de estratégias, ações e esforços. Neste âmbito, o [PNRCAD 2030](#) constituiu-se como uma referência em termos de política pública, por congregar as diferentes entidades com responsabilidades na área dos CAD. Pela sua importância e forte interligação com esta área, também o [Plano Nacional de Saúde 2030](#) assume especial relevância no contexto nacional. Já em termos internacionais, foram consideradas estratégias, planos e outros documentos orientadores, emanados pela União Europeia, Organização Mundial da Saúde e Nações Unidas. Almejando a construção de um futuro mais sustentável para as gerações vindouras, o cuidado com a sustentabilidade e o alinhamento com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) constituíram também importantes preocupações que permearam todo o planeamento estratégico. Neste sentido, foram incluídos indicadores de sustentabilidade, que traduzem os **critérios ESG** (*Environmental, Social and Corporate Governance*) e que irão permitir o reforço do desempenho do ICAD neste domínio.

Também os resultados de estudos epidemiológicos de carácter nacional e as principais tendências em termos de padrões de consumo balizaram o planeamento estratégico do ICAD. Os dados sobre a situação nacional relativa aos consumos de álcool evidenciam agravamentos transversais a ambos os sexos e maioria dos grupos etários, inclusive os consumos de risco elevado e a dependência, a qual quase quadruplicou em dez anos. Também são preocupantes as prevalências de *binge* e embriaguez em várias populações jovens, com aumentos mais expressivos no grupo feminino. Este quadro evolutivo tem-se refletido no aumento da procura de tratamento e dos internamentos hospitalares, assim como no agravamento da mortalidade e de vários problemas sociais/legais relacionadas com o consumo de álcool.

Quanto ao consumo de substâncias ilícitas, apesar de várias evoluções positivas, há algumas evidências negativas, como o aumento do consumo de risco elevado de canábis nos jovens de 15-24 anos (quase duplicou em cinco anos e sextuplicou em dez anos), o acréscimo de consumidores recentes de cocaína, o incremento da experiência de problemas associados ao consumo de drogas entre os jovens, o aumento de readmitidos em tratamento e das overdoses.

Também são de assinalar alguns dados preocupantes relativos aos CAD sem substância, como o aumento nos últimos cinco anos do jogo abusivo e patológico nos homens e em alguns grupos etários, sobretudo nos 25-34 anos, o incremento do jogo de apostas online entre os jovens de 18 anos, a prática expressiva do jogo a dinheiro entre os menores, a dimensão problemática associada aos jogos eletrónicos online, a utilização da internet em idades muito precoces, o aumento da experiência de problemas associada a esta utilização e o agravamento da dependência ligeira e moderada da internet, sobretudo nos 15-24 anos e 25-34 anos.

Este panorama nacional em matéria de CAD, o facto de o ICAD ser um organismo recente e em construção, e ainda a constatação das dificuldades sentidas pelos serviços, conduziu à identificação de **Desafios Estratégicos** (DE) ou fatores que se consideraram críticos para o sucesso do novo Instituto. Pretende-se que a sua superação possa ser uma realidade no final da execução deste Plano Estratégico, dando resposta às dificuldades atuais da área dos CAD. Nesta lógica, foram identificados quatro DE relacionados com:

- **Capacidade de Resposta:** pretende-se aumentar e potenciar a capacidade de resposta dos serviços, diminuir o tempo de espera e aumentar a adequação das respostas às necessidades.
- **Rede de Referenciação:** considera-se fundamental que a implementação da Rede de Referenciação seja uma realidade, enquanto instrumento de definição das relações de complementaridade com *stakeholders* (SH) estratégicos.
- **Recursos Humanos e Financeiros:** o aumento de recursos humanos e financeiros que permitam colmatar as lacunas de profissionais nos serviços, disponibilizando os recursos logísticos indispensáveis, por forma a garantir a implementação do modelo de intervenção integrada, preconizado para a área dos CAD.
- **Especialidade em CAD/ Peritos por tipo de CAD:** pretende-se constituir massa crítica e garantir a transmissão de conhecimentos especializados, assim como identificar peritos (experts) nos diferentes tipos de CAD que promovam a decisão baseada na evidência.

Em alinhamento com a identificação dos DE e na sequência do diagnóstico estratégico, foram definidos três vetores estratégicos: **Empoderar** os cidadãos, os atores locais, os decisores e as comunidades para lidarem com os desafios que os CAD colocam, facilitando o desenvolvimento de contextos de vida saudáveis e protetores; **Cuidar**, através da disponibilização de respostas e intervenções ajustadas às necessidades multidimensionais e complexas que caracterizam os cidadãos com CAD; **Edificar** uma nova estrutura organizacional, única e integradora de todas as partes interessadas e alicerçada no conhecimento acumulado e na convergência de saberes nesta área de intervenção, constituindo-se como a entidade de referência em CAD.

Partindo deste quadro de referência e assente na metodologia *Balanced Scorecard* (BSC), considerando as quatro perspetivas (Cliente, Processos, Aprendizagem, Financeira) e o seu cruzamento com os vetores estratégicos eleitos (Empoderar, Cuidar e Edificar), resultou o presente planeamento estratégico ([ver Mapa Estratégico](#)), que inclui a definição de sete objetivos estratégicos que traduzem as prioridades do ICAD para os próximos três anos:

1. **Reforçar a literacia em CAD:** pretende-se a melhoria dos níveis de literacia dos intervenientes, decisores e cidadãos através da promoção do conhecimento e informação em CAD.
2. **Garantir a adequação das intervenções às necessidades dos cidadãos e comunidades:** a resposta adequada e específica a cada cidadão e aos seus problemas associados aos CAD é o foco deste objetivo estratégico, procurando-se a acessibilidade, equidade e qualidade das intervenções.
3. **Apoiar e orientar as políticas públicas:** a produção de conhecimento e informação na área dos CAD que possa contribuir para decisões baseadas na evidência, assim como a promoção de políticas públicas vocacionadas para a promoção da saúde e proteção dos cidadãos, consideradas prioridades a seguir no âmbito deste objetivo estratégico.
4. **Potenciar a eficiência e inovação na produção da informação e do conhecimento e na comunicação estratégica:** pretende-se o desenvolvimento de processos mais eficientes e inovadores na produção de conhecimento e comunicação em CAD, com especial destaque para as áreas da investigação, da informação e da comunicação estratégica.
5. **Promover a governação integrada, a qualidade e inovação das abordagens:** neste âmbito, a prioridade é a melhoria contínua da qualidade das respostas e intervenções, através da harmonização dos procedimentos e melhoria dos processos (também informáticos), bem como pela participação e envolvimento de *SH* de referência nos processos de planeamento, implementação e avaliação das intervenções.
6. **Promover o desenvolvimento organizacional e afirmar a identidade:** pretende-se a construção de uma cultura e uma identidade institucional caracterizadas pela coesão e alinhamento internos, de forma comprometida e participada por todos os trabalhadores. A capacitação profissional e a transmissão de conhecimento, especializado e materializado num modelo integrado de intervenção, assumem-se como prioritárias.
7. **Assegurar a gestão estratégica de RH, a sustentabilidade económica e financeira e a gestão otimizada do património:** neste âmbito a prioridade é a otimização dos recursos financeiros, patrimoniais e humanos, procurando a sustentabilidade na atuação do ICAD, de forma a obter bons resultados financeiros, mas também a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores e a proteção do meio ambiente.

Considerando o carácter abrangente e integrador de todas as áreas e serviços do ICAD congregadas neste Plano, torna-se fundamental uma monitorização contínua do desempenho para assegurar o atingir dos objetivos definidos. Neste sentido, prevê-se o acompanhamento contínuo da execução dos objetivos através da articulação entre as várias unidades, centrais e locais, e a implementação de processos de recolha e sistematização de dados. Foram definidos onze indicadores-chave de desempenho (KPI) para medir o progresso do desempenho organizacional, que serão alvo de monitorização semestral, de forma a garantir o alinhamento de todos e a implementação de ações corretivas, sempre que necessário.

Os últimos onze anos de vigência da anterior estrutura (2012-2023), dão agora lugar a um compromisso de fazer erguer uma nova identidade, alicerçada numa sólida base de capital intelectual que promete reforçar a vertente humana, cuidando, empoderando e protegendo os seus colaboradores, parceiros e destinatários de intervenção.

I. ENQUADRAMENTO

MISSÃO, VISÃO, VALORES, POLÍTICA DE QUALIDADE E INOVAÇÃO



MISSÃO O Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P., abreviadamente designado por ICAD, tem por missão prevenir e reduzir os comportamentos aditivos e as dependências, assegurar o tratamento, a redução de riscos e a minimização de danos e a reinserção social, bem como fomentar a capacitação e formação diferenciada, a investigação e a inovação nesses domínios.



VISÃO Ser a referência em Comportamentos Aditivos e nas Dependências, através de respostas e serviços inovadores e sustentados, de proximidade e baseados na evidência, centrados no cidadão e nas comunidades.



VALORES O ICAD elege os seguintes valores como orientadores da atividade para a concretização da sua missão: Transparência; Humanismo e Pragmatismo; Equidade; Cooperação.

Transparência

Promover a abertura, comunicação e responsabilidade na condução do serviço público que prestamos, com vista a reforçar as relações de confiança com os cidadãos e os outros parceiros estratégicos e fortalecer a legitimidade social da nossa ação. Priorizar a transparência na partilha da informação (imparcial, integral, credível, clara e tangível), numa dupla perspetiva de boa governança/prestação de contas e de incentivo à participação e envolvimento da sociedade civil na nossa missão.

Humanismo e Pragmatismo

O reconhecimento da plena dignidade humana e o considerar a dependência como uma doença, concretizam-se na adoção de intervenções que promovem a integridade das pessoas e facilitam o acesso aos cuidados de saúde e sociais, diminuindo o estigma e a exclusão, sem prejuízo da responsabilidade individual. Adotar uma atitude de abertura à inovação mediante a consideração, sem dogmas ou ideias preconcebidas, das experiências baseadas na evidência científica e adequadas ao contexto nacional, que possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida do cidadão e das comunidades.

Equidade

Sendo um valor importante em toda a área da saúde, no domínio dos CAD, a Equidade assume um valor crítico, desde logo pela indução de fragilidades que estes fenómenos geram na organização biopsicossocial e existencial dos cidadãos. Por esta razão, o garante da Equidade tem sido preocupação na organização dos cuidados, face à maior vulnerabilidade de parte significativa das populações com CAD, mais impactadas pelos determinantes sociais da saúde. Na definição das intervenções deveremos contemplar não só a facilitação do acesso aos cuidados de saúde e sociais, como também atender à remoção das disparidades em saúde derivadas das eventuais questões étnicas, religiosas, de género e de orientação sexual, de maior exposição à violência, entre outras, concretizando-se pela atenção às necessidades, diversidades e especificidades de cada cidadão ou comunidade, pelo desenvolvimento de estratégias que minimizem as consequências nefastas nas múltiplas dimensões que afetam a saúde e o bem-estar.

Cooperação

A cooperação é indissociável do Modelo Português de respostas integradas e da procura de soluções eficazes e eficientes para os problemas dos cidadãos e das comunidades. Os compromissos estratégicos partilhados, nacionais e internacionais, numa lógica de trabalho colaborativo, respeitando a especificidade e atribuições de cada parceiro, afiguram-se como um fator facilitador na prestação de serviços públicos de qualidade e referência.

POLÍTICA DE QUALIDADE E INOVAÇÃO

- Responsabilidade social;
- Profissionais envolvidos;
- Medidas inovadoras;
- Transparência comunicacional;
- Avaliação de processos e resultados/Sistemas de gestão da qualidade.

Responsabilidade social

Manter e desenvolver políticas de responsabilidade social organizacional, com práticas e iniciativas promotoras de bem-estar social e ambiental, com base numa ética sólida, uma gestão participada e transparente e de prestação de contas, com políticas ativas de

prevenção da corrupção e em conformidade com o quadro normativo. Destaca-se ainda o foco na valorização e promoção do bem-estar dos trabalhadores, promovendo um ambiente saudável, seguro e inclusivo, e facilitando a conciliação da vida profissional e familiar.

Profissionais envolvidos

Investir no fortalecimento de uma cultura organizacional, norteadas por sólidos princípios éticos de integridade, respeito, empatia e colaboração, reconhecendo o valor de cada profissional envolvido para o alcançar de objetivos comuns. Promover o alinhamento dos profissionais com a missão, política e objetivos da organização, investindo no desenvolvimento profissional e num forte compromisso com a excelência. Incentivar ao desenvolvimento de relações interpessoais sólidas e efetivas entre profissionais e com os parceiros externos, criando uma dinâmica relacional coesa e significativa, que valorize parcerias e o trabalho em equipa.

Medidas inovadoras

Priorizar as vertentes da atualização do conhecimento, da informação e das competências enquanto fatores potenciadores da inovação e da qualidade das intervenções, e facilitadores da antecipação dos desenvolvimentos do fenómeno. Promover condições para a inovação dos processos através de melhores práticas de gestão e da utilização de tecnologias de informação.

Transparência comunicacional

Acreditamos que a transparência comunicacional passa por criar condições para

a adoção de dinâmicas proativas e de proximidade, de sistemática partilha de informação e conhecimento úteis, com parceiros estratégicos, internos e externos, facilitando a aplicação desses recursos, de forma a robustecer parcerias e a qualidade das intervenções. A operacionalização deste processo, que pretende contribuir para a literacia dos intervenientes em geral e para a criação de serviços, parceiros e sistemas sociais empoderados, passa pela transformação de informação e conhecimento em produtos comunicacionais simples e acessíveis, fáceis de integrar por parte de diferentes públicos-alvo, e pelo reforço da utilização de novas tecnologias e ferramentas digitais.

Avaliação de processos e resultados/ Sistemas de gestão da qualidade

A consolidação de uma política de qualidade e inovação requererá a promoção de uma cultura de avaliação sistemática dos procedimentos e das intervenções. Num contexto que vise a adoção de um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), o seu desenvolvimento implica a valoração das avaliações de processos e resultados, para a seleção e implementação das melhores práticas. Com o SGQ ficam assim suportadas pela evidência, a harmonização dos processos e intervenções, que por esta via garantirão a qualidade da ação do ICAD, nos diferentes domínios interno e externo.

ESTRUTURA ORGÂNICA

O [Decreto-Lei n.º 89/2023, de 11 de outubro](#), cria o ICAD com a consequente extinção, por fusão, do SICAD, resgatando assim o carácter global da intervenção em CAD para uma única estrutura, dotando-a de competências de planeamento, coordenação e intervenção, assegurando que esta é feita de forma articulada, transversal e em proximidade.

O reforço organizacional é cumprido com o garante da articulação e coordenação de toda a intervenção no âmbito dos CAD num só instituto, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, ao qual prossegue as seguintes atribuições:

- a)** Apoiar o membro do Governo responsável pela área da saúde na definição das políticas no âmbito dos CAD, e na avaliação dos seus impactos;
- b)** Prestar apoio ao Conselho Nacional para os CAD e ao Coordenador Nacional para os CAD;
- c)** Apoiar a gestão e participar na representação institucional e na coordenação de grupos de trabalho de carácter interinstitucional, em matéria de consumo de substâncias psicoativas e CAD, numa perspetiva de saúde em todas as políticas;
- d)** Planear, coordenar, executar e avaliar os programas de prevenção, de redução de riscos e minimização de danos (RRMD), de reinserção social e de tratamento no âmbito do consumo de substâncias psicoativas, dos CAD;
- e)** Desenvolver e promover a investigação, em articulação com o sistema científico e tecnológico, com produção e divulgação de conhecimento no domínio das substâncias psicoativas, dos CAD;
- f)** Promover boas práticas, privilegiando a qualidade, a inovação e a aceitabilidade na área dos CAD;
- g)** Assegurar o tratamento e divulgação dos dados estatísticos próprios e dos dados de outros serviços públicos e entidades privadas com intervenção no domínio das substâncias psicoativas, dos CAD, em articulação com os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS) de modo a garantir a interoperabilidade e a interconexão dos sistemas de informação;
- h)** Efetuar diagnósticos de necessidades de intervenção de âmbito nacional, definir as prioridades e o tipo de intervenção e respostas a desenvolver, assegurar a participação dos profissionais, organizações da sociedade civil e demais partes interessadas;
- i)** Criar condições para a participação das pessoas com e sem doença, nos termos [da Lei n.º 108/2019, de 9 de setembro](#), promovendo práticas inclusivas, livres de estigma e discriminação;

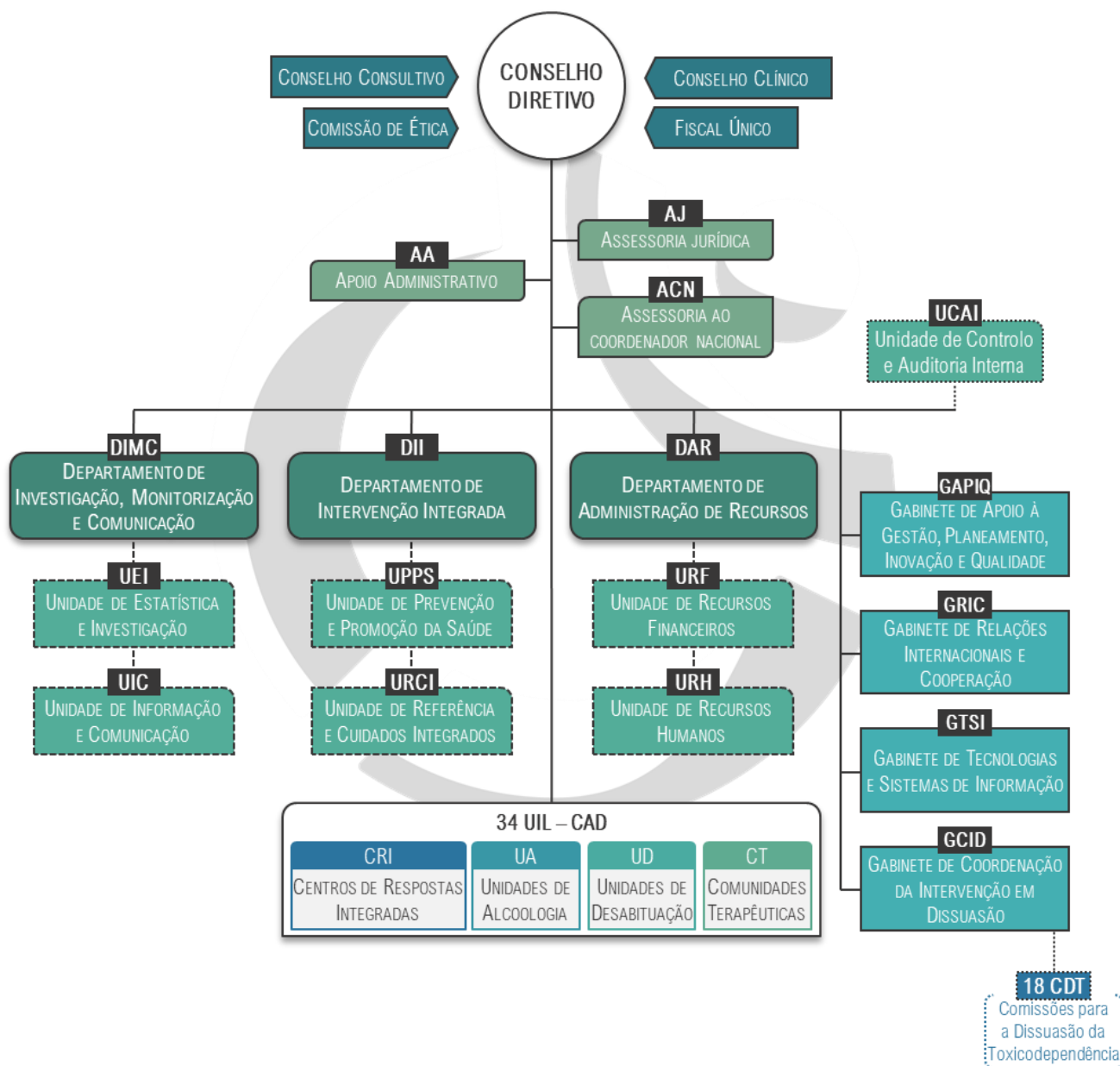
- j) Estabelecer acordos e convenções com unidades privadas de saúde, com ou sem fins lucrativos;
- k) Colaborar no planeamento regional dos recursos necessários à prestação de cuidados de saúde no domínio dos CAD, em articulação com a Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (DE-SNS), e as Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional (CCDR);
- l) Estabelecer programas ou cartas de compromisso com as Unidades de Intervenção Local (UIL), em articulação com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), e a DE-SNS;
- m) Definir as linhas de orientação técnica e normativa para a intervenção nas áreas dos CAD, bem como propor os requisitos para o licenciamento de unidades privadas prestadoras de cuidados de saúde na área dos CAD, sem prejuízo das atribuições da Entidade Reguladora da Saúde (ERS);
- n) Propor medidas de prevenção ambiental e dissuasoras do consumo de substâncias psicoativas, dos CAD, promovendo, apoiando e acompanhando medidas legislativas e administrativas;
- o) Promover a capacitação e a formação no domínio das substâncias psicoativas, dos CAD;
- p) Prestar serviços de assessoria científica e técnica a entidades dos setores público, privado e social, a nível nacional e internacional, nas áreas das suas atribuições, remunerados ou não;
- q) Desenvolver e implementar ações de promoção da saúde na área do consumo de substâncias psicoativas, dos CAD;
- r) Assegurar a representação internacional, no domínio das suas atribuições específicas, sem prejuízo das atribuições próprias do Ministério dos Negócios Estrangeiros (MNE), bem como garantir o cumprimento das obrigações do Estado Português no âmbito da Organização das Nações Unidas (ONU), do Conselho da Europa e da União Europeia, designadamente enquanto ponto focal nacional da Rede Europeia de Informação sobre a Droga e a Toxicodependência ([REITOX](#)) do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT), em coordenação com a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde;
- s) Assegurar a cooperação com entidades nacionais e internacionais no domínio dos CAD, em articulação com a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, neste último caso;
- t) Prestar o apoio técnico e administrativo e garantir as infraestruturas necessárias ao funcionamento das Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT), bem como acompanhar o seu funcionamento.



ICAD

Organograma

Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P.



UNIDADES ORGÂNICAS CENTRAIS (UOC)

A nível central, o ICAD é constituído por unidades orgânicas nucleares, dispondo de três departamentos e quatro gabinetes, na dependência hierárquica do Conselho Diretivo do ICAD, tendo sido criadas seis unidades

orgânicas flexíveis na dependência hierárquica dos respetivos departamentos. Estas unidades orgânicas centrais integram competências de planeamento e coordenação em matéria de CAD.

DEPARTAMENTO DE INTERVENÇÃO INTEGRADA (DII)

Planear, definir, promover e avaliar programas, respostas e intervenções nos CAD constitui o objetivo e o eixo central para a ação deste Departamento. Assentando em diagnósticos de necessidades a nível dos problemas dos cidadãos com CAD, dos seus contextos e das comunidades onde se inserem e privilegiando sempre as melhores práticas tal como são confirmadas pela evidência, a esta unidade orgânica nuclear do ICAD cabe a definição e organização de medidas que atendam à especificidade dos fenómenos aditivos, das pessoas e das subpopulações, de forma a propiciar respostas integradas que se adequem à sua realidade. De acordo com esse desígnio, compete a esta unidade a gestão de medidas estruturantes das políticas e respostas aos CAD, ao nível da definição de uma rede de cuidados que tenha em consideração o grau de gravidade dos CAD e dos problemas biopsicossociais associados, bem como dos programas e respostas ao nível da Prevenção (nos seus vários níveis: universal, seletiva, indicada e ambiental), da RRMD, do Tratamento e da Reinserção Social. Para este efeito, conta o Departamento com duas unidades flexíveis – a Unidade de Referência e Cuidados Integrados (URCI) e a Unidade de Prevenção e Promoção da Saúde (UPPS), as quais prosseguem, nas suas atribuições e competências específicas, a concretização deste objetivo central em termos de programas, respostas e intervenções, a nível do

Tratamento e da Reinserção Social, e da Prevenção e RRMD, respetivamente.

As orientações centrais que enquadram a ação do Departamento decorrem da própria história das políticas e intervenções em CAD, que levaram à definição de um quadro concetual e de ação que veio a ser reconhecido como Modelo Português, caracterizado pela integração das intervenções e dos cuidados aos cidadãos com CAD, segundo os Princípios do Humanismo e Pragmatismo. Este desenvolvimento na visão dos CAD promoveu e facilitou o surgimento de intervenções que entendem os CAD como objeto de intervenção pela Saúde, através de medidas e respostas que demonstraram, de acordo com a evidência, constituírem as melhores práticas. Nesse sentido e decorrendo deste paradigma, assumem particular importância duas orientações basilares nas responsabilidades assumidas pelo Departamento: a dinamização da articulação com outros organismos do Ministério da Saúde (MS), e o desenvolvimento de iniciativas de promoção da qualidade, elemento indelével de toda a definição e planeamento das intervenções.

DEPARTAMENTO DE INVESTIGAÇÃO, MONITORIZAÇÃO E COMUNICAÇÃO (DIMC)

O DIMC faz a gestão integrada do conhecimento produzido, e a respetiva transferência, colocando ao serviço de todos evidência necessária e útil.

Recolhe e analisa dados e informação provenientes de uma rede alargada de parceiros dos domínios da redução da procura e da oferta, e desenvolve e promove investigação científica na área das adições e dependências, garantindo a atualização anual da situação do país, atentos às tendências nacionais e internacionais, antecipando cenários futuros com impacto nos comportamentos aditivos, não descurando a identificação em tempo real de problemas emergentes.

Disponibiliza produtos de informação e de conhecimento, com a caracterização de realidades e problemas, de forma célere, transparente e direcionada, adaptados e adequados às necessidades de três grandes grupos-alvo, os decisores, os profissionais e os cidadãos, facilitando a definição de políticas públicas baseadas na evidência e respostas mais eficazes suportadas nas necessidades reais dos indivíduos e comunidades, bem como a adoção de comportamentos individuais promotores da saúde e bem-estar social.

Desenvolve processos eficientes e inovadores na produção e transferência de informação e de conhecimento, no contexto de estratégias de comunicação em saúde e em CAD sustentadas e alinhadas a nível nacional, usando os meios disponíveis e potenciando a mais-valia dos recursos digitais e tecnológicos.

A DIMC conta com profissionais e especialistas com diferentes graus e formações académicas, que se distribuem pelas Unidade de Estatística

e Investigação (UEI) e Unidade de Comunicação e Informação (UIC).

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS (DAR)

O Departamento de Administração e Recursos está dividido em duas unidades funcionais, nomeadamente de Recursos Humanos (RH) e Recursos Financeiros, que têm como principais objetivos garantir a administração e gestão dos recursos internos, humanos, financeiros e patrimoniais. A área de RH tem como principais funções a elaboração e gestão dos mapas de pessoal, o processamento das remunerações, o controlo da assiduidade e elaboração de todos os atos administrativos inerentes aos processos de recrutamento, gestão de carreiras e avaliação de desempenho dos trabalhadores do ICAD. A outro nível, esta unidade tem a responsabilidade de desenvolver e dinamizar planos de formação, elaborar o Balanço Social, a promoção do bem-estar e a conciliação da vida profissional e pessoal, e o desenvolvimento sociocultural dos trabalhadores.

A unidade de recursos financeiros tem como principais competências a elaboração, planeamento, gestão, execução do orçamento do ICAD, o desenvolvimento de procedimentos da aquisição de bens e serviços no âmbito do Plano Anual de Compras e a produção de informação para efeitos de controlo de gestão. Também estão incluídas nesta unidade todas as funções de âmbito patrimonial,

nomeadamente a gestão do inventário dos bens, equipamentos, edifícios e instalações e a gestão da frota automóvel.

Neste âmbito, as atividades desenvolvidas pelo DAR assumem um papel relevante na atividade do ICAD, assegurando a gestão dos RH e financeiros essenciais para alcançar a missão e atribuições do serviço.

GABINETE DE APOIO À GESTÃO, PLANEAMENTO, INOVAÇÃO E QUALIDADE (GAPIQ)

O GAPIQ é uma unidade orgânica nuclear, na dependência direta do Conselho Diretivo, em relação ao qual presta o devido apoio nos processos de elaboração, implementação, monitorização e avaliação de todos os instrumentos de gestão organizacional, assegurando, simultaneamente, a correspondência e o alinhamento da elaboração, implementação e avaliação da estratégia ICAD, com o respetivo compromisso anual institucional, em termos de Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR).

Este gabinete é igualmente responsável pela dinamização e reforço da qualidade das respostas e intervenções em CAD, assegurando que os processos de gestão da qualidade nesta área, ocorrem de forma integrada e harmonizada com as demais unidades orgânicas centrais e locais, proporcionando a adoção de referenciais e políticas interventivas de qualidade.

Conscientes dos novos desafios na prestação dos cuidados de saúde, o GAPIQ assume também responsabilidades na promoção de práticas inovadoras impactantes que respondam às necessidades inerentes aos CAD, e que permitam, simultaneamente, dinamizar e promover a otimização do desempenho, garantindo e incrementando a eficácia e a eficiência nas metodologias de trabalho, em articulação com as unidades orgânicas centrais, as UIL e as CDT.

Este gabinete assegura ainda como quarta área de atuação, a formação contínua do ICAD, contribuindo significativamente para a eficácia da estratégia no compromisso assumido de fomentar a capacitação e a formação contínua diferenciada entre os profissionais CAD.

O GAPIQ suporta assim quatro grandes áreas de atuação: Planeamento, Inovação, Qualidade e Formação, garantindo o equilíbrio e a eficiência nestes domínios, enquanto valor acrescentado para a missão do ICAD.

GABINETE DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS E COOPERAÇÃO (GRIC)

As Relações Internacionais e a Cooperação assumem especial importância na problemática dos CAD, devido à sua configuração como fenómeno complexo e multifacetado, que não é passível de uma abordagem estritamente nacional, exigindo uma resposta concertada da comunidade internacional. Neste contexto, compete ao GRIC acompanhar os desenvolvimentos

internacionais em matéria de CAD, por forma a garantir que Portugal é um parceiro ativo na definição e concretização das estratégias e iniciativas da comunidade internacional.

As competências atribuídas ao GRIC (Artigo 8º da [Portaria 6-A/2024, de 4 de janeiro](#)) definem quatro grandes eixos de atuação: i) Responder aos compromissos do Estado Português decorrentes de instrumentos internacionais no âmbito da ONU, do Conselho da Europa e da União Europeia; ii) Assegurar a representação nacional nas instâncias europeias, nas organizações internacionais e noutros fora de âmbito internacional, promovendo a coordenação da ação dos diversos organismos envolvidos nesta problemática, bem como a defesa concertada da posição nacional; iii) Garantir a execução das obrigações enquanto Ponto Focal Nacional da REITOX e a demais articulação e representação no âmbito do OEDT¹; IV) Desenvolver e consolidar relações de cooperação de natureza bilateral ou multilateral e promover a divulgação da política portuguesa em matéria de CAD, junto de outros países e entidades congéneres, reforçando a visibilidade e o posicionamento de Portugal no contexto internacional.

GABINETE DE COORDENAÇÃO PARA A INTERVENÇÃO EM DISSUAÇÃO (GCID)

Ao GCID, enquanto unidade orgânica central, sob a dependência do Conselho Diretivo, compete coordenar a intervenção na área da Dissuasão.

Com a descriminalização do consumo de SPA, operacionalizada na [Lei nº 30/2000, de 29 de novembro](#), foram criadas as CDT, que procedem a uma avaliação rigorosa das características e necessidades individuais dos consumidores e procuram respostas adaptadas e disponíveis na rede serviços de saúde e apoios especializados.

No âmbito da execução das responsabilidades do GCID, encontra-se o apoio aos profissionais e ao funcionamento das CDT, presentes nas 18 capitais de distrito e nas Regiões Autónomas dos Açores e Madeira, mediante a criação de instrumentos, relacionados com o planeamento, monitorização e avaliação da atividade das Comissões. Em concomitância, o GCID colabora com as equipas das CDT na implementação de uma metodologia de intervenção específica, baseada no conhecimento técnico-científico, preconizada no Modelo de Intervenção em Dissuasão (MID) e garante a monitorização e avaliação dos principais indicadores decorrentes desta atividade. Ao GCID compete ainda potenciar as

¹ A partir do dia 2 de julho de 2024, o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) passará a ser a Agência da União Europeia sobre Drogas (EUDA).

competências das equipas técnicas e harmonizar práticas e procedimentos destas unidades orgânicas, através da disseminação de orientações técnico-normativas promotoras da equidade nacional das respostas efetivas no domínio da dissuasão dos CAD.

A dinâmica de resposta articulada estabelecida pelas CDT com parceiros locais, constitui uma importante prioridade do GCID, sob a qual recaí o investimento no alargamento da rede de *stakeholders*, com o propósito primordial da eficiência e eficácia na resposta às necessidades dos indiciados e das comunidades.

Ao abrigo da [Portaria n.º 604/2001, de 12 de junho](#), a gestão dos processos de contraordenação por consumo de SPA ilícitas é assegurada pelo GCID ao nível da manutenção, monitorização, suporte e resolução de problemas relacionados com a utilização do Sistema de Gestão e Informação Processual (SGIP).

GABINETE DE TECNOLOGIAS E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO (GTSI)

Gabinete instituído na dependência hierárquica do Conselho Diretivo do ICAD, o GTSI assume competências enquanto a unidade central, com responsabilidades na gestão, monitorização e avaliação dos sistemas de informação do ecossistema CAD, em articulação com os demais sistemas do SNS e soluções transversais da Administração Pública

(AP) e em correspondência e alinhamento com a estratégia organizacional e setorial.

Neste contexto, e impulsionado pelos atuais e prementes desafios impostos pela cibersegurança, o GTSI disponibiliza as soluções mais adequadas, que permitem assegurar a segurança e privacidade da informação, e utilizadores dos respetivos sistemas.

No âmbito dos recursos e das infraestruturas tecnológicas necessárias à operacionalização da missão e atribuições do ICAD, o GTSI assegura igualmente a definição dos requisitos técnicos inerentes aos mesmos, propondo o desenvolvimento e a implementação de soluções informáticas, de acordo com as necessidades identificadas e em estreita articulação com as demais unidades envolvidas. Relevam igualmente para este âmbito, as responsabilidades assumidas na administração do parque tecnológico do ICAD, promovendo a melhoria contínua de estruturas com elevada fiabilidade e adaptabilidade e provendo, a todo o momento, o necessário apoio informático às estruturas do ICAD.

UNIDADE DE CONTROLO E AUDITORIA INTERNA (UCAI)

A UCAI é uma unidade orgânica flexível, na dependência direta do Conselho Diretivo, que tem como principal função, assegurar, no âmbito do controlo interno, a implementação dos mecanismos de avaliação do respetivo programa de cumprimento normativo,

elaborar e monitorizar o Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, o Código de Conduta, e demais ações previstas no [Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro](#).

Compete-lhe ainda a implementação de um Plano de Auditorias Internas como parte da pirâmide do controle interno, sendo ela o ponto mais alto, uma vez que a mesma avalia, supervisiona e fiscaliza o nível de credibilidade do controlo interno.

ASSESSORIA JURÍDICA (AJ)

A Assessoria jurídica (AJ), é uma unidade de apoio técnico-jurídico ao Conselho Diretivo.

Funcionalmente, no âmbito do apoio que presta, compete-lhe emitir pareceres, elaborar informações e efetuar estudos de natureza jurídica. Participa na análise e preparação de projetos de diplomas legais e de regulamentos no domínio da atividade do ICAD. Elabora ou aprecia minutas de contratos, acordos, protocolos e despachos. Assegura o patrocínio judiciário do ICAD diretamente ou em regime de aquisição de serviços externos, nos processos em que o ICAD seja parte.

ASSESSORIA AO COORDENADOR NACIONAL (ACN)

Designada pelo Conselho Diretivo, a ACN é uma unidade de apoio técnico ao Coordenador Nacional para os CAD, na sua missão de garantir uma eficaz coordenação e articulação, entre os diversos serviços da AP e áreas

governativas, envolvidas no compromisso nacional para a redução dos CAD.

Neste âmbito, compete-lhe, funcionalmente, apoiar na organização e realização das reuniões da Comissão Técnica do Conselho Interministerial para os CAD, presididas pelo Coordenador Nacional; acompanhar a gestão dos grupos de trabalho de carácter interinstitucional, nomeadamente, ao nível das várias Subcomissões criadas pela Comissão Técnica; organizar o processo de monitorização e avaliação do PARCAD Horizonte 2024, colaborando na produção dos respetivos Relatórios Anuais e Relatório intercalar; colaborar no processo de elaboração do novo Plano de Ação para o ciclo 2025-2027, em articulação com as unidades internas do ICAD e com entidades e organismos externos da AP envolvidos nos CAD; colaborar noutras atividades, solicitadas pelo Coordenador Nacional, designadamente, produção de informação e representação institucional do serviço em reuniões ou outros eventos.

UNIDADES DE INTERVENÇÃO LOCAL PARA OS CAD (UIL-CAD)

De âmbito local, integradas no SNS e na dependência hierárquica do Conselho Diretivo do ICAD, existem 34 unidades funcionais desconcentradas e com a natureza de unidades orgânicas flexíveis, as quais assumem competências de Intervenção na área dos CAD. São elas:

- **CENTROS DE RESPOSTA INTEGRADA (CRI)**

Os CRI são estruturas locais, referenciadas a um território definido, constituídas por equipas técnicas multidisciplinares, que operacionalizam o modelo de intervenção integrada no âmbito dos CAD. Compete aos CRI executar programas de intervenção local de prevenção dos comportamentos aditivos, bem como garantir a prestação de cuidados integrados e globais a pessoas com CAD, segundo as modalidades terapêuticas mais adequadas a cada situação, em regime de ambatório, com vista à prevenção, à redução de riscos e minimização de danos, ao tratamento e à reinserção social, bem como à sua referência. Para cumprir os objetivos das suas áreas de intervenção, os CRI articulam com as demais estruturas do SNS, no âmbito da rede de referência.

Nos seus territórios de abrangência realizam o planeamento da intervenção preventiva em CAD, participam, sempre que solicitado, no planeamento e intervenção nos cuidados de saúde mental e respondem aos encaminhamentos realizados pelas CDT.

De forma a promover o aumento da acessibilidade aos cuidados de saúde, os CRI disponibilizam ainda uma vasta rede de consultas descentralizadas em todo o país e também em meio prisional.

- **UNIDADES DE DESABITUAÇÃO (UD)**

Unidades assistenciais especializadas no tratamento da síndrome de privação de pessoas dependentes de substâncias ilícitas e/ou lícitas (álcool), em regime voluntário de internamento, sob responsabilidade médica e em acompanhamento especializado nas demais UIL do ICAD. Promovem ainda respostas terapêuticas no âmbito dos programas farmacológicos com agonistas opiáceos, nomeadamente no que se refere a estabilização de dose, a transferência ou descontinuação de programa opiáceo, bem como no tratamento e estabilização de utentes com comorbilidades médicas e psiquiátricas ligeiras. Disponibilizam assim internamentos programados de curta duração, entre uma a duas semanas, que se podem prolongar até três semanas nas situações de comorbilidade, mediante a prestação global de cuidados médicos, de enfermagem e de terapia ocupacional, assentes numa abordagem psicofarmacológica, psicoterapêutica e de educação para a saúde.

O internamento nestas unidades decorre como parte do processo terapêutico global do utente, resultante das intervenções preconizadas no modelo integrado de cuidados a utentes com CAD, pelo que o momento da alta da UD pressupõe sempre uma continuidade de cuidados, sendo para tal reforçado junto do utente a importância de prosseguir o seu processo nas suas diferentes vertentes, desenvolvendo-se estratégias para a

manutenção e melhoria da adesão às medidas terapêuticas que lhe estão prescritas, ou mesmo iniciando-se novas intervenções que visem a promoção da abstinência.

- **COMUNIDADES TERAPÊUTICAS (CT)**

São unidades especializadas de tratamento residencial de longa duração, em regime de internamento, sob responsabilidade médica e num ambiente comunitário, concebido como terapêutico em si próprio. O objetivo é promover um processo de desenvolvimento pessoal de cada residente, através de um programa terapêutico com diferentes elementos integrados, que são: a casa e a sua organização, a dinâmica do grupo, as abordagens psicoterapêuticas individuais, a terapia familiar, os grupos terapêuticos, a psicoeducação e a evolução por fases de responsabilização progressiva ao longo do internamento. Os programas têm uma duração de três a doze meses, em muitos casos com um período de transição no final, ainda apoiado pelas equipas das CT. Ao proporem uma rutura com o meio habitual de vida e a integração num programa intensivo e longo, as CT apoiam a transformação da relação com os CAD, no sentido de um maior autoconhecimento e autocontrolo, enquanto desenvolvem competências pessoais e sociais, tendo em vista a autonomia e a inserção social do utente. Estes dispositivos terapêuticos operam com uma equipa multidisciplinar, sob supervisão psiquiátrica. No sentido de responder de forma

adequada aos problemas específicos de grupos mais vulneráveis, estão previstos programas especializados para determinadas populações, nomeadamente programas especializados para jovens, grávidas, pessoas com dependência de álcool, com doença mental grave concomitante ou de evolução prolongada.

- **UNIDADES DE ALCOOLOGIA (UA)**

São unidades especializadas no tratamento das Perturbações do Uso do Álcool, a quem compete prestar cuidados diferenciados e integrados, em regime de ambulatório e de internamento, sob responsabilidade médica, a doentes com síndrome de abuso ou de dependência de álcool (incluindo casos de policonsumo em que o álcool é o consumo predominante), seguindo as modalidades de tratamento mais adequadas a cada situação.

As UA recebem pessoas com problemas ligados ao álcool por solicitação do próprio ou sinalizadas pelas equipas dos CRI, pelos serviços prestadores de cuidados de saúde do SNS (consultas de alcoologia, cuidados de saúde primários, serviços hospitalares), Unidades Privadas de Saúde, Organizações Não Governamentais (ONG) e Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), pelas equipas da Direção-Geral de Reinserção Social e Serviços Prisionais (DGRSP), pelos Tribunais das respetivas regiões, entre outros.

Atuam co-construindo com cada pessoa um programa ajustado às suas necessidades,

envolvendo a família e as estruturas do meio, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida, alicerçada na transformação e tendo por base a psicofarmacologia, a psicoeducação, a entrevista motivacional, terapia familiar e sistémica, e a terapia cognitivo comportamental. A sua ação insere-se no respeito da continuidade de cuidados, promovendo o acompanhamento continuado dos utentes em ambulatório e na articulação com a globalidade das estruturas locais necessárias a cada caso. As UA colaboram nas diferentes áreas de intervenção do ICAD sempre que necessário e apoiam a atividade de intervenção dos CRI, na área de alcoologia, no tratamento em regime de internamento (total ou parcial) dos utentes referenciados e na intervenção preventiva.

COMISSÕES PARA A DISSUAÇÃO DA TOXICODEPENDÊNCIA (CDT)

As CDT são serviços do Ministério da Saúde, coordenados e apoiados pelo ICAD, que têm por missão a aplicação da Lei da Descriminalização do consumo ([Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro](#)). Estas estruturas asseguram o cumprimento da lei, através do processamento de contraordenações e da aplicação de medidas e sanções nela previstas. Geograficamente distribuídas por cada capital

de distrito (18) e também nas Regiões Autónomas da Madeira (1) e dos Açores (3), as Comissões visam a dissuasão dos consumos, a promoção da saúde e a responsabilização do consumidor. A abordagem desenvolvida centra-se na avaliação do risco e na motivação dos consumidores para a mudança de comportamento, na promoção da saúde e adesão aos apoios especializados disponíveis, constituindo, efetivamente, uma oportunidade única na vida de muitos indivíduos que espontaneamente não procurariam ajuda.

As CDT, não sendo instâncias de tratamento, desenvolvem uma intervenção considerada cirúrgica, possibilitando o despiste de situações problemáticas ou de dependência, que carecem de resposta ou apoio especializado. Além da legislação em vigor, as CDT possuem um quadro de intervenção específico, que respeita uma lógica protocolada: o modelo de intervenção em Dissuasão. Este contempla uma intervenção trifásica (avaliação, intervenção motivacional e follow-up) e culmina numa abordagem complementar estabelecendo a mediação junto de estruturas que oferecem respostas integradas como a prestação de cuidados sóciossanitários, tratamento e reinserção social.

RECURSOS HUMANOS

O ICAD é um Instituto Público, integrado na Administração Indireta do Estado, com personalidade jurídica própria, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

Prossegue as atribuições da área governativa da saúde, sob superintendência e tutela do respetivo membro do Governo e integra o SNS, na vertente da prestação de cuidados e intervenção local nos CAD.

A Gestão de Recursos Humanos é sustentada nas políticas delineadas para a AP, nomeadamente nos domínios da organização e da gestão de carreiras, dos regimes de emprego e no processo de avaliação de desempenho. É assegurado um importante papel na implementação de estratégias e objetivos, e concomitantemente, na implementação de medidas para contribuir para a avaliação da sua execução.

Para o efeito e nos termos do artigo 4.º do Decreto-lei n.º 89/2023, de 11 de outubro, o processo de fusão e reestruturação do ICAD, que apenas se concluiu a 31 de março do presente ano, culminou na reafecção do pessoal em exercício de funções no SICAD, bem como do pessoal em exercício de funções no domínio dos CAD, que transitou das ARS e do pessoal das CDT.

Deste processo de reafecção totalizam-se 1.296 profissionais transitados. Contudo, face ao cenário nacional com que nos deparamos, este número revela-se insuficiente para o cumprimento da missão e atribuições que estão cometidas ao ICAD, considerando a realidade atual no âmbito dos CAD, assim como a atividade assistencial ao nível das UIL e das CT. Por forma a colmatar esta vulnerabilidade, estima-se, a necessidade de contratação de 293 profissionais, englobando aquisições de serviços individuais e de empresas, bem como, a aquisição de serviços de médicos aposentados que já desempenharam funções nas anteriores estruturas equiparadas ao ICAD, perfazendo um total de 1.589 profissionais, acrescidos ao atual mapa de pessoal do ICAD.

Impõe-se a necessidade efetiva de reforço das equipas, dotadas de formação adequada, face à incapacidade atual de gestão eficaz das listas de espera existentes, fruto do aumento da procura de tratamento por consumidores de substâncias lícitas e ilícitas ou de dependentes comportamentais (jogo, internet), cuja estimativa de prevalência tem vindo a aumentar.

O mapa de pessoal, com caracterização detalhada dos recursos humanos já disponíveis, bem como das necessidades efetivas de pessoal (conforme levantamento de necessidades efetuado), apresenta-se no quadro seguinte.

Cargo/Carreira	Categoria	Existentes por Carreira	Necessários por Carreira	Totais
Pessoal Dirigente	Presidente CD	1	0	1
	Vogal Executivo	1	1	2
	Auditor Interno	1	0	1
	Diretor de Serviço/Direção intermédia de 1.º grau	3	0	3
	Chefe de Divisão/Direção intermédia de 2.º grau	10	0	10
Membros CDT	Membros CDT	38	0	38
Pessoal Médico	Assistente Hosp	72	155	227
	Assistente Graduado Hosp			
	Assistente Graduado Sénior Hosp			
	Assistente MGF			
	Assistente Graduado MGF			
	Assistente Graduado Sénior MGF			
	Assistente SP			
	Assistente Graduado SP			
	Assistente Graduado Sénior SP			
	Assistente MI			
	Assistente Graduado MI			
	Assistente Graduado Sénior MI			
	S/ Especialidade			
Pessoal de Enfermagem	Enfermeiro	251	45	296
	Enfermeiro especialista			
	Enfermeiro gestor			
Pessoal Técnico Superior Diagnóstico e Terapêutica	Téc. sup. áreas diag.terap.	7	0	7
	Téc.n.sup. especialista áreas diag.terap.			
	Téc.n.sup. especialista principal áreas diag.terap.			
Pessoal Técnico Superior de Saúde	Assistente Saúde	150	29	179
	Assistente Principal Saúde			
	Assessor Saúde			
	Assessor Superior Saúde			
Farmacêuticos	Assistente	0	1	1
	Assessor			
	Assessor Sénior			
Técnicos Superiores	Técnico Superior	373	41	414
Assistente Técnico	Coordenador Técnico	278	6	284
	Assistente Técnico			
Assistente Operacional	Assistente Operacional	78	3	81
Técnico Auxiliar de Saúde	Técnico Auxiliar de Saúde	18	10	28
Pessoal de Informática	Técnico sistemas e tecnologias de informação	11	1	12
	Especialista sistemas e tecnologias de informação	4	1	5
Totais		1296	293	1589

* Os Necessários das UIL incluem: - Médicos aposentados e Profissionais em aquisição de serviços.

Neste sentido e tendo em vista a prossecução de uma política de RH baseada na valorização pessoal e profissional, vocacionada para a concretização da sua estratégia, o ICAD pretende priorizar o planeamento de RH, o recrutamento e seleção e a formação do seu capital humano, por forma a constituir uma equipa estável e coesa, dotada das competências adequadas ao desenvolvimento da sua missão.

RECURSOS FINANCEIROS

O ICAD dispõe de receitas provenientes do Orçamento de Estado e de receitas próprias:

- As recompensas, objetos, direitos ou vantagens previstas na alínea a) e b) do n.º 1 do artigo 39.º do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, na sua redação atual;
- O produto das coimas resultantes da aplicação da Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro, na sua redação atual;
- As quantias cobradas pela prestação de serviços no âmbito das suas competências;
- As receitas dos jogos sociais que lhe forem atribuídas nos termos do Decreto-Lei n.º 56/2006, de 15 de março, na sua redação atual e da Portaria n.º 120/2024/1, de 27 de março;
- As importâncias cobradas pelo tratamento de cidadãos com CAD, beneficiários do SNS, dos subsistemas de saúde, das Regiões Autónomas e dos regimes de reclusão;
- Os valores cobrados pela organização ou participação em ações de formação ou científicas que devam ser objeto de remuneração;
- As dotações que lhe forem destinadas, no âmbito das instituições da União Europeia, designadamente as relativas a ações apoiadas por fundos comunitários;
- As quantias cobradas pela venda das publicações e outros trabalhos por si realizados ou editados;
- Os subsídios, subvenções, quotizações e comparticipações, doações, heranças ou legados concedidos por quaisquer entidades públicas ou privadas, nacionais ou estrangeiras e;
- Quaisquer outras receitas que lhe sejam atribuídas por lei, contrato ou por outro título.

Em contrapartida, constituem despesas do ICAD os encargos com pessoal, a aquisição de bens e serviços e ainda os encargos decorrentes da prossecução das atribuições que lhe estão cometidas, designadamente os apoios financeiros atribuídos nos termos do Decreto-Lei n.º 186/2006, de 12 de setembro, e respetiva regulamentação, bem como, os decorrentes das convenções e protocolos de cooperação regulamentados pelo Decreto-Lei n.º 72/99, de 15 de março.

Neste sentido, a Unidade de Recursos Financeiros do ICAD tem com principal objetivo assegurar uma gestão eficaz, transparente, responsável, eficiente e inovadora dos recursos financeiros promovendo as melhores práticas nas áreas de controlo orçamental e aprovisionamento.

A nível orçamental o ICAD dispõe, no momento atual, de um orçamento provisório composto por três transferências, a primeira corresponde à transferência do saldo inscrito no orçamento do SICAD para

o ICAD, 18.636.238,00€, a segunda é a realização de um reforço 15.000.000,00€ e a terceira é a previsão de um terceiro reforço de 18.000.000,00€, perfazendo um total 51.636.238,00€.

Na perspetiva da despesa, o ICAD prevê uma necessidade orçamental de 68.636.238,00€.

Orçamento 2024		Previsão de Orçamento 2025/2026	
Rúbrica	Total	Rúbrica	Total
1 – Despesa com Pessoal	35.000.000,00 €	1 – Despesa com Pessoal	38.000.000,00 €
2 – Aquisição de Bens	4.613.700,00 €	2 – Aquisição de Bens	5.700.000,00 €
3 – Aquisição de serviços:		3 – Aquisição de serviços:	
3.1 – Funcionamento	10.696.684,00€	3.1 – Funcionamento	14.000.000,00 €
3.2 – Contratos de Convenção - Internamentos	8.000.000,00€	3.2 – Contratos de Convenção - Internamentos	11.000.000,00€
4 – Transferência Correntes	6.310.000,00 €	4 – Transferência Correntes	6.310.000,00 €
5 – Outras Despesa Correntes	390.121,00 €	5 – Outras Despesa Correntes	400.000,00 €
6 – Aquisição de Bens de Capital	3.625.733,00 €	6 – Aquisição de Bens de Capital	3.700.000,00 €
Total	68.636.238,00 €	Total	79.110.000,00 €

Para o ano de 2024, as despesas com pessoal representam 51% do valor total, evidenciando a importância desta rubrica na estrutura de despesa do serviço. Na aquisição de bens e serviços, prevê-se um valor necessário para manter e renovar os bens essenciais ao funcionamento das Unidades Orgânicas. A este nível, é importante destacar que estão incluídas nesta rubrica duas componentes de despesas que representam um peso significativo neste agrupamento, por representarem 54% da dotação prevista, designadamente a aquisição de serviços médicos (2.107.600,00€) e o pagamento às CT – Internamento (8.000.000,00€). O restante valor está atribuído ao apoio técnico e operacional às unidades. Na rubrica transferências correntes, está previsto o valor necessário para pagamento dos projetos desenvolvidos no âmbito do Plano Operacional de Respostas Integradas e o pagamento às Farmácias pelo serviço de troca de seringas usadas. Na aquisição de bens de capital está refletida a necessidade de despesa relativa aos custos de renovação e atualização do ecossistema informático do serviço, designadamente o reforço da capacidade do *datacenter*, do parque de computadores, do *software* de segurança e trabalho (*Office*).

Este quadro orçamental reflete uma diferença entre receitas e despesa de 17.000.000,00€. Este défice representa um desafio para a gestão financeira do ICAD e requer uma abordagem estratégica na otimização da despesa e melhoria da eficiência operacional. Este orçamento reflete um alinhamento com os objetivos estratégicos relacionados com o reforço de RH, no qual se destaca o valor de investimento previsto. Embora o défice apresente um enorme desafio, o ICAD permanecerá focado em cumprir a sua missão, alicerçado num orçamento cuidadosamente elaborado e bem gerido.

Considerando que o ano de 2024 foi de transição o orçamento apresentado apenas reflete 9 meses de funcionamento das UIL-CAD. A partir do ano de 2025 a previsão de orçamento do ICAD I.P. ascende a 79.110.000,00€.

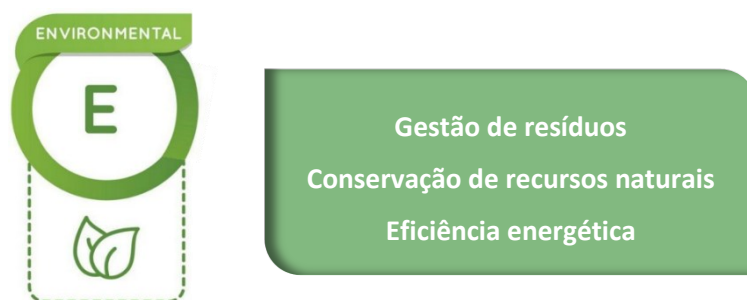
CRITÉRIOS ESG - Environmental, Social and Corporate Governance

Os critérios ESG - *Environmental, Social and Corporate Governance* (Ambientais, Sociais e de Governança) representam um conjunto de padrões que as organizações devem adotar para garantir operações sustentáveis e éticas, considerando os impactos ambientais, sociais e de governança das suas atividades. Surgem como uma abordagem para avaliar o desempenho em áreas que vão além das métricas financeiras tradicionais. Estes critérios foram desenvolvidos e melhorados ao longo do tempo por uma variedade de partes interessadas, incluindo investidores, académicos, ONG, agências governamentais e empresas². Alinhados com os [Objetivos de Desenvolvimento Sustentável](#) definidos no âmbito da Agenda 2030 das Nações Unidas, a operação das organizações deve procurar contribuir para um futuro mais sustentável para todos.



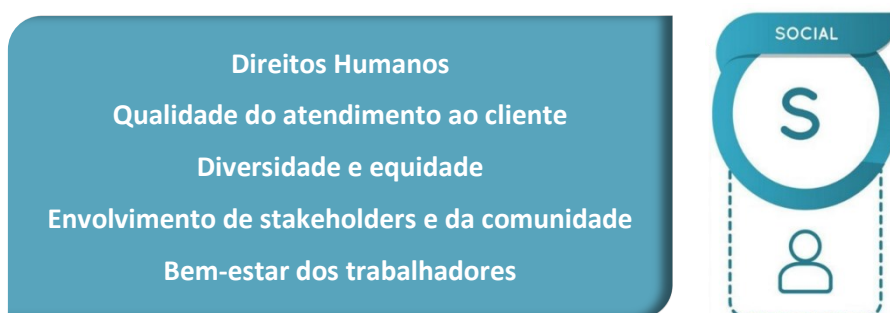
As preocupações com a sustentabilidade corporativa estão presentes no planeamento estratégico do ICAD, traduzido desde logo nos valores elegidos para a orientação da sua atividade e política de qualidade, mas também nas ações concretas que vem desenvolvendo e que prevê reforçar nos próximos anos. O alinhamento com critérios de sustentabilidade não é apenas uma obrigação de conformidade regulamentar, tem um impacto transformador do ponto de vista do desempenho operacional e financeiro, e demonstra o compromisso do ICAD com os seus SH.

² Embora não haja uma única entidade que os tenha criado, várias organizações e iniciativas desempenharam papéis significativos na promoção e padronização dos critérios ESG, como o [Pacto Global das Nações Unidas](#), os [Princípios para o Investimento Responsável \(PRI\)](#), o [Índice Dow Jones de Sustentabilidade \(DJSI\)](#) e o [Global Reporting Initiative \(GRI\)](#).



O [Programa de Eficiência de Recursos](#) na AP, definido para o período até 2030 (ECO.AP 2030) prevê a adoção de medidas de melhoria de eficiência energética e de outros recursos, que conduzam à descarbonização e transição energética das atividades desenvolvidas pela AP. Também o Regime Geral de Gestão de Resíduos confere aos serviços responsabilidades em matéria de prevenção de resíduos. Neste âmbito, o ICAD dará continuidade a processos de redução dos consumos de energia, água e materiais, e respetivas emissões de gases de efeito de estufa, através da instalação de sistemas de poupança de água, infraestruturas de mobilidade elétrica, desmaterialização de processos, assim como as seguintes boas práticas:

- Incluir critérios nos procedimentos de contratação pública para a aquisição de bens e serviços em que seja valorado o fornecimento de produtos reutilizáveis e/ou que gerem menos resíduos;
- Incentivar o consumo de água da torneira nas suas instalações e em eventos da sua responsabilidade, em condições que garantam a higiene e a segurança alimentar;
- Procurar doar equipamentos ou materiais que já não utilizem, nomeadamente, a associações e estruturas da economia social e solidária.

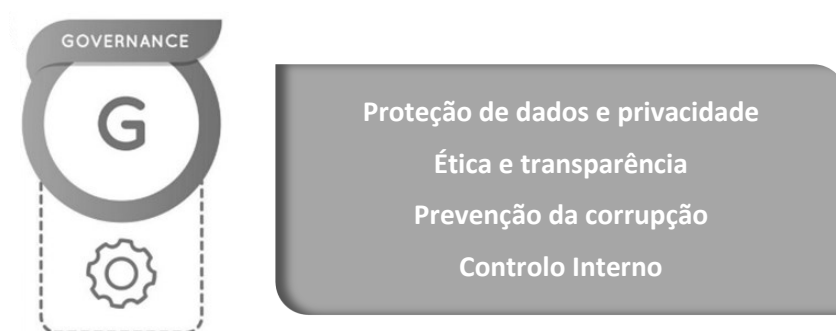


O respeito pelos Direitos Humanos e a liberdade de escolha individual são princípios que têm norteador as intervenções em CAD, assim como a equidade e a participação ativa, numa abrangência que contempla vários atores, envolvendo os próprios cidadãos com CAD. Estes princípios estão presentes neste Plano Estratégico, onde a facilitação do acesso aos cuidados de saúde é uma prioridade, no respeito pelas necessidades, diversidades e especificidades de cada cidadão.

Pretende-se aprofundar a participação e o envolvimento da sociedade civil na missão do ICAD, promovendo intervenções colaborativas e integradas na comunidade.

O forte investimento na qualidade irá permitir conhecer o grau de satisfação dos diferentes *SH* e melhorar o atendimento e serviços prestados ao cliente.

A criação de ambientes de trabalho saudáveis, empáticos e promotores de bem-estar constitui igualmente uma prioridade na construção da cultura organizacional do ICAD, também enquanto estratégia para recrutar e reter talento, fator determinante nesta fase inicial de construção organizacional, em que a escassez de RH é uma realidade. Neste contexto, a implementação de políticas de baseadas na segurança, na conciliação da vida profissional, familiar e pessoal assume primazia estratégica.



O ICAD assume uma Governança baseada em princípios de sustentabilidade que envolvem vários domínios, entre os quais a criação de uma [Comissão de Ética](#) de natureza consultiva, dotada de independência técnica e científica. A principal missão desta Comissão é contribuir para a observância de princípios da ética e da bioética na atividade do ICAD, na prestação de cuidados de saúde e na realização de investigação clínica, em especial no exercício das ciências da saúde, à luz do princípio da dignidade da pessoa humana, enquanto garante do exercício dos seus direitos fundamentais, bem como da integridade, confiança e segurança dos procedimentos em vigor.

Na mesma linha de compromisso, o ICAD contempla entre a sua atividade, a implementação de processos de controlo interno, mediante a criação de uma unidade orgânica flexível, à qual compete, entre outras funções, assegurar a realização de auditorias e a implementação, monitorização e avaliação de ações de prevenção da corrupção.

A prestação de contas e transparência financeira são asseguradas pela figura do Fiscal Único, responsável pela monitorização do cumprimento das políticas financeiras, garantindo a integridade dos processos fiscais.

Finalmente, e não menos importante, o destaque para o alinhamento das várias unidades orgânicas do ICAD, na adoção, implementação e cumprimento do [Regulamento Geral de Proteção de Dados](#) (RGPD).

II. METODOLOGIA DE ELABORAÇÃO DO PLANO

A elaboração do Plano Estratégico ICAD foi sustentada numa metodologia de trabalho multidisciplinar, envolvendo todos os profissionais das diferentes áreas de atuação e unidades orgânicas, numa lógica integrativa e de reflexão conjunta, tendo por base as *Orientações para o Ciclo de Gestão 2024* determinadas pelo Ministério da Saúde.

Foram criados vários momentos de *brainstorming*, em encontros e reuniões de trabalho, ampliando canais de comunicação interpessoal e estreitando distâncias organizacionais, que de forma integrada viabilizaram a partilha de conhecimentos e experiências, possibilitando a construção de uma estratégia inspirada na aliança, na confiança, na motivação e na inovação para edificar uma nova estrutura que cumpra a missão para qual foi criada.

Em termos metodológicos, considerou-se fundamental partir de um diagnóstico sobre a situação nacional em CAD, evidenciando as principais tendências relativas às prevalências, padrões de consumo e problemas associados.

Na caracterização nacional das estruturas CAD, destacaram-se Desafios Estratégicos (DE), como fatores críticos de sucesso da nova orgânica ICAD. De igual forma, o diagnóstico estratégico assumiu um carácter determinante no processo de elaboração deste plano, tendo sido escolhidas como ferramentas estratégicas a análise SWOT, a análise PESTAL e a análise de parceiros.

A planificação estratégica para este novo ciclo de ação foi globalmente suportada pela metodologia *Balanced Scorecard* (BSC)³, enquanto instrumento de avaliação da eficácia e eficiência do serviço, promovendo o alinhamento estratégico da missão, valores e visão entre os colaboradores ICAD. O BSC será um instrumento de recurso ao controlo de gestão, permitindo suportar o processo de tomada de decisão estratégica.

De salientar em todo este processo, os elementos BSC, designadamente, o Mapa Estratégico, os indicadores estratégicos, a correspondência estratégica entre objetivos estratégicos (OE) e objetivos operacionais (Oop), a identificação de fatores críticos de sucesso, a que chamámos Desafios Estratégicos e por último, a eleição de indicadores-chave de desempenho/*Key Performance Indicator* (KPI), escolhidos entre os indicadores estratégicos. Estes indicadores-chave constituem ferramentas

³ O Balanced Scorecard é uma metodologia desenvolvida em 1997 pelos professores da Harvard Business School, Robert Kaplan e David Norton.

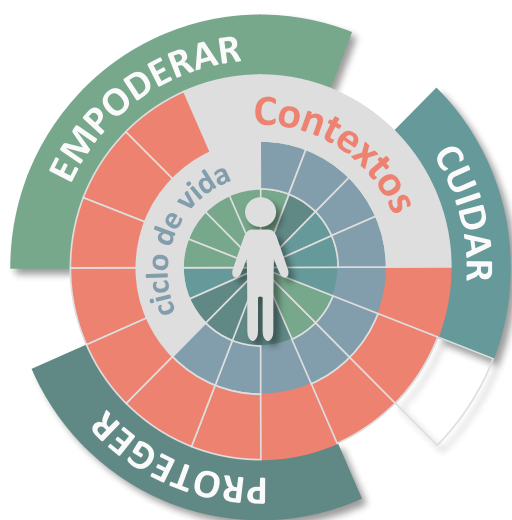
de gestão de excelência para medir o progresso e o nível de desempenho de uma organização em relação aos seus objetivos e metas.

ALINHAMENTO COM POLÍTICAS GLOBAIS E PLANOS INSTITUCIONAIS TRANSVERSAIS

A estratégia ICAD para este ciclo de ação (2024-2026) é sustentada no alinhamento com as políticas e planos intersectoriais, de âmbito nacional e internacional, traduzindo a necessária interseção de áreas de atuação na abordagem aos CAD.

1. ENQUADRAMENTO NACIONAL

Plano Nacional



O Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2030 ([PNRCAD 2030](#)) é o documento orientador da política pública na abordagem aos CAD, que congrega esforços de diferentes entidades com responsabilidades no âmbito da redução da procura, mas também da oferta, unidos numa visão de construir comunidades mais saudáveis, com menos problemas ligados ao consumo de SPA e a outros comportamentos com potencial aditivo.

O PNRCAD 2030 assenta em três pilares, que enquadram a definição de objetivos para este ciclo estratégico: Empoderar, Cuidar e Proteger.

O primeiro pilar relaciona-se com a capacitação dos cidadãos, ao longo do seu ciclo de vida, para lidarem com os desafios do quotidiano e atingirem o seu potencial em termos de realização e bem-estar. Neste âmbito, a literacia em saúde é um conceito que assume particular relevância, assim como o desenvolvimento de recursos internos no cidadão.

O Cuidar é o pilar que mais se relaciona com a atividade assistencial dos serviços especializados em CAD, que se procura que sejam cada vez mais acessíveis a todos os cidadãos (no reconhecimento das suas vulnerabilidades e diferentes necessidades) e com intervenções integradas e de elevada qualidade.

Considerou-se ainda relevante contemplar iniciativas de proteção das pessoas, incluindo a proteção da exposição a produtos e atividades potencialmente aditivos ou a problemas a estes associados, iniciativas estas integradas no pilar Proteger. Trata-se, assim, de um instrumento de política pública colaborativa, no respeito pelos Direitos Humanos e alinhado para o desenvolvimento de uma sociedade mais informada, saudável e segura.

Considerando a complexidade das problemáticas associadas aos CAD e o seu carácter transversal, é imprescindível que o planeamento nesta área englobe uma abordagem comum e partilhada com inúmeras instâncias públicas, privadas e da sociedade civil, procurando-se uma concertação integrada de estratégias, ações e esforços. Há um reconhecimento de que a problemática dos CAD não se limita às questões da saúde, já que se trata de um fenómeno biopsicossocial, multidimensional e que envolve uma diversidade de atores, públicos e privados.

Sob este prisma, considera-se determinante o alinhamento deste Plano Estratégico com as políticas formuladas por outras instituições responsáveis por áreas conexas aos CAD, traduzidas nos mais diversos documentos de planeamento.

O [Plano Nacional de Saúde 2030 \(PNS\)](#) estabelece a continuidade das orientações estratégicas delineadas em Portugal para o sistema de saúde, alinhando-se com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a região europeia. Neste âmbito, o PNS estabelece como prioridade reduzir as desigualdades, promover o desenvolvimento de comportamentos, culturas e comunidades saudáveis e minimizar as consequências das alterações climáticas e outros determinantes ambientais na saúde. Para além disso, pretende também reduzir a carga das doenças transmissíveis e não transmissíveis e manter sob controlo os problemas de saúde atualmente já identificados. O PNS preconiza também que a saúde é uma responsabilidade de toda a sociedade e não apenas do sector da saúde. A saúde (ou a doença) acontece nos contextos específicos em que as pessoas vivem ou trabalham. É necessário agir sobre esses contextos para os tornar favoráveis à saúde, designadamente na família, na escola, nos locais de trabalho e nas instituições de saúde.

No âmbito dos objetivos definidos pelo PNS 2030 onde se interseccionam as questões relacionadas com os CAD, salientamos nas suas estratégias de intervenção, a promoção dos Direitos Humanos, a promoção da literacia em saúde, a dinamização de ambientes promotores de saúde, a promoção da saúde no local de trabalho, a prevenção e controlo de riscos ocupacionais e de doenças profissionais, a promoção da saúde em meio escolar, a promoção da saúde mental e a prevenção e mitigação de consumos de risco (início de consumos de tabaco, álcool e SPA ilícitas, incluindo a diminuição do acesso a estas substâncias), bem como a Promoção da saúde de grupos da população de maior vulnerabilidade.

Neste sentido, este Plano Estratégico encontra-se alinhado com os [Programas de Saúde Prioritários](#), nomeadamente os programas nacionais dedicados às Prevenção e Controlo do Tabagismo; Promoção da Alimentação Saudável; Promoção da Atividade Física; Hepatites Virais; Doenças Oncológicas; Infecção VIH/SIDA (Programa de Troca de Seringas); Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos; Tuberculose e Saúde Mental.

No âmbito da Saúde Mental, área eminentemente próxima dos CAD, pretende-se uma articulação de políticas e ações, também através da participação do ICAD no Conselho Nacional de Saúde Mental, órgão consultivo ao qual compete emitir pareceres e apresentar propostas e recomendações sobre a política, os programas, as atividades e investimentos em saúde mental. Da mesma forma, o ICAD está representado na Comissão Nacional de Trauma, entidade responsável pela promoção de uma melhor organização multiprofissional e multidisciplinar ao longo da cadeia de socorro, tratamento, e reabilitação do doente traumatizado.

Acresce ainda, na área da saúde, o alinhamento com o [Plano Nacional de Segurança do Doente](#), o [Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil](#) e o Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030.

No setor da Educação, a saúde é igualmente uma prioridade. Portugal aderiu à Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, que tem como objetivo promover a saúde e evidenciar o impacto da promoção da saúde no meio escolar. Entre os diversos programas, destaca-se o [Referencial de Educação para a Saúde](#), um instrumento de apoio às escolas nas áreas de Saúde Mental e Prevenção da Violência; Educação Alimentar e Atividade Física; Afetos e Educação para a Sexualidade e os CAD.

O presente Plano Estratégico encontra-se também alinhado com a [Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação de Sem- -Abrigo 2017 -2023](#), centra-se numa problemática que se cruza com as situações de maior vulnerabilidade e exclusão, onde os consumos de SPA surgem associados, enquanto elemento desencadeante da situação de sem-abrigo, ou como estratégia adaptativa a uma vivência extremamente adversa.

No âmbito da eliminação das desigualdades e erradicação da pobreza, a [Estratégia Nacional de Combate à Pobreza 2021-2030](#) e o recentemente aprovado Plano de Ação 2022-2025, contempla medidas ligadas à prevenção dos CAD em crianças e jovens e um reforço da promoção de respostas de integração socioprofissional de pessoas com CAD, entre outras.

Considerando a importância da interseccionalidade e do facto das consequências dos CAD afetarem de forma desigual alguns grupos populacionais, importa considerar a [Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação - Portugal + Igual \(ENIND\)](#) e os seus planos de ação que contemplam a promoção da igualdade de género, o combate à discriminação e violência contra as mulheres.

Este Plano Estratégico está também alinhado com a [Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária 2021-2030 – Visão Zero 2030](#), numa lógica de corresponsabilização de todos para o combate à sinistralidade rodoviária.

Também as áreas da violência e da criminalidade se relacionam com os CAD e, nesta medida, verifica-se o alinhamento deste Plano Estratégico com outros instrumentos de política pública. O [Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida \(PNPVCV\)](#) assume especial importância, uma vez que importa reforçar, no âmbito dos serviços de saúde, os mecanismos de prevenção, diagnóstico e intervenção no que se refere à violência interpessoal, nomeadamente em matéria de maus-tratos em crianças e jovens, violência contra as mulheres, violência doméstica e em populações de vulnerabilidade acrescida. O alinhamento do Plano Estratégico com o PNPVCV também se traduz no estímulo à implementação de medidas do [Plano de Prevenção da Violência no Setor da Saúde](#), para prevenir e mitigar situações de violência contra os profissionais de saúde. Da mesma forma, a [Comissão de Análise Integrada da Delinquência Juvenil e da Criminalidade Violenta](#), coordenada pelo Ministério da Administração Interna (MAI), pretende conhecer a realidade atual e produzir orientações para a promoção da segurança, diminuição da delinquência juvenil e da criminalidade violenta.

Os contextos de privação de liberdade, como por exemplo as prisões e os centros educativos, exigem medidas de reforço para o acesso aos cuidados de saúde e a continuidade de cuidados no âmbito dos CAD. Nesta medida, o [Plano Operacional para a Saúde em Contexto de Privação da Liberdade](#) para o período 2023-2030 pretende assegurar que a saúde, nestes contextos, é garantida com igualdade, qualidade e efetividade, no respeito pelos Direitos Humanos.

Ainda no que concerne à articulação entre programas e à partilha de responsabilidades institucionais em CAD, destaca-se o [II Plano Nacional para a Juventude](#) que no seu eixo Cidadania e Participação, inclui a componente “Estilos de vida saudáveis” e desenvolve estratégias para a prevenção do consumo de tabaco, álcool e outras substâncias e para a promoção da saúde sexual e reprodutiva junto dos jovens. Pretende também garantir que este público tem acesso a serviços de saúde adequados às suas necessidades. A área do desporto também encerra em si alguns riscos para a saúde, nomeadamente quando os praticantes desportivos recorrem à dopagem. Neste contexto, a definição de regras e de procedimentos de controlo, assim como programas de informação e educação, são fundamentais para a mitigação deste problema, pelo que o ICAD está representado na Autoridade Antidopagem de Portugal.

Considerando a complexidade do fenómeno dos CAD, os objetivos do ICAD necessitarão da articulação e coordenação de políticas e ações em diversos domínios, setores, áreas e serviços, tanto a nível nacional como internacional, conforme anteriormente mencionado.

Tópicos extraídos das Estratégias, Planos e Recomendações Nacionais e Internacionais que relevam para a intervenção em CAD

DETERMINANTES ESTRATÉGICOS DA INTERVENÇÃO EM CAD

<i>Promoção do acesso a cuidados de saúde de qualidade</i>	<i>Prevenção da violência e promoção da segurança</i>	<i>Eliminação das desigualdades e erradicação da pobreza</i>
<i>Diminuição do consumo nocivo de álcool e das doenças associadas</i>	<i>Combate às doenças transmissíveis e não-transmissíveis</i>	<i>Promoção da literacia em saúde</i>
<i>Promoção da saúde mental e do bem estar</i>	<i>Capacitação dos cidadãos ao longo do ciclo de vida</i>	<i>Regulação do acesso a produtos geradores de CAD</i>
<i>Proteção de grupos vulneráveis no acesso à saúde</i>	<i>Promoção da Igualdade e a Não-Discriminação em razão da orientação sexual, identidade e expressão de género e características sexuais</i>	<i>Capacitação dos profissionais no amplo domínio dos CAD</i>
<i>Promoção de estilos de vida saudáveis</i>	<i>Diminuição dos níveis de mortalidade prematura e de morbilidade associados aos CAD</i>	<i>Promoção de uma política centrada nas pessoas e na proteção dos Direitos Humanos</i>

2. ENQUADRAMENTO INTERNACIONAL

Este Plano encontra-se alinhado com as orientações e objetivos definidos pelos documentos internacionais mencionados nas referências bibliográficas, alguns dos quais são abaixo explanados.

Portugal é signatário e dá cumprimento às disposições das três Convenções das Nações Unidas⁴, os principais instrumentos jurídicos relativamente às substâncias ilícitas, que regem a produção, o comércio e o uso dos estupefacientes e de substâncias psicotrópicas, e cujo objetivo geral é limitar a produção, distribuição e consumo de drogas para fins médicos e científicos.

⁴ Convenção Única sobre Estupefacientes de 1961, modificada pelo Protocolo de 1972 (<https://dre.pt/application/conteudo/149202>); Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971 (<https://dre.pt/application/conteudo/392622>); Convenção contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas de 1988 (<https://dre.pt/application/conteudo/304535>)

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

Em 2019 foi adotada a [*Ministerial Declaration on strengthening our action at the national, regional and international level to accelerate the implementation of our joint commitments to address and counter the world drug problem*](#) durante o Segmento Ministerial da Comissão de Estupefacientes das Nações Unidas, a qual reiterou a importância das políticas de drogas estarem em linha com o que foi definido em 2016 em matéria de Direitos Humanos, saúde e desenvolvimento, melhor refletindo a natureza transversal do objetivo dos instrumentos internacionais de controlo de droga, de proteção da saúde e do bem-estar da humanidade.

Importa igualmente mencionar outro documento relevante no que respeita à política internacional em matéria de drogas: as Diretrizes Internacionais sobre Direitos Humanos e Política de Drogas de 2019, que constituem um guia para os governos desenvolverem políticas públicas de drogas em conformidade com os Direitos Humanos, tomando em consideração as obrigações concomitantes em relação às Convenções Internacionais para o controlo de drogas. Com base na natureza universal dos Direitos Humanos, o documento cobre uma variedade de áreas políticas, desde o desenvolvimento até à saúde pública e à justiça criminal. O presente Plano, assim como os documentos que têm definido a política portuguesa sobre drogas desde a primeira Estratégia Nacional de 1999, reflete os princípios básicos e responsabilidades derivadas das normas de Direitos Humanos expressos nas mencionadas Diretrizes (*International Centre on Human Rights and Drug Policy et al.*, 2020).

Num plano mais macro, a [*Agenda 2030 das Nações Unidas e os 17 Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável*](#) (ODS) definem um conjunto de objetivos e metas quantificáveis a realizar pelos Estados para promover políticas mais efetivas e humanas, colocando a dignidade humana e o desenvolvimento sustentável no centro das suas preocupações.

Transformar esta visão em realidade é responsabilidade de todos os estados, sendo que o ICAD contribui de forma particular para o Objetivo 3 “Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”, nomeadamente no que se refere a “Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas e o consumo nocivo de álcool”,

e também, indiretamente, na meta "Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar" (UN, 2015).

No que concerne as matérias relacionadas com o uso nocivo do álcool, este Plano Estratégico encontra-se alinhado com a [*Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol*](#), da Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabelece áreas prioritárias e recomenda a adoção de medidas a nível nacional para a promoção da diminuição do consumo nocivo de álcool e das doenças associadas, com o objetivo final de melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas, comunidades e sociedades (WHO, 2010).

Os Estados Membros assumiram e reforçaram o compromisso de diminuir o consumo nocivo do álcool desde a aprovação da Estratégia Global, tendo em conta as declarações que emergiram da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre doenças não transmissíveis, designadamente o [*Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region \(2016-2025\)*](#), que menciona este consumo como um dos quatro principais fatores de risco das doenças não transmissíveis. O referido Plano de Ação constitui uma referência no quadro da implementação de políticas que mitiguem os níveis de mortalidade prematura e de morbilidade associados a doenças não-transmissíveis e propõe a priorização de intervenções de nível populacional reguladoras de consumos problemáticos e de promoção da saúde em contextos específicos (WHO, 2016).

Mais recentemente e com vista a impulsionar a aplicação efetiva da Estratégia Global para reduzir o consumo nocivo do álcool enquanto prioridade de saúde pública, a OMS aprovou o [*Global Alcohol Action Plan 2022-2030*](#), o qual propõe ações e medidas específicas para acelerar e complementar as políticas nacionais (WHO 2022).

A nível europeu, a OMS aprovou o [*European Framework for Action on Alcohol, 2022-2025*](#), que estabelece áreas prioritárias de ação nacional - preço, comercialização, disponibilidade, informação de saúde com destaque para os rótulos, resposta dos serviços de saúde e ação comunitária - e de forma a contribuir para o objetivo de uma redução relativa de 10% do consumo de álcool *per capita* até 2025 (a partir de uma base de referência de 2010) (WHO, 2022).

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) tem elaborado diversos documentos⁵ que foram também tomados em conta na elaboração deste Plano Estratégico,

⁵ Preventing Harmful Alcohol Use) https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/preventing-harmful-alcohol-use_6e4b4ffb-en#page1; Tackling Harmful Alcohol Use - Economics and Public Health Policy (https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/tackling-harmful-alcohol-use_9789264181069-en#page1)

particularmente no que diz respeito às medidas relacionadas com os preços, os impostos, a restrição do acesso, a publicidade e a rotulagem.

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

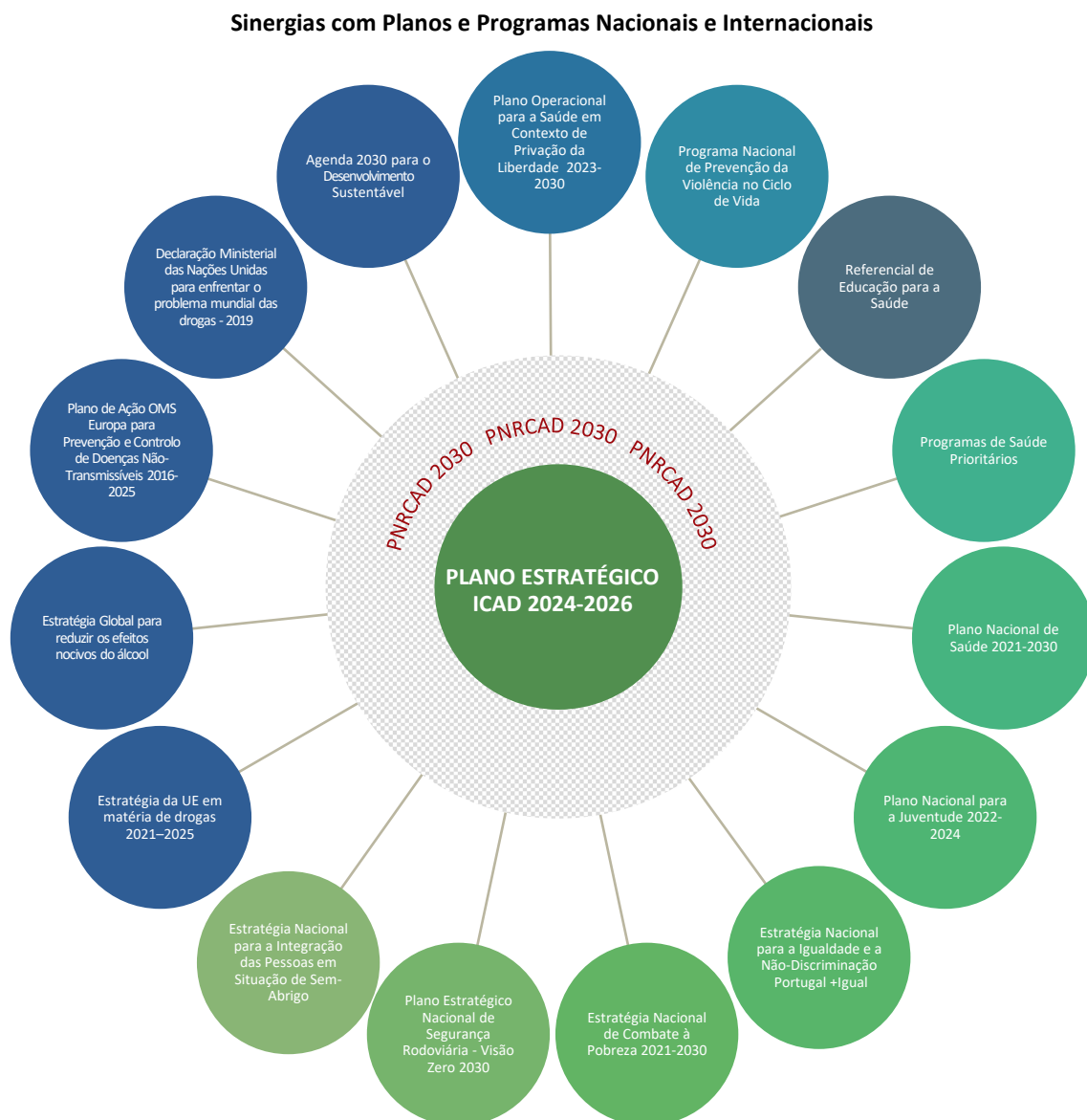
Importa ainda destacar as referências, em ambos os documentos, à promoção de uma política em matéria de drogas centrada nas pessoas e orientada para a proteção dos Direitos Humanos, prioridades que têm vindo a pautar os sucessivos Planos Nacionais em matéria de CAD.

Relativamente aos CAD sem substância, e particularmente à perturbação de jogo, esta temática foi abordada pelas diversas instituições da União Europeia⁶ (Comissão Europeia, Conselho e Parlamento Europeu), bem como pela OMS que em 2018, incluiu os “distúrbios com videojogos” na lista de doenças que são classificadas como perturbações de saúde mental na nova edição da [Classificação Internacional de Doenças](#) (*International Classification of Diseases*, ICD-11), sistema que subjaz à codificação da atividade clínica em contextos de cuidados de saúde (WHO, 2021).

Parece-nos de uma evidência irrefutável que o Plano Estratégico do ICAD “dialoga” necessariamente com muitos outros instrumentos de política pública, nacional e internacional, para garantir uma resposta integrada a esta problemática multidimensional.

⁶ “Recomendação da Comissão de 14 de julho de 2014 sobre princípios com vista à proteção dos consumidores e dos utilizadores de serviços de jogo em linha e à prevenção do acesso dos menores aos jogos de azar em linha” (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014H0478&from=PT>); “Comunicação da comissão ao parlamento europeu, ao conselho, ao comité económico e social e ao comité das regiões (2012): Para um enquadramento europeu completo do jogo em linha” (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012DC0596&from=EN>)

Na figura seguinte representam-se estas sinergias com planos e programas nacionais e internacionais.



INSTITUIÇÕES CONGÉNERES E DE REFERÊNCIA INTERNACIONAL

No âmbito dos CAD, Portugal desenvolveu e implementou ao longo das últimas duas décadas um modelo de intervenção pioneiro, ancorado numa visão sistémica e multifatorial, que se traduziu na construção de uma rede nacional de serviços centrados no cidadão e na comunidade, com respostas integradas e inovadoras, baseadas na evidência e em boas práticas, com respeito pelos direitos humanos e pela dignidade humana. Na continuidade do trabalho anteriormente desenvolvido, neste ciclo estratégico, o ICAD mantém a visão de continuar a ser uma referência no âmbito dos CAD,

assegurando e ampliando a qualidade e abrangência das respostas de prevenção, tratamento RRMD e reinserção, contribuindo para as metas estabelecidas no PNRCAD-2021-2030.

Numa avaliação comparativa com o recurso a documentos estratégicos de instituições internacionais de referência na área dos CAD, elegeu-se a *Generalitat de Catalunya - Departament de Salut - Subdirecció General de Drogodependències*, como a instituição congénere, que apesar de ter uma regional, será sobre ela que recairá esta análise de comparabilidade.

Em ambas as instituições, o carácter global da intervenção em CAD surge sustentado numa única estrutura, tutelada pelo setor da saúde, com responsabilidade de operacionalizar um Plano Nacional específico para os CAD, preconizando um modelo integrado de intervenção assente numa rede de respostas descentralizadas, territoriais e de proximidade ao cidadão.

O *Pla de drogues i addiccions comportamentals 2019-2023: de la prevenció universal a la reducció de danys*, aprovado pela Comissão Interdepartamental da Droga, nasceu com o compromisso de promover, coordenar e liderar a abordagem aos problemas de saúde e sociais relacionados com o consumo de álcool e outras drogas, e outros comportamentos suscetíveis de gerar dependência.

Também o PNRCAD 2030, assumido como a estratégia e política portuguesa prioritária a implementar na abordagem aos CAD, materializa o compromisso interministerial em prol da redução dos CAD, da promoção de comunidades mais saudáveis, com menos problemas ligados ao consumo de SPA e a outros comportamentos com potencial aditivo.

À semelhança da organização das respostas públicas portuguesas em matéria de CAD, em ambulatório e internamento (24 CRI; 4 UD; 3 CT; 3 UA), na Catalunha, a área do tratamento é operacionalizada através dos Centros de Atendimento e Acompanhamento de Toxicodependências (CAS), centros ambulatoriais públicos especializados no tratamento de dependências. A rede de respostas contempla 61 centros em regime ambulatório, distribuídos por todo o território.

Nestes centros é igualmente prestado tratamento especializado numa perspetiva biopsicossocial e de reinserção social a pessoas com problemas de dependência de substâncias tais como álcool, cocaína, heroína, canábis e problemas de dependência comportamental sem substância.

Tal como os CRI, estes centros são compostos por equipas multidisciplinares, com profissionais de medicina, psiquiatria, enfermagem, psicologia e serviço social.

De uma forma muito semelhante ao procedimento português, a equipa define um plano terapêutico para cada utente, que passa por tratamento médico farmacológico para desintoxicação, programa de tratamento com agonistas opiáceos, deteção e tratamento de complicações orgânicas associadas ao consumo ou dependência, vacinações e outros. Disponibiliza tratamento psicológico com terapia

individual, grupal e familiar de diversas modalidades e orientações: motivacional, cognitivo-comportamental, dinâmica, sistêmica e prevenção de recaídas. Os programas de educação sanitária e preventiva assentam na troca de seringas, fornecimento de preservativos, análises e rastreio de diferentes infeções, informação, orientação e aconselhamento nas áreas social, familiar, laboral, económica, judicial e de lazer. Se necessário, propõe-se o encaminhamento para outros recursos (como unidades hospitalares de desintoxicação, unidades de duplo diagnóstico e comunidades terapêuticas). Os CAS, assim como os CRI, oferecem ainda acolhimento, informação e aconselhamento aos pacientes e seus familiares.

Em ambos os serviços e programas de RRMD, são disponibilizados cuidados socio sanitários às pessoas que consomem SPA, com o objetivo de reduzir o impacto negativo do consumo na saúde física e psicossocial, bem como motivar e facilitar o acesso a tratamento e reduzir os efeitos negativos na saúde pública.

Na Catalunha, em 2022, existiam 19 centros de redução de danos, 8 unidades móveis, 11 serviços de educação de rua. Existiam ainda respostas de consumo assistido, 13 dos quais localizados em centros de redução de danos e duas em unidades móveis (15 no total).

Considerando a semelhança entre estruturas de apoio aos CAD, a sua organização, metodologia de trabalho e áreas de intervenção, destaca-se a relevância, em termos de *benchmarking*, da escolha de alguns indicadores de comparabilidade a monitorizar futuramente no decorrer do período temporal de execução do presente Plano Estratégico.

III. SITUAÇÃO NACIONAL

O PAÍS EM MATÉRIA DE CAD

1. ÁLCOOL

Consumos – Álcool

Em 2022, três quartos dos residentes em Portugal (15-74 anos) já tinham consumido álcool pelo menos uma vez na vida e 62% fizeram-no nos últimos 12 meses. Cerca de 1 em cada 10 residentes tiveram consumos *binge* nos últimos 12 meses e 7% episódios de embriaguez severa (17% e 11% dos consumidores). Estes padrões de consumo eram mais prevalentes nos 25-34 anos e continuavam a ser uma prática mais masculina do que feminina, embora com um menor rácio entre os mais jovens.

Os estudos em populações jovens apontam para prevalências de consumo bastante expressivas, caso dos alunos entre os 16-18 anos, dos alunos do ensino superior e dos jovens de 18 anos, com mais de três quartos a terem consumos recentes de álcool e prevalências elevadas de padrões de consumo nocivo (entre um quarto e metade dos jovens destes grupos populacionais a declararem consumos *binge* e situações de embriaguez severa). É de notar ainda que, entre 2015 e 2019 aumentou a proporção de jovens a iniciarem o consumo de álcool com 13 anos ou

menos (41% dos alunos de 16 anos) e, uma importante franja de menores continua a adquirir álcool em vários tipos de pontos de venda apesar de proibido.

Quanto a padrões de consumo abusivo ou dependência de álcool (*AUDIT*⁷), 3,1% da população de 15-74 anos tinha um consumo de risco elevado/nocivo e 1,1% tinha sintomas de dependência (5,1% e 1,8% dos consumidores). Estes padrões de consumo eram mais prevalentes nos homens e, o grupo de 25-34 anos apresentou a prevalência mais alta de consumo de risco elevado/nocivo e o de 45-54 anos a maior prevalência de dependência.

Entre 2017 e 2022, diminuiu a idade média de início dos consumos de álcool, aumentou o consumo recente e atual, a embriaguez severa, os consumos de risco elevado e a dependência (esta vem a aumentar desde 2012 e quase quadruplicou em dez anos). Os agravamentos foram transversais a ambos os sexos e à maioria dos grupos etários, embora mais expressivos nos homens e em algumas idades, como o consumo de risco elevado nos 15-24 anos e 25-34 anos e a dependência nos 35-44 anos e 45-54 anos. Nos jovens de 18 anos, apesar da estabilidade do consumo recente e

⁷ Padrões de consumo avaliados através do *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*.

atual nos últimos cinco anos, em 2022 houve um aumento do consumo *binge* e da embriaguez (os valores mais altos desde 2015), e em particular no grupo feminino.

Alguns problemas relacionados com os consumos - Álcool

Nos vários indicadores de problemas associados ao consumo de álcool predomina a população masculina, o que é expectável tendo em conta os resultados dos estudos populacionais. Em 2022 estiveram 13.827 utentes em tratamento ambulatorio na rede pública por problemas relacionados com o uso de álcool. Dos 4.867 utentes que iniciaram tratamento no ano, 1.546 eram utentes readmitidos e 3.321 novos utentes. A grande maioria era do sexo masculino e continuavam a ter uma estrutura etária mais envelhecida do que os utentes com problemas de drogas e menores discrepâncias entre as idades dos novos utentes e dos readmitidos. Subiu pelo segundo ano consecutivo o número dos que iniciaram tratamento no ano (mais acentuado nos readmitidos), atingindo o valor mais alto dos últimos dez anos.

Houve em Portugal 4.538 internamentos hospitalares com diagnóstico principal atribuível ao consumo de álcool em 2022, na sua maioria relacionados com doença alcoólica do fígado e dependência de álcool. Com os diagnósticos secundários, os internamentos passam a ser bastante superiores (40.465), com os valores dos últimos dois anos a subirem.

Em 2021 registaram-se 2.526 óbitos por doenças atribuíveis ao álcool, sendo os valores de 2020 e de 2021 os mais altos dos últimos dez anos. Por sua vez, nos registos específicos, em 2022, foram assinalados 35 óbitos atribuídos a intoxicação alcoólica (-15% face a 2021), mantendo-se este valor aquém dos pré-pandémicos. Também houve 177 vítimas mortais de acidentes de viação que estavam sob a influência do álcool, 78% das quais com uma Taxa de Álcool no Sangue (TAS) $\geq 1,2$ g/l. Após o aumento contínuo destas vítimas entre 2015 e 2019 e, a quebra em 2020 relacionada com a pandemia, os números voltaram a aumentar em 2021 e 2022. Também os indicadores de problemas sociais/legais relacionadas com o consumo de álcool – como os diagnósticos relativos a comportamentos que afetam o bem-estar e desenvolvimento da criança, os crimes por condução com TAS $\geq 1,2$ g/l, os crimes por embriaguez e intoxicação e os reclusos por crimes de condução em estado de embriaguez - registaram aumentos em 2021 e 2022, atingindo a maioria deles os valores mais elevados do quinquénio.

2. MEDICAMENTOS

Consumos e problemas relacionados – Medicamentos

Em 2022, 14% dos residentes em Portugal (15-74 anos) tinham consumido medicamentos de tipo sedativo, tranquilizante ou hipnótico alguma vez na vida e, metade (7%) nos últimos 12 meses. O uso não médico é bem menos

expressivo, com 1,2% a ter esta prática nos últimos 12 meses. Estes consumos são mais prevalentes nas mulheres (embora no uso não médico quase não haja diferenças) e aumentam ao longo do ciclo de vida até aos 64 anos. Ajudar a relaxar, estar doente, e depressão, são as principais motivações para estes consumos.

O consumo de analgésicos opioides é menos prevalente, com 8% dos residentes a terem consumido alguma vez na vida e, metade (4%) nos últimos 12 meses (1,2% com uso não médico). Estes consumos são mais expressivos nas mulheres (também no caso do uso não médico) e na população adulta, sobretudo entre os 35 e 54 anos. Estar doente é a principal motivação para estes consumos, seguindo-se o relaxar e a energia física para trabalhar.

O consumo de medicamentos estimulantes /nootrópicos entre os residentes em Portugal é mais residual, com prevalências de 1,1% ao longo da vida (0,3% uso não médico) e de 0,2% nos últimos 12 meses. O consumo recente destes medicamentos surge com prevalências idênticas em ambos os sexos e é mais prevalente nos grupos etários mais jovens (entre os 15 e 44 anos). As principais motivações para estes consumos é por estar doente, para melhorar o raciocínio e devido a depressão.

Por sua vez, os estudos em populações jovens apontam para um consumo mais expressivo de sedativos/tranquilizantes e de nootrópicos sem receita médica.

Entre os residentes em Portugal, apesar da tendência de descida contínua do consumo de medicamentos de tipo sedativo, tranquilizante ou hipnótico desde 2012, a prevalência do seu uso não médico tem vindo a crescer gradualmente. Já entre os mais jovens (alunos de 16-18 anos), entre 2015 e 2019 houve um aumento do consumo de sedativos/tranquilizantes.

É de assinalar, em 2021 e 2022, um incremento da procura de tratamento relacionada com o consumo de sedativos/hipnóticos. Por sua vez, nos casos de *overdose*, continua a ser bastante expressiva a presença de benzodiazepinas em combinação com as substâncias ilícitas.

3. SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS

Consumos – Substâncias ilícitas

Dados de 2022 apontam para que 1 em cada 10 residentes em Portugal (15-74 anos) já tenha consumido pelo menos uma vez na vida alguma substância ilícita. 2,6% fizeram-no nos últimos 12 meses.

Trata-se de um consumo mais prevalente entre os jovens (15-24 anos) e jovens adultos (15-34 anos), bem como na população masculina em comparação com a feminina.

Com efeito, os estudos em populações jovens apontam para prevalências de consumo superiores, caso dos alunos entre os 16-18 anos, dos alunos do ensino superior e dos jovens de 18 anos.

Quanto a padrões de consumo abusivo e dependência de canábis (CAST⁸), a substância ilícita com maiores prevalências de consumo no país, cerca de 0,4% da população de 15-74 anos tinha um consumo de risco elevado e 0,3% de risco moderado (15% e 11% dos consumidores). O grupo de 15-24 anos apresentava prevalências bastantes superiores de consumo de risco elevado (1,3% dos inquiridos, 22% dos consumidores) e, o grupo masculino maiores prevalências de consumo de risco elevado e moderado do que o feminino.

Por sua vez, as estimativas de consumidores recentes de opiáceos e de consumidores recentes de cocaína apontam para taxas por mil habitantes de 15-64 anos ordem dos 4,5‰ e 11,2‰ respetivamente.

Embora os estudos mais recentes apontem evoluções positivas ao nível das prevalências de consumo de substâncias ilícitas na população geral e em outros subgrupos populacionais, há algumas evidências negativas relativas a padrões de consumo nocivo, como é o caso do agravamento continuado do consumo de risco elevado de canábis nos jovens de 15-24 anos (que quase duplicou em cinco anos e sextuplicou em dez anos) e, um acréscimo do número estimado de consumidores recentes de cocaína.

Alguns problemas relacionados com os consumos – Substâncias ilícitas

Em 2022 encontravam-se 24 176 utentes em tratamento ambulatorio na rede pública, por problemas relacionados com o consumo de drogas. Dos 3.596 que iniciaram tratamento neste ano, 1.915 eram novos utentes e 1.681 readmitidos. Pelo segundo ano consecutivo verificou-se um aumento no número destes utentes. O número de readmitidos em 2022 foi o mais elevado desde 2015, já o número de novos utentes enquadrou-se nos valores pré-pandémicos. É de assinalar o relevante aumento de utentes a iniciarem tratamento com a cocaína como droga principal.

Quanto à infeção por VIH, os casos relacionados com os utilizadores de drogas injetadas (UDI) representaram 4% do total de diagnósticos de infeção por VIH nos últimos 10 anos e 3% no último quinquénio. Mantém-se o decréscimo de diagnósticos anuais de infeções por VIH a um ritmo mais acentuado nos UDI. Todavia, indicadores clínicos evidenciam ainda um diagnóstico tardio nos UDI por comparação às outras categorias de transmissão. É de assinalar o aumento nos últimos anos da proporção de novas infeções (VIH+) entre os injetores novos utentes em tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas.

Em 2022 registaram-se 69 mortes por *overdose*, sendo de destacar a presença de

⁸ Padrões de consumos avaliados através do *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST).

cocaína (67%), de opiáceos (48%) e de metadona (28%). Cerca de um terço dos casos de *overdose* tinham idades inferiores aos 35 anos. Apesar do decréscimo em 2022, os valores dos dois últimos anos foram os mais elevados desde 2009.

Nos processos de contraordenação por consumo de drogas com ocorrência em 2022 estiveram envolvidos 7.712 indivíduos, sobretudo jovens e jovens adultos, com um perfil de consumo não relacionado com a toxicodependência. Uma vez mais a maioria dos processos estavam relacionados com a canábis. Em 2022 aumentaram os processos relacionados com todas as drogas, sendo de notar o acréscimo pelo segundo ano consecutivo dos de cocaína, que atingiram o valor mais alto de sempre.

A população masculina predomina em todos os indicadores aqui analisados, em linha com os estudos populacionais, em que os homens apresentam prevalências de consumo mais elevadas e padrões de consumos mais intensivos.

4. JOGO

Em 2022, mais de metade dos residentes em Portugal (15-74 anos) já tinha jogado a dinheiro pelo menos uma vez na vida.

Cerca de 1,3% apresentavam alguns problemas de dependência no que respeita aos jogos de fortuna ou azar e, 0,5% eram jogadores patológicos (SOGS)⁹.

A probabilidade de ser jogador abusivo e patológico é superior entre os homens e nos 25-34 anos e 45-54 anos.

Apesar de proibido, o jogo a dinheiro é uma prática expressiva entre os menores de 18 anos (alunos entre os 13 e 17 anos), com prevalências entre os 5% nos mais novos e 17% nos mais velhos, sendo bem mais prevalente nos rapazes e, tendencialmente offline. Cerca de um quarto destes jogadores menores de idade referiram já ter passado por problemas relacionados com a prática de jogo a dinheiro.

Quando avançamos um pouco no ciclo de vida, as prevalências de jogo a dinheiro aumentam de forma relevante entre os jovens, como é o caso dos alunos do ensino superior.

A prática de jogos eletrónicos é muito expressiva entre os mais jovens, e em particular os jogos eletrónicos online. A dimensão problemática associada a este tipo de jogos suscita alguma preocupação, como é evidenciado no caso dos alunos de 13-18 anos, em que quase um quinto dos que jogam videojogos online são jogadores problemáticos (POGQ¹⁰).

⁹ Padrões avaliados através do *South Oaks Gambling Screen (SOGS)*.

¹⁰ Padrões avaliados através do *Problematic Online Gaming Questionnaire (POGQ)*.

No caso do jogo a dinheiro, após o aumento relevante entre 2012 e 2017 das prevalências de jogadores com alguns problemas e de jogadores patológicos, estas mantiveram-se estáveis entre 2017 e 2022. É de notar, no entanto, o aumento destes padrões de jogo no caso dos homens e, em contrapartida, uma diminuição no caso das mulheres. Também houve um agravamento em alguns grupos etários, muito em particular nos jovens adultos (25-34 anos).

Considerando os jovens de 18 anos, também se verifica um incremento gradual ao longo dos anos das práticas de jogo de apostas online.

É de notar ainda, em 2021 e 2022, o aumento da procura de tratamento na rede pública por problemas relacionados com o jogo.

5. INTERNET

Em 2022, cerca de 8 em cada 10 residentes em Portugal (15-74 anos) eram utilizadores de internet. Quase toda a população entre os 15-34 usava a internet diariamente, sendo a prevalência de uso bastante inferior nos 65-74 anos. A utilização das redes sociais é a principal atividade desenvolvida na internet.

Cerca de 6% eram utilizadores diários da internet ligeiramente dependentes e 0,7%

moderadamente dependentes, não se identificando casos de dependência severa (IAT¹¹). Estes padrões de dependência ligeira e moderada eram mais prevalentes nos jovens (15-24 e 25-34 anos) e nos homens (exceto nos 35-44 anos, em que as mulheres surgem com *scores* mais elevados).

Os estudos mais recentes em populações jovens evidenciam que quase todos os jovens utilizam a internet. Mais de metade dos alunos de 13-18 anos que utilizam as redes sociais digitais está de acordo que passa demasiado tempo *online* neste tipo de aplicações e mais de um terço que ficam aborrecidos quando não é possível passar tempo nas redes sociais.

Por sua vez, quase todos os jovens de 18 anos utilizam a internet e quatro em cada dez iniciaram antes dos dez anos. Cerca de seis em cada dez jovens passa 4 horas ou mais por dia na internet. É de assinalar o início mais precoce de utilização da internet por parte dos rapazes, bem como uma utilização mais intensiva em tempo despendido a jogar. Em contrapartida, as raparigas tendem a passar mais tempo nas redes sociais do que os rapazes. Por sua vez, um terço destes jovens já experienciou algum tipo de problema que associa à utilização da internet (em particular situações de mal-estar emocional e problemas de rendimento na

¹¹ Padrões de utilização avaliados através do *Implicit-Association Test* (IAT).

escola/ trabalho), sendo esta prevalência semelhante entre os sexos.

Entre 2017 e 2022 houve, em Portugal, um agravamento da dependência ligeira e moderada da internet, sendo o aumento mais expressivo nos mais jovens (15-24 anos e 25-34 anos).

Entre 2015 e 2019, a utilização da internet em redes sociais tornou-se mais prevalente entre os alunos de 13-18 anos, com incrementos em todas as idades e em particular nos 13 anos.

No caso dos jovens de 18 anos, entre 2017 e 2022 aumentou a prevalência de jovens que estão na internet durante cinco horas ou mais por dia, bem como a experiência de problemas associados à utilização da internet.

DESAFIOS ESTRATÉGICOS



No processo de construção do ICAD, enquanto organização que integra competências de planeamento, coordenação e intervenção no domínio dos CAD, foram identificados alguns desafios inerentes à execução e consolidação das suas atribuições.

A identificação e superação dos Desafios Estratégicos (DE) do ICAD, considerados fatores críticos de sucesso desta nova organização, possibilitarão a concretização dos compromissos nacionais assumidos no âmbito do PNRCAD 2030 e do Plano de Ação - Horizonte 2024.

Os DE tomam ainda em consideração a necessidade de resposta às dificuldades atuais no contexto de intervenção em CAD, incitando à inovação, respondendo às solicitações atuais das pessoas, das comunidades, das instituições e de uma nova arquitetura dos serviços de saúde.

01

Capacidade de Resposta

A implementação de respostas, em tempo útil, às necessidades identificadas nas áreas da Prevenção, Dissuasão, Tratamento, Reinserção e RRMD, constitui um desafio prioritário para o ICAD.

Para o efeito, será necessária a implementação urgente de medidas que assegurem a devida dotação das UIL de profissionais, bem como, repensar a organização dos serviços no sentido de possibilitar uma maior eficiência na sua atuação. Prevê-se uma superação dos DE faseada ao longo do ciclo estratégico, com definição objetiva de metas atingíveis e para as quais concorre inevitavelmente a transposição de outros desafios, designadamente, o reforço dos RH e financeiros dos serviços.

No diagnóstico nacional realizado no final de janeiro de 2024, encontravam-se 2.276 utentes sem resposta imediata para primeira consulta de tratamento ou prevenção indicada.

Nos pedidos de ajuda para tratamento ambulatorio, encontravam-se, à data, 2.140 utentes a aguardar primeira consulta, com uma espera média de 47,3 dias (e desvio padrão de 68,8 dias). Perspetiva-se que apenas 27,3% (585) dos utentes terão a sua primeira consulta agendada em 30 dias, 27% (578) esperarão entre 30 a 60 dias, 17,2% (369) entre 60 a 90 dias e 28,4% (608) terão a sua primeira consulta agendada para datas superiores a 90 dias. Regista-se uma espera máxima superior a 343 dias, em algumas unidades.

Importa sublinhar que, no território nacional, existem 16 locais de consulta encerradas, exclusivamente, por falta de RH (Médicos, Enfermeiros, Psicólogos e Assistentes Sociais).

Em relação ao Internamento encontravam-se, à data, 330 utentes a aguardar vaga, com uma espera média de 58,6 dias (desvio padrão de 44,3 dias) para esta resposta. Após proposta de internamento, estima-se que apenas 4,2% dos utentes (13) irão obter vaga em 30 dias. Do total de utentes propostos, 13,9% (46) terão cama vaga entre 30 a 60 dias, 30,6% (101) entre 60 a 90 dias e, 51,5% (170) apenas passados 90 ou mais dias. A espera máxima é de 132 dias.

Relativamente à área da Prevenção Indicada, encontram-se, à data, 136 utentes a aguardar primeira consulta, com média de espera de 45 dias e um desvio padrão situado nos 81 dias. Do universo dos jovens em espera de ajuda, calcula-se que apenas 43% serão atendidos nos primeiros 30 dias, 27% esperarão entre 60 a 90 dias e 9% mais de 120 dias, após o pedido de ajuda. Nesta área de intervenção/missão chega a verificar-se uma espera máxima situada nos 343 dias.

A Rede de Referência, enquanto circuito estruturante da atuação do ICAD, define as relações de complementaridade e de apoio técnico entre as entidades intervenientes no tratamento

dos CAD, promove o acesso dos doentes aos cuidados e serviços de que necessitam, bem como sustenta o sistema integrado de informação interinstitucional. A reavaliação, redefinição e implementação de uma nova Rede de Referência, face à nova arquitetura dos serviços de saúde, da segurança social e do poder local, constitui uma necessidade e simultaneamente um garante da prossecução das atribuições do ICAD.

02

Rede Referência

03

Recursos Humanos e Financeiros

A modificação dos padrões de consumo, a maior visibilidade e intensidade de algumas tipologias de comportamentos aditivos (com e sem substância), as transformações sociais, a maior acessibilidade às substâncias e conteúdos de consumo, a par da redução e envelhecimento dos RH, e da nova arquitetura dos serviços de saúde, segurança social e do poder local, constituem realidades que colocam novos desafios à intervenção em CAD. A ênfase na centralidade no cidadão evidencia a necessidade de intervenções integradas com maior proximidade e acessibilidade aos serviços de saúde. Nesta lógica, o reforço dos recursos humanos e logísticos constitui-se como um requisito indispensável para responder à concretização do princípio da centralidade no cidadão, que deverá ter em linha de conta as competências da pessoa com CAD, as suas necessidades objetivas e subjetivas, bem como os recursos familiares, sociais e da comunidade em que se insere. O modelo de intervenção integrada, preconizado neste Plano Estratégico, pressupõe a disponibilização de profissionais e recursos logísticos ajustados às necessidades das pessoas, sistemas e comunidades com problemática associada aos CAD.

Como entidade de referência para os CAD, o ICAD tem a responsabilidade de garantir a transmissão de conhecimentos e experiência capitalizada, decorrentes da evolução do Modelo

04

Especialidade em CAD
Peritos por tipo de CAD

Português. Embora ligados aos aspetos da saúde mental dos indivíduos, os comportamentos aditivos implicam elementos diferenciados que apelam a modelos de compreensão específicos. Por outro lado, havendo aspectos comuns entre os diferentes tipos de CAD, estes têm impactos distintos nas várias dimensões da saúde, exigindo intervenções diferenciadas. A Especialidade em CAD procura garantir que os conhecimentos especializados e a experiência adquirida ao longo dos anos pelos profissionais intervenientes em CAD sejam transmitidos e contribuam para a literacia e a promoção de boas práticas, bem como a divulgação do saber na área de especialidade. No mesmo sentido, considera-se determinante a identificação de peritos nacionais (*experts*), especializados por áreas de saber relacionadas com tipos de CAD, que possam funcionar como figuras de referência nacional, cuja atuação promova decisões sustentadas e seja um pilar fundamental no esclarecimento e na informação cientificamente válida em CAD.

IV. DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO

ANÁLISE SWOT - Strengths, Weakness, Opportunities and Threats

A análise SWOT facilita o desenvolvimento de estratégias específicas ao identificar os principais fatores que podem influenciar o sucesso ou fracasso do planeamento estratégico. Identificados estes elementos fundamentais, será possível ao ICAD posicionar-se, capitalizando os pontos fortes, mitigando os pontos fracos, aproveitando as oportunidades e enfrentando as ameaças.

Quadro 1. Análise SWOT

	ANÁLISE SWOT	
	PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
ENVOLVENTE INTERNA	 Conhecimento especializado e experiência adquirida  Sentido de missão  Novo modelo organizacional  RH resilientes  Flexibilidade e inovação das respostas  Adaptabilidade às necessidades da população alvo  Modelo de respostas integradas (Abordagem holística e interdisciplinaridade; Modelo de terapeuta de referência; Intervenção comunitária e proximidade)  Capacidade de promover parcerias e trabalho em rede  Participação e liderança de projetos internacionais  Elaboração de normas e linhas de orientação técnico-científicas e técnico-jurídicas  Definição das políticas e sua execução em estreita ligação com o Coordenador Nacional/Estrutura de Coordenação  Modelo de intervenção em dissuasão  Ecossistema de informação em CAD  Rede de serviços especializados em CAD.	 Escassez e envelhecimento dos recursos humanos  Dificuldade na contratação e atração de novos recursos  Fragilidades do edificado, património e estruturas de logística  Assimetrias regionais  Comunicação interna e externa  Diminuição da capacidade e qualidade de resposta  Dificuldades da interoperabilidade com os sistemas do SNS e Administração Pública  Falta de formação em áreas específicas
ENVOLVENTE EXTERNA	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
	 Novas substâncias, modalidades e contextos de consumo, novos CAD e diversificação dos potenciais clientes  Cultura de transição digital  Reorganização dos serviços de saúde e a criação da Direção Executiva do SNS  A implementação da Lei-Quadro da Descentralização  Sociedade civil participativa e empoderada  Desenvolvimentos do conhecimento científico na área dos CAD  Plano de Recuperação e Resiliência  Reconhecimento e visibilidade internacional do Modelo Português  Maior visibilidade mediática e preocupação política com o recrudescimento dos CAD.	 Dificuldade de recrutamento/ admissão de Pessoal  Crise económica, financeira, geopolítica  Vulnerabilidade económica, sanitária e social dos cidadãos com CAD  Perceção pública de falta de respostas em CAD  Aumento, complexidade e diversidade das problemáticas dos jovens ligadas aos CAD  Abordagens políticas dispares para as substâncias lícitas e ilícitas  Tendência epidemiológica internacional/nacional.

Pontos Fortes

A avaliação conjunta dos pontos fortes evidencia a importância crucial para a missão do serviço que resulta da sinergia criada, por um lado, pela capacidade de fomentar e gerir o conhecimento especializado na área dos CAD, e por outro, pela existência de profissionais dotados de um conjunto de características particulares, que lhes permitem implementar e desenvolver as metodologias de trabalho que mais potenciam e expandem esse conhecimento. A cultura resultante da interação destes fatores é altamente propícia ao desenvolvimento dos princípios e ações que melhor podem responder à complexidade dos CAD e dos problemas associados. São disso exemplos concretos a capacidade de valorização da evidência, de forma que dela resultem modelos de intervenção específicos, cuja avaliação de resultados os tem tornado reconhecidos nacional e internacionalmente. Igualmente, por esta via é dado suporte à produção de instrumentos de promoção da qualidade e à vasta experiência de aplicação de metodologias colaborativas mobilizadoras dos *SH* que, para cada iniciativa, se revelam estratégicas e cruciais para a sua adequada implementação. É assim altamente plausível que o desenvolvimento destes pontos fortes no contexto de um Instituto, que congregue todos os níveis da implementação das políticas e respostas em CAD, contribua para a potenciação e sustentabilidade das redes e articulações necessárias para a implementação de respostas de qualidade.

Pontos Fracos

Vários domínios são apontados como pontos fracos para a implementação deste Plano Estratégico, que são tidos em conta nos objetivos estratégicos e operacionais. Desde logo a dimensão dos RH cria estrangimentos. Assistimos a um envelhecimento dos profissionais, alguns na idade da reforma, e são apontadas dificuldades na passagem de experiência e conhecimento a novos profissionais. A dificuldade no recrutamento passa pelos obstáculos inerentes a estes processos na AP, mas também a um menor interesse na procura por parte das novas gerações, por força da menor atratividade da contratação e condições de trabalho na AP. Existe uma menor e menos qualificada resposta às necessidades dos cidadãos e comunidades, verificando-se desinvestimento na formação e especialização, também para responder a novos problemas emergentes. Verificam-se dificuldades na interoperabilidade com os sistemas do SNS e AP, reforçando a menor eficiência e eficácia das respostas. Foram ainda apontadas fragilidades do edificado, património e nas estruturas de logística, nas estruturas locais, agudizadas em determinadas áreas geográficas por força das assimetrias regionais. A comunicação interna ao nível das estruturas até aqui desconcentradas foi apontada como uma fragilidade na estrutura de serviços e respostas, assim como a comunicação externa.

Oportunidades

Um primeiro conjunto de oportunidades identificadas remetem para novas necessidades em CAD que exigem uma rápida adaptação das estratégias de intervenção, numa envolvente pós-pandemia e em crise, com alterações multidimensionais, nomeadamente demográfico-sociais e económicas e digitais.

Com efeito, o emergir de novas substâncias e de modalidades e contextos de consumo, a par da maior diversidade e especificidade das populações consumidoras, algumas delas com particulares e complexas vulnerabilidades (novas realidades de magnitude elevada em determinadas regiões, como por exemplo, a população migrante e a população jovem com graves problemas de delinquência), bem como o alargamento progressivo das abordagens a outros CAD sem substância, constituem-se como oportunidades para a implementação de novas e diferenciadas estratégias de intervenção, adaptadas às necessidades específicas das populações e dos seus territórios, e para o reforço das parcerias inter e multisectoriais aos níveis nacional e local/subnacional.

Por outro lado, o impacto do contexto pandémico na implementação do digital no quotidiano dos cidadãos criou novas exigências e necessidades, nomeadamente no âmbito do acesso aos cuidados de saúde, configurando-se como uma oportunidade para melhorar de forma efetiva a literacia e o acesso/acessibilidade a cuidados, mitigando desigualdades e estigmas.

Um segundo conjunto de oportunidades identificadas respeitam a alterações recentes com repercussões no envolvimento de parceiros estratégicos e que abrem a possibilidade de novas estratégias de articulação e parceria que potenciem e valorizem o trabalho em rede.

A reorganização dos serviços de saúde em curso e a criação da DE-SNS, que passou a coordenar toda a resposta assistencial do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, e a gerir também a rede nacional de cuidados continuados integrados e da rede de cuidados paliativos, a concretização da transferência de competências em diversos domínios, nomeadamente da saúde para os órgãos municipais e para as entidades intermunicipais prevista na Lei-Quadro da Descentralização, e uma sociedade civil cada vez mais participativa e empoderada, colocam novos desafios e afiguram-se como oportunidades, sobretudo ao nível da integração e da referenciação dos cuidados a prestar ao cidadão, da dinamização das respostas de proximidade e da inovação por meio da valorização sinérgica alcançada com o reforço e estabelecimento de parcerias.

Também os desenvolvimentos do conhecimento científico na área dos CAD e o Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) foram identificados como oportunidades de inovação, colocando desafios na transferência desses novos conhecimentos para a praxis e, por outro lado, no desenvolvimento de projetos e de uma cultura de transição digital inseridos no PRR.

Por outro lado, múltiplas oportunidades são geradas pelo reconhecimento e visibilidade internacional do Modelo Português em CAD, quer ao nível das relações com diversas instâncias internacionais, quer das relações de cooperação com múltiplos países, e em particular com as Comunidades dos Países de Língua Portuguesa (CPLP).

Por fim, mas não menos importante, a recente maior visibilidade mediática do recrudescimento de alguns CAD em determinadas regiões do país tem suscitado uma maior preocupação dos decisores políticos nestas matérias, o que se afigura como uma oportunidade para que a área dos CAD volte a ser uma prioridade política.

Ameaças

As dificuldades existentes em matéria de recrutamento de pessoal resultantes dos procedimentos específicos da AP e das condições pouco atrativas para as novas gerações criam constrangimentos à disponibilidade de respostas atempadas e de qualidade ao cidadão com problemas de CAD.

As consequências da COVID-19 e a crise económica tiveram particular impacto nas populações mais fragilizadas, entre elas os cidadãos com CAD, que nalguns casos se viram privados de apoios financeiros e sociais, potenciando a degradação das suas condições de vida, a exclusão social e criando ao mesmo tempo uma conjuntura propícia ao aumento de CAD, com padrões mais nocivos, o que constitui um desafio em termos da prestação de cuidados de saúde.

Esta conjuntura de crise económica e social e o recrudescimento dos consumos resultaram no aumento da visibilidade dos problemas associados às dependências, que se tem refletido na perceção pela própria comunidade da falta de respostas.

Por outro lado, lidar com o aumento, complexidade e diversidade das problemáticas dos jovens ligadas aos CAD, exige uma abordagem holística e multidisciplinar e respostas novas e diferenciadas, adaptadas às suas necessidades específicas, representando um desafio para os profissionais de saúde, famílias e sociedade. É preciso responder a necessidades mais diversas e complexas.

As recentes iniciativas políticas relativas ao enquadramento legal das substâncias lícitas e ilícitas também foram identificadas como ameaças, uma vez que a adoção de medidas mais restritivas face a uma substância lícita (o tabaco) e o debate em torno de propostas de legalização para uso pessoal de uma substância ilícita (a canábis), colocam desafios ao nível da perceção pública dos riscos para a saúde e podem transmitir uma mensagem de inocuidade do consumo.

Também a elevada disponibilidade e diversidade de substâncias, mais potentes e/ou novas, bem como alterações dos padrões de consumo suscitam preocupações quanto aos riscos acrescidos e efeitos adversos para a saúde, criando novos desafios em termos da prestação de cuidados e de aplicação da lei e de regulamentação.

MATRIZ SWOT

		Matriz Swot																							
		AMBIENTE INTERNO																							
		PONTOS FRACOS / FRAQUEZAS												PONTOS FORTES / FORÇAS											
		Escassez e envelhecimento dos recursos humanos	Dificuldade na contratação e atração de novos recursos	Fragilidades do edificado, património e estruturas de logística	Assimetrias regionais	Comunicação interna e externa	Diminuição da capacidade e qualidade de resposta	Dificuldades da interoperabilidade com os sistemas do SNS e Administração Pública	Falta de formação em áreas específicas	Conhecimento especializado e experiência adquirida	Sentido de missão	Novo modelo organizacional	RH resilientes	Flexibilidade e inovação das respostas	Adaptabilidade às necessidades da população alvo	Modelo de respostas integradas (Abordagem holística e interdisciplinaridade; Modelo de terapia de referência; Intervenção comunitária e proximidade)	Capacidade de promover parcerias e trabalho em rede	Participação e liderança de projetos internacionais	Elaboração de normas e linhas de orientação técnico-científicas	Definição das políticas e sua execução em estreita ligação com o Coordenador Nacional/Estrutura de Coordenação	Modelo de intervenção em dissuasão	Ecosistema de informação em CAD	Rede de serviços especializados em CAD		
AMBIENTE EXTERNO	AMEAÇAS	Dificuldade de recrutamento/admissão de Pessoal	N	N					N		P	P	P				P		P	P			P		
		Crise económica, financeira, geopolítica			N	N		N		P	P	P	P		P	P			P		P		P		
		Vulnerabilidade económica, sanitária e social dos cidadãos com CAD					N				P				P	P	P	P		P		P	P		
		Perceção pública de falta de respostas em CAD					N	N					P			P	P	P				P		P	
		Aumento, complexidade e diversidade das problemáticas dos jovens ligadas aos CAD	N		N			N	N	N	N			P		P	P	P		P		P		P	
		Abordagens políticas dispare para as substâncias lícitas e ilícitas.					N				P				P		P	P		P				P	
	OPORTUNIDADES	Tendência epidemiológica internacional/nacional					N				P		P		P				P						
		Novas substâncias, modalidades e contextos de consumo, novos CAD e diversificação dos potenciais clientes	N	N								P		P		P	P		P		P			P	
		Cultura de transição digital	N				N			N				P		P			P				P		
		Reorganização dos serviços de saúde e a criação da Direção Executiva do SNS	N	N			N		N	N			P	P			P	P			P	P	P	P	
		A implementação da Lei-Quadro da Descentralização			N	N			N		P	P		P		P	P	P					P		
		Sociedade civil participativa e empoderada	N				N	N		N		P	P		P		P				P	P	P	P	
		Interação negativa: ameaça potenciada / oportunidade desperdiçada																							
		Interação positiva: ameaça combatida / aproveitamento da oportunidade																							

ANÁLISE PESTAL - Política, Económica, Social, Tecnológica, Ambiental e Legal

A análise PESTAL é um instrumento de diagnóstico estratégico que permite identificar fatores externos com impacto previsível na ação do ICAD, nas dimensões política, económica, social, tecnológica, ambiental e legal.

Análise PESTAL

FATORES POLÍTICOS	• Consenso alargado para a necessidade do desenvolvimento das Políticas Públicas sobre CAD. • Impacto das representações sociais e comportamentos associados na definição das políticas. • Rigor acrescido nas orientações em matérias de ordem financeira e orçamental. • Instabilidade relativamente ao novo ciclo político nacional. • Alinhamento das políticas públicas com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. • Reorganização dos serviços no âmbito do SNS. • As políticas de defesa do consumidor; • Políticas relacionadas com a igualdade de género. • Indefinição nas políticas referentes à área dos comportamentos aditivos sem substância nomeadamente no plano do jogo de apostas, do videojogo, uso problemático da internet entre outras • O papel de Portugal na relação com os Países de Língua Portuguesa no âmbito dos CAD	• Pressão nacional e Internacional para a legalização da <i>cannabis</i>. • Instabilidade Institucional da União Europeia com impacto na confiança em instituições chave. • Tensões políticas com alterações nos alinhamentos e equilíbrios geopolíticos à escala internacional. • Os conflitos armados na Ucrânia, no Médio Oriente e noutras parte do mundo. • Priorização internacional dos riscos globais (alterações climáticas, conflitos armados, ciberataques, migrações). • Importância crescente do respeito pelos Direitos Humanos na abordagem internacional à política de drogas. • O Modelo Português enquanto expressão do respeito pelos direitos humanos. • Reconhecimento Internacional do Modelo Português. • Alteração das Rotas de tráfico de drogas.
FATORES ECONÓMICOS	• Crise económica e financeira à escala global, com grave impacto na economia nacional; • Ética na economia; • Execução do Plano de Recuperação e Resiliência. • Redução de custos e otimização de recursos. Mudanças nas formas de organização de trabalho. • As estratégias de marketing e promoção do consumo;	• Desenvolvimento de sectores económicos relevantes com base em comportamentos de risco em CAD. • Investimento massivo no desenvolvimento de novas tecnologias e o seu impacto no conhecimento científico, na comunicação, na saúde e na educação entre outros sectores; • Falta de uma efetiva política de preços para as bebidas alcoólicas protetora das populações vulneráveis.
FATORES SOCIAIS	• Violência associada ao acentuar das desigualdades e radicalismos sociais. • O impacto psicossocial da crise pandémica; • Diversificação de CAD que exigem adaptações das respostas em saúde. • Desemprego, situações de pobreza e exclusão social. • Crise da habitação. • Valorização das questões de género e o seu impacto em CAD	• Estilos de vida diversificados. • Alterações na matriz da interação social e nas relações interpessoais. • Normalização dos riscos. • Investimento do SNS na aproximação ao cidadão. • Envelhecimento da população. • Crise migratória. • Envolvimento da sociedade civil (ONG e cidadãos).
FATORES TECNOLÓGICOS	• A evolução tecnológica em diferentes áreas da ciência e o seu impacto nas respostas de saúde. • Desenvolvimento da eHealth, mHealth, telesaúde, etc. • Melhoria da RIS (infraestrutura) e dos sistemas de informação • Internet como facilitador do acesso a informação • Impacto do uso das tecnologias na gestão e organização de trabalho.	• Utilização massiva de ferramentas comunicação online através de plataformas digitais. • Internet of Things (IoT) / Internet of Services (IoS). • Robotização, Inteligência Artificial e Big Data. • DarkWeb e mercado digital das SPA/NSP. • Uso problemático de tecnologias digitais (jogo online, redes sociais, etc.). • Questões ligadas à cibersegurança
FATORES AMBIENTAIS	• Políticas de sustentabilidade • Redução da pegada de carbono e gestão de resíduos • Consciência ambiental das organizações e dos cidadãos	• Importância instrumentos normativos na criação de ambientes protetores de populações vulneráveis • A importância dos ambientes sociais contenedores na saúde pública das comunidades. • Urbanismo como fator promotor da qualidade de vida • Reforço da responsabilidade social e ambiental das empresas
FATORES LEGAIS	• Regulamentação nacional do uso medicinal da <i>cannabis</i>. • Fiscalização da regulamentação dos produtos derivados da <i>cannabis</i> para fins não terapêuticos. • Posições ideológicas díspares no seio dos partidos com assento parlamentar, face à regulamentação da <i>cannabis</i> para fins não terapêuticos.	• Implementação do RGPD • Limitações legais ao recrutamento de trabalhadores na Administração Pública • Alteração da regulamentação Internacional relativa a determinadas substâncias e/ou comportamentos aditivos.

FATORES POLÍTICOS

Portugal tem um modelo de boas práticas, com respeito pelos Direitos Humanos e pela dignidade humana, que tem granjeado o reconhecimento internacional.

A recente decisão de reunificar os serviços do Ministério da Saúde relacionados com os comportamentos aditivos num só instituto, integrando o SICAD, com as UIL que estavam desde 2010 nas ARS - Divisões de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD), lança um novo ciclo para os serviços de intervenção nos comportamentos aditivos. No entanto, prevê-se a manutenção da continuidade das políticas e das práticas que fizeram evoluir positivamente o conhecimento e a intervenção a nível nacional e que deram a Portugal uma posição influente e de destaque nas políticas internacionais.

Há um consenso alargado para a necessidade de consolidação das políticas públicas em CAD, especificamente no que concerne às abordagens que procuram dar resposta às necessidades dos cidadãos e das comunidades. Mantém-se um debate político sobre o enquadramento legal referente à posse e consumo de SPA ilícitas, em particular da canábica cuja representação social tem vindo a mudar no sentido de uma maior aceitabilidade e diminuição da perceção de risco. Do mesmo modo, ganhou relevância a necessidade de definição de políticas claras no que refere aos comportamentos aditivos sem substância, nomeadamente do jogo de apostas, do videojogo e da utilização problemática da internet.

Mantém-se ainda o impacto da crise económica e social, resultante da pandemia por SARS-CoV-2, agudizados pelas ameaças ambientais e pelas tensões geopolíticas à escala internacional e pelos conflitos armados na Ucrânia, no Médio Oriente e noutras parte do mundo.

Esta realidade obriga a um alinhamento das políticas públicas com a necessidade de rigor de ordem financeira e orçamental bem como com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, dando especial atenção às questões sociais e dos Direitos Humanos e tendo em atenção o progressivo reconhecimento da importância dos determinantes ambientais e comportamentais na definição das políticas em saúde, e em particular nos CAD.

A instabilidade governamental portuguesa coexiste com uma crise de confiança nas instituições-chave internacionais, com um clima transversal de tensões associadas à intensificação dos riscos globais (alterações climáticas, epidemias, ciberataques, migrações), condicionando significativamente as prioridades das agendas nacionais e internacionais.

FATORES ECONÓMICOS

Estamos a viver uma crise económica e financeira à escala global, com grave impacto na economia nacional. São condições que aumentam o risco de desfavorecimento económico e social, pela desaceleração da atividade económica, forte contração do rendimento das famílias, desemprego e crise habitacional. O PRR, em execução até 2026, visa implementar um conjunto de reformas e investimentos, nomeadamente na saúde, sendo um elemento fundamental na reversão desta realidade, em resposta ao impacto económico e social da pandemia.

Capitalizando as mudanças resultantes da experiência pandémica, as novas formas de organização do trabalho mantiveram relevância e proficiência, contribuindo para a otimização dos recursos e a sustentabilidade dos serviços. Assiste-se a um desenvolvimento tecnológico acelerado, com impacto ambivalente na sociedade, providenciando soluções que trazem ganhos ao nível da produtividade, mas aumentando os fatores de risco socioambientais de que os comportamentos aditivos sem substância podem ser expressão.

Verifica-se a dificuldade de promover um alinhamento entre os fatores económicos ligados aos setores do álcool e do jogo - com impacto no PIB e nas receitas fiscais - e os fatores da saúde, no combate aos problemas de saúde que lhe estão associados. Neste contexto, no que diz respeito ao álcool é importante consolidar o enquadramento regulatório, evoluindo para uma política de preços efetiva na proteção às populações vulneráveis. No que se refere ao jogo, estratégias de marketing intensivas potenciam fatores de risco para utilização problemática, sendo os processos de fiscalização fundamentais para manter a utilização nos limites da lei. Existe ainda um risco acrescido para o uso problemático dos recursos tecnológicos, resultante do desenvolvimento acelerado de novas tecnologias, disponibilizadas massivamente pela indústria, sem estarem acautelados mecanismos de proteção, nomeadamente junto de crianças e jovens.

FATORES SOCIAIS

Atualmente vivemos ainda o impacto da pandemia, agravado pela crise política nacional e pelos graves conflitos e tensões internacionais. Há um empobrecimento das famílias, exacerbando-se a crise habitacional, situações extremas de exclusão social, desemprego e envelhecimento da população. Esta realidade é agravada pela crise migratória, assistindo-se ao crescimento das desigualdades e de radicalismos sociais.

Observam-se alterações na matriz das interações sociais e interpessoais, verifica-se a diversificação de modelos familiares e a emergência de estilos de vida plurais, numa sociedade mais aberta. A dinâmica social caracteriza-se pela multiplicação das possibilidades de contacto que não se traduz na consistência dos vínculos, numa vertigem de constante mudança.

A normalização dos riscos e consequente redução da percepção dos mesmos é fator de risco para os comportamentos aditivos, no respeitante ao consumo de SPA, nomeadamente o álcool e a canábis. Mantém-se o enraizamento do álcool na nossa cultura, reforçado pelos mecanismos de patrocínio associados à dinâmica sociocultural, recreativa e desportiva, afetando transversalmente as várias faixas etárias.

Os comportamentos aditivos tornam-se mais diversificados, gerando a necessidade de adaptar e criar novas respostas em saúde, que vão ao encontro de problemáticas emergentes como o *gaming* (jogos eletrónicos), o *gambling* (jogos a dinheiro) e a utilização problemática da Internet.

O SNS mantém a preocupação de proximidade aos cidadãos e procura ultrapassar dificuldades estruturais e de recursos. As instituições da economia social mantêm-se disponível para complementar as respostas sociais do Estado, numa perspetiva colaborativa com base na identificação de necessidades territoriais.

FATORES TECNOLÓGICOS

Nas tecnologias de informação e comunicação, assistimos a evoluções e transformações aceleradas, conquistando um lugar cada vez mais central na vida das sociedades e dos cidadãos. Estas transformações têm pelo menos duas faces: por um lado são recursos facilitadores do desenvolvimento com base na capacidade de tratamento de dados, partilha do conhecimento e leitura de sinais e predição de comportamentos, com impacto nos modelos de estudo e de trabalho.

Numa outra face, com a emergência das realidades virtuais (metaverso) e, mais recentemente da inteligência artificial, são potenciados modos de relação com o universo tecnológico que se tornam irrealis e aditivos e que são fatores de risco para comportamentos de alheamento da realidade concreta e de criação de falsas crenças.

O desenvolvimento de tecnologias, inevitavelmente integradas no nosso quotidiano (*IoT, wearables, GAN, chatbot, e-health e m-health, etc.*), transforma os modelos de prestação de serviços de cuidados de saúde, na relação com os utentes, nas competências e nos equipamentos. Por outro lado, a utilização de tecnologias enquanto facilitadoras de CAD, com adesão crescente às redes sociais, ao jogo digital com ou sem apostas, ou facilitadoras do acesso a substâncias ilícitas (dos quais são exemplos a persistência de mercados assentes na *Deep Web/Dark Web*), promove o aumento do risco de CAD.

As transformações resultantes das novas tecnologias na relação com os cidadãos e os restantes *SH* colocam novos desafios na definição estratégica do ICAD. O lugar da saúde será o de um interlocutor essencial para a avaliação dos riscos, em conjunto com as empresas de tecnologia, nomeadamente

promovendo uma reflexão em torno da ética e do desenvolvimento de recursos que contribuam para a prevenção de utilizações problemáticas ou do impacto das mesmas na saúde mental.

FATORES AMBIENTAIS

Existe um reconhecimento social crescente do impacto dos fatores ambientais na vida das comunidades e na saúde dos cidadãos, a par das preocupações alargadas relacionadas com as mudanças climáticas e a preservação dos ecossistemas. Nesta área, é importante que as organizações tenham políticas de sustentabilidade, reduzindo a pegada ambiental, com utilização de energias mais limpas e fazendo uma boa gestão dos recursos e dos resíduos.

No urbanismo, os bairros isolados, com concentração de pobreza, habitações degradadas, ausência de transportes e de serviços, promovem a exclusão, a criminalidade e o tráfico de drogas. As medidas que modificam estas realidades, através da requalificação dos espaços públicos, do zoneamento inclusivo e da facilitação da mobilidade, melhoram a qualidade de vida dos cidadãos e funcionam também como medidas de prevenção dos CAD.

Os fatores ambientais podem ainda ser encarados na perspetiva do impacto dos contextos no desenvolvimento de comportamentos de risco em geral e dos CAD em particular. Neste sentido, é essencial o desenvolvimento de políticas de responsabilidade social das empresas, no sentido de promover e alargar regulamentação protetora da população mais vulnerável. São exemplos destas políticas as medidas que contemplam a compatibilização da vida profissional e da vida familiar, o condicionamento da promoção do consumo, os incentivos à inclusão profissional, bem como aquelas que previnem a exclusão social e promovem a reinserção, e a equidade, com benefícios para a saúde pública, nomeadamente na resposta aos CAD.

FATORES LEGAIS

Do Modelo Português de abordagem aos CAD, faz parte o enquadramento legal que separa tráfico do consumo e descriminaliza este último. Este enquadramento, tendo sido considerado avançado na época em que foi implementado, tem evoluído, para se adaptar às novas realidades, que são bastante fluídas. Face ao aparecimento de novas SPA, foi necessário adequar a legislação, para as enquadrar a par com as substâncias mais tradicionais. Entretanto foi feita a regulamentação nacional do uso da canábis medicinal e foi regulado igualmente o fabrico e venda de produtos derivados da canábis para fins não terapêuticos, mas sem tetrahidrocanabinol (THC), o canabinoide responsável pelos efeitos psicoativos.

Sobre a regulamentação de produtos de canábis com THC para fins não terapêutico há posições díspares por parte dos partidos presentes no parlamento, não estando, pois, a avançar, apesar de haver debate e pressão por parte de alguns grupos sociais.

A nível internacional tem havido mudanças nos enquadramentos legais relacionados com os comportamentos aditivos, aproximando-se da descriminalização e mesmo da legalização de algumas substâncias.

O RGPD veio introduzir alterações significativas ao tratamento de dados pessoais, mais especificamente na área dos CAD, que foram considerados dados sensíveis de saúde. Estas alterações têm impacto no modo como as unidades tratam os dados de saúde dos utentes, em termos de prestação de cuidados de saúde, para efeitos de investigação e na articulação e partilha de informações com outras entidades.

Com impacto para o sistema de cuidados, as limitações legais ao recrutamento de trabalhadores na AP mantêm-se, o que gera grandes dificuldades em termos de RH, que não são substituídos quando saem, por reforma ou por mobilidade profissional.

ANÁLISE DE PARCEIROS

A identificação e mapeamento dos parceiros assume uma importância crucial na execução da Estratégia do ICAD, ao permitir a geração de sinergias que potenciam o alcance da ação deste Instituto. Esta asserção encontra plena confirmação nos elementos que fazem parte do diagnóstico estratégico, plasmados neste documento, nomeadamente no que se refere ao estabelecimento de redes e ao trabalho colaborativo e de cocriação. Pela rede alargada de parceiros identificada e pela sua diversidade, o ICAD conseguirá potenciar as oportunidades e minimizar as ameaças identificadas, facilitando o alcance da sua Missão.

Análise de Parceiros

Órgãos de coordenação política e de fiscalização	Colaboradores e Estruturas próprias	Parceiros do Ministério da Saúde	Outros Parceiros AP		Outros Parceiros	Parceiros Internacionais	Sociedade Civil
AR Governo / Tutela Tribunal de Contas Estrutura de Coordenação Nacional IGAS DGO CNPD ERS ASAE AT ACT MENAC CIM IGF CCDR	Profissionais CDT	Secretaria-Geral: DE-SNS ACSS SPMS INSA INFARMED DGS ARS/ACES/ULS/Centros Hospitalares SUCH Coordenação da Saúde Mental INEM	ISS MNE IEFP MDN DGRSP MN DGE DGPJ IPDJ INE DGAE INMLCF CNPDCJ Inst. Ens. Superior e de investigação Autarquias MAI/Forças de Segurança PJ MP e Tribunais IPQ	SRS - Reg. Autónomas Turismo de Portugal ANSR IHRU SCML Laboratório Nac. Medicamento Ensino particular e cooperativo Escolas Profissionais AMA ERC DGC ARP ACM/AIMA DGAV DGAEP CIG ANAFRE CNCS	Ordens e Associações Profissionais FNAS	ONU OIT Conselho da Europa Conselho da UE Comissão Europeia OEDT/EUDA ECDC CPLP Organizações Científicas Internacionais OCDE EMA EU-OSHA	Cidadão Entidades privadas Associações e Fundações Conselhos (CNJ, CONFAP, CNAF) IPSS ONG Centrais Sindicais UMP Grupos de autoajuda Grupo de interajuda Organizações religiosas Promotores de eventos culturais e recreativos DECO Comunicação Social CPCCRD APAV
Oportunidades de Estratégia							
Transparência dos processos decisórios Reforço da eficiência e sustentabilidade dos procedimentos de gestão	Implementação dos processos assistenciais Satisfação das populações alvo/parceiros Partilha de conhecimento e experiências intrainstitucionais Disseminação do conhecimento em CAD	Reconhecimento e envolvimento nos processos de decisão no âmbito dos CAD Melhoria contínua dos sistemas de informação	Desenvolvimento de parcerias multissistémicas			Participação em Programas e projetos internacionais de natureza técnico-científica Reforço da cooperação bilateral e multilateral	Desenho e desenvolvimento de ferramentas de suporte à intervenção

V. FORMULAÇÃO ESTRATÉGICA

O planeamento estratégico do ICAD e a elaboração deste plano foram suportados na metodologia *Balanced Scorecard (BSC)*, escolhida enquanto ferramenta de gestão estratégica, pelo seu forte potencial em fornecer uma visão holística do desempenho da organização, promovendo, simultaneamente, o alinhamento estratégico entre os profissionais. Sob esta visão multifatorial, foram consideradas quatro perspetivas estruturantes para a definição de uma formulação estratégica abrangente:

Cliente – esta perspetiva foca-se na satisfação e fidelização dos clientes, valorizando-se a qualidade dos serviços a eles prestados, bem como a sua preferência pela organização.

Processos – neste âmbito avalia-se a eficiência e a eficácia dos processos internos que criam valor para os clientes.

Aprendizagem – foca-se na capacidade da organização de inovar, melhorar e aprender. Esta perspetiva garante que a organização está em constante evolução e preparada para os desafios futuros.

Financeira – os resultados financeiros são o foco desta perspetiva, valorizando-se as métricas de desempenho financeiro tais como retorno de investimento, redução de custos, receita e crescimento de vendas, entre outros.

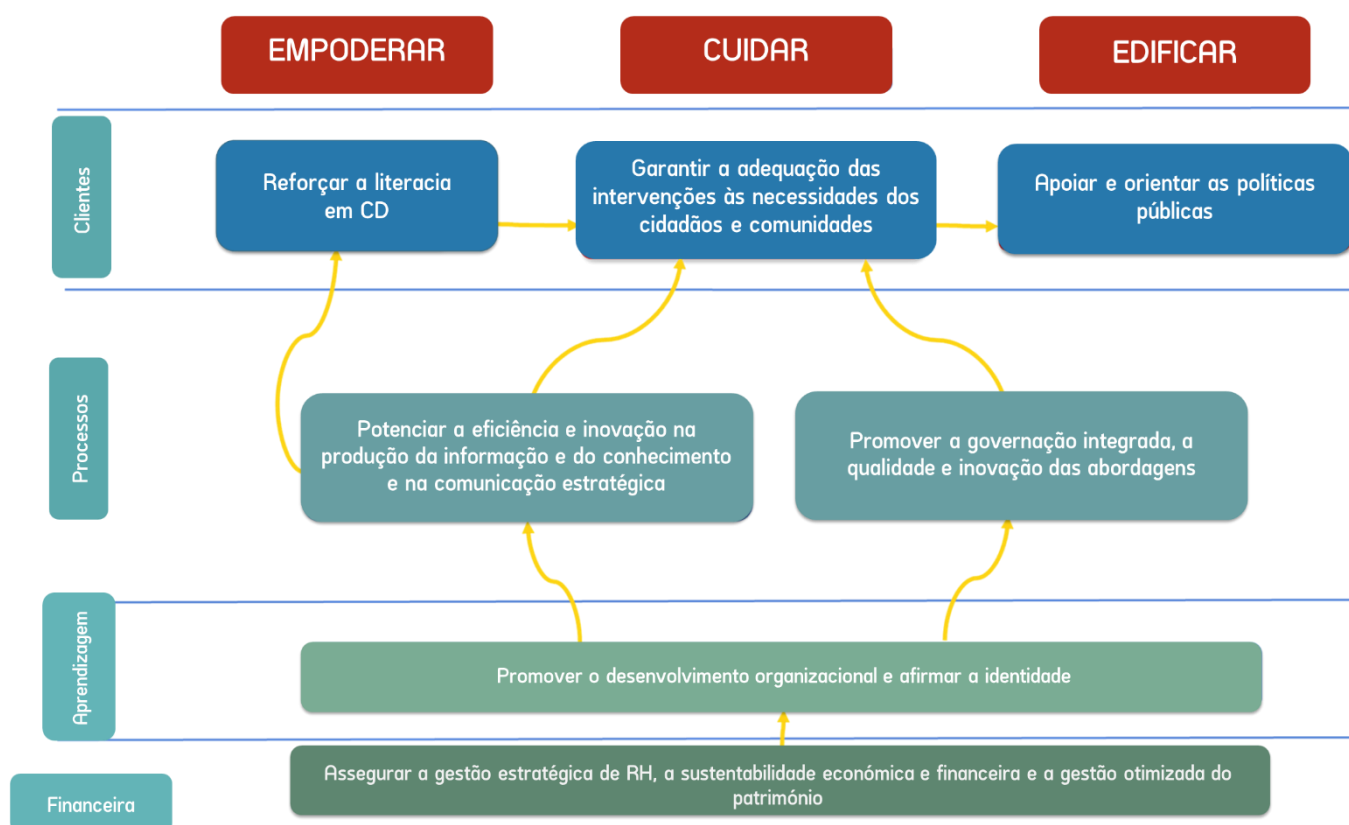
Esta ferramenta prevê que, com base na visão estratégica, sejam definidos objetivos claros para cada uma das quatro perspetivas, assim como indicadores-chave de desempenho (*KPI*) que permitam monitorizar o progresso em relação aos objetivos estratégicos. Através do cruzamento destas perspetivas, é possível ter uma visão abrangente e equilibrada do desempenho organizacional, garantindo que os objetivos estão alinhados com a visão estratégica da organização. A criação de um sistema de monitorização regular, baseado na recolha de dados da organização é fundamental para garantir que os objetivos são atingidos e que a organização consegue melhorar o seu desempenho.

O *BSC* vem assim melhorar a comunicação da estratégia da organização e contribuir para o alinhamento de todos para a prossecução dos objetivos, promovendo a monitorização do desempenho e a melhoria contínua.

Foram definidos três vetores estratégicos que, em conjunto com as quatro perspetivas acima referidas, constituíram-se como referência para a construção de objetivos estratégicos: Empoderar, Cuidar e Edificar.

No Mapa Estratégico é possível visualizar o cruzamento das diferentes perspetivas e vetores estratégicos, a partir dos quais foram formulados os objetivos estratégicos. Contrariamente às organizações com fins lucrativos, em que a perspetiva financeira surge no topo, na definição da Estratégia ICAD, considerando a sua missão, é a perspetiva cliente que assume destaque no topo do Mapa Estratégico.

MAPA ESTRATÉGICO



VETORES ESTRATÉGICOS

EMPODERAR

O ICAD recolhe e analisa dados e informação provenientes de uma rede alargada de parceiros, da redução da procura e da oferta, desenvolve e promove a investigação na área das dependências, tendo sob a sua responsabilidade a gestão integrada do conhecimento produzido, colocando ao serviço de todos evidência necessária e útil.

No atual contexto nacional e face aos problemas identificados e à antecipação de cenários futuros problemáticos, pretende-se capacitar os cidadãos e as comunidades para lidarem com os desafios que os CAD colocam, facilitando o desenvolvimento de contextos de vida saudáveis e protetores. Isto implica, por um lado, o desenvolvimento de recursos internos nos cidadãos para que tomem decisões que lhes sejam benéficas e o empoderamento dos atores locais, onde se incluem os decisores de políticas, de modo que, de uma forma sustentada e continuada, facilitem a promoção de contextos e estilos de vida saudáveis e construtivos.

Pretende-se contribuir para o desenvolvimento de cidadãos autónomos, com uma atitude crítica face a situações de uso de substâncias e outros comportamentos aditivos, assim como garantir condições de cidadania que facilitem o acesso aos recursos e respostas disponíveis.

Paralelamente, porque o indivíduo vive na relação com o outro em diversos contextos, de que se destacam a família, a escola e as organizações de trabalho, apenas para citar alguns exemplos, pretende-se, também, promover o desenvolvimento e a preparação dos sistemas sociais, fortalecendo o papel das comunidades na promoção da saúde e do bem-estar social dos indivíduos, especialmente dos jovens e dos mais vulneráveis.

Procura-se a disponibilização de produtos de informação e de conhecimento, fruto de processos mais eficientes e inovadores na produção de evidência, que caracterizem realidades e problemas em tempo útil, de forma transparente, direcionada e com conteúdos adaptados e adequados às necessidades de três grandes grupos-alvo deste pilar estratégico: os decisores, os interventores e os cidadãos.

CUIDAR

Disponibilizar aos cidadãos respostas e intervenções em CAD adequadas à gravidade e complexidade dos seus problemas concretiza a orientação estratégica central que este pilar confere à ação do ICAD. A prossecução deste desígnio no contexto da missão e valores deste Plano Estratégico leva a entender a adequação de resposta não só como a disponibilização de intervenções que a evidência indica como as mais adequadas à gravidade dos CAD e à complexidade dos problemas associados, mas também aquelas que sejam acessíveis, aceitáveis e ajustadas aos cidadãos e às comunidades em que se inserem. Para esse efeito, será importante envolver o cidadão e as comunidades em todas as fases da implementação das intervenções, desde a planificação até à sua avaliação, obtendo desta forma uma visão complementar da validade das soluções encontradas que se revela crítica para o seu sucesso. Esta constatação é tanto mais relevante quanto se vem demonstrando a existência de franjas da população que evidenciam CAD específicos, muitas vezes relacionados com questões e determinantes de género e/ou de orientação sexual, étnicos, culturais, que se não forem atendidos na sua especificidade, poderão constituir-se como “bolsas” de exclusão social, a que corresponderá um agravamento das consequências dos CAD e de outras questões de saúde associadas.

A promoção da qualidade das respostas assume-se como uma prioridade para a missão do ICAD, a qual encontra neste ciclo estratégico um desafio que, se não é novo, contém na atualidade um grau mais elevado de complexidade. A evolução do conhecimento veio gerar um reforço das evidências que suportam a existência de adições comportamentais. Independentemente de até à atualidade só dois destes quadros terem sido reconhecidos nas classificações internacionais de referência (Jogo Patológico e Perturbação de Jogo não a Dinheiro), é provável que, em breve, venham a ser identificadas novas adições sem substância. Responder a estas novas realidades, em termos de intervenção, faz com que se torne necessário um reforço das capacidades de adaptação ao nível da intervenção nas perturbações aditivas e o fomento de redes e articulações com os parceiros que, aos diferentes níveis, estão mais envolvidos com estes novos fenómenos.

EDIFICAR

Um dos principais compromissos do ICAD para os próximos três anos é o de fazer erguer uma nova estrutura, alicerçada numa sólida base de capital intelectual e perspectivas promissoras sobre como aplicar a experiência adquirida de forma eficaz.

Os últimos onze anos de vigência da anterior estrutura (2012-2023), marcados por um sentimento de fragmentarismo, dão agora lugar à expectativa de reunião, numa convergência de saberes que promete

reforçar a vertente humana, cuidando, empoderando e protegendo os seus colaboradores, parceiros e destinatários de intervenção, deixando um legado positivo na comunidade.

Um dos propósitos do ICAD passa por construir uma nova identidade, alicerçada no envolvimento de todas as partes interessadas e no compromisso genuíno em alinhar os valores que a norteiam e os objetivos estratégicos que pretende alcançar.

A pretensão visionária de se tornar a entidade de referência em CAD, sustenta a responsabilidade social de partilhar conhecimento e experiências, fazendo-os perdurar no tempo. Sob este prisma organizacional, o ICAD deverá assegurar que a transmissão de conhecimentos às gerações futuras não é descurada.

No mesmo sentido, a recém estrutura ICAD promete afirmar o seu valor junto de colaboradores, parceiros estratégicos e comunidade, demonstrando a solidez da sua arquitetura e o reconhecimento e visibilidade da sua intervenção. No contexto internacional, o ICAD assume-se como parceiro ativo na definição e concretização das estratégias e iniciativas, reforçando o posicionamento e a visibilidade da política nacional e promovendo a implementação de políticas públicas centradas na promoção da saúde e fortemente ancoradas nos princípios dos Direitos Humanos.

Em alinhamento com a sua essência, o novo ICAD assume a participação ativa na definição de medidas que promovam a qualidade de vida e bem-estar do cidadão, este último merecedor da centralidade da sua intervenção.

Capitalizando o conhecimento e a experiência de longos anos a servir o cidadão com problemas aditivos e a comunidade, numa ótica preventiva e de promoção da saúde, o ICAD pretende assumir utilidade cívica na implementação de políticas públicas, às quais não pode escapar um olhar atento sobre os progressos e desenvolvimentos no contexto internacional, tendo em vista servir os interesses e propósitos dos indivíduos e proteger os cidadãos no exercício dos seus direitos.

Acreditamos que políticas públicas impactantes são desenhadas sob análises empoderadas de rigor e evidência, oferecendo uma base sólida para a tomada de decisão. A este nível e encerrando esta perspetiva arquitetónica, o ICAD tem ainda como compromisso, o dever de incitar e agilizar a regulamentação jurídica, numa ótica de prevenção ambiental, na qual se destaca o interesse do cidadão e a proteção social da comunidade que o envolve.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Cientes

OE1. Reforçar a literacia em CAD

O investimento na promoção do conhecimento nas adições e dependências afigura-se essencial. A opção estratégica de colocar o foco nos fatores de risco para a saúde e promover o desenvolvimento do espírito crítico e de uma atitude proativa de procura de informação correta e apropriada nas decisões individuais e coletivas, com impacto na saúde, são um desafio. Tendo presente o efeito que a informação dirigida e adaptada pode produzir na forma como cada indivíduo, a cada momento, opta, na qualidade de vida, na adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, pretende-se preparar as pessoas e as comunidades de forma a ser alcançado o máximo potencial de bem-estar, com maior resiliência para lidar com situações adversas e potencialmente perigosas para a saúde e para a segurança de cada um e da comunidade.

A melhoria dos níveis de literacia em CAD dos interventores e dos decisores políticos conduzirá a ganhos em saúde e bem-estar. Por via do empoderamento dos profissionais e dos decisores, podemos conseguir políticas públicas, medidas e respostas sustentadas e continuadas de promoção da saúde e bem-estar social, baseadas no conhecimento e nas necessidades reais dos indivíduos e comunidades.

Para este triénio vamos reforçar o investimento na disponibilização de produtos de informação e de conhecimento, que caracterizem realidades e problemas em tempo real, de forma transparente, direcionada e com conteúdos adaptados e adequados às necessidades dos decisores, dos interventores e dos cidadãos.

Tal só será possível com o desenvolvimento de processos mais eficientes e inovadores na produção de informação e de conhecimento e na comunicação em CAD, apostando no reforço dos mecanismos de articulação com as redes de parceiros estratégicos para potenciar sinergias e a ação colaborativa. O ICAD está fortemente orientado para a criação de modelos de comunicação ativos, com a utilização das ferramentas tecnológicas e virtuais adequadas em função dos destinatários.

Tendo como responsabilidade a gestão integrada do conhecimento produzido, comprometemo-nos a recolher e analisar dados e informação proveniente de uma rede alargada de parceiros, dos domínios da redução da procura e da oferta, e desenvolver e promover a investigação na área das adições e dependências, colocando ao serviço de todos, por via de modelos estratégicos de comunicação, evidência necessária, útil e apreensível.

OE2. Garantir a adequação das intervenções às necessidades do cidadão e comunidades

Assumindo um papel determinante para a prossecução da missão do ICAD, neste objetivo estratégico plasma-se o desígnio central em termos das intervenções junto aos cidadãos com CAD e às comunidades a que pertencem. Em plena associação com as iniciativas estratégicas que visam a promoção da qualidade das intervenções, serão de privilegiar no âmbito desta orientação a potenciação das iniciativas que garantam a acessibilidade, equidade, a segurança e a eficácia das intervenções, por intermédio do desenvolvimento da rede de referência/articulação, enquanto instrumento orientador definidor de uma arquitetura de respostas que atenda e se ajuste à realidade específica de cada cidadão com CAD, aos seus problemas biopsicossociais associados e à gravidade da sua perturbação aditiva. As condições de sucesso deste desígnio envolverão necessariamente a dinamização de metodologias colaborativas, consolidando o envolvimento dos diferentes parceiros nos processos de tomadas de decisão, fator central para a afirmação da singularidade e a eficácia do Modelo Português de intervenção integrada em CAD. Neste âmbito o ICAD irá priorizar a realização de ações de formação que permitam a capacitação de interventores em matéria de CAD, de forma a dotar estes *SH* das competências necessárias para uma intervenção complementar e integrada, ampliando, desta forma, a sua atuação e capacidade interventiva.

Para a consecução deste objetivo estratégico, a produção e gestão do conhecimento revela-se fulcral, enquanto garante de que as intervenções se baseiam continuamente nas melhores práticas, pelo que a potenciação da integração dos sistemas de informação e de conhecimento surge como uma orientação central enquanto garante da qualidade das práticas interventivas. Indelévelmente associado a esta orientação, no âmbito deste objetivo estratégico, a promoção da transformação digital das práticas de registo e de referência, bem como das redes e fontes de informação sobre qualidade das intervenções, surge como um desenvolvimento incontornável, que deverá assentar numa mudança cultural que abranja processos e prestações de serviços aos cidadãos com CAD.

OE3. Apoiar e orientar as políticas públicas

É crucial que a definição de políticas públicas seja ancorada em conhecimento e evidência técnico-científica. Esta é uma premissa essencial para a identificação e implementação de medidas e estratégias de intervenção mais eficazes, que na área da saúde ganham contornos absolutamente indispensáveis: políticas públicas e conhecimento técnico-científico devem caminhar de mão dadas.

Em particular na área dos CAD, importa perceber de que forma este conhecimento pode servir de base à decisão política, antecipando as múltiplas interações e relações de interdependência existentes entre os setores do estado e a sociedade civil.

É fundamental que o ICAD tenha entre os seus principais objetivos, a assessoria ao membro do Governo responsável pela definição de políticas em matéria de CAD, apoiando a implementação de medidas sustentadas em conhecimento técnico-científico. A este nível mantém-se o foco na produção de conhecimento e informação na área das adições e dependências, caracterizando a evolução da situação de Portugal em matéria de drogas, álcool e outras adições, permitindo que o conhecimento adquirido ganhe um espaço privilegiado na decisão política.

Por outro lado, a avaliação do impacto de determinadas políticas e a análise das tendências atuais permitem desenvolver estratégias mais eficazes e resilientes a longo prazo.

O ICAD deverá trabalhar no sentido de colocar o conhecimento técnico-científico ao serviço dos decisores políticos, mediante uma análise baseada em evidências, nas quais é possível identificar as áreas mais críticas que requerem intervenção governamental, viabilizando uma eficiente alocação de recursos e identificação de prioridades.

Também ao nível da implementação de políticas públicas eficazes, o ICAD assume um papel determinante, na medida em que detém, gere e promove uma importante área conhecimento e experiência adquirida, pela prática dos profissionais envolvidos, que lhe confere um importante e legítimo papel consultivo, crucial na aprovação ou rejeição de propostas legislativas e regulamentares na área das adições e dependências.

Importa não descurar ainda o seu dever, enquanto entidade de referência em CAD, de proactivamente influenciar a criação de regulamentação específica que sustente a implementação de políticas públicas, especialmente vocacionadas para a promoção da saúde e para a proteção e bem-estar do cidadão.

Processos

OE4. Potenciar a eficiência e inovação na produção da informação e do conhecimento e na comunicação estratégica

Tendo como responsabilidade a gestão integrada do conhecimento em CAD, comprometemo-nos a recolher e analisar dados e informação proveniente de uma rede alargada de parceiros dos domínios da redução da procura e da oferta, e desenvolver e promover a investigação na área das adições e dependências, colocando ao serviço de todos, por via de modelos estratégicos de comunicação, evidência necessária, útil e apreensível.

Assim, consideramos prioritário continuar a investir no desenvolvimento de processos mais eficientes e inovadores na produção de informação e conhecimento e na comunicação em CAD.

Ao nível da capacidade de monitorização, tal deverá incidir sobretudo no reforço da cultura de registo de dados junto de alguns parceiros estratégicos de forma a melhorar a qualidade dos dados e, no desenvolvimento de novas análises adequadas às necessidades emergentes e específicas de informação.

É também fundamental reforçar a capacidade de investigação em áreas consideradas prioritárias e que privilegiem o estudo das desigualdades, promovendo o reforço da articulação e colaboração com outras entidades e investigadores, designadamente no âmbito da rede nacional de investigadores em CAD e de redes europeias e internacionais, por forma a potenciar a inovação por meio da valorização sinérgica. O estabelecimento de iniciativas de natureza colaborativa e uma agenda de investigação alinhada com as necessidades e prioridades identificadas aos níveis local/subnacional, nacional e transnacional configuram-se como essenciais para uma maior eficiência e inovação na produção do conhecimento.

Ainda no âmbito deste objetivo, propomo-nos criar e desenvolver modelos de comunicação ativos com a utilização das ferramentas tecnológicas e virtuais adequadas em função dos destinatários, apostando na comunicação bidirecional. Pretendemos reforçar os mecanismos para envolver os parceiros internos e externos nas iniciativas de comunicação e, avaliar a efetividade da comunicação e o seu impacto reforçando os mecanismos de monitorização a esta atividade. Propomo-nos desenvolver um conjunto de procedimentos sustentáveis para melhorar e afirmar a comunicação estratégica, com conteúdos necessários e úteis, em tempo real, assim como garantir as condições para a presença do ICAD nas plataformas digitais, para a organização e participação em eventos, entre outros que se revelem facilitadores para as estratégias de comunicação em CAD.

OE5. Promover a governação integrada, a qualidade e inovação das abordagens

O desígnio de intervir globalmente sobre o fenómeno dos CAD determina a centralidade deste objetivo estratégico do ICAD, em termos da promoção e desenvolvimento de uma abordagem de governança integrada dos processos internos, bem como da dinamização dos processos de articulação, cocriação e comunicação com *SH* de referência. Atendendo à natureza do objeto de intervenção do ICAD, para a prossecução deste objetivo estratégico é crucial privilegiarem-se as orientações para a qualidade e, através dos seus determinantes, procurar e desenvolver políticas e respostas inovadoras. Esta orientação central para a ação do ICAD passará não só pelo desenvolvimento de documentos normativos orientadores e harmonizadores das intervenções baseados na evidência, mas igualmente pela utilização sistemática de instrumentos que permitam avaliar o grau de implementação das práticas. Fundamental para a evolução no contexto deste objetivo estratégico será igualmente o

benchmarking e a colaboração com *SH* que, quer a nível nacional como internacional, desenvolvam políticas e intervenções inovadoras no âmbito dos CAD, bem como o envolvimento dos utentes nas diferentes fases da sua implementação, desde o planeamento até à avaliação de impacto, e da satisfação dos mesmos.

Dentro do âmbito deste objetivo estratégico, sendo o ICAD responsável pela administração de sistemas de informação especializados em CAD, procurará garantir que essa gestão seja realizada de forma consistente e integrada com as demais soluções tecnológicas utilizadas tanto na área governamental da Saúde como em toda a AP. A implementação desses mecanismos transversais, em harmonia com o ecossistema em geral, é de extrema importância estratégica. Isso possibilita a criação de respostas e intervenções mais rápidas, ágeis e contextualizadas, tendo sempre em consideração a complexidade das intervenções no âmbito dos CAD. Além disso, dentro dessa abordagem, existe um esforço contínuo para melhorar a infraestrutura tecnológica do ICAD, tanto em termos de *hardware* quanto de *software*, por forma a dar suporte e respostas às equipas que dependem das informações contidas em várias aplicações de negócio, como Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM), Sistema de Gestão de Informação Processual (SGIP) e o Sistema Integrado de Programas de Apoio Financeiro em Saúde (SIPAFS), bem como nas aplicações que dão suporte às atividades diárias de todos os profissionais da instituição.

Aprendizagem

OE6. Promover o desenvolvimento organizacional e afirmar a identidade

Para que o ICAD consiga acompanhar as mudanças do fenómeno e satisfazer os clientes, importa afirmar o desenvolvimento organizacional como uma opção estratégica, transformando os valores, princípios e história do SICAD/DICAD/UIIL, numa cultura organizacional partilhada por todos, enraizada num forte sentimento de pertença e de identidade, na coesão e alinhamento internos, que serão tanto mais fortes quanto mais as dinâmicas organizacionais forem do conhecimento dos trabalhadores que, numa lógica colaborativa e de comunicação transparente e em tempo real, serão envolvidos e farão parte das soluções. Pretende-se assim construir uma organização galvanizadora, com a qual os trabalhadores se identificam, transportando para as suas vidas os valores e princípios partilhados, os modos de relacionamento e as aprendizagens que no dia a dia a vão fortalecendo. A cultura organizacional, a coesão interna, a identidade e a comunicação, são dimensões interdependentes que, quando alinhadas, concorrem para um efetivo compromisso dos trabalhadores, ambientes de trabalho promotores de desenvolvimento individual e coletivo, maior produtividade e satisfação geral.

A qualificação dos RH, elemento fundamental na eficácia e reconhecimento da excelência dos serviços prestados, reforça a capacidade para lidar com os desafios e as oportunidades, para antecipar problemas num ambiente em constante mudança. A capacitação profissional assume-se como uma exigência institucional, procurando a intervenção de excelência, ao mesmo tempo que se promove a transmissão de saber acumulado, especializado e materializado num modelo integrado de intervenção.

Melhorar a eficiência e a eficácia na gestão e liderança, promovendo a aprendizagem organizacional, a comunicação cooperativa e transparente e o aumento do comprometimento dos trabalhadores são fatores relevantes no desígnio que constitui este objetivo estratégico.

Financeira

OE7. Assegurar a gestão estratégica de RH, a sustentabilidade económica e financeira e a gestão otimizada do património

O ICAD pretende que a gestão dos RH não atue apenas na esfera administrativa, mas antes procure o desenvolvimento de um ambiente saudável e que agregue conhecimento, participação e eficiência de todos os trabalhadores, alicerces da gestão estratégica dos RH. É este o modelo de trabalho que se pretende praticar no ICAD, em que a coordenação é feita de forma proativa, ou seja, os trabalhadores responsáveis antecipam as soluções para suprir necessidades de uma organização antes que elas efetivamente apareçam. Desta forma, esta prática afeta a organização como um todo, uma vez que melhora as rotinas e introduz uma nova forma de perceber os problemas e de pensar em soluções que beneficiam toda a organização. Dessa maneira, a gestão estratégica de RH é uma prática que atua no sentido de alinhar os objetivos e necessidades dos trabalhadores, cultivando um ambiente de trabalho mais produtivo e saudável.

Pretende-se, assim e ainda nesta linha, reforçar a comunicação interna enquanto estratégia de alinhamento dos trabalhadores, que favoreça uma identidade institucional forte e uma cultura organizacional partilhada, com relações interpessoais colaborativas sustentadas, por via da sistemática disseminação de informação acerca do ICAD e outras iniciativas comunicacionais que fortaleçam o espírito de equipa, aumentem a produtividade e o bem-estar individual e coletivo.

A sustentabilidade económica e financeira de uma organização tem de ser constituída por três dimensões: social, ambiental e económica, condição para alcançar o chamado desenvolvimento sustentável. Sendo a base para a tomada de decisão na organização, estas três dimensões têm de funcionar equilibradamente, para que se possa dizer que uma organização sustentável é aquela que económica e financeiramente apresenta bons resultados, ao mesmo tempo que protege o meio

ambiente e melhora a qualidade de vida das pessoas com quem interage, com vista a um futuro mais sustentável e inclusivo. Assim sendo, a busca pela sustentabilidade económica implica uma visão a longo prazo, sendo que, para a atingir, são diversos os fatores que influem, nomeadamente, a otimização dos recursos disponíveis, humanos, financeiros e patrimoniais, destacando-se a promoção de políticas de investimento em recursos humanos, a necessidade de se utilizar recursos financeiros de maneira mais eficiente e diminuir custos, a procura pelo aumento de receitas e o investimento em políticas ambientais.

Enquanto serviço público, o ICAD assume o compromisso de manter um esforço permanente de otimização dos recursos disponíveis, humanos, financeiros e patrimoniais, procurando ainda consolidar a sua sustentabilidade orientando a sua ação para a busca de inovadoras fontes de financiamento. Sendo um objetivo estratégico transversal a todos os outros objetivos, o valor da transparência exige que todos os procedimentos sejam claros e que promovam *accountability* de todos os processos e agentes neles envolvidos.

CORRESPONDÊNCIA ENTRE AS ATRIBUIÇÕES DO ICAD E OS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

A estratégia ICAD foi desenhada assegurando que a missão e respetivas atribuições se encontram refletidas nos objetivos estratégicos. Esta correspondência estratégica pode ser observada pela análise da seguinte tabela.

Missão e Atribuições ICAD	OE1	OE2	OE3	OE4	OE5	OE6	OE7
Prevenir e reduzir os comportamentos aditivos e as dependências, assegurar o tratamento, a redução de riscos e a minimização de danos e a reinserção social, bem como fomentar a capacitação e formação diferenciada, a investigação e a inovação nesses domínios	X	X		X	X	X	
a) Apoiar o membro do Governo responsável pela área da saúde na definição das políticas no âmbito dos CAD, e na avaliação dos seus impactos;			X				
b) Prestar apoio ao Conselho Nacional para os CAD e ao Coordenador Nacional para os CAD;			X				
c) Apoiar a gestão e participar na representação institucional e na coordenação de grupos de trabalho de caráter interinstitucional, em matéria de consumo de substâncias psicoativas, CAD, numa perspetiva de saúde em todas as políticas;		X					
d) Planear, coordenar, executar e avaliar os programas de prevenção, de RRMD, de reinserção social e de tratamento no âmbito do consumo de substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos e das dependências;	X	X			X		X
e) Desenvolver e promover a investigação, em articulação com o sistema científico e tecnológico, com produção e divulgação de conhecimento no domínio das substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos e das dependências;	X			X			
f) Promover boas práticas, privilegiando a qualidade, a inovação e a aceitabilidade na área dos CAD;					X		
g) Assegurar o tratamento e divulgação dos dados estatísticos próprios e dos dados de outros serviços públicos e entidades privadas com intervenção no domínio das substâncias psicoativas, dos CAD, em articulação com a SPMS, de modo a garantir a interoperabilidade e a interconexão dos sistemas de informação;				X	X		
h) Efetuar diagnósticos de necessidades de intervenção de âmbito nacional, definir as prioridades e o tipo de intervenção e respostas a desenvolver, assegurar a participação dos profissionais, organizações da sociedade civil e demais partes interessadas;		X			X	X	
i) Criar condições para a participação das pessoas com e sem doença, nos termos da Lei n.º 108/2019, de 9 de setembro, promovendo práticas inclusivas, livres de estigma e discriminação;		X			X		
j) Estabelecer acordos e convenções com unidades privadas de saúde, com ou sem fins lucrativos;					X		X
k) Colaborar no planeamento regional dos recursos necessários à prestação de cuidados de saúde no domínio dos comportamentos aditivos e das dependências, em articulação com a DE -SNS, e as CCDR		X	X				X
l) Estabelecer programas ou cartas de compromisso com as unidades de intervenção local, em articulação com a ACSS e a DE-SNS		X	X				X
m) Definir as linhas de orientação técnica e normativa para a intervenção nas áreas dos comportamentos aditivos e das dependências, bem como propor os requisitos para o licenciamento de unidades privadas prestadoras de cuidados de saúde na área das dependências e comportamentos aditivos, sem prejuízo das atribuições da ERS;					X		
n) Propor medidas de prevenção ambiental e dissuasoras do consumo de substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos e das dependências, promovendo, apoiando e acompanhando medidas legislativas e administrativas;		X	X				
o) Promover a capacitação e a formação no domínio das substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos e das dependências;	X	X				X	X
p) Prestar serviços de assessoria científica e técnica a entidades dos setores público, privado e social, a nível nacional e internacional, nas áreas das suas atribuições, remunerados ou não;		X		X	X	X	
q) Desenvolver e implementar ações de promoção da saúde na área do consumo de substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos e das dependências;	X	X					
r) Assegurar a representação internacional, no domínio das suas atribuições específicas, sem prejuízo das atribuições próprias do Ministério dos Negócios Estrangeiros, bem como garantir o cumprimento das obrigações do Estado Português no âmbito da ONU, do Conselho da Europa e da União Europeia, designadamente enquanto ponto focal nacional da Rede Europeia de Informação sobre a Droga e a Toxicodependência do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, em coordenação com a Secretaria -Geral do Ministério da Saúde;			X				
s) Assegurar a cooperação com entidades nacionais e internacionais no domínio dos comportamentos aditivos e das dependências, em articulação com a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, neste último caso;			X				
t) Prestar o apoio técnico e administrativo e garantir as infraestruturas necessárias ao funcionamento das Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência, bem como acompanhar o seu funcionamento.					X		X

INDICADORES DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Para cada objetivo estratégico foram definidos indicadores que possibilitam a verificação do alcance dos objetivos até 2026. Na tabela seguinte apresentam-se os indicadores dos objetivos estratégicos, as respetivas metas a atingir em cada ano e a contribuição de cada objetivo estratégico, por perspetiva BSC, para o cumprimento da estratégia global ICAD.

	Objetivos Estratégicos	Indicadores dos Objetivos Estratégicos	Valor de referência	Meta 2024 (Tolerância)	Meta 2025 (Tolerância)	Meta 2026 (Tolerância)	Peso (Indicador)	Peso (Objetivo)	
CLIENTE 45%	OE1. Reforçar a literacia em CAD	IE1. Documentos Orientadores e de Avaliação das Intervenções publicados (n)	1	4 (2)	5 (2)	5 (2)	15%	35%	
		IE2. Produtos de Investigação divulgados (n)	13	13 (1)	14 (1)	15 (1)	30%		
		IE3. Medidas de intervenção precoce implementadas nas situações de risco (n)	2	2 (0)	3 (1)	3 (1)	15%		
		IE4. Atividades de Formação (n)	1750	1684 (217)	1830 (219)	1877 (216)	30%		
		IE5. Produtos e iniciativas de comunicação (n)	1180	1243 (107)	1256 (107)	1263 (110)	10%		
	OE2. Garantir a adequação das intervenções às necessidades do cidadão e comunidades	IE6. Redes de Articulação (n)		140	138 (25)	158 (26)	156 (27)	30%	35%
		IE7. Atividades de capacitação (n)		329	302 (60)	337 (67)	352 (67)	20%	
		IE8. Medidas que potenciem o diagnóstico e a adequação da intervenção em CAD (n)		9	11 (2)	11 (2)	12 (1)	50%	
	OE3. Apoiar e orientar as políticas públicas	IE9. Documentos produzidos no âmbito do PNRCAD (n)		1	1 (0)	3 (0)	1 (0)	25%	30%
		IE10. Instrumentos de gestão produzidos (n)		ND	3 (0)	6 (0)	6 (0)	15%	
		IE11. Estratégias, Programas, Projetos e Conselhos com outros SH estratégicos locais, nacionais e internacionais (n)		22	68 (27)	79 (27)	78 (27)	10%	
		IE12. Medidas promotoras de saúde, proteção e bem-estar do cidadão e das comunidades (n)		ND	2 (1)	4 (2)	4 (2)	15%	
		IE13. Relatórios informativos para suporte à decisão (n)		4	4 (0)	4 (0)	5 (0)	25%	
		IE14. Documentos sobre o posicionamento de Portugal no contexto internacional (n)		ND	3 (1)	3 (1)	3 (1)	10%	
PROCESSO 25%	OE4. Potenciar a eficiência e inovação na produção da informação e do conhecimento e na comunicação estratégica	IE15. Cumprimento do registo fundamental nos Sistemas de Informação (%)	58%	65% (5%)	75% (5%)	85% (5%)	35%	50%	
		IE16. Projetos de investigação promovidos/desenvolvidos/com participação do ICAD (n)	8	10 (1)	9 (3)	9 (3)	35%		
		IE17. Modelo de comunicação em CAD implementado	ND	1 (0)	ND	ND	30%		
	OE5. Promover a governação integrada, a qualidade e inovação das abordagens	IE18. Mecanismos de articulação/ cooperação de âmbito técnico e científico (n)		4	4 (1)	5 (1)	85% (5%)	25%	50%
		IE19. Medidas que potenciem a qualidade, harmonização e inovação da intervenção em CAD (n)		12	16 (2)	17 (2)	9 (3)	50%	
		IE20. Novas soluções tecnológicas, integrações, manutenções e upgrades efetuados (n)		ND	3 (1)	2 (0)	ND	25%	
APRENDIZAGEM 15%	OE6. Promover o desenvolvimento organizacional e afirmar a identidade	IE21. Atividades de capacitação de profissionais ICAD (n)		32	15 (4)	26 (7)	27 (6)	35%	100%
		IE22. Interlocutor por área de intervenção em cada CRI (n)	68%	75 (5%)	90% (5%)	100% (5%)	15%		
		IE23. Profissionais do saber por área CAD (n)	0	3 (1)	5 (1)	6 (1)	25%		
		IE24. Medidas promotoras da participação e envolvimento dos trabalhadores (n)		1	6 (1)	4 (1)	4 (1)	25%	
FINANCEIRA 15%	OE7. Assegurar a gestão estratégica de RH, a sustentabilidade económica e financeira e a gestão otimizada do património	IE25. Medidas de planeamento e gestão de RH (n)		2	3 (0)	3 (0)	3 (0)	20%	100%
		IE26. Medidas promotoras de bem-estar (n)		ND	3 (1)	4 (1)	5 (1)	20%	
		IE27. Medidas de planeamento e gestão dos recursos patrimoniais (n)		ND	2 (0)	3 (1)	3 (1)	20%	
		IE28. Instrumentos de execução/controlo orçamental (n)		ND	2 (1)	2 (1)	2 (1)	20%	
		IE29. Mecanismos de monitorização, controlo e medidas de prevenção de riscos, fraudes e corrupção (n)		3	2 (0)	2 (0)	2 (0)	20%	

Legenda:

- Inclui Indicadores-chave de desempenho



- Inclui Indicador ESG (Environment, Social, Governance / Ambiente, Social, Governança)



CORRESPONDÊNCIA ESTRATÉGICA

RELAÇÃO ENTRE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS E OBJETIVOS OPERACIONAIS

A implementação do Plano Estratégico será assegurada pela operacionalização de três Planos de Atividades, construídos com base nos objetivos operacionais que traduzem a correspondência estratégica com os objetivos estratégicos deste Plano.

Objetivos Operacionais	Objetivos Estratégicos						
	OE1	OE2	OE3	OE4	OE5	OE6	OE7
Oop1. Promover o conhecimento de boas práticas e avaliação de intervenções em CAD	MF	F	F	F	F	F	
Oop2. Fortalecer e inovar a transferência da informação e do conhecimento	MF	F	F	F	F	F	
Oop3. Promover a consciencialização do risco, a responsabilização e a motivação do indivíduo para uma eficaz mudança comportamental	MF	F					
Oop4. Reforçar a atividade de formação e outras iniciativas de literacia	MF	F			F	F	
Oop5. Disponibilizar informação correta e útil, adequada ao ciclo de vida e contextos, com a utilização das ferramentas tradicionais e digitais	MF	F	F		F		
Oop6. Promover redes territoriais de articulação	F	MF	F	F	MF	F	
Oop7. Garantir a acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde em CAD		MF			F		
Oop8. Promover a capacitação e/ou a integração profissional dos cidadãos	F	MF					
Oop9. Reforçar a atividade de formação e outras iniciativas de capacitação junto dos intervenientes	MF	MF			F	F	
Oop10. Aumentar a capacidade de resposta atendendo aos novos perfis de consumo e/ou adições sem substância		MF			F		
Oop11. Garantir a acessibilidade de populações em situação de vulnerabilidade às intervenções em CAD		MF			F		
Oop12. Promover a acessibilidade e a equidade das intervenções		MF			F		
Oop13. Garantir programas de suporte técnico e financeiro para o desenvolvimento de intervenções, de acordo com as necessidades diagnosticadas		MF			MF		MF
Oop14. Promover uma intervenção específica direcionada à problemática de risco moderado e de alto risco, agilizando o contacto com os sistemas de saúde e a respetiva adesão ao processo terapêutico	F	MF			F		
Oop15. Promover o acesso privilegiado ao tratamento da população previamente avaliada e referenciada	F	MF			F		
Oop16. Assegurar o apoio às estruturas de coordenação nos processos de elaboração, implementação, monitorização e avaliação dos planos			MF		F	F	
Oop17. Assegurar a elaboração dos instrumentos de gestão			MF	F		F	
Oop18. Assegurar a participação do ICAD na definição, implementação e avaliação de políticas nacionais e locais conexas aos CAD	F	F	MF		F	F	
Oop19. Assegurar a promoção e a participação do ICAD em projetos nacionais e internacionais direcionados a áreas específicas de intervenção	F		MF	F	F		
Oop20. Promover instrumentos legais regulatórios e de fiscalização preventivos e/ou mitigadores dos CAD		F	MF		MF		
Oop21. Disponibilizar Relatórios Anuais sobre a situação do país em matéria de CAD	MF		MF	F		F	
Oop22. Assegurar a avaliação da eficácia das intervenções em CAD			MF	F	MF		
Oop23. Promover o alinhamento da política nacional com as orientações e/ou desenvolvimentos internacionais	F		MF		F		

Objetivos Operacionais	Objetivos Estratégicos						
	OE1	OE2	OE3	OE4	OE5	OE6	OE7
Oop24. Garantir a representação nacional em organizações multilaterais ou regionais e nas instâncias da UE, bem como noutros <i>fora</i> de âmbito internacional	F		MF		F		
Oop25. Desenvolver e consolidar relações de cooperação internacional e promover o intercâmbio de experiências junto de entidades de outros países e de organizações internacionais	F		MF		F		
Oop26. Melhorar a qualidade dos registos efetuados nos sistemas de informação que suportam a intervenção em CAD		F	F	MF			
Oop27. Desenvolver novas análises a partir dos reservatórios de dados da rede de serviços-fonte do Sistema Nacional de Informação (SNISPACAD)	F			MF			
Oop28. Fomentar o trabalho em rede e potenciar sinergias na comunidade científica nacional	F		F	MF	F		
Oop29. Promover a participação em redes, grupos e projetos de investigação internacionais	F		F	MF	F		
Oop30. Promover e reforçar a investigação em CAD	F		F	MF	F		
Oop31. Desenvolver modelos de comunicação estratégicos em CAD	F		F	MF	F		
Oop32. Fomentar a aproximação à academia	F		F	F	MF		
Oop33. Reforçar o alinhamento estratégico com os parceiros privilegiados em CAD	F	F			MF		
Oop34. Reforçar o envolvimento dos <i>SH</i> nos processos de implementação, monitorização e avaliação das intervenções, necessidades e recursos em CAD	F	F	F		MF		
Oop35. Aumentar a capacidade de resposta dos serviços		F			MF	F	F
Oop36. Promover a harmonização das intervenções em CAD		F		F	MF		
Oop37. Reforçar a qualidade das respostas e das intervenções		MF		F	MF		
Oop38. Desenvolver sistemas de suporte à decisão clínica		MF		F	MF		
Oop39. Promover a inovação das intervenções em CAD		F		F	MF		
Oop40. Garantir a sustentabilidade da intervenção		F			MF	F	MF
Oop41. Implementar soluções que reforcem o ecossistema CAD		F		MF	MF		MF
Oop42. Implementar políticas e procedimentos de governança para sistemas de informação				MF	MF		F
Oop43. Garantir o empoderamento das equipas, o desenvolvimento e capacitação dos profissionais		F			F	MF	F
Oop44. Agilizar a comunicação entre os profissionais em cada área de intervenção					F	MF	F
Oop45. Assegurar a representatividade nacional por tipo de CAD	MF		F			MF	F
Oop46. Implementar uma estratégia de comunicação interna						MF	F
Oop47. Participação dos trabalhadores na elaboração dos instrumentos de gestão		F			F	MF	
Oop48. Promover o recrutamento e a captação de RH essenciais ao funcionamento do ICAD		F			F	F	MF
Oop49. Implementar medidas facilitadoras de conciliação entre a vida profissional, familiar e pessoal		F			F	F	MF
Oop50. Assegurar a gestão dos recursos patrimoniais, promovendo uma política estruturada de ambiente, segurança e saúde no trabalho					F		MF
Oop51. Definir prioridades na afetação de recursos orçamentais e sua articulação com as grandes opções estratégicas					F		MF
Oop52. Definir um sistema ordenado de condutas, princípios e regras dos dirigentes e trabalhadores					F	F	MF
Oop53. Assegurar a mitigação de riscos, fraudes e corrupção e definir um sistema ordenado de condutas					F	F	MF

Legenda: MF-Muito Forte; F - Forte

VI. IMPLEMENTAÇÃO ESTRATÉGICA

COORDENAÇÃO, MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

A implementação do Plano Estratégico 2024-2026 pressupõe a envolvimento de diferentes níveis de responsabilização, bem como a existência de uma dinâmica comunicacional ágil entre as várias unidades do ICAD: unidades orgânicas centrais, UIL e CDT.

No processo de implementação da estratégia ICAD, foram chamados a intervir todos os profissionais das diversas áreas multidisciplinares, representadas pelas principais áreas de intervenção e áreas transversais, que constituem o capital humano do serviço.

Desta forma, foi possível assegurar o alinhamento estratégico, incentivando e dinamizando a colaboração organizacional, recorrendo a modelos de execução baseados na articulação entre as várias unidades e no recurso a instrumentos e metodologias de recolhas de dados, análise e produção de informação.

O recurso à ferramenta *BSC* vai permitir acompanhar o progresso dos indicadores, facilitar a comunicação e a transparência e possibilitar a apresentação de resultados de forma clara e acessível.

A monitorização do Plano Estratégico contemplará o acompanhamento contínuo da execução dos objetivos estratégicos, medida através do cumprimento das metas dos indicadores estratégicos e da produção de planos e relatórios anuais, identificando possíveis desvios e, sempre que necessário, implementando medidas corretivas.

A monitorização e avaliação da estratégia ICAD será assim assegurada por dupla via: uma monitorização semestral dos principais indicadores de desempenho da organização, também denominados indicadores-chave de desempenho/*Key Performance Indicator (KPI)*; e uma monitorização anual, sob a forma de Relatórios de Atividade, traduzindo a atividade desenvolvida ao longo do ano pelas várias unidades que compõem o ICAD.

Esta dupla monitorização será fundamental para garantir que os objetivos estratégicos são implementados de forma integrada, e que a organização acompanha e ajusta o seu desempenho ao longo do tempo, de forma a alcançar e a manter a qualidade na prestação de serviços públicos.

MONITORIZAÇÃO DOS KEY PERFORMANCE INDICATOR (KPI) / INDICADORES-CHAVE DE DESEMPENHO

Os *Key Performance Indicator (KPI)* ou indicadores-chave de desempenho, foram escolhidos de entre os vários indicadores, como os mais determinantes para atingir os objetivos estratégicos do ICAD para os próximos três anos, permitindo simultaneamente a monitorização dos Desafios Estratégicos identificados aquando da elaboração deste Plano.

Os *KPI* são medidas quantificáveis que ajudam as organizações a avaliar o progresso em direção à estratégia definida, assumindo um papel facilitador no alinhamento das equipas, ao garantir que todos compreendem os objetivos estratégicos e se mantêm focados no atingir dos objetivos propostos.

Estas ferramentas de gestão estratégica permitem facilmente identificar se uma organização está a progredir na direção certa ou se existem áreas que precisam de melhoria, avaliando a eficácia das estratégias utilizadas. Por outro lado, permitem destacar os resultados-chave mais críticos para o sucesso da organização, contribuindo para concentrar esforços e recursos nas áreas mais impactantes em termos estratégicos.

Para o ciclo estratégico 2024-2026 foram definidos 11 *KPI* que serão alvo de monitorização semestral e que passamos a identificar:

1. Operacionalização da Rede de Referência

Indicador Estratégico	Objetivo Operacional	Indicador Operacional
IE6. Redes de Articulação	Oop7. Garantir a acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde em CAD	Iop7.2. Iniciativas de operacionalização da Rede de Referência

A Rede de Referência assume um carácter estratégico no planeamento da ação do ICAD, considerando a nova arquitetura dos serviços de saúde, da segurança social e do poder local. A sua operacionalização e implementação são o garante da complementaridade da intervenção em CAD e da acessibilidade aos cuidados de saúde por parte dos cidadãos com CAD. As iniciativas de operacionalização da Rede visam incrementar a acessibilidade a serviços de intervenção em CAD, suprimindo os obstáculos ao acesso a respostas assistenciais nas várias áreas de intervenção (Prevenção, Tratamento, Reinserção e RRMD) de acordo com as necessidades biopsicossociais dos

cidadãos com CAD. O carácter multidimensional da problemática dos CAD salienta a importância da existência desta rede de articulação efetiva entre os vários serviços de saúde, sociais e comunitários públicos e privados, que promova a identificação precoce, nomeadamente nos mais jovens, assim como o acesso a outras respostas às necessidades do cidadão e dos seus familiares, numa perspetiva de complementaridade (PNRCAD).

2. Capacidade de resposta atendendo aos novos perfis de consumos e/ou adições sem substância

Indicador Estratégico	Objetivo Operacional	Indicador Operacional
IE8. Medidas que potenciem o diagnóstico e a adequação da intervenção em CAD	Oop10. Aumentar a capacidade de resposta atendendo aos novos perfis de consumo e/ou adições sem substância	Iop10.1. Iniciativas direcionadas aos novos perfis de consumo

As transformações sociais, a modificação dos padrões de consumo e a existência de comportamentos aditivos sem substância, constituem realidades que colocam novos desafios à intervenção em CAD e que exigem a procura de novas formas de atuação e reforço da capacidade de resposta, ajustada às especificidades de cada situação.

A emergência de outras formas e contextos de utilização de SPA, tais como o consumo de substâncias sintéticas, sobretudo em contextos recreativos e ligados ao *chemsex*, assim como alterações na perceção social dos riscos no consumo da canábica, são alguns exemplos de problemas que convocam a uma readequação das abordagens. Estes novos perfis tendem a procurar menos espontaneamente os serviços, justificando a necessidade de respostas de proximidade, bem como a capacitação dos profissionais para uma intervenção adequada a estes casos.

Importa considerar também as adições sem substância, nomeadamente a adição à internet, em várias formas, o *gaming* e o *gambling*. Neste âmbito, a ligação à prevenção comunitária tem-se revelado fundamental. São comportamentos que são detetados nas escolas e noutros sistemas de vida dos jovens, exigindo a capacitação das instituições para a sinalização e referenciação de forma a garantir a acessibilidade das respostas.

Também no âmbito assistencial será necessário criar novas abordagens, mais direcionadas para as problemáticas emergentes, contribuindo assim para uma mudança na imagem dos serviços, tornando-os mais inclusivos.

3. UIL com disponibilização de respostas descentralizadas de prevenção indicada

Indicador Estratégico	Objetivo Operacional	Indicador Operacional
IE8. Medidas que potenciem o diagnóstico e a adequação da intervenção em CAD	Oop12. Promover a acessibilidade e a equidade das intervenções	lop12.1. UIL com disponibilização de respostas descentralizadas de prevenção indicada

A intervenção dirigida às crianças e jovens no âmbito da prevenção indicada carece de reforço, quer ao nível da acessibilidade, quer ao nível do aumento da capacidade de resposta dos serviços, diminuindo os tempos de espera já identificados ([ver Desafios Estratégicos](#)). Nas respostas de Prevenção Indicada é fundamental que se priorize a acessibilidade, proximidade e desburocratização dos primeiros atendimentos. Também que sejam respostas dedicadas, preferencialmente em locais diferenciados dos de atendimento aos adultos, preparados para receber as crianças e jovens nomeadamente, garantindo a não estigmatização dos locais de atendimento e a capacitação dos profissionais para a especificidade desta população.

A existência de recursos de prevenção indicada acessíveis à comunidade, aliada ao reforço da capacidade de resposta, permitirá atuar numa lógica de intervenção precoce e de redução de riscos associados aos CAD. Neste contexto, a ligação aos sistemas de vida das crianças e jovens, em parcerias com a comunidade, permitirá uma referenciação mais informada e eficaz. A articulação entre os serviços de saúde mental e o atendimento de crianças e jovens, no âmbito da prevenção indicada, é fundamental para promover a necessária complementaridade dos recursos.

4. Indivíduos intervencionados em RRMD

Indicador Estratégico	Objetivo Operacional	Indicador Operacional
IE8. Medidas que potenciem o diagnóstico e a adequação da intervenção em CAD	Oop12. Promover a acessibilidade e a equidade das intervenções	lop12.2. UIL com disponibilização de respostas de RRMD (ambulatório e outreach)

O alargamento da intervenção em RRMD permitirá ampliar as respostas chegando a mais pessoas com CAD, sobretudo, a uma franja populacional em especial situação de vulnerabilidade e, por essa razão, mais distante dos serviços especializados. Para tal, é fundamental que os CRI disponham de respostas robustas de RRMD e que a intervenção se aproxime dos grupos-alvo, desenvolvendo-se estrategicamente em contextos de *outreach*. Estas intervenções de proximidade permitirão colmatar lacunas na acessibilidade aos serviços disponíveis, nas suas várias dimensões, contribuindo para o aumento da abrangência das respostas.

Em 2023, estima-se que 8.507 indivíduos foram abrangidos por medidas de RRMD, que não as realizadas em contextos recreativos, através do financiamento PORI a 29 entidades do setor privado.

Relativamente à intervenção desenvolvida no âmbito das consultas de RRMD em ambulatório, contabilizaram-se 515 utentes ativos em acompanhamento nos CRI em 2023.

5. Novo diagnóstico nacional realizado com *stakeholders*

Indicador Estratégico	Objetivo Operacional	Indicador Operacional
IE18. Mecanismos de articulação/ cooperação de âmbito técnico e científico	Oop34. Reforçar o envolvimento dos <i>SH</i> nos processos de implementação, monitorização e avaliação das intervenções, necessidades e recursos em CAD	lop34.3. Novo diagnóstico nacional realizado com <i>SH</i>

O desenvolvimento de intervenções dirigidas a grupos-alvo específicos em territórios definidos como prioritários, deve continuar a ser uma realidade, possibilitada pela atribuição de financiamento a entidades da sociedade civil que possam desenvolver os projetos que se mostrem necessários, a todo o momento, para complementar a intervenção do ICAD. Este trabalho colaborativo assume especial relevância na implementação de intervenções de Prevenção, de Reinserção e de RRMD, que permitam uma maior abrangência e adequação das respostas às necessidades dos territórios, a todo o momento. A realização de um novo diagnóstico nacional, considerado imprescindível, afigura-se como o garante da existência de projetos adequados às realidades emergentes, em cada território, tendo em conta as respetivas assimetrias e especificidades existentes. Neste processo, é fundamental o envolvimento dos *SH*, nomeadamente entidades parceiras, públicas ou privadas, que sejam interventoras no território e, como tal, conhecedoras da realidade local. Considera-se igualmente crucial a participação dos grupo-alvo e das populações que pretendemos abranger na elaboração do diagnóstico, assim como o seu envolvimento nos demais processos de implementação, monitorização e avaliação das intervenções territoriais. Salienta-se ainda que este processo de diagnóstico nacional irá permitir a atualização dos projetos das diferentes áreas de intervenção e a redefinição das prioridades em termos da gravidade e abrangência dos problemas associados aos CAD em cada território.

6. Capacidade de resposta do internamento e do ambulatório

Indicador Estratégico	Objetivo Operacional	Indicador Operacional
IE19. Medidas que potenciem a qualidade, harmonização e inovação da intervenção em CAD	Oop35. Aumentar a capacidade de resposta dos serviços	lop35.1. Utes em espera para internamento lop35.3. Utes em espera para acolhimento/ primeira consulta

O compromisso estratégico do ICAD, a transversalidade e coesão do conjunto de medidas a implementar, coloca em evidência a importância de uma resposta acessível, ágil, eficaz e equitativa. Ao longo dos últimos dez anos, a intervenção em CAD foi-se vulnerabilizando na sua capacidade humana, técnica e recursiva de providenciar a devida resposta à população-alvo. O panorama atual revela que o tempo de espera para uma primeira consulta em ambulatório é de cerca de seis meses, traduzindo-se numa lista de espera nacional de 2.140 pessoas. Também ao nível do internamento, constata-se um tempo de espera de cerca de quatro meses, representando 330 pessoas que aguardam tratamento. Atendendo aos construtos teóricos e às *guidelines* de intervenção em CAD, o tempo de espera máximo recomendado para uma primeira consulta, situa-se entre os 10 e os 15 dias. É desiderato deste Plano Estratégico cumprir esta premissa, assumindo-a como preditora do ambicionado sucesso das intervenções em CAD.

Dada a sua importância, foram definidos dois *KPI* associados à redução do tempo de espera para acesso ao internamento e às primeiras consultas em ambulatório, permitindo desta forma a monitorização da capacidade de resposta destes serviços.

7. Taxa de retenção / adesão a tratamento

Indicador Estratégico	Objetivo Operacional	Indicador Operacional
IE19. Medidas que potenciem a qualidade, harmonização e inovação da intervenção em CAD	Oop36. Promover a harmonização das Intervenções em CAD	Iop36.3. Documentos de avaliação da eficácia das intervenções

A adesão dos utentes ao tratamento e a sua retenção, constituem um importante indicador da qualidade dos cuidados prestados e da adequação da intervenção às suas necessidades.

Considerando a frequência de abandonos no decurso do tratamento das situações de dependência, torna-se essencial a implementação de estratégias que reflitam o cuidado com a qualidade e inovação da intervenção.

A harmonização da intervenção ocorre através da implementação de respostas com eficácia comprovada, baseadas no reconhecimento da diversidade do cidadão com CAD e na importância da abordagem personalizada. Salienta ainda, a necessidade de priorização da atualização da informação, do conhecimento e das competências técnicas para uma efetiva adequação das intervenções a essa diversidade. Respostas eficazes contribuem para a prevenção de recaídas, permitem a abordagem/tratamento das comorbilidades e/ou complicações associadas, bem como facilitam a reintegração sociofamiliar e laboral do utente.

Neste enquadramento, poderá também ser valorizada a integração dos contributos dos utilizadores ou potenciais utilizadores dos serviços.

Neste Plano, pretende-se que as medidas de inovação, qualidade e harmonização das intervenções no âmbito do tratamento, possam conduzir à adesão e maior retenção dos utentes, prevendo-se a sua monitorização por via deste importante indicador de eficácia.

8. Utes das UIL com avaliação em reinserção

Indicador Estratégico	Objetivo Operacional	Indicador Operacional
IE19. Medidas que potenciem a qualidade, harmonização e inovação da intervenção em CAD	Oop36. Promover a harmonização das Intervenções em CAD	Iop36.4. Orientações de procedimento para a harmonização do funcionamento e atividades desenvolvidas nas diferentes áreas de intervenção

Apesar de existirem diferentes modelos de funcionamento nas várias UIL a nível nacional, o modelo de intervenção biopsicossocial preconiza que todos os utentes sejam alvo de um diagnóstico social, sendo que apenas ficarão em seguimento pela área social aqueles que carecem de uma intervenção na área da reinserção. O indicador que está associado a este desígnio é a percentagem de pessoas acompanhadas pela área social, por relação com o total de utentes acompanhados nas UIL. Face ao total de ativos que foram acompanhados nas UIL em 2022, 40% tiveram pelo menos uma consulta com um técnico da área social (total nacional) o que demonstra que nem todas as pessoas que estão em tratamento nas UIL são alvo de um diagnóstico social. Afigura-se, assim, como uma prioridade garantir que todos os cidadãos que apresentam necessidades na área social são alvo de uma intervenção especializada, por profissionais da área social, mantendo esse acompanhamento sempre que necessário.

9. Especialidade em CAD

Indicador Estratégico	Objetivo Operacional	Indicador Operacional
IE21. Atividades de capacitação de profissionais ICAD	Oop43. Garantir o empoderamento das equipas, o desenvolvimento e capacitação dos profissionais	Iop43.1. Ações de formação de longa duração

Considerando o capital de conhecimento humano e experiência adquirida de muitos profissionais que trabalham há longos anos na área dos CAD, considera-se essencial assegurar que a transmissão de conhecimentos será efetivada, empoderando as novas gerações de profissionais CAD com o *know how* e competências técnicas decorrentes da evolução da evidência científica em CAD. Neste sentido, perspetiva-se como garante da transmissão de saberes, a implementação da Especialidade em CAD.

Esta procurará garantir a transmissão de conhecimentos e contribuirá para a promoção de boas práticas, agilizando a divulgação do saber na área de especialidade.

Intervir em CAD implica convergência de saberes, apanágio do Modelo Português centrado na multidisciplinariedade. Neste contexto, a existência de uma resposta formativa complexa, e que inclua a diversidade de saberes que se cruzam na área dos CAD, permitirá o acesso a uma certificação profissional de especialidade para quem intervém nesta área ou deseja vir a fazê-lo.

Sob este prisma, assegura-se uma intervenção alinhada com os valores que caracterizam o Modelo Português (Humanismo e Pragmatismo), em continuidade com os saberes adquiridos e, simultaneamente, em ajustamento às necessidades das populações-alvo.

10. Recrutamento e captação de RH

Indicador Estratégico	Objetivo Operacional	Indicador Operacional
IE25. Medidas de planeamento e gestão de RH	Oop48. Promover o recrutamento e a captação de RH essenciais ao funcionamento do ICAD	Iop48.2. Profissionais contratados

O reforço dos RH constitui-se como um requisito indispensável para responder às prioridades deste Plano Estratégico, fazendo parte dos desafios estratégicos definidos. A disponibilização de profissionais com condições de garantir o funcionamento do modelo de intervenção biopsicossocial que se preconiza para esta área é fundamental para intervenções ajustadas às necessidades das pessoas, sistemas e comunidades com problemáticas associadas aos CAD.

A monitorização destes *KPI* vai permitir ao ICAD avaliar de forma objetiva a evolução do seu desempenho em direção aos objetivos. Com uma periodicidade semestral, esta monitorização será complementar à avaliação dos planos anuais de atividades. Desta forma, será possível a identificação de áreas de melhoria, a facilitação da tomada de decisão e o alinhamento de todos os profissionais com a visão estratégica do serviço.

VII. ANEXOS

I. SITUAÇÃO NACIONAL EM MATÉRIA DE CAD

Álcool – Consumos

CONTEXTO POPULAÇÃO GERAL

Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral (15-74 anos)

2022

Gráfico 1. Prevalências de consumo ao longo da vida e nos últimos 12 meses (%)

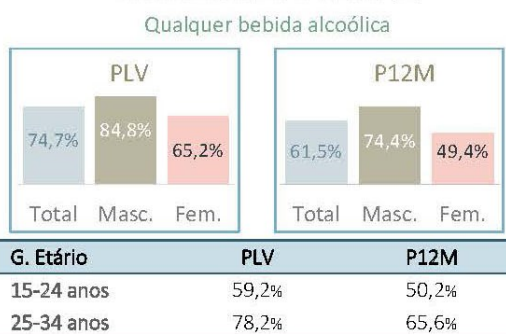


Gráfico 2. Prevalências de consumo *binge** e embriaguez** nos últimos 12 meses (%)

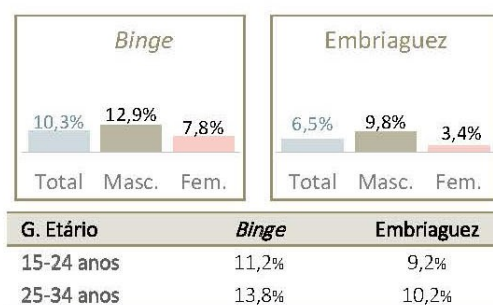
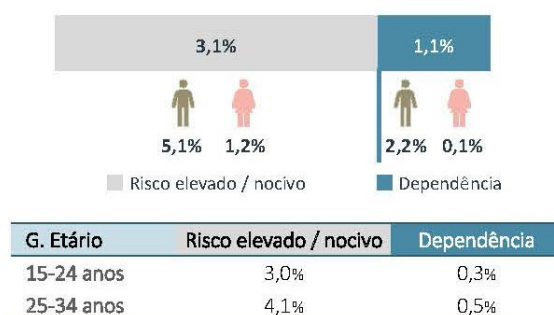


Gráfico 3. Dependência e consumo abusivo de álcool*** (AUDIT) (%)



2012 / 2016-17 / 2022

Gráfico 4. Prevalências de consumo ao longo da vida e nos últimos 12 meses (%)



Gráfico 5. Prevalências de consumo *binge** e embriaguez** nos últimos 12 meses (%)



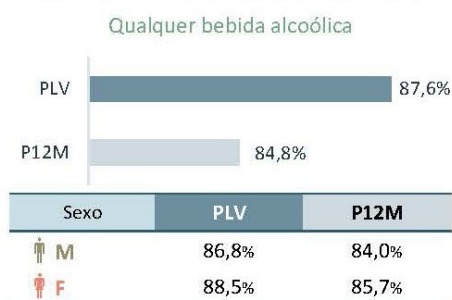
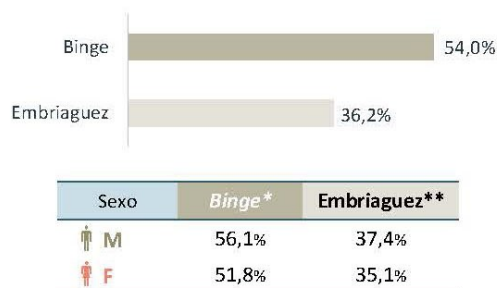
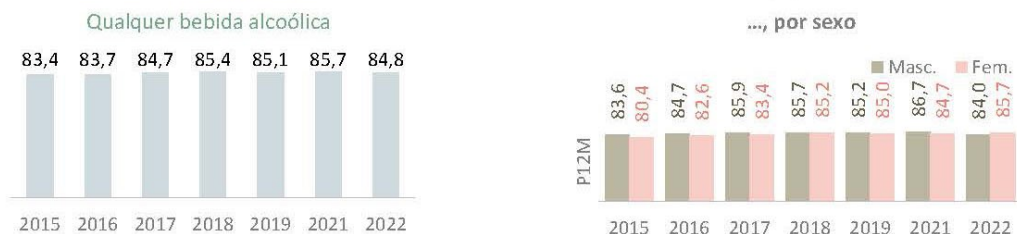
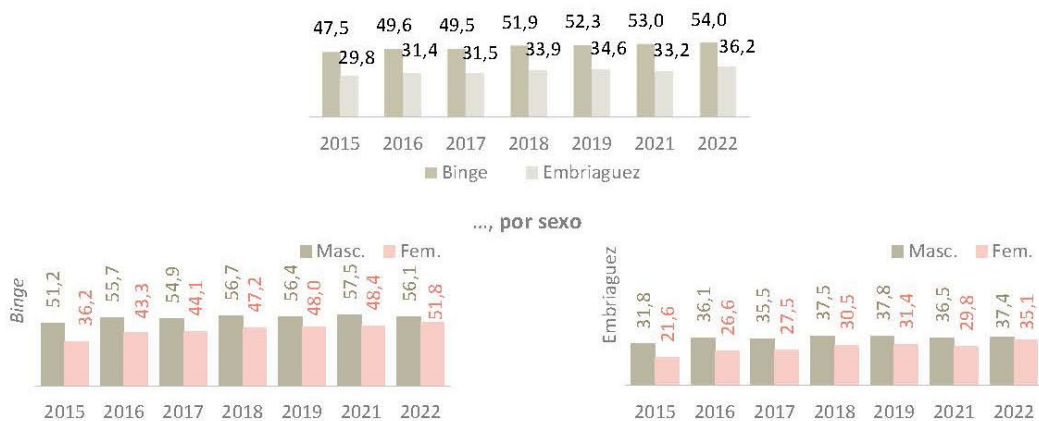
*Binge: Consumo de 5 ou mais copos (se for do sexo feminino) ou 6 ou mais copos (se for do sexo masculino) de uma qualquer bebida alcoólica na mesma ocasião.

**Embriaguez: cambalear, dificuldade em falar, vomitar, não recordar o que aconteceu.

*AUDIT- Alcohol Use Disorders Identification Test.

Gráfico 6. Dependência e consumo abusivo de álcool através do AUDIT* (%)

*AUDIT- Alcohol Use Disorders Identification Test.

Fonte: Balsa *et al.*, 2023 / ICAD, IP – UEI**Inquérito aos Jovens Participantes no Dia da Defesa Nacional (18 anos)****2022****Gráfico 7. Prevalências de consumo ao longo da vida e nos últimos 12 meses, *binge** e embriaguez** nos últimos 12 meses (%)****Gráfico 6. Prevalências de *binge** e embriaguez** nos últimos 12 meses (%)****2015 – 2019 / 2021 – 2022****Gráfico 7. Prevalências de consumo nos últimos 12 meses (%)****Gráfico 8. Prevalências de consumo *binge** e embriaguez** nos últimos 12 meses (%)**

* Consumo de 5 ou mais copos (se for do sexo feminino) ou 6 ou mais copos (se for do sexo masculino) de uma qualquer bebida alcoólica na mesma ocasião. ** Ficar a cambaleiar, dificuldade em falar, vomitar, não recordar o que aconteceu.

Fonte: Carapinha *et al.*, 2023 / ICAD, IP – UEI

CONTEXTOS ESPECÍFICOS

ESCOLAR: Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências (Portugal Continental . alunos 13-18 anos)

2019

Gráfico 9. Prevalências de consumo ao longo da vida (%)

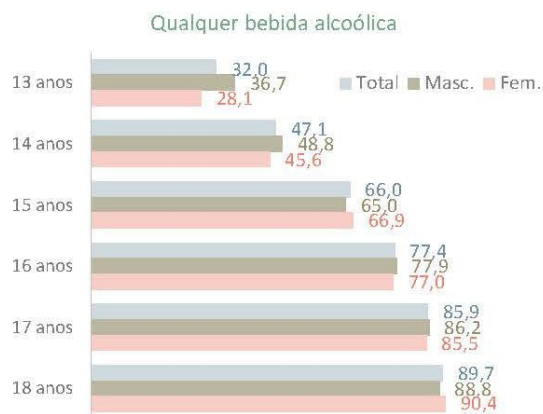


Gráfico 10. Prevalências de consumo nos últimos 12 meses (%)

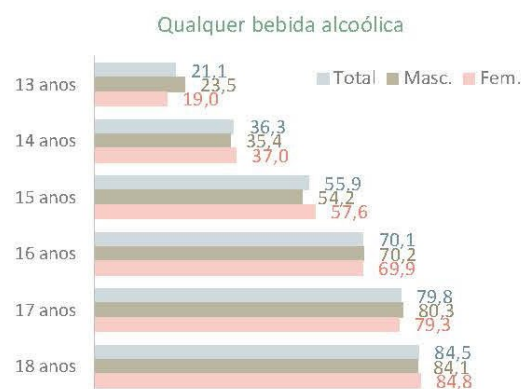


Gráfico 11. Prevalências de embriaguez* nos últimos 12 meses(%)

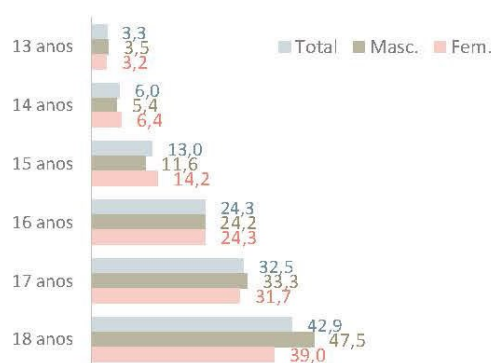
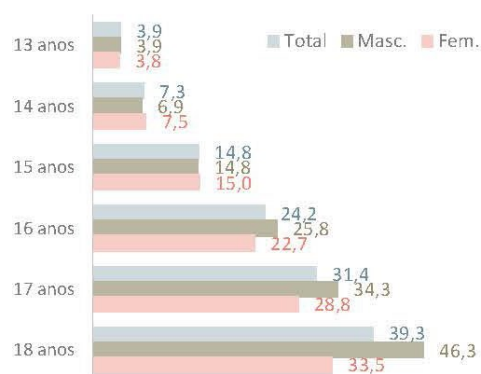


Gráfico 12. Prevalências de consumo binge** nos últimos 30 dias (%)



2015 / 2019

Gráfico 13. Prevalências de consumo nos últimos 12 meses (%)



..., por sexo e idade



2015 / 2019

Gráfico 14. Prevalências de embriaguez* nos últimos 12 meses (%)

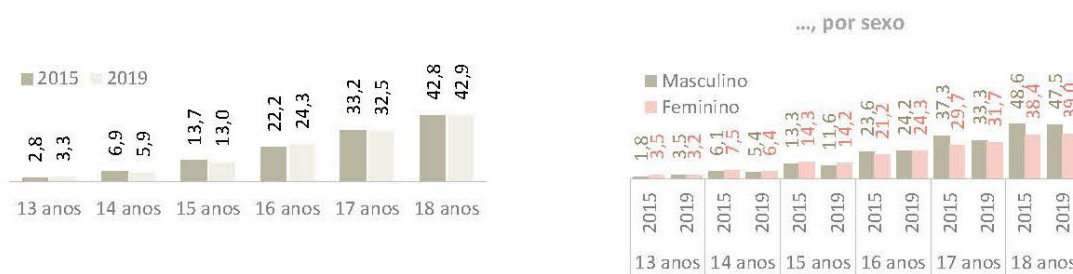


Gráfico 15. Prevalências binge** nos últimos 30 dias (%)



* Cambaleiar, dificuldade em falar, vomitar, e/ou não recordar o que aconteceu. ** Tomar 5 ou mais doses de uma qualquer bebida alcoólica na mesma ocasião.

Fonte: Lavado & Calado, 2021a / Lavado et al., 2020 / ICAD, IP – UEI

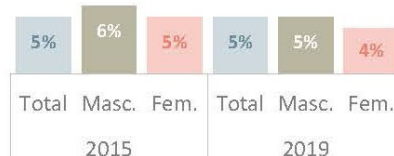
ESCOLAR: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (alunos de 16 anos)

2015 / 2019

Gráfico 16. Prevalências de consumo nos últimos 12 meses (%)



Gráfico 17. Proporção de estudantes que se embriagaram com 13 anos ou menos, por sexo (%)



Fonte: ESPAD Group, 2016; ESPAD GROUP, 2020 / ICAD, IP – UEI

ENSINO SUPERIOR: Estudo sobre Saúde e Estilos de Vida no Ensino Superior (Portugal . 1.º Ciclo e 2.º Ciclo)

2022

Gráfico 18. Prevalências de consumo ao longo da vida e nos últimos 12 meses (%)



Gráfico 19. Prevalências de consumo *binge** e embriaguez nos últimos 30 dias (%)



* Tomar 5 ou mais copos de uma qualquer bebida alcoólica na mesma ocasião.

Fonte: Silva *et al.*, 2023 / ICAD, IP – UEL.

Álcool - Problemas relacionados com os consumos

TRATAMENTO

2022

Gráfico 20. Utentes em tratamento no ano, e utentes que iniciaram tratamento no ano (n)
(ambulatório – rede pública)



..., por sexo / G. E.

Sexo/ G.E.	Utentes em Tratamento no ano	Utentes que iniciaram Tratamento no ano
♂ M	80,4%	83,0%
♀ F	19,6%	17,0%
≤ 34 anos	6,0%	9,2%
35-49 anos	35,0%	38,3%
≥ 50 anos	59,0%	52,5%

Fonte: SICAD (2023a) / ARS, IP / ICAD, IP, GTSI e UEI

2018 – 2022

Gráfico 21. Utentes que iniciaram tratamento no ano: Novos utentes e Utentes readmitidos (n)
(ambulatório – rede pública)



..., por sexo



INTERNAMENTOS HOSPITALARES

2022

Gráfico 22. Internamentos hospitalares relacionados com o consumo de álcool*
diagnóstico principal (n)

Portugal

ICD-10-CM/PCS

Internamentos Hospitalares (diagnóst. principal): 4 538



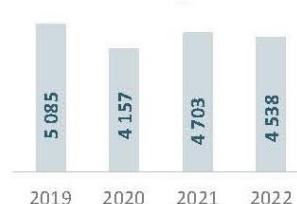
40 465 internamentos hospitalares com diagnóstico principal e/ou secundários atribuíveis ao consumo de álcool* envolvendo 30 301 indivíduos.

♂ M	87,5%
♀ F	12,5%
< 65 anos	54,2%
≥ 65 anos	45,8%

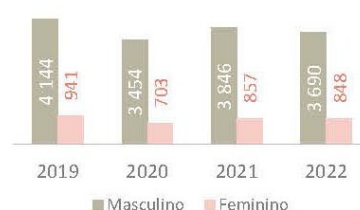
2019 – 2022

Gráfico 23. Internamentos hospitalares relacionados com o consumo de álcool*
diagnóstico principal (n)

Portugal



..., por sexo



* ICD-10-CM/PCS: F10.10, F10.11, F10.12, F10.14, F10.15, F10.18, F10.19, F10.20, F10.21, F10.22, F10.23, F10.24, F10.25, F10.26, F10.27, F10.28, F10.29, F10.92, F10.94, F10.95, F10.96, F10.97, F10.98, F10.99, G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70.0, K70.1, K70.2, K70.3, K70.4, K70.9, K86.0, O35.4, P04.3, Q86.0, R78.0, T510X1A, T510X2A, T510X3A, T510X4A, T511X1A, T511X2A, T511X3A, T511X4A, T5191XA, T5192XA, T5193XA, T5194XA.

2019 – 2022

Gráfico 24. Internamentos relacionados com o consumo de álcool*
diagnóstico principal ou secundário (n)



* ICD-10-CM/PCS: F10.10, F10.11, F10.12, F10.14, F10.15, F10.18, F10.19, F10.20, F10.21, F10.22, F10.23, F10.24, F10.25, F10.26, F10.27, F10.28, F10.29, F10.92, F10.94, F10.95, F10.96, F10.97, F10.98, F10.99, G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70.0, K70.1, K70.2, K70.3, K70.4, K70.9, K86.0, O35.4, P04.3, Q86.0, R78.0, T510X1A, T510X2A, T510X3A, T510X4A, T511X1A, T511X2A, T511X3A, T511X4A, T5191XA, T5192XA, T5193XA, T5194XA.

Fonte: SICAD (2023a) / ACSS, IP / ICAD, IP - UEI

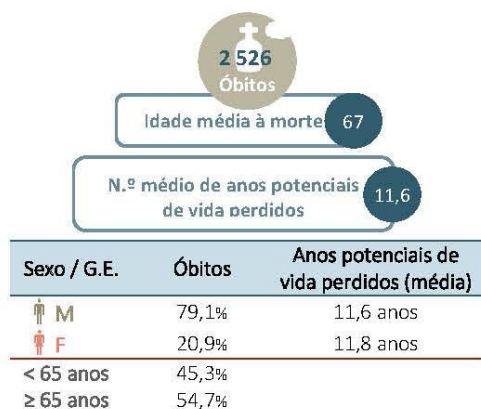
Gráfico 25. Indivíduos com internamentos relacionados com o consumo de álcool*
diagnóstico principal ou secundário (n)



MORTALIDADE

2021

Figura 1. Registos Gerais – Mortes por doenças atribuíveis ao álcool (n)*



2022

Figura 2. Registos Específicos – Intoxicações alcoólicas (n)



2017 – 2021

Gráfico 26. Registos Gerais – Mortes por doenças atribuíveis ao álcool* (n)

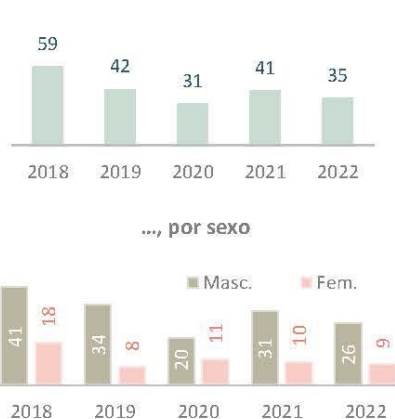


* Doenças atribuíveis ao álcool CID-10: C00 – C15, F10, I42.6, K70, K85-86.0, X45. Critério OMS, utilizado pelo INE, IP.

Fonte: SICAD (2023a) / INE, IP / ICAD, IP - UEI

2018 – 2022

Gráfico 27. Registos Específicos – Intoxicações alcoólicas (n)



Fonte: INMLCF, IP / ICAD, IP - UEI

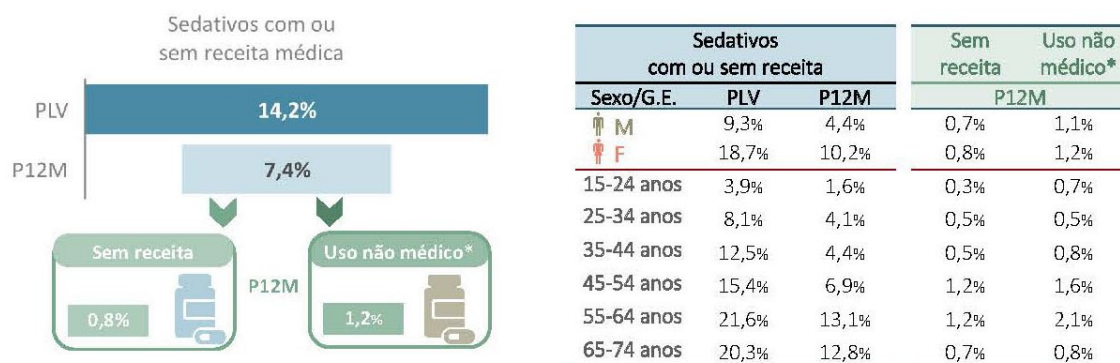
Medicamentos - Consumos e problemas relacionados com os consumos

Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral (15-74 anos)

2022

Gráfico 28. Prevalências de consumo ao longo da vida e nos últimos 12 meses (%)

Sedativos, tranquilizantes ou hipnóticos

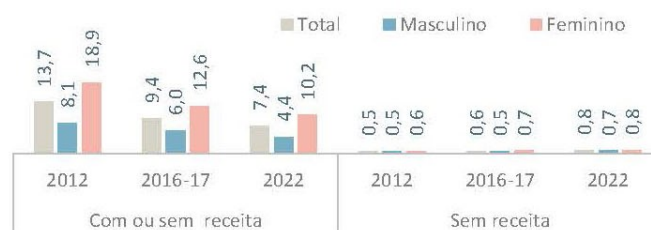


* Uso de medicamentos sem receita prescrita por médico, e/ou em doses maiores, e/ou por períodos mais longos, e/ou para finalidades diferentes das prescritas.

2012 / 2016-17 / 2022

Gráfico 29. Prevalências de consumo nos últimos 12 meses (%)

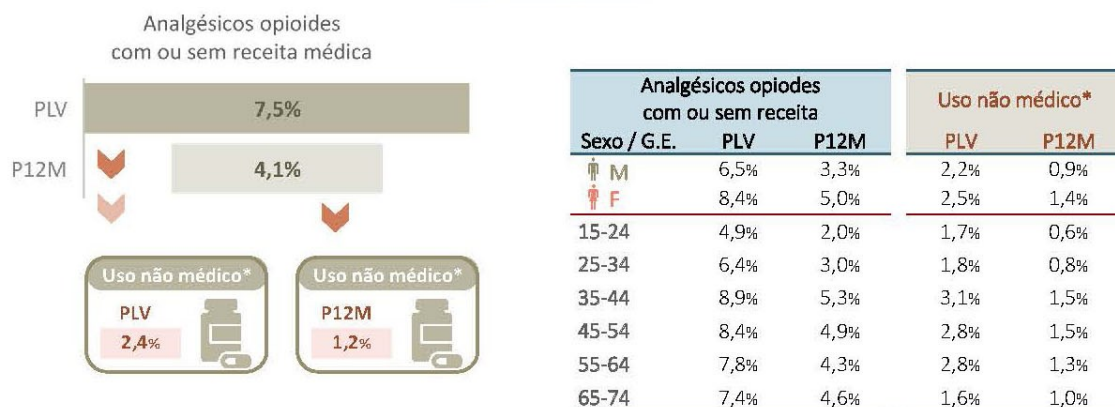
Sedativos, tranquilizantes ou hipnóticos com ou sem receita médica



2022

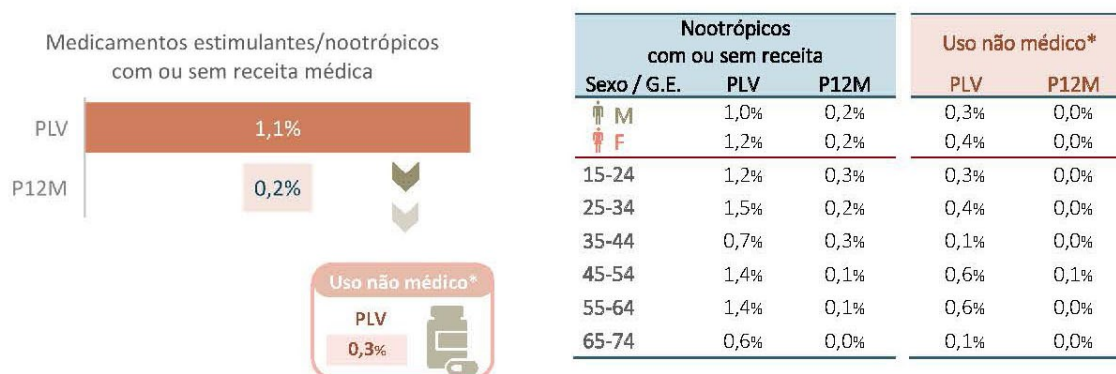
Gráfico 30. Prevalências de consumo ao longo da vida e nos últimos 12 meses (%)

Analgésicos opiodes



* Uso de medicamentos sem receita prescrita por médico, e/ou em doses maiores, e/ou por períodos mais longos, e/ou para finalidades diferentes das prescritas.

Gráfico 31. Prevalências de consumo ao longo da vida e nos últimos 12 meses (%)

Medicamentos estimulantes/nootrópicos

*Uso de medicamentos sem receita prescrita por médico, e/ou em doses maiores, e/ou por períodos mais longos, e/ou para finalidades diferentes das prescritas.

Fonte: Balsa *et al.*, 2023 / ICAD, IP – UEI

Inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional (18 anos)**2022**

Gráfico 32. Prevalências de consumo ao longo da vida e nos últimos 12 meses (%)

Sedativos/tranquilizantes sem receita médica

Sexo	PLV	P12M
♂ M	6,2%	4,4%
♀ F	8,5%	6,0%

2015 – 2019 / 2021 – 2022

Gráfico 33. Prevalências de consumo nos últimos 12 meses (%)

Sedativos/tranquilizantes sem receita médica

Fonte: Carapinha *et al.*, 2023 / ICAD, IP – UEI

CONTEXTOS ESPECÍFICOS

ESCOLAR: Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências (Portugal Continental. alunos 13-18 anos)

2019

Gráfico 36. Prevalências de consumo ao longo da vida (%)

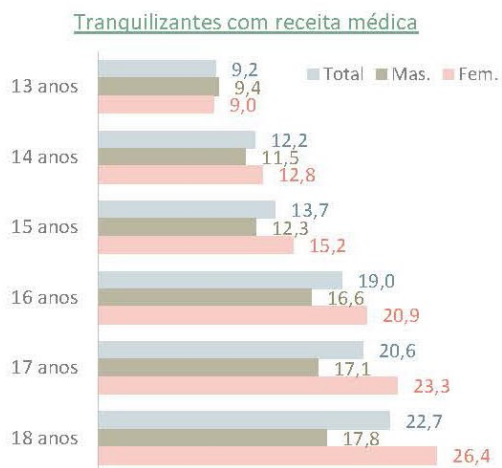
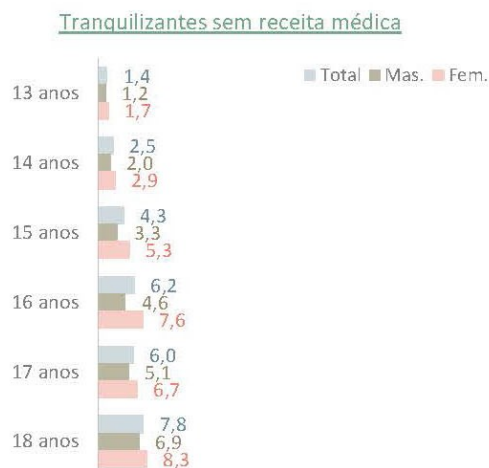


Gráfico 37. Prevalências de consumo ao longo da vida (%)



2015 / 2019

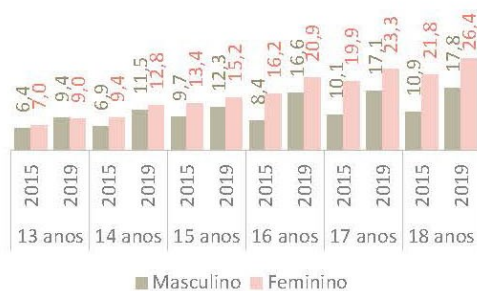
Gráfico 38. Prevalências de consumo ao longo da vida (%)



Gráfico 39. Prevalências de consumo ao longo da vida (%)



..., por sexo e idade



..., por sexo e idade



2019

Gráfico 40. Prevalências de consumo ao longo da vida (%)

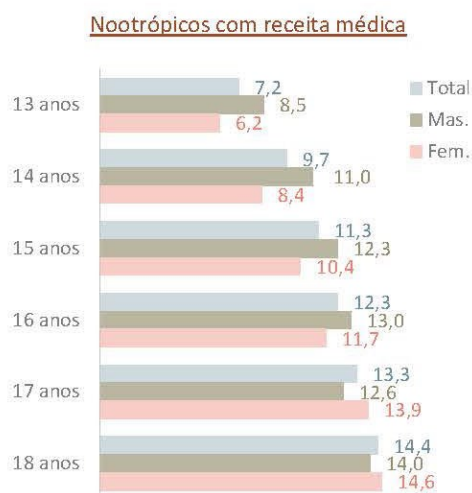
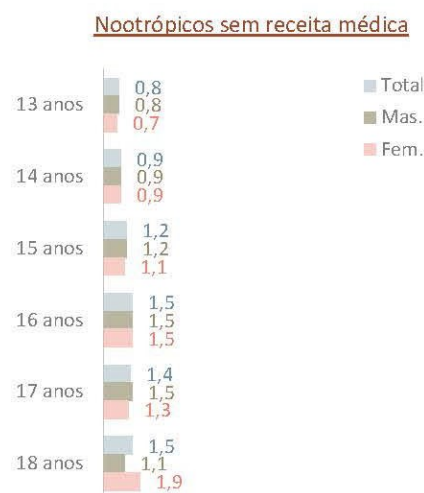


Gráfico 41. Prevalências de consumo ao longo da vida (%)

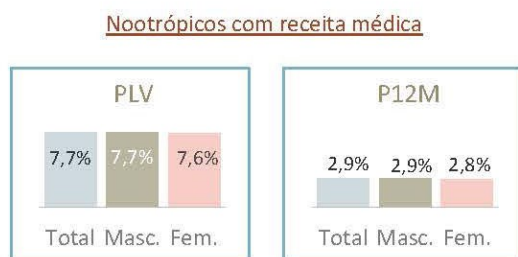


Fonte: Lavado et al., 2020 / ICAD, IP - UEI

ENSINO SUPERIOR: Estudo sobre Saúde e Estilos de Vida no Ensino Superior (Portugal . 1.º Ciclo e 2.º Ciclo)

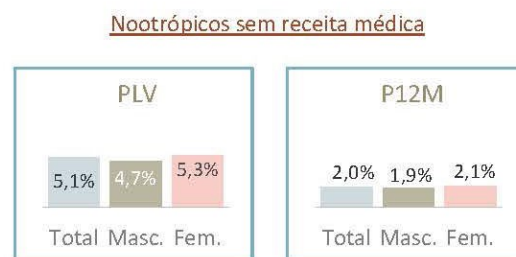
2022

Gráfico 42. Prevalências de consumo ao longo da vida e nos últimos 12 meses (%)



G. Etário	PLV	P12M
≤ 19 anos	8,3%	3,4%
20-22	8,0%	2,7%
23-29	7,2%	2,4%
30-39	3,9%	2,4%
≥ 40 anos	3,8%	1,9%

Gráfico 43. Prevalências de consumo ao longo da vida e nos últimos 12 meses (%)

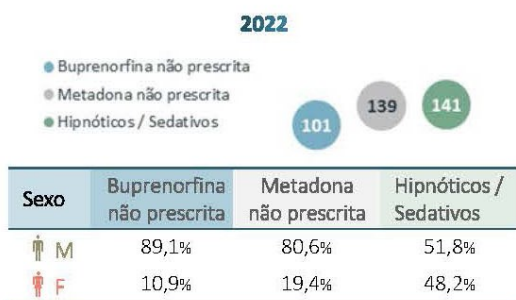


G. Etário	PLV	P12M
≤ 19 anos	5,3%	2,1%
20-22	5,1%	2,2%
23-29	5,4%	1,6%
30-39	3,5%	1,6%
≥ 40 anos	3,4%	1,4%

Fonte: Silva et al., 2023 / ICAD, IP - UEI

TRATAMENTO

Gráficos 44. Utentes em tratamento no ano
(n) – Droga principal
(ambulatório – rede pública)



2018 – 2022



Gráficos 45. Utentes que iniciaram tratamento no ano
(n) – Droga principal
(ambulatório – rede pública)



2018 – 2022



Fonte: ARS, IP / ICAD, IP, GTSI e UEI

MORTALIDADE

Registos Específicos – Mortes por overdoses (n)

2022

Gráfico 46. Overdoses com presença de benzodiazepinas em associação com substâncias ilícitas (n)

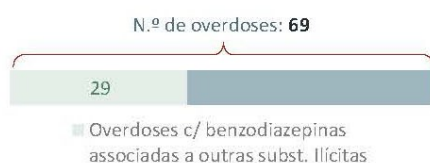
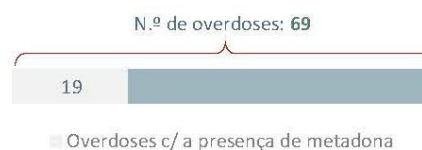


Gráfico 47. Overdoses com presença de metadona (n)



2018 – 2022

Gráfico 48. Overdoses com presença de benzodiazepinas em associação com substâncias ilícitas no total de overdoses (n)



Gráfico 49. Overdoses com presença de metadona no total de overdoses (n)



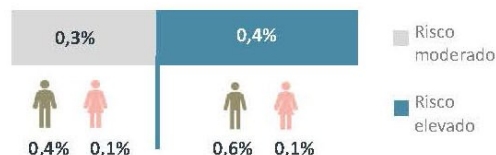
Fonte: INMLCF, IP / ICAD, IP – UEI

Substâncias ilícitas – Consumos

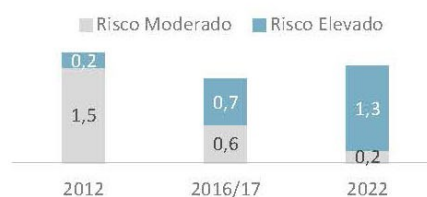
CONTEXTO POPULAÇÃO GERAL

Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral (15-74 anos)**2022****Gráfico 50.** Prevalências de consumo ao longo da vida e nos últimos 12 meses (%)

G. Etário	PLV	P12M
15-24 anos	13,3%	6,5%
25-34 anos	18,3%	4,1%

Gráfico 51. Avaliação da dependência de canábis através do CAST* (últimos 12 meses) (%)

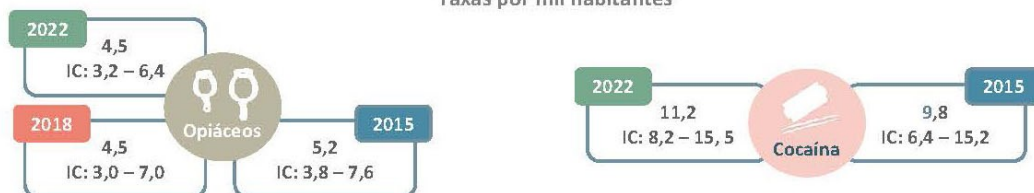
G. Etário	Risco Moderado	Risco Elevado
15-24 anos	0,2%	1,3%
25-34 anos	0,4%	0,6%

2012 / 2016-17 / 2022**Gráfico 52.** Prevalências de consumo ao longo da vida e nos últimos 12 meses (%)**Gráfico 53.** Avaliação da dependência de canábis através do CAST* (últimos 12 meses) (%)**15-24 anos*** Teste de avaliação da dependência: *Cannabis Abuse Screening Test*.

Fonte: Balsa et al., 2023 / ICAD, IP – UEI

Estimativas do número de consumidores problemáticos/de alto risco de opiáceos e cocaína (Portugal Continental . 15-64 anos)**2015 / 2018 / 2022****Figura 3.** Consumidores de Opiáceos e de Cocaína nos últimos 12 meses (%)

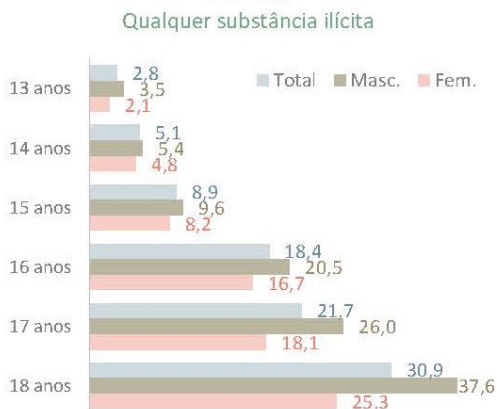
Taxas por mil habitantes



Fonte: Carapinha & Lavado, 2023; Lavado & Carapinha, 2023 / ICAD, IP – UEI

Inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional (18 anos)**2022****Gráfico 54. Prevalências de consumo ao longo da vida e nos últimos 12 meses (%)**

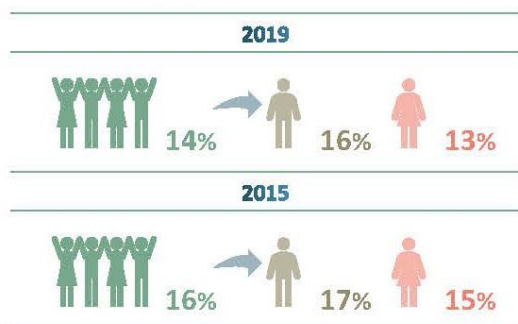
Sexo	PLV	P12M
M	37,3%	31,0%
F	29,9%	23,4%

Fonte: Carapinha *et al.*, 2023 / ICAD, IP – UEI**2015 – 2019 / 2021 – 2022****Gráfico 55. Prevalências de consumo nos últimos 12 meses (%)****CONTEXTOS ESPECÍFICOS****ESCOLAR: Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências (Portugal Continental . alunos 13-18 anos)****2019****Gráfico 56. Prevalências de consumo ao longo da vida (%)****Gráfico 57. Prevalências de consumo nos últimos 12 meses (%)****2015 / 2019****Gráfico 58. Prevalências de consumo nos últimos 12 meses (%)**Fonte: Lavado *et al.*, 2020 / ICAD, IP – UEI

ESCOLAR: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (alunos de 16 anos)

2015 / 2019

Gráfico 59. Prevalências de consumo ao longo da vida (%)
Qualquer substância ilícita



Fonte: ESPAD Group, 2016; ESPAD GROUP, 2020 / ICAD, IP – UEI

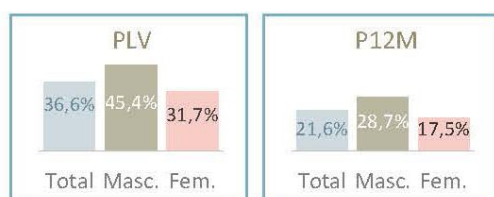
Gráfico 60. Proporção de estudantes que iniciaram consumos de canábis com 13 anos ou menos, por sexo (%)



ENSINO SUPERIOR: Estudo sobre Saúde e Estilos de Vida no Ensino Superior (Portugal . 1.º Ciclo e 2.º Ciclo)

2022

Gráfico 61. Prevalências de consumo ao longo da vida e nos últimos 12 meses (%)
Qualquer substância ilícita



Fonte: Silva et al., 2023 / ICAD, IP – UEI

G. Etário	PLV	P12M
≤ 19 anos	29,0%	20,6%
20-22	39,2%	23,5%
23-29	44,7%	22,4%
30-39	39,5%	10,9%
≥ 40 anos	31,1%	5,5%

Substâncias ilícitas – Problemas relacionados com os consumos

TRATAMENTO

2022

Gráfico 62. Utentes em tratamento no ano e utentes que iniciaram tratamento no ano (n)
(ambulatório - rede pública)



..., por sexo / G.E.

Sexo / G.E.	Utentes em Tratamento no ano	Utentes que iniciaram Tratamento no ano
M	84,1%	84,6%
F	15,9%	15,4%
≤34	14,0%	42,8%
35-49	44,7%	39,9%
≥50	41,3%	17,3%

Fonte: SICAD (2023b) / SICAD (2023c) / ARS, IP / ICAD, IP, GTSI e UEI

2018 – 2022

Gráficos 63. Utentes que iniciaram tratamento no ano: Novos utentes e Utentes readmitidos (n)
(ambulatório - rede pública)



..., por sexo



VIH/SIDA

01/01/2013 – 31/12/2022

Gráfico 64. Notificações de infeção por VIH
(casos acumulados - n)



Em 2013-2022 existiam 414 de casos com categoria de transmissão não referida e em 2018 – 2022, 221 casos.

Gráfico 65. Notificações de casos de SIDA
(casos acumulados - n)



Em 2013-2022 existiam 105 de casos com categoria de transmissão não referida e em 2018 – 2022, 59 casos.

Quadro 1. Casos de infeção por VIH em utilizadores de drogas injetadas, por sexo e grupo etário (%)

Sexo / G.E.	2013 – 2022 (%)	2018 – 2022 (%)
M	84,9%	83,1%
F	15,1%	16,9%
≤34 anos	25,7%	29,4%
35-49 anos	60,0%	53,8%
≥50 anos	14,3%	16,9%

2018 – 2022

Gráfico 66. Notificações de casos de infecção por VIH e casos de SIDA (n)

Utilizadores de drogas injetadas por ano de diagnóstico



Fonte: DGS / INSA (2023) / SICAD (2023b) / ICAD, IP – UEI

MORTALIDADE

2021

Figura 4. Registos Gerais – Mortes relacionadas com o consumo de drogas (n) - Critério OEDT*



2022

Figura 5. Registos Específicos – Mortes por overdose (n)



2017 – 2021

Gráfico 67. Registos Gerais – Mortes relacionadas com o consumo de drogas (n) - Critério OEDT*



*Códigos da CID 10: F11 a F12, F14 a F16, F19, X42, X62 e Y12 (combinando estes últimos três códigos com os códigos T 40.0-9), X41, X61 e Y11 (combinando estes últimos três códigos com o código T 43.6) e X44, X64 e Y14 (combinando estes últimos três códigos com os códigos T 40.0-9 e T 43.6).

Fonte: SICAD (2023b) / SICAD (2023c) / INE, IP / ICAD, IP – UEI

2018 – 2022

Gráfico 68. Registos Específicos – Mortes por overdose (n)



Fonte: INMLCF, IP / ICAD, IP – UEI

PROCESSOS DE CONTRAORDENAÇÃO POR CONSUMO DE DROGAS

2022

Figura 6. Indivíduos envolvidos em processos de contraordenação por consumos de drogas

(ocorrências no ano)



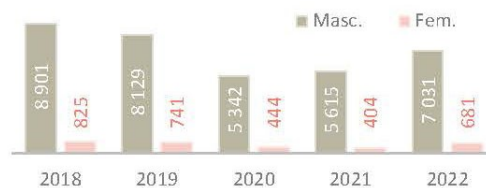
... por sexo / G.E.

Sexo / G.E.	Indiciados (%)
M	91,2%
F	8,8%
16-19 anos	14,8%
20-24	30,8%
25-34	29,9%
35-44	12,9%
45-54	8,2%
≥ 55 anos	3,3%

2018-2022

Gráfico 69. Total de indivíduos em processos de contraordenação (n)

..., por sexo



Fonte: SICAD (2023b) / SICAD (2023c) / ICAD, IP - CDT - GCID - GTSI - UEI

Jogo

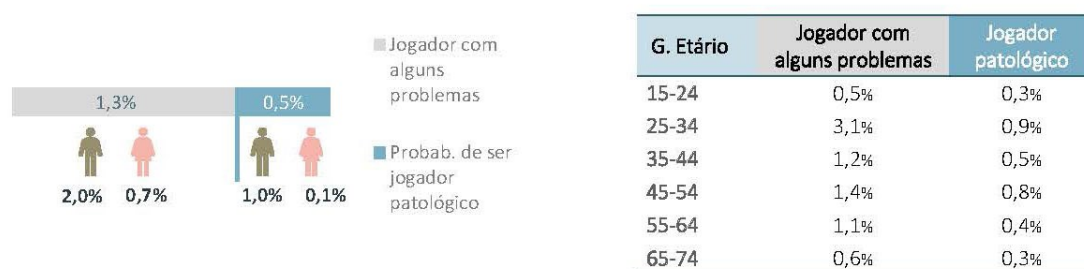
CONTEXTO POPULAÇÃO GERAL

Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral (15-74 anos)

2022

Gráfico 70. Prevalências de jogo a dinheiro ao longo da vida (%)

Jogo a dinheiro* (online / offline)

**Gráfico 71. Avaliação de jogo patológico através do SOGS** (%)**

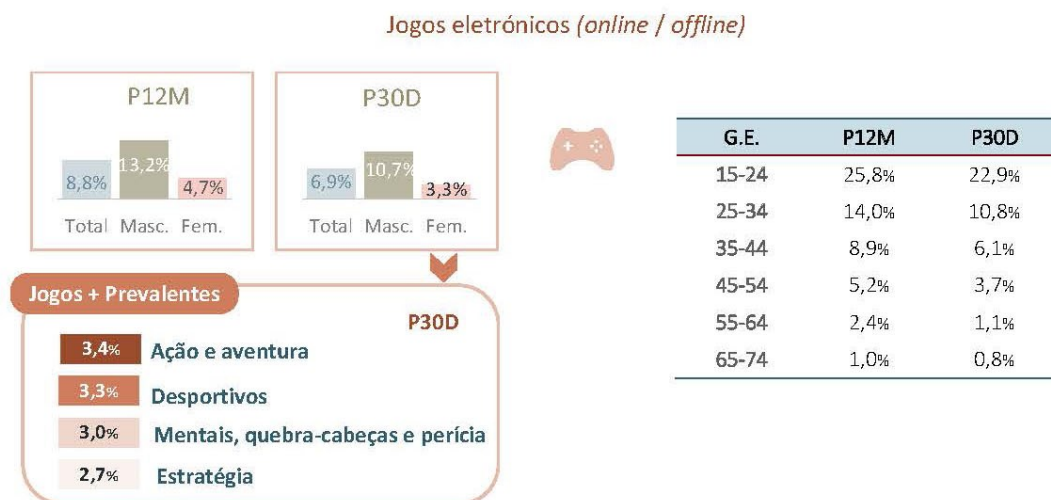
2012 / 2016-17 / 2022

Gráfico 72. Prevalências de de jogo a dinheiro* ao longo da vida (%)**Gráfico 73. Avaliação de jogo patológico através do SOGS** (%)**

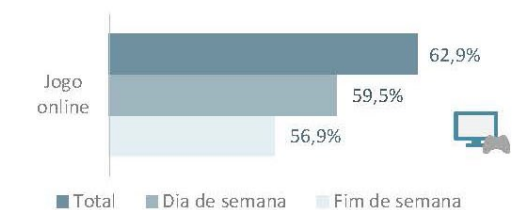
* Totobola ou totoloto e/ou Lotarias e/ou Raspadinha e/ou Euromilhões e/ou Placard e/ou Outras apostas desportivas (Solverde, Betclix) e/ou Corridas de cavalos e/ou Jogos de perícia a dinheiro (bilhar, snooker, golf, etc.) e/ou de cartas, entre amigos ou conhecidos, a dinheiro e/ou Jogos de apostas, entre amigos ou conhecidos, a dinheiro e/ou Slot Machines/ máquinas de jogo e/ou Poker e/ou Roleta e/ou Jogos de dados a dinheiro e/ou Outros jogos de casino e/ou Outros jogos de apostas em salões de jogo.

** SOGS - South Oaks Gambling Screen.

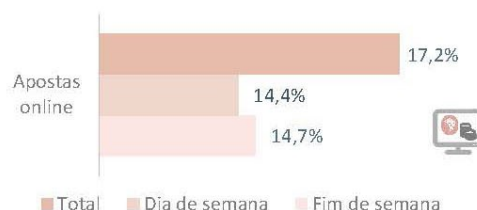
Fonte: Balsa et al., 2023 / ICAD, IP – UEI

Gráfico 74. Prevalências de jogo eletrónico nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias (%)

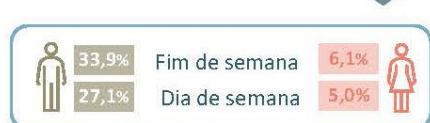
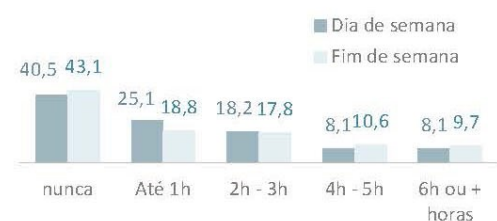
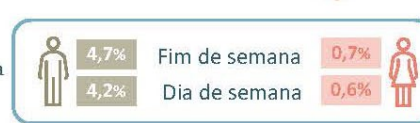
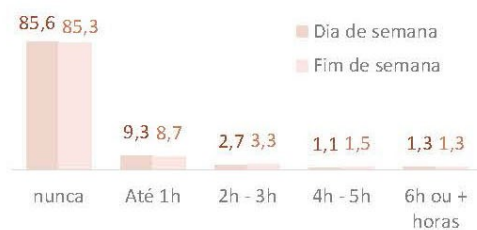
Fonte: Balsa et al., 2023 / ICAD, IP – UEI

Inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional (18 anos)**2022****Gráfico 75. Prevalências de jogo online (em geral) (%)**

Sexo	Jogo online	Dia de semana	Fim de semana
M	85,5%	82,3%	80,6%
F	39,4%	35,9%	32,4%

Gráfico 76. Prevalências de jogo de apostas online (%)

Sexo	Apostas online	Dia de semana	Fim de semana
M	28,9%	24,6%	25,2%
F	5,1%	3,9%	4,0%

Gráfico 77. Frequência de jogo online: n.º de horas por dia (%)**Gráfico 78. Frequência de jogo de apostas online: n.º de horas por dia (%)**

2015 – 2019 / 2021 – 2022

Gráfico 79. Prevalências de jogo online (em geral) (%)



jogo online (total), por sexo

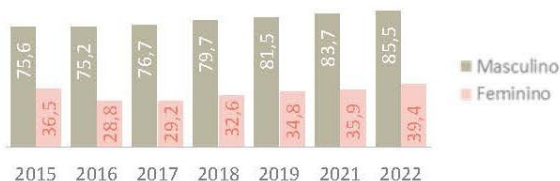


Gráfico 80. Prevalências de jogo de apostas online (%)



jogo de apostas online (total), por sexo



Fonte: Carapinha et al., 2023 / ICAD, IP – UEI

CONTEXTOS ESPECÍFICOS

ESCOLAR: Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências (Portugal Continental . alunos 13-18 anos)

2019

Gráfico 81. Prevalências jogo a dinheiro* (gambling) nos últimos 12 meses (%)

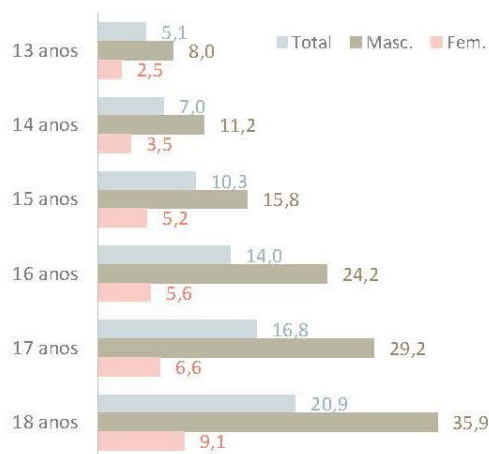


Gráfico 82. Prevalência de jogo eletrónico* nos últimos 30 dias de 4 ou mais horas por dia (%)



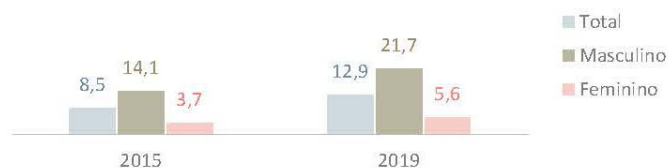
18%

dos alunos que jogaram jogos eletrónicos online nos últimos 7 dias são jogadores problemáticos**



2015 / 2019

Gráfico 83. Prevalências jogo a dinheiro (gambling) nos últimos 12 meses, por sexo (%)



* Online ou offline.

** Avaliação da dimensão problemática do Jogo Eletrónico online através do POGQ-SF.

Fonte: Calado & Lavado, 2021 / Lavado & Calado, 2021b / Lavado et al., 2020 / ICAD, IP – UEI.

ENSINO SUPERIOR: Estudo sobre Saúde e Estilos de Vida no Ensino Superior
(Portugal . 1.º Ciclo e 2.º Ciclo)

2022

Gráfico 84. Prevalências de jogo a dinheiro nos últimos 12 meses (%)

Jogo a dinheiro (online / offline)



Gráfico 85. Prevalências de jogo eletrónico online nos últimos 30 dias (%)

Jogos eletrónicos online (sem ser a dinheiro)

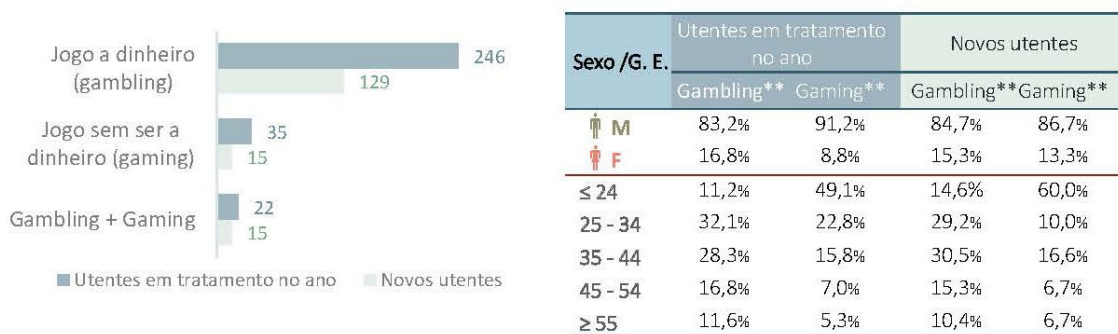


Fonte: Silva *et al.*, 2023 / ICAD, IP – UEI

TRATAMENTO

2022

Gráfico 86. Utentes em tratamento no ano e novos utentes por problemas relacionados com o Jogo* (n)
(ambulatório - rede pública)



2018 – 2022

Gráfico 87. Utentes em tratamento no ano e novos utentes por problemas relacionados com o Jogo (n)
(ambulatório – rede pública)



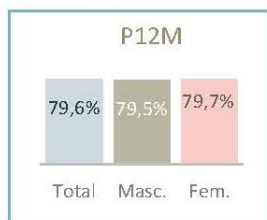
* Utentes em tratamento nas estruturas de tratamento da Rede Pública (ARS) em ambulatório por problemas relacionados com o jogo (tipo de inscrição nestas estruturas corresponde à tipologia “jogo”).

** Nas categorias estão incluídos os jogadores que praticam as duas modalidades (*gambling + gaming*).

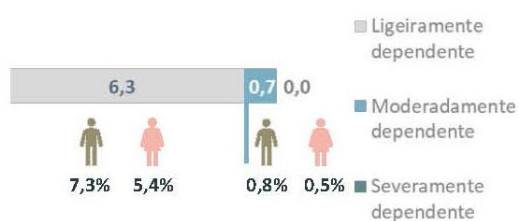
Fonte: ARS, IP / ICAD, IP, GTSI e UEI

Internet

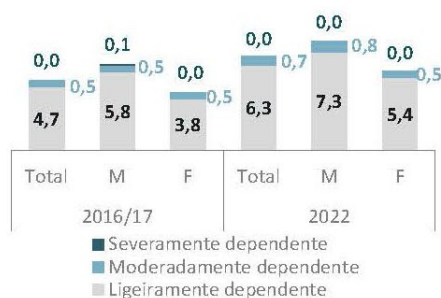
CONTEXTO POPULAÇÃO GERAL

Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral (15-74 anos)**2022****Gráfico 88. Prevalência de utilização de internet nos últimos 12 meses (%)**

Grupo Etário	P12M
15-24 anos	98,4%
25-34	96,7%
35-44	92,9%
45-54	86,1%
55-64	72,6%
65-74 anos	33,3%

Gráficos 89. Avaliação de dependência da internet através do IAT* (%)

Grupo Etário	Ligeiramente dependente	Moderadamente dependente
15-24 anos	14,5%	2,0%
25-34	10,7%	1,4%
35-44	7,4%	0,4%
45-54	4,6%	0,3%
55-64	2,6%	0,1%
65-74 anos	0,3%	0,1%

2016-17 / 2022**Gráfico 90. Prevalência de utilização de internet nos últimos 12 meses (%)****Gráfico 91. Avaliação de dependência da internet através do IAT* (%)**

* IAT - Internet Addiction Test. Em 2022, a categoria severamente dependente apresentou prevalências nulas (total, por sexo, e grupo etário).

Fonte: Balsa et al., 2023 /ICAD, IP – UEI.

Inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional (18 anos)**2022**

31% dos jovens mencionaram a experiência de **problemas** com a sua utilização da **Internet**

+ Prevalentes**18,1%** Mal-estar emocional**16,9%** Problemas no rendimento na escola/trabalho**39%**

dos jovens declararam ter iniciado a utilização da **Internet** antes dos **10 anos**



Gráfico 92. Duração média (em horas) de utilização da internet por dia (%)



2015 – 2019 / 2021 – 2022

Gráfico 93. Utilização de internet de 4 ou mais horas por dia (%)

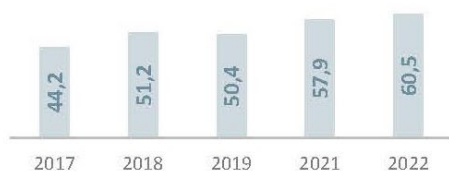


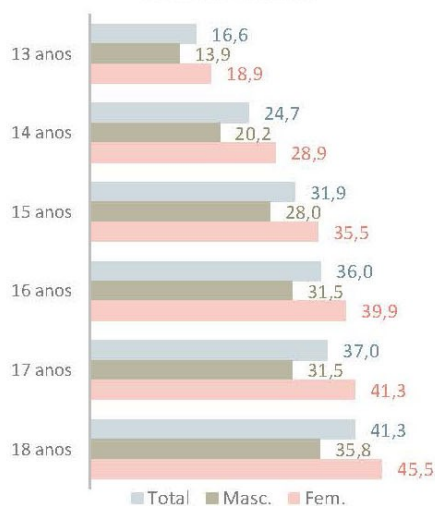
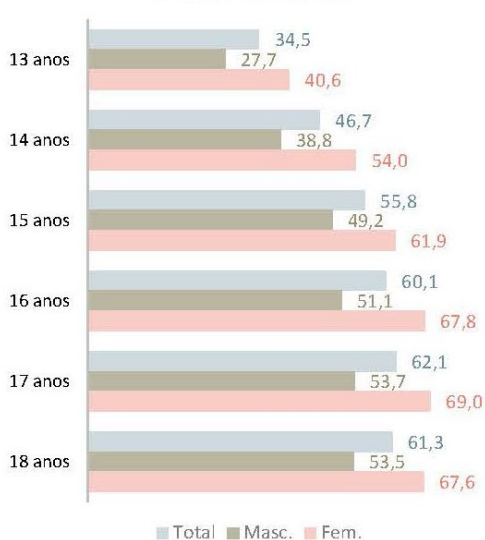
Gráfico 94. Prevalência de problemas associados à utilização da internet (%)


 Fonte: Carapinha *et al.*, 2023 / ICAD, IP – UEI

CONTEXTOS ESPECÍFICOS

ESCOLAR: Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências (Portugal Continental . alunos 13-18 anos)

2019

 Gráfico 95. Utilização de internet em Redes Sociais (nos últimos 7 dias), de 4 ou mais horas por dia (%)
Num dia DE escola

 Gráfico 96. Utilização de internet em Redes Sociais (nos últimos 7 dias), 4 ou mais horas por dia (%)
Num dia SEM escola

 Fonte: Lavado *et al.*, 2020 / ICAD, IP – UEI

Referências Bibliográficas

Balsa, C., Vital C., & Urbano C. (2023). *V Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2022*. Relatório Final. Lisboa: SICAD.

<https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=569&languageid=1>

Calado, V. , Lavado, E. (2022). Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e Outros Comportamentos Aditivos e Dependências, 2019. Jogo a Dinheiro. Consultado em:

<https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=222&languageid=1>

Carapinha, L., Calado, V. & Neto, H. (2023). *Comportamentos Aditivos aos 18 anos. Inquérito aos Jovens Participantes no Dia da Defesa Nacional 2022: Consumos de Substâncias Psicoativas*. Lisboa: SICAD. Consultado em:

<https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=401&languageid=1>

Carapinha, L., & Lavado, E. (2023). Consumo de alto risco: estimativas do número de consumidores de cocaína, Portugal Continental 2022. Relatório Científico. Lisboa: SICAD. Consultado em:

<https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=251&languageid=1>

DGS/INSA (2023). Direção-Geral da Saúde/Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Infecção VIH e SIDA em Portugal - 2022. Lisboa: DGS/INSA. Consultado em:

https://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/8786/3/DGS-INSA_Relato%cc%81rio_VIH_Portugal_2023_V2.pdf

ESPAD GROUP (2020). ESPAD Report 2019. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union. ISBN: 978-92-9497-547-7.

ESPAD GROUP (2016). ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union. ISBN: 978-92-9168-918-7.

Lavado, E. & Calado, V. (2021a). ECATD – CAD 2019. Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e Outros Comportamentos Aditivos e Dependências: Portugal 2019. Álcool. Consultado em:

<https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=404&languageid=1>

Lavado, E., Calado, V. (2021b). Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e Outros Comportamentos Aditivos e Dependências, 2019. Dimensão problemática. Consultado em:

<https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=190&languageid=1>

Lavado, E., Calado, V., & Feijão, F. (2020). ECATD-CAD 2019. Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e Outros Comportamentos Aditivos e Dependências: Portugal 2019. Relatório Nacional. Consultado em:

<https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=192&languageid=1>

Lavado, E. & Carapinha, L. (2023a). Consumo de alto risco: estimativas do número de consumidores de opiáceos, Portugal Continental 2022. Relatório Científico. Lisboa: SICAD. Consultado em:

<https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=250&languageid=1>

SICAD (2023a). Relatório Anual 2022: A Situação do País em Matéria de Álcool. Lisboa: SICAD Consultado em:

<https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=608&languageid=1>

SICAD (2023b). Relatório Anual 2022: A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Lisboa: SICAD Consultado em:

<https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=604&languageid=1>

SICAD (2023c). Relatório Anual 2022: ANEXO. A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Lisboa: SICAD Consultado em:

<https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=605&languageid=1>

Silva, P., Caetano, J., Borrego, R., Lavado, E., Lázaro, C., Limão, J., Moreira, S., Rowland, J. & Silva, N. (2023). *ES+Saúde: Saúde e Estilos de Vida no Ensino Superior em Portugal (1.º Ciclo e 2.º Ciclo)*. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. No prelo.

II. GLOSSÁRIO

ADIÇÕES COMPORTAMENTAIS / ADIÇÕES SEM SUBSTÂNCIA

Comportamentos aditivos são comportamentos com características impulsivas e compulsivas, que têm associada uma dimensão de prazer e/ou lúdica e que, quando realizados repetidamente podem provocar dependência. As adições comportamentais ou adições sem substância, são atividades em que o risco de dependência está ligado a comportamentos e não ao consumo de SPA. São disso exemplo as compras compulsivas, os jogos eletrónicos (*gaming*) ou os jogos a dinheiro (*gambling*). Atualmente geram preocupação, neste âmbito, os comportamentos compulsivos relacionados com a utilização das tecnologias digitais, como os jogos *online*, as redes sociais, a navegação, a visualização de pornografia, as compras *online*, entre outros.

O jogo é, na atualidade, a única adição comportamental que está classificada no DSM (a partir da 3ª edição) no grupo das “Perturbações Relacionadas com Substâncias e Perturbações Aditivas”, no subgrupo “Perturbações Não Relacionadas com Substâncias”, considerando-se validado pela investigação científica como uma patologia aditiva.

Fialho, J., Casquilho, I., Caraça, L. & Gonçalves, A. (2023) Scroll. Logo existo! Comportamentos aditivos no uso dos ecrãs. Universidade Lusíada. Lisboa. Disponível [AQUI](#).

Serviço de Intervenção no Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2017) Linhas de orientação técnica para a intervenção em comportamentos aditivos e dependências sem substância: a perturbação do jogo. Lisboa, SICAD. Disponível [AQUI](#).

ÁREAS DE INTERVENÇÃO EM CAD

A complexidade e multidimensionalidade dos problemas associados aos CAD exige uma intervenção baseada no modelo integrado, em que um conjunto áreas de intervenção atuam de forma coordenada nos diferentes momentos do ciclo de vida dos cidadãos. Adaptados a cada fase e às diferentes necessidades biopsicossociais, os tipos ou áreas de intervenção, permitem uma atuação ajustada e adequada a cada pessoa, grupo ou comunidade.

Tratam-se, assim, das diferentes abordagens, estratégias ou métodos utilizados para intervir na área dos CAD, desde a Prevenção, Dissuasão, Reinserção, passando pelo Tratamento e RRMD. Cada uma das áreas de intervenção tem autonomia e identidade própria, com modelos de intervenção específicos, sendo desenvolvida por profissionais especializados, com uma atuação articulada e complementar.

Serviço de Intervenção no Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2023). Plano nacional para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências – PNRCAD 2030 – Versão Alargada. Lisboa, SICAD. Disponível [AQUI](#).

ÁREA PREVENÇÃO

A prevenção visa impedir ou atrasar o início de comportamentos indutores de CAD, evitar o desenvolvimento da progressão dos mesmos, assim como problemas de saúde e sociais conexos, assumindo igualmente uma intenção mais ampla: promover a saúde individual e coletiva.

A prevenção e a promoção da saúde mental devem contemplar a avaliação dos fatores protetores/ indicadores positivos para além dos fatores de risco e indicadores de doença mental, sendo as estratégias preventivas destinadas à população geral, a subgrupos e a indivíduos, com aplicação nos domínios individual e grupal desenvolvidas em diferentes contextos que vão do micro ao macro social, designadamente a família, escola, o meio laboral a comunidade, os meios de comunicação social e em rede, e o ambiente geral, ao longo de todo o ciclo de vida do indivíduo.

Na prevenção dos CAD é fundamental agir na deteção precoce de fatores de risco e vulnerabilidades, nos fatores de proteção e na identificação de estratégias de ação sobre o ambiente.

A prevenção, enquanto uma das áreas de intervenção do modelo integrado de respostas em CAD, assume três níveis de operacionalização:

Prevenção Universal - dirigida à população geral, sem prévia análise do grau de risco individual. Toda a população é considerada como tendo o mesmo nível de risco em relação aos CAD, podendo beneficiar dos mesmos programas de prevenção universal. Estes variam no tipo, estrutura e duração, contemplando a informação e o desenvolvimento de competências pessoais e sociais.

Prevenção Seletiva - dirigida a subgrupos ou segmentos da população geral, com características específicas identificadas como de risco para os CAD. O risco é avaliado em função dos fatores de risco que o grupo apresenta, não contemplando a avaliação do risco individual. Os programas de prevenção seletiva são de média ou longa duração, variam no tipo e estrutura e contemplam a informação e o desenvolvimento de competências pessoais e sociais.

Prevenção Indicada - dirigida a indivíduos com comportamentos de risco, que exibem sinais de comportamentos aditivos ou que apresentam outros comportamentos de risco ou problemáticos de dimensão subclínica. É avaliado o nível de risco individual. Os programas de prevenção indicada são de longa duração, variam no tipo e estrutura e contemplam, tal como nos níveis anteriores, a informação e o desenvolvimento de competências pessoais e sociais.

Prevenção Ambiental - visa limitar a exposição do indivíduo a estímulos desencadeantes de comportamentos pouco saudáveis ou de risco e promover o desenvolvimento de contextos que proporcionem oportunidades mais saudáveis. Ao centrar a sua intervenção na alteração de variáveis contextuais este tipo de intervenção afasta-se das estratégias que apostam no desenvolvimento do conhecimento ou de competências pessoais e sociais procurando ir ao encontro dos comportamentos que não resultam de escolhas deliberadas e conscientes.

Serviço de Intervenção no Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013). Linhas gerais de orientação técnica à intervenção preventiva em comportamentos aditivos e dependências. Lisboa, SICAD. Disponível [AQUI](#).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011). European drug prevention quality standards. Luxembourg. Publications Office of the European Union. Disponível [AQUI](#).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019). European prevention curriculum. Luxembourg. Publications Office of the European Union. Disponível [AQUI](#).

United Nation Office on Drugs and Crime [UNODC] (2013). International Standards on Drug Use Prevention. UNODC: Viena. Disponível [AQUI](#).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019). Programa Curricular Europeu de Prevenção: manual para decisores, líderes de opinião e responsáveis políticos no domínio da prevenção do consumo de substâncias com base em dados científicos. Publications Office of the European Union. Disponível [AQUI](#).

ÁREA DISSUAÇÃO

Resultante da opção política e legislativa de descriminalizar o consumo de substâncias ilícitas (Lei n.º30/2000 de 29 de novembro), a dissuasão, enquanto área de intervenção nos CAD possui uma forte componente humanista, que neutraliza o estigma social do consumidor, contribuindo para a prevenção da exclusão social. Os consumidores são afastados dos tribunais, numa clara rutura entre o crime por tráfico e a contraordenação por consumo, e são encaminhados para dispositivos da área da saúde, a quem compete aplicar a lei. As CDT, cuja principal missão é a dissuasão dos consumos, desenvolvem uma intervenção considerada cirúrgica e preventiva, possibilitando o despiste de situações problemáticas ou de dependência, que carecem de resposta ou apoio especializado. Os indivíduos são intervencionados em função do risco que apresentam e não da substância que consomem, respeitando uma lógica protocolada, assente numa metodologia trifásica (avaliação, intervenção motivacional e follow-up) que culmina na mediação junto de estruturas que oferecem respostas integradas, como a prestação de cuidados sócio-sanitários, Tratamento e Reinserção social.

Serviço de Intervenção no Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2023). Plano nacional para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências – PNRCAD 2030 – Versão Alargada. Lisboa, SICAD. Disponível [AQUI](#).

ÁREA TRATAMENTO

O tratamento pode ser definido como a disponibilização de uma ou mais intervenções estruturadas, destinadas a lidar com os problemas de saúde e outros que resultam dos CAD, visando melhorar o funcionamento pessoal e social da pessoa.

Enquadrado na visão humanista, o Modelo Integrado de Tratamento assume que o diagnóstico e projeto terapêutico têm subjacente a abordagem multidimensional, centrada na pessoa, individualizada, que tem em conta as necessidades específicas do cidadão e da sua família e envolventes, características pessoais, prognóstico e eventuais comorbilidades.

A intervenção procura, de forma integrada, articular diferentes recursos terapêuticos especializados, em momentos simultâneos ou sucessivos, mediante um diagnóstico prévio, que possa contemplar a globalidade dos problemas biopsicossociais do cidadão com CAD, compreendendo respostas ajustadas ao longo de todo o ciclo de vida individual e familiar e que atendem ainda ao nível de risco dos consumos.

Serviço de Intervenção no Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2023). Plano nacional para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências – PNRCAD 2030 – Versão Alargada. Lisboa, SICAD. Disponível [AQUI](#).

ÁREA REINserção

A reinserção no âmbito dos CAD é uma intervenção centrada no indivíduo e no seu contexto, promotora da capacitação individual e das relações sociais, familiares e comunitárias, de forma a construir a autonomia do cidadão e garantir o exercício dos seus direitos e deveres de cidadania.

É uma intervenção individual, mas também comunitária, já que pressupõe a transformação das condições de vulnerabilidade internas e externas à pessoa com CAD. Neste sentido, o contexto onde a pessoa está inserida assume igual importância, sendo fundamental a criação de condições para inserção nos sistemas sociais, como a família, as empresas, a comunidade, entre outros.

A intervenção junto dos sistemas sociais possibilita uma maior aceitação e uma redução do estigma, permitindo ampliar as oportunidades e diversificar os itinerários de inserção, criando as condições para uma efetiva e sustentável reinserção social.

Instituto da Droga e Toxicod dependência, I.P. (2009). Linhas orientadoras para a intervenção social – Modelo de Intervenção em Reinserção, Lisboa, IDT. Disponível [AQUI](#).

Almeida, H. et al (2020). A Intervenção em Reinserção de Pessoas com Comportamentos Aditivos e dependências - Processos e resultados da aplicação do modelo de mediação social e comunitária. Relatório final. Lisboa, SICAD. Disponível [AQUI](#).

ÁREA REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS - RRMD

A RRMD no âmbito dos CAD é um conjunto de políticas, programas e práticas destinadas a reduzir as consequências negativas associadas ao uso de SPA, que se baseiam num compromisso com a saúde pública, com a justiça social e com os Direitos Humanos. Assente nos princípios do humanismo e do pragmatismo, a abordagem em RRMD reconhece os direitos e a dignidade das pessoas que usam SPA, lícitas e ilícitas, através de intervenções permitem preservar e promover a saúde, reduzir vulnerabilidades, estigma e exclusão social.

O modelo de intervenção em RRMD orienta-se, para além dos princípios do humanismo e do pragmatismo, por princípios como o *outreach*, o gradualismo, a autonomia, o enraizamento na comunidade, a cidadania, o diálogo, a relação, a negociação, a educação para a saúde, a mudança, a acessibilidade aos serviços de saúde e sociais, assim como a adequação da intervenção à pessoa e ao contexto. A sua implementação não implica a extinção do comportamento aditivo e pode incluir, para além da pessoa com CAD, a família e a comunidade.

Os principais objetivos da RRMD são reduzir a frequência e a intensidade e os danos associados aos CAD, incluindo a prevenção de comportamentos sexuais de risco e à condução sob o efeito destas substâncias; promover o conhecimento dos riscos e comportamentos de risco associados aos CAD e as melhores formas de os gerir.

A metodologia de intervenção em RRMD atua em diversos contextos, através de múltiplas estruturas e programas, que combinam diferentes estratégias. Em Portugal, a intervenção em RRMD está regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de junho.

Carapinha, L. et al. (2009). Guia de Apoio para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos. Lisboa: Departamento de Intervenção na Comunidade, Núcleo de Redução de Danos. Lisboa: IDT. Disponível [AQUI](#).

Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de junho. (2001). Diário da República, 142. [Cria programas e de estruturas sócio-sanitárias RRMD]. Disponível [AQUI](#).

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

ASSIST

O ASSIST - *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* é um instrumento de rastreio para avaliação dos problemas ou riscos associados ao uso de SPA, nomeadamente tabaco, álcool, cânabís, cocaína, estimulantes do tipo anfetaminas, sedativos, alucinógenos, inalantes, opiáceos e outras drogas. Foi criado no âmbito de um programa da OMS destinado ao diagnóstico e desenvolvimento de intervenções breves face ao consumo de drogas ilícitas. Os resultados são expressos na pontuação de uma escala para cada substância, correspondendo a um nível de risco. Em

função dos resultados é proposto um tipo de intervenção: baixo risco – deve ser dado feedback sobre o resultado do teste e encorajamento para manter a situação; risco moderado – feedback sobre o resultado e os seus significados e intervenção breve, sobretudo informativa e motivacional; risco elevado – o mesmo tipo de intervenção breve e referenciação, para que seja possível uma avaliação mais aprofundada da situação da pessoa.

O ASSIST deve ser utilizado nos serviços dos cuidados de saúde primários, para rastreio e promoção da intervenção precoce.

Serviço de Intervenção no Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2014). A aplicação do ASSIST – The Alcohol, Smoking And Substance Involvement Screening Test e o Desenvolvimento de Intervenções Breves nas Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT) – Breve Avaliação de Impacto em Saúde (Deskbased). Lisboa, SICAD. Disponível [AQUI](#).

World Health Organization (2010). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) Manual for use in primary care. Lisboa, SICAD. Disponível [AQUI](#).

AUDIT

O AUDIT - *Alcohol Use Disorders Identification Test* é um instrumento de avaliação do uso de álcool, desenvolvido pela OMS, tendo sido realizada a validação da versão portuguesa em 2002. A sua utilização tem-se revelado importante para a adequada triagem e diagnóstico de Problemas Ligados ao Álcool.

Foi desenhado como um questionário, por forma a adequar-se à utilização nos cuidados de saúde primários, permitindo detetar diferentes níveis de consumo de álcool, desde o consumo de baixo risco, de risco, nocivo e ainda a dependência, de uma forma rápida e simplificada.

Barbor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G (2001). The Alcohol Use Disorders

Identification Test Guidelines for Use in Primary Care. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence. Disponível [AQUI](#).

COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS - CAD

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

Serviço de Intervenção no Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013). Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020. SICAD, Lisboa. Disponível [AQUI](#).

CONSUMOS BINGE

Consumo episódico e pesado de doses elevadas de bebidas alcoólicas numa única ocasião. Segundo o *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)*, significa beber em grandes quantidades até que os níveis de concentração de álcool no sangue possam atingir 0,08g/dl. Para um adulto, esse padrão corresponde ao consumo de cinco ou mais bebidas (homens), ou quatro ou mais bebidas (mulheres), em cerca de duas horas.

Foi definido pela DGS em 2012 na norma 30/2012, atualizada em 2014, como o consumo episódico excessivo igual ou superior a seis bebidas padrão no homem (sendo bebida padrão qualquer bebida alcoólica que contém um volume de 10g de álcool puro) e cinco bebidas padrão na mulher, numa só ocasião, no espaço de duas horas, referindo que se deve considerar a pessoa com consumo episódico excessivo como apresentando consumo de risco.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2024). Understanding Binge Drinking. Disponível [AQUI](#)

Direção Geral da Saúde. (2014). NORMA 30/2012— Detecção Precoce e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool. Disponível [AQUI](#).

Alcohol and Public Health. (2024). Addressing Excessive Alcohol Use: State Fact Sheets. Disponível [AQUI](#).

CONSUMO DE ALTO RISCO

Refere-se ao grau de risco associado ao consumo de SPA que é determinado mediante a aplicação de um instrumento de rastreio (ASSIST ou AUDIT). Aplica-se a indivíduos que apresentam um padrão de uso de SPA muito problemático, associando danos nas suas dimensões de vida física, psicológica e social, evidenciando ainda sinais/sintomas de dependência.

World Health Organization (2010) ASSIST - The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care. Disponível [AQUI](#).

CONSUMO DE RISCO MODERADO

Refere-se ao grau de risco associado ao consumo de SPA que é determinado mediante a aplicação de um instrumento de rastreio (ASSIST ou AUDIT). Neste nível, existe um risco moderado de desenvolver problemas de saúde ou de outro tipo. O uso continuado aumenta a probabilidade de ocorrência de problemas futuros, incluindo a dependência.

World Health Organization (2010) ASSIST - The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care. Disponível [AQUI](#).

CONSUMO DE BAIXO RISCO

Refere-se ao grau de risco associado ao consumo de SPA que é determinado mediante a aplicação de um instrumento de rastreio (ASSIST ou AUDIT). Refere-se a indivíduos que apresentam um baixo risco de poder vir a ter problemas relacionados com o uso de SPA. Apesar do uso, existe uma baixa incidência de problemas de saúde e sociais.

World Health Organization (2010) ASSIST - The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care. Disponível [AQUI](#).

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

“Os determinantes de saúde são fatores que contribuem para o estado atual da saúde de uma pessoa ou população, pelo aumento ou redução da probabilidade de ocorrência de doença ou de morte prematura e evitável. Um mesmo determinante de saúde pode estar relacionado com mais do que um problema de saúde e vice-versa. Também um grupo de determinantes pode estar relacionado com um grupo de vários problemas de saúde.” (PNS, 2030).

Os determinantes sociais de saúde são definidos como o conjunto de circunstâncias, de acontecimentos, situações e comportamentos da vida económica, social, ambiental, política, governamental e/ou cultural, que afetam positiva ou negativamente a saúde de indivíduos, coletividades, populações, territórios, entre outros.

Conceito oriundo da saúde pública, está ligado ao conceito de equidade em saúde ao influenciar as possibilidades de acesso à proteção e ao cuidado à vida, impactando de forma diferente a saúde de pessoas, grupos sociais e comunidades.

De acordo com a OMS, as ações sobre os determinantes sociais da saúde têm de abranger todos os sectores chave da sociedade (governos, comunidades locais, a sociedade civil, empresas, fórum globais, agências internacionais) e não apenas o sector da saúde.

Direção Geral da Saúde. (2024). Determinantes de Saúde – Plano Nacional de Saúde. Obtido 29 de maio de 2024. Disponível [AQUI](#).

Mario, C. G. D. (2023). Determinantes Sociais da Saúde: Apontamentos para uma Abordagem Crítica. Mediações - Revista de Ciências Sociais, 1–18. Disponível [AQUI](#).

Organização Mundial da Saúde. (2010). Redução das desigualdades no período de uma geração—Igualdade na saúde através da Acção sobre os seus determinantes sociais. Disponível [AQUI](#).

EMBRIAGUEZ SEVERA

A embriaguez é o estado de intoxicação causado pela ingestão aguda de bebidas alcoólicas. É definido na CID-11 (Classificação Internacional de Doenças) como uma condição transitória clinicamente significativa que se desenvolve durante ou logo após o consumo de álcool e é caracterizada por distúrbios na consciência, cognição, percepção, afeto, comportamento ou coordenação.

São perturbações causadas pelos efeitos farmacológicos do álcool e a sua intensidade está intimamente relacionada com a quantidade ingerida. Os efeitos são limitados no tempo e diminuem à medida que o álcool é eliminado do corpo. As características apresentadas podem incluir prejuízo da atenção, comportamento inadequado ou agressivo, labilidade do humor e emoções, prejuízo na capacidade de julgamento, alterações da coordenação, marcha instável, movimento involuntário dos olhos e fala arrastada. Em níveis mais graves de intoxicação, pode ocorrer

estupor ou coma. A intoxicação por álcool pode facilitar a ideação ou comportamento suicida.

A Intoxicação Alcoólica Aguda (IAA) pode-se caracterizar de acordo com a apresentação clínica em:

- Leve: alteração do humor com desinibição/euforia/verborreia.
- Moderada a grave: alteração do estado consciência e do exame neurológico.

Organização Mundial da Saúde (OMS) (2022). ICD-11 – International Classification of Diseases, 11th, revision. Disponível [AQUI](#).

Direção Geral da Saúde. (2017). NORMA 035/2012 - Abordagem da Intoxicação Alcoólica Aguda em Adolescentes e Jovens. Disponível [AQUI](#).

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

É uma técnica muito usada para o tratamento da dependência, baseada num estilo de aconselhamento diretivo, centrado no cliente, que visa estimular a mudança do comportamento, ajudando a pessoa a explorar e resolver a sua ambivalência sobre o uso de SPA.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002) Motivational Interviewing – preparing people for change. 2 ed. New York: The Guilford Press.

World Health Organization (2010) The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care. Disponível [AQUI](#).

ESTRATÉGIAS BIOPSISSOCIAIS

Constituem linhas de ação complexa que entendem o desenvolvimento de doenças como resultado da ação de fatores biológicos (genéticos, bioquímicos, psicológicos (estado de humor, de personalidade, de comportamento e sociais (culturais, familiares, socioeconômicos, médicos, bem como e sobretudo, da interação entre estes. As intervenções típicas destas estratégias apelam

assim para a articulação entre saberes em equipas multidisciplinares, as quais estabelecem linhas de ação em que diferentes respostas podem ser levadas a cabo, de forma sucessiva ou concomitante, de forma a restabelecer o bem-estar global do indivíduo, tanto quanto lhe permita o seu potencial biopsicossocial.

Engel, George L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. American Journal of Psychiatry: [s.n.]. Disponível AQUI.

GAMBLING

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

Serviço de Intervenção no Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2017) Linhas de orientação técnica para a intervenção em comportamentos aditivos e dependências sem substância: a perturbação do jogo. Lisboa, SICAD. Disponível AQUI.

GAMING

Termo anglo-saxónico predominantemente utilizado na literatura para caracterizar a atividade de jogo não a dinheiro, em que os jogadores procuram predominantemente a interação com outros jogadores, o sucesso e a progressão para níveis mais diferenciados de jogo em função das suas competências (SICAD, 2017). O termo gaming aplica-se maioritariamente ao jogo digital, em computador ou qualquer outro tipo de

equipamento eletrónico, como smartphones, consolas, etc. Embora, originalmente se constituísse como uma prática de lazer individual, evoluiu para uma dinâmica social baseada em plataformas de jogo digital, nas quais o indivíduo pode jogar individualmente ou em grupo com outros frequentadores da mesma plataforma. Há muitos formatos de jogos digitais, que proporcionam diferentes tipos de experiência, sendo reconhecido por diferentes autores, o contributo desta atividade nos processos de desenvolvimento pessoal e social. O menor controlo, interno e externo sobre esta atividade poderá dar origem a formas problemáticas de jogo.

Serviço de Intervenção no Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2017) Linhas de orientação técnica para a intervenção em comportamentos aditivos e dependências sem substância: a perturbação do jogo. Lisboa, SICAD. Disponível AQUI.

INTERVENÇÃO PRECOCE

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

Serviço de Intervenção no Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2012). Intervenção Precoce - Glossário SICAD. Disponível AQUI.

JOGADOR ABUSIVO E PATOLÓGICO

O jogador abusivo ou jogador problema é a pessoa que se situa numa fase intermédia, entre o jogo recreativo e a perturbação de jogo ou jogo patológico. Mantém o controlo sobre o seu comportamento e a capacidade de regular o comportamento de jogo. No entanto, pode experienciar problemas relacionados com o jogo em várias áreas da sua vida. No *South Oaks Gambling Screen* (SOGS), um dos instrumentos de rastreio mais utilizados para avaliação da gravidade dos problemas de jogo, corresponde à pontuação entre três e quatro: “algum problema de jogo”.

Serviço de Intervenção no Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2017) Linhas de orientação técnica para a intervenção em comportamentos aditivos e dependências sem substância: a perturbação do jogo. Lisboa, SICAD. Disponível [AQUI](#).

LITERACIA EM CAD

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

responsabilidades e o aumento do controlo sobre a sua saúde.

Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2018). Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021 – Portugal. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível [AQUI](#)

MODELO INTEGRADO DE INTERVENÇÃO

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

Hui, A. (2024). What is the Integrative Care Model of Addiction Treatment? Mountainside Treatment. Disponível [AQUI](#)

Vandermeeren, R., & Hebbrecht, M. (2012). [The dual process model of addiction. Towards an integrated model?]. Tijdschrift Voor Psychiatrie, 54 (8), 731–740. Disponível [AQUI](#)

Chokron Garneau, H., Assefa, M. T., Jo, B., Ford, J. H., Saldana, L., & McGovern, M. P. (2022). Sustainment of Integrated Care in Addiction Treatment Settings: Primary Outcomes From a Cluster-Randomized Controlled Trial. Psychiatric Services, 73 (3), 280–286. Disponível [AQUI](#)

NOVAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (NSP)

As substâncias psicoativas são substâncias, naturais ou sintéticas, que alteram o funcionamento do Sistema Nervoso Central, deprimindo-o, estimulando-o ou criando ruturas psicóticas. As NSP constituem-se como um novo estupefaciente ou um novo psicotrópico, puro ou numa

preparação, que não seja controlado pela Convenção Única das Nações Unidas de 1961 sobre os estupefacientes, nem pela Convenção das Nações Unidas de 1971 sobre substâncias psicotrópicas, mas que possa constituir uma ameaça para a saúde pública comparável à das substâncias enumeradas nessas convenções (Decisão n.º 2005/387/JAI, de 10 de maio de 2005; Decreto-Lei n.º 54/2013 de 17 de abril).

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

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. & European Union's Judicial Cooperation Unit. (2016). New psychoactive substances in Europe: Legislation and prosecution: current challenges and solutions. Publications Office. Disponível [AQUI](#)

União Europeia. (2005). Decisão 2005/387/JAI do Conselho de 10 de Maio de 2005 relativa ao intercâmbio de informações, avaliação de riscos e controlo de novas substâncias psicoactivas. Jornal Oficial da União Europeia. Disponível [AQUI](#)

Decreto-Lei n.º 54/2013 de 17 de abri. (2013). Diário da República, 75. [Define o regime jurídico da prevenção e proteção contra a publicidade e o comércio das novas substâncias psicoativas]. Lisboa, Ministério da Saúde. Disponível [AQUI](#)

PERTURBAÇÕES ADITIVAS

As perturbações aditivas dizem respeito à manutenção continuada de determinados comportamentos com características impulsivas e compulsivas, que têm associada uma dimensão de prazer, por ativação intensa de estruturas cerebrais que integram o sistema de recompensa. Abrangem um espectro de comportamentos, que podem estar ou não relacionados com o consumo de SPA. O indivíduo mantém esses comportamentos, mesmo quando há consequências muito prejudiciais para a sua saúde e para várias dimensões da sua vida. A continuidade destes comportamentos pode levar à dependência.

De acordo com a OMS, as perturbações aditivas por uso de SPA (lícitas ou ilícitas), significam consumo repetido de uma ou várias SPA, em que o consumidor/adito fica periódica ou permanentemente intoxicado, apresenta compulsão para consumir a(s) substância(s) preferida(s), tem uma grande dificuldade para interromper ou alterar voluntariamente o consumo da(s) substância(s) e demonstra uma determinação de obter a(s) substância(s) por qualquer meio. A tolerância é proeminente e quando o uso da substância é interrompido frequentemente ocorre uma síndrome de abstinência.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). Rede de Referência / Articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências. Disponível [AQUI](#)

Serviço de Intervenção no Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2017) Linhas de orientação técnica para a intervenção em comportamentos aditivos e dependências sem substância: a perturbação do jogo. Lisboa, SICAD. Disponível [AQUI](#)

PERTURBAÇÃO DE JOGO OU JOGO PATOLÓGICO

A Perturbação de Jogo, de acordo com a DSM-5 é um “Comportamento problemático, persistente e recorrente, em relação ao jogo, que conduz a mal-estar e défices clinicamente significativos” que correspondam a pelo menos quatro de um total de nove critérios, ocorridos durante um período de 12 meses. A designação “Perturbação de Jogo” substituiu “Jogo Patológico” a partir da 5ª edição do DSM, por se considerar que a palavra “patológico” podia reforçar o estigma social das pessoas com problemas graves de jogo. No entanto, a designação foi mantida na versão portuguesa da DSM 5. Na escala *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) ela também existe, a cotação de cinco ou mais pontos corresponde ao nível de risco “provável jogador patológico”.

Serviço de Intervenção no Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2017) Linhas de orientação técnica para a intervenção em comportamentos aditivos e dependências sem substância: a perturbação do jogo. Lisboa, SICAD. Disponível [AQUI](#)

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition). American Psychiatric Association. Disponível [AQUI](#)

PERTURBAÇÕES DO USO DO ÁLCOOL

A perturbação de uso de álcool, síndrome de dependência alcoólica ou vulgarmente conhecida por alcoolismo, é uma doença crónica e multifatorial, para a qual contribuem diversos fatores para o seu desenvolvimento, incluindo a quantidade e frequência de consumo de álcool, a condição de saúde do indivíduo e os fatores genéticos, psicossociais e ambientais.

As duas classificações internacionais em vigor, definem esta perturbação de forma diferente. A CID-11 (Classificação Internacional de Doenças da

OMS) tem uma visão categorial em que o diagnóstico de “Perturbações Devidas ao Uso de Álcool” é subdividido em duas categorias diagnósticas distintas: “Uso Nocivo de Álcool” e “Dependência de Álcool”. Já o DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tem uma visão dimensional em que o “abuso” e a “dependência de álcool” foram integradas num único diagnóstico (num continuum de gravidade) nomeado “Perturbação do Uso de Álcool” (PUA). Para fazer-se o diagnóstico de PUA é necessário um padrão problemático de uso de álcool, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativos, ocorrendo durante um período de 12 meses e manifestado por pelo menos dois de onze critérios bem definidos na classificação. A DSM-5 prevê ainda três gradações de gravidade: leve (equivalente ao uso nocivo, dois a três critérios), moderado (quatro a cinco critérios) ou grave (equivalentes à dependência com seis ou mais critérios).

Organização Mundial da Saúde. (2022). International Classification of Diseases 11th Revision. Disponível [AQUI](#)

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition). American Psychiatric Association. Disponível [AQUI](#)

POPULAÇÕES VULNERÁVEIS COM CAD

As populações vulneráveis caracterizam-se por possuírem fatores fragilidade e exclusão social que condicionam o acesso aos seus direitos e o exercício pleno da cidadania. A vulnerabilidade social é entendida como “processos de exclusão social, pobreza, discriminação e violação de direitos fundamentais, em consequência do seu nível de rendimento, educação, saúde, localização geográfica, entre outros”.

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

Marques & Matos (2016), p. 163, citado por David (2020), *Populações Vulneráveis? Uma análise sociológica sobre as representações dos profissionais*, Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Disponível [AQUI](#)

PREVENÇÃO DA RECAÍDA

A aceitação da dependência enquanto doença crónica pressupõe a existência de risco de lapsos ou recaídas. Estes eventos, durante o percurso de vida da pessoa com CAD, podem constituir momentos importantes de aprendizagem por permitirem identificar situações de risco, prevenindo retomar o comportamento aditivo.

O modelo de Prevenção de Recaídas identifica determinantes das recaídas como os estados emocionais, as expectativas de resultado, a motivação, a autoeficácia, as estratégias de *coping*, o *craving* e o suporte social.

Após providenciar educação e estratégias de intervenção específicas para lidar com situações de risco, a intervenção é focada na implementação de estratégias de gestão do estilo de vida, através da análise de fatores relacionados com este que podem facilitar a recaída, como a identificação de fontes de stress da vida diária.

Como na maioria dos modelos de intervenção cognitivo-comportamental, o modelo de PR inclui componentes educativos e a reestruturação cognitiva de interpretações e pensamentos disfuncionais. As abordagens cognitivo-comportamentais em comportamentos aditivos, a

Entrevista Motivacional e o modelo de PR são intervenções empiricamente suportadas enquadrando, por isso, as práticas baseadas na evidência.

Barry, D. & Petry, N.M. (2009). *Cognitive Behavioral Treatments for Substance Use Disorders*. In P.M. Miller (Ed.), *Evidence-based addiction treatment*. (pp.159-174). New York: Elsevier.

Iglesias, E.B. & Tomás, M. C. (Coords.) (2008). *Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones*. Barcelona: Socidrogalcohol.

Marlatt, G.A., Bowen, S.W. & Witkiewitz, K. (2009). *Relapse prevention: evidence base and future directions*. In P.M. Miller (Ed.), *Evidence-based addiction treatment*. (pp.215-232). NY: Elsevier Inc.

Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1993). *Prevenção da Recaída - Estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2005). *Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems*. In G. A. Marlatt, & D. M. Donovan (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed.), (pp. 1–44). New York: Guilford Press.

Pedrero-Pérez, E.J., Rojo-Mota, G., Ruiz-Sánchez de León, J.M., Llanero-Luque, M. & Puerta-García, C. (2011). *Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones*. *Revista Neurologia*, 52 (3), 163-172.

Sorensen, J.L., Hettema, J.E. & Larios, S. (2009). *What is evidence-based treatment*. In P.M. Miller (Ed.), *Evidence-based addiction treatment*. (pp13-20). Elsevier Inc.

PROCESSO TERAPÊUTICO/ABORDAGEM PSICOTERAPÊUTICA

O processo terapêutico implica o acompanhamento regular da pessoa com CAD, a avaliação do seu pedido e a adaptação das intervenções a este, às suas características pessoais e sociais, ao seu estágio motivacional e eventuais comorbilidades. O reconhecimento de que as pessoas se encontram em estádios diferentes de mudança (Modelo Transteórico da Mudança) é fundamental na decisão de se iniciar uma abordagem psicoterapêutica estruturada.

As abordagens psicoterapêuticas visam o desenvolvimento de novos padrões de

funcionamento, promotores da saúde mental do indivíduo. Nas estruturas de Tratamento estão disponíveis várias abordagens psicoterapêuticas, baseadas nos principais modelos teóricos: psicodinâmico, cognitivo-comportamental e sistêmico.

A perspectiva integrativa, centrada no reconhecimento das semelhanças ou na conciliação das diferenças dos vários modelos teóricos em psicoterapia, tem assumido nos últimos anos uma maior expressão. Os avanços científicos na área das neurociências, perspectivando o comportamento aditivo como doença do cérebro, têm enfatizado também as vantagens da integração da abordagem neuropsicológica nos processos terapêuticos em CAD.

Independentemente dos métodos e estratégias das várias abordagens psicoterapêuticas, a aliança terapêutica é apontada como o maior preditor de mudança nos processos terapêuticos.

Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012, November). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. Clinical Psychology Review. 10.1016/j.cpr.2012.07.002.

Leshner, A.I. (2005). A toxic dependência é uma doença do cérebro e isso importa. Revista Cérebro Toxicodependente, 1, 7-10.

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 20 (2), 161-173.

PSICOEDUCAÇÃO / EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A Psicoeducação diz respeito à promoção de conhecimentos sobre saúde e doença mental, incluindo fatores de risco, fatores de proteção, sintomas e processos de tratamento. Fundamenta-se na ideia de que a compreensão das experiências de saúde mental e doença, bem como da relação

entre os sintomas e os tratamentos propostos, influencia a motivação para as intervenções terapêuticas, favorecendo uma atitude de colaboração com os profissionais de saúde e o desenvolvimento de comportamentos saudáveis e de autocuidado.

A Educação para a Saúde é um processo que utiliza oportunidades educacionais para conscientizar e capacitar os indivíduos, para tomarem decisões e realizarem ações relacionadas com a saúde. Operacionaliza-se através de atividades de promoção do conhecimento e compreensão dos determinantes da saúde, da mudança das atitudes e comportamentos de saúde, das motivações e auto-eficácia face à saúde, dirigidas aos indivíduos e aos grupos.

Integra-se no Modelo Global da Promoção da Saúde, que, para além da Educação para a Saúde, inclui estratégias de mobilização dos grupos sociais, de utilização de recursos, de desenvolvimento de competências relacionadas com a saúde e de promoção da advocacia, em prol da saúde pública.

Amie, G., Patricia D., Chelsey B. (2023) Psychoeducation: anxiety and depression in children and adolescents, In Practical Resources for the Mental Health Professional, Academic Press, p. 59-73. Disponível [AQUI](#)

Don N. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, Health Promotion International, Volume 15, Issue 3, p. 259-267. Disponível [AQUI](#)

RESPOSTAS TERAPÊUTICAS EM CAD

O Modelo Integrado constitui o principal eixo da abordagem multidisciplinar em CAD e pressupõe um contínuo interdependente de respostas operacionalizadas através da utilização de diversos recursos terapêuticos, como programas específicos de tratamento, de redução de riscos e minimização de danos e programas de reabilitação/reinserção

em articulação, em momentos simultâneos ou sucessivos. Integra ainda respostas no âmbito da prevenção e da dissuasão.

As respostas em CAD podem combinar diferentes intervenções terapêuticas, de acordo com as necessidades específicas da pessoa: psicofarmacológicas, psicológicas/psicoterapêuticas, médicas, de enfermagem, intervenções sistémicas e de reabilitação social. Podem ainda incluir o encaminhamento para estruturas de internamento como Comunidades Terapêuticas, Unidades de Desabilitação ou Unidades de Alcoologia.

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

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (sem data). Modelos, Respostas e Intervenções. SICAD, Lisboa. Disponível [AQUI](#)

REDE DE REFERENCIAÇÃO

Afigura-se como o sistema que regula, dentro de uma determinada arquitetura institucional, as relações de complementaridade e de articulação entre as entidades intervenientes na abordagem aos CAD, de acordo com as diferentes necessidades e com o grau de gravidade de cada situação. Neste sentido, identifica os elementos e principais organismos que constituem a Rede, especificando as respetivas atribuições e competências, por níveis de intervenção, visando promover o acesso e a equidade de cuidados e serviços aos cidadãos que

deles necessitem, e contribuir para um registo sistemático e integrado de informação de saúde.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). Rede de Referência / Articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências. Disponível [AQUI](#)

STAKEHOLDERS (SH)

Stakeholders são indivíduos ou grupos que possuem interesses que são afetados ou podem ser afetados pelas atividades da organização. Categorias comuns de *SH* das organizações são parceiros, organizações da sociedade civil, consumidores, clientes/utentes, empregados e outros trabalhadores, decisores políticos, comunidades locais, ONG, fornecedores, sindicatos e populações vulneráveis.

Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE), Guia da OCDE sobre Devida Diligência para uma Conduta Empresarial, 2018. Disponível [AQUI](#)

TERAPEUTA DE REFERÊNCIA

Nas estruturas de tratamento é atribuído a cada utente um terapeuta/técnico de referência (TR) que o acompanha na construção de um projeto terapêutico individual, o qual, através de intervenções individualizadas, supervisionadas, acompanhadas e atualizadas, visa reunir as condições para fazer face às suas necessidades específicas.

O TR é o técnico responsável pelo acompanhamento global da situação do utente e o elo de ligação do utente à Equipa, cabendo-lhe desenvolver a relação terapêutica, conectar as diversas intervenções técnicas desenvolvidas, avaliar a responsividade do utente às múltiplas intervenções e, assim, promover a concretização do projeto terapêutico.

A existência de um TR facilita a implementação dos princípios das abordagens colaborativas e salienta a importância da aliança terapêutica como o maior preditor de mudança e, conseqüentemente, de retenção em processo de tratamento.

Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012, November). *Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis*. *Clinical Psychology Review*. 10.1016/j.cpr.2012.07.002.

Norcross, J. (2002). *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford: Oxford Press.

Serviço de Intervenção no Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2023). Plano nacional para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências – PNRCAD 2030 – Versão Alargada. Lisboa, SICAD. Disponível [AQUI](#)

Wampold, B.E. (2010). *The basics of psychotherapy. An introduction to theory and practice*. Washington DC: APA.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) abrange diferentes abordagens que compartilham pressupostos básicos, como o papel da cognição, enquanto entidade mediadora da relação do indivíduo com a realidade, e a possibilidade de alterar a forma de processar informação, particular em cada perturbação, como meio para a mudança. O corpo teórico comum a múltiplas abordagens da TCC inclui terminologia específica como os conceitos de esquemas, processos e produtos cognitivos.

A intervenção psicoterapêutica, além de permitir identificar os pensamentos automáticos e aumentar a consciência sobre os mesmos, possibilita o seu desafio e gerar pensamentos alternativos (não disfuncionais). Este treino de identificação e contestação dos pensamentos disfuncionais resulta de uma colaboração ativa entre terapeuta e paciente, em que o técnico assume uma postura diretiva e focada no problema.

É assim uma terapia estruturada e limitada no tempo, sustentada por um empirismo colaborativo.

Desde os anos 90, os contributos da perspectiva cognitiva sobre os comportamentos aditivos salientam que estes são caracterizados por processos extremamente complexos e por crenças disfuncionais persistentes e profundamente enraizadas.

Vários estudos demonstraram a eficácia da TCC na redução sintomática e em taxas de recaída numa variedade de quadros psicopatológicos.

Beck, A. T. (1993). *Cognitive therapy: Past, present, and future*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 194–198. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.2.194>

Liese, B. S. & Franz, R.A. (1996). *Treating Substance Use Disorders with Cognitive Therapy: Lessons Learned and Implications for the Future*. In P.M. Salkovskis (Ed.) *Frontiers of Cognitive Therapy*, (pp.470-508). New York: The Guilford Press.

Beck, A. T. (2005). *The Current State of Cognitive Therapy*. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 953–959. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.9.953>

McGinn, L. K. & Young, J.E. (2005). *Terapia focada nos esquemas*. In P.M. Salkovskis (Ed.), *Fronteiras da terapia cognitiva*, (pp 162-184). São Paulo: Casa do Psicólogo.

TERAPIA FAMILIAR E SISTÊMICA

A Terapia Familiar é uma modalidade psicoterapêutica que trabalha com o grupo familiar no seu todo. Considera que as famílias têm um papel tanto no desenvolvimento dos problemas como na sua resolução, mesmo quando estes são apresentados apenas por um dos seus membros.

A Terapia Familiar Sistémica perspetiva a família como um sistema aberto, cuja mudança modificará cada um dos seus membros e reciprocamente. Propõe uma intervenção psicoterapêutica que aborda as relações entre todos os membros da família, entre os subsistemas internos (por exemplo o subsistema parental, o subsistema fraternal, o

subsistema conjugal, etc.), bem como as relações com os sistemas externos. O objetivo é promover as competências da família (a comunicação, a resolução de problemas, a tomada de decisões, entre outras) e realizar mudanças no funcionamento familiar, num sentido adaptativo e promotor de saúde.

Gomes, S. (2012). *Terapia Familiar numa Perspetiva Epistemológica Sistémica e Analítica*. *Psique*, nº 8 – dezembro-janeiro de 2012: 59-74. Disponível [AQUI](#)

Relvas, A. (1996). *A Construção da Hipótese Sistémica em Terapia Familiar*. *Análise Psicológica* (1996), 4 (XIV): 563-579. Disponível [AQUI](#)

USO NÃO MÉDICO DE MEDICAMENTOS

Uso de medicamentos sem receita prescrita por médico, e/ou em doses maiores, e/ou por períodos mais longos, e/ou para finalidades diferentes das prescritas. Por oposição, o uso responsável do medicamento, envolvendo todos os intervenientes (profissionais de saúde, cidadãos e decisores políticos) visa garantir que um medicamento é usado apenas quando necessário, que há um acesso, dispensa, administração e monitorização da eficácia e segurança adequadas.

Ordem dos Farmacêuticos. (2016). *Recomendações da Ordem dos Farmacêuticos para o Uso Responsável do Medicamento*. Ordem dos Farmacêuticos. Disponível [AQUI](#)

UTILIZAÇÃO PROBLEMÁTICA DA INTERNET (UPI)

O conceito Utilização Problemática da *Internet* pode definir-se como “o envolvimento em atividades não essenciais através da internet, de forma persistente e intensa, resultando em estreitamento do campo de interesses e consequências emocionais e sociais negativas” (Patrão et al, 2026). Caracteriza-se pela falta de controlo e autorregulação do comportamento online, como por exemplo a

utilização das redes sociais, o jogo *online*, entre outros, tendo como potenciais consequências a diminuição dos contactos sociais fora da *internet*, o compromisso das obrigações académicas ou profissionais e outras dificuldades no funcionamento social.

Patrão, Ivone [et al.] (2016) - *Avaliação e intervenção terapêutica na utilização problemática da internet (UPI) em jovens: revisão da literatura*. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*. doi: hdl.handle.net/11067/3514. Disponível [AQUI](#)

UTILIZADORES DE DROGAS INJETÁVEIS (UDI)

Indivíduos que consomem SPA através da injeção intravenosa, intramuscular ou subcutânea. Este método de consumo envolve a administração de drogas diretamente na corrente sanguínea, resultando numa absorção rápida e potencialmente mais intensa dos efeitos da substância. Entre as drogas injetáveis comuns incluem-se a heroína, cocaína, metanfetaminas e opioides sintéticos. Os UDI enfrentam riscos significativos para a saúde, como HIV e hepatites, bem como overdoses e complicações médicas decorrentes do uso de substâncias.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2023). *European drug report 2023*. Publications Office. Disponível [AQUI](#)

OUTREACH

Outreach é uma metodologia de intervenção centrada na pessoa e na comunidade a que se destina, que disponibiliza serviços sociais e de saúde a utilizadores de SPA, no seu espaço ou território habituais.

O objetivo de uma intervenção de *outreach* é o de alcançar contextos e dinâmicas que se afastam, por diversas razões (estigma, marginalização, escassez

de recursos, acesso limitado à saúde e serviços sociais, etc.), dos fatores e condições necessárias para o exercício de uma cidadania plena. Estas intervenções de proximidade permitem colmatar lacunas na acessibilidade aos serviços disponíveis (muitas vezes públicos) e/ou integrá-los, sendo frequentemente levadas a cabo por instituições sem fins lucrativos e organizações não-governamentais.

A metodologia *outreach* pode apresentar diferentes dimensões: a domiciliária, a individual (realizada em ambientes públicos e particulares de segmentação), a dimensão peripatética (realizada em ambientes públicos ou privados, especialmente orientado para sensibilizar e orientar as organizações de raiz comunitária) e a dimensão satélite, onde os serviços são prestados à distância (redes sociais, rádio local, *website*, linha telefónica, etc.).

Korf, D. et al. (1999), Insights: outreach work among drug users in Europe: concepts, practice, and terminology. Lisbon, Portugal: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Disponível [AQUI](#)

OVERDOSE

Condição médica potencialmente fatal que ocorre quando uma pessoa consome uma quantidade de substância (como drogas, medicamentos ou álcool) que excede o nível de tolerância do corpo, resultando em efeitos tóxicos graves. Trata-se de uma emergência médica que requer intervenção imediata para minimizar danos e salvar vidas.

Os sintomas de uma overdose variam em função da substância envolvida, mas frequentemente incluem confusão, perda de consciência, depressão respiratória, convulsões, náuseas e em casos extremos, coma ou morte.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2023). European drug report 2023. Publications Office. Disponível [AQUI](#)

III. Siglas e abreviaturas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde	CIG – Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género
ACM – Alto Comissariado para as Migrações	CIM – Comunidades Intermunicipais
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.	CNAF – Confederação Nacional das Associações de Família
ACT – Autoridade para as Condições do Trabalho	CNCS – Centro Nacional de Cibersegurança
AIMA – Agência para a Integração, Migrações e Asilo, I.P.	CNJ – Conselho Nacional de Juventude
AMA – Agência para a Modernização Administrativa	CNPD – Comissão Nacional de Proteção de Dados
ANAFRE – Associação Nacional de Freguesias	CNPDCJ – Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens
ANSR – Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária	CONFAP – Confederação Nacional das Associações de Pais
AP – Administração Pública	CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima	CRI – Centro de Resposta Integrada
AR – Assembleia da República	CT – Comunidade Terapêutica
ARP – Associação Rodoviária de Transportes Pesados de Passageiros	DAR – Departamento de Administração de Recursos
ARS – Administrações Regionais de Saúde, I.P.	DE – Desafios Estratégicos
ASAE – Autoridade de Segurança Alimentar e Económica	DECO – Associação Portuguesa de Defesa do Consumidor
AT – Autoridade Tributária	DE-SNS – Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P.
ASSIST – <i>The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>	DGAE – Direção-Geral da Administração Escolar
AUDIT – <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>	DGAEP – Direção-Geral da Administração e do Emprego Público
BSC – <i>Balanced Scorecard</i>	DGAV – Direção-Geral da Alimentação e Veterinária
CAD – Comportamentos Aditivos e Dependências	DGC – Direção-Geral do Consumidor
CCDR – Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional, I.P.	DGE – Direção-Geral da Educação
CDT – Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência	DGO – Direção-Geral do Orçamento
CID – Classificação Internacional de Doenças	

DGPJ – Direção-Geral da Política de Justiça

DGRSP – Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais

DGS – Direção-Geral da Saúde

DICAD – Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

DII – Departamento de Intervenção Integrada

DIMC – Departamento de Investigação, Monitorização e Comunicação

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

ECDC – *European Centre for Disease Prevention and Control*

EMA – *European Medicines Agency*

ERC – Entidade Reguladora para a Comunicação Social

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

ESG – *Environmental, Social and Corporate Governance*

EUDA – Agência da União Europeia sobre Drogas

FNAS – Fórum Nacional Álcool e Saúde

GAPIQ – Gabinete de Apoio à Gestão, Planeamento, Inovação e Qualidade

GCID – Gabinete de Coordenação para a Intervenção em Dissuasão

GRIC – Gabinete de Relações Internacionais e Cooperação

GTSI – Gabinete de Tecnologias e Sistemas de Informação

IAA – Intoxicação Alcoólica Aguda

ICAD – Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P.

IEFP – Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P.

IGAS – Inspeção-Geral das Atividades em Saúde

IGF – Inspeção-Geral de Finanças

IHRU – Instituto da Habitação e Reabilitação Urbana, I.P.

INE – Instituto Nacional de Estatística, I.P.

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.

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

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

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.

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

IPQ – Instituto Português da Qualidade, I.P.

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

ISS – Instituto de Segurança Social, I.P.

KPI – *Key Performance Indicator*

MAI – Ministério da Administração Interna

MDN – Ministério da Defesa Nacional

ME – Ministério da Educação

MENAC – Mecanismo Nacional Anticorrupção

MID – Modelo de Intervenção em Dissuasão

MNE – Ministério dos Negócios Estrangeiros

MP – Ministério Público

NIAAA – *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ODS – Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável

OE – Objetivo Estratégico

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização não Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

PJ – Polícia Judiciária

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

PNS 2030 – Plano Nacional de Saúde 2030

POGQ – *Problematic Online Gaming Questionnaire*

PRR – Plano de Recuperação e Resiliência

REITOX – Rede Europeia de Informação sobre a Droga e a Toxicodependência

RGPD – Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

RH – Recursos Humanos

SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

SH – *Stakeholders*

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SIGIP – Sistema de Gestão de Informação Processual

SIM – Sistema de Informação Multidisciplinar

SIPAFS – Sistema Integrado de Programas de Apoio Financeiro em Saúde

SNISPACAD – Sistema Nacional de Informação

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SOGS – *South Oaks Gambling Screen*

SPA – Substâncias psicoativas

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.

SRS – Secretaria Regional da Saúde

SUCH – Serviço de Utilização Comum dos Hospitais

TAA – Taxa de Álcool no Sangue

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

THC – Tetrahidrocanabinol

TR – Técnico de Referência

UA – Unidade de Alcoologia

UCAI – Unidade de Controlo e Auditoria Interna

UD – Unidade de Desabilitação

UDI – Utilizador de Drogas Injetadas

UE – União Europeia

UIL – Unidade de Intervenção Local

ULS – Unidade Local de Saúde

UMP – União das Misericórdias Portuguesas

UNGASS – Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Drogas

UOC – Unidade Orgânica Central

WHO – *World Health Organization*

IV. Bibliografia

Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária. (2020). Visão Zero 2030. Obtido 8 de maio de 2024: <https://visaozero2030.pt/>

Direção Geral da Saúde. (2013). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Obtido 8 de maio de 2024: <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/apresentacao.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2019). Programa de Prevenção da Violência no Ciclo da Vida. Obtido 8 de maio de 2024: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/prevencao-da-violencia-no-ciclo-de-vida.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2022). Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde (PAPVSS). Obtido 8 de maio de 2024: <https://www.dgs.pt/prevencao-da-violencia-no-setor-da-saude.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2022). Plano Nacional de Saúde. Obtido 8 de maio de 2024: <https://pns.dgs.pt/>

Direção Geral da Saúde. (2022). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Obtido 8 de maio de 2024: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026.aspx>

Dow Jones Sustainability World Index. (sem data). S&P Dow Jones Indices. Obtido 8 de maio de 2024: <https://www.spglobal.com/spdji/pthttps://www.spglobal.com/spdji/pt/indices/esg/dow-jones-sustainability-world-index/>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (s.d.). Reitox network of national focal points. Obtido em 24 de 05 de 2024, de: https://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox_e

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Agència de Salut Pública de Catalunya Sub-direcció General de Drogodependències (2019). Pla de drogues i addiccions comportamentals 2019-2023: de la prevenció universal a la reducció de danys. Obtido 28 de maio de 2024: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/5472/pla_droques_addiccions_comportamentals_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Agència de Salut Pública de Catalunya Subdirecció General d'Addiccions, VIH, Infeccions de Transmissió Sexual i Hepatitis Víriques (2023) - Informe d'activitat assistencial: SERVEIS DE REDUCCIÓ DE DANYS - Any 2022. Obtido 28 de maio de 2024: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/10791/centres_atencio_seguiment_drogodependencies_informe_activitat_assistencial_2022.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Agència de Salut Pública de Catalunya Subdirecció General

d'Addiccions, VIH, Infeccions de Transmissió Sexual i Hepatitis Víriques (2023) - Informe d'activitat assistencial: SERVEIS DE REDUCCIÓ DE DANYS Any 2022. Obtido 28 de maio de 2024: <https://drogues.gencat.cat/ca/professionals/observatori/activitat-assistencial/servei-de-reduccio-de-danys/>

Global Reporting Initiative. (sem data). The global leader for impact reporting. Obtido 8 de maio de 2024, de <https://www.globalreporting.org/>

Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, IP. (2023). Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2021-2030. Obtido 12 de maio de 2024: <https://www.icad.pt/Accordion/Index/81?languageld=0>

Instituto Português do Desporto e Juventude, IP. (2022). II Plano Nacional para a Juventude. Obtido 8 de maio de 2024: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2022/09/17700/0001000102.pdf>

Lavado, E. & Calado, V. (2020). ECATD-CAD 2019. Estudo sobre os comportamentos de consumo de álcool, tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências: Portugal 2019. Relatório nacional. Lisboa: SICAD. Obtido 8 de maio de 2024: https://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/221/ECATD19_nacional.pdf

Ministério da Administração Interna. (2024). Comissão de Análise Integrada da Delinquência Juvenil e Criminalidade Violenta. Obtido 8 de maio de 2024: https://www.sg.mai.gov.pt/Documents/CAIDJCV-%20Relat%C3%B3rio%20Final_.pdf

Ministério da Educação, Direção Geral da Saúde & Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2017). Referencial de Educação para a Saúde. Obtido 8 de maio de 2024: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/09/referencial_educacao_saude_novo.pdf

Ministério da Saúde. (2018). Programas de Saúde Prioritários. Obtido 8 de maio de 2024: <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/>

Ministério da Saúde, Justiça, Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2024). Plano para a Saúde em Contexto de Privação da Liberdade. Obtido 8 de maio de 2024: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2024/04/Proposta-de-Plano-Saude-Contexto-Privacao-da-Liberdade_020424.pdf

Ministério do Ambiente e Energia. (2020). Programa de Eficiência de Recursos na Administração Pública. Obtido 8 de maio de 2024: <https://www.ecoap.pt/ecoap/programa-eco-ap/>

Nações Unidas—ONU Portugal. (2015). 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Obtido 8 de maio de 2024: <https://unric.org/pt/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel/>

Parlamento Europeu. (2023). Regulamento (UE) 2023/1322 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de junho de 2023 relativo à Agência da União Europeia sobre Drogas (EUDA) e que revoga o Regulamento (CE) no 1920/2006. Obtido 8 de maio de 2024: <https://op.europa.eu/pt/publication-detail/-/publication/e0df0cc0-16e5-11ee-806b-01aa75ed71a1/lanquaqe-pt>

Resolução do Conselho de Ministros nº 61/2018. Diário da República (2018). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/61-2018-115360036>

União Europeia. (2021). Estratégia da União Europeia em matéria de Drogas (2021-2025). Serviço das Publicações da União Europeia. Obtido 8 de maio de 2024: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52021XG0324\(01\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52021XG0324(01)&from=EN)

União Europeia. (2021). Plano de ação da UE em matéria de drogas (2021-2025). Serviço das Publicações da União Europeia. Obtido 8 de maio de 2024: <https://data.europa.eu/doi/10.2860/641156>

United Nations. (sem data). Pacto Global das Nações Unidas. Obtido 8 de maio de 2024: <https://unglobalcompact.org/what-is-gc/our-work/>

United Nations. (2019). Princípios para o Investimento Responsável. Obtido 8 de maio de 2024: <https://www.unpri.org/download?ac=10969>

United Nations Development Programme. (2019). Diretrizes Internacionais sobre Direitos Humanos e Política de Drogas. Obtido 8 de maio de 2024: https://humanrights-drugpolicy.org/site/assets/files/1672/hrdp_guidelines_portuguese_2020.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime. (2016). Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem. Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Drogas. Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Drogas. Obtido 8 de maio de 2024: <https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603301-E.pdf>

United Nations Office on Drugs and Crime. (2019). Ministerial Declaration on strengthening our action at the national, regional and international level to accelerate the implementation of our joint commitments to address and counter the world drug problem. Obtido 8 de maio de 2024: https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/2019/Ministerial_Declaration.pdf

World Health Organization. (2010). Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Obtido 8 de maio de 2024: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44395/9789>

[241599931_eng.pdf;jsessionid=53A8A4F264329CB33B609CB63362C49B?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44395/9789241599931_eng.pdf;jsessionid=53A8A4F264329CB33B609CB63362C49B?sequence=1)

World Health Organization. (2016). Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in the WHO European Region 2016–2025. Obtido 8 de maio de 2024: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2016-2582-42338-58618>

World Health Organization. (2022). European framework for action on alcohol, 2022–2025. Information sheet. Obtido 8 de maio de 2024: <https://www.who.int/andorra/publications/m/item/european-framework-for-action-on-alcohol--2022-2025>

World Health Organization. (2022). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Obtido 8 de maio de 2024: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1448597234>

World Health Organization. (2022). Towards an action plan on alcohol. Obtido 8 de maio de 2024: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/alcohol/our-activities/towards-and-action-plan-on-alcohol>

LEGISLAÇÃO PORTUGUESA CONSULTADA

Decreto nº 10/1979 de 30 de janeiro. Diário da República, 123. [Adesão à Convenção de 1971 sobre as substâncias psicotrópicas]. Lisboa. Obtido em 24 de maio de 2024: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1979/01/0250/0/01230146.pdf>

Decreto-Lei n.º 109-E/2021 de 09 de dezembro. Diário da República, 237. [Cria o Mecanismo Nacional Anticorrupção e estabelece o regime geral de prevenção]. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros. Obtido em 24 de maio de 2024: <https://files.dre.pt/1s/2021/12/23701/0001900042.pdf>

Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de junho. (2001). Diário da República, 142. [Cria programas e de estruturas sócio-sanitárias RRMD]. Obtido em 24 de maio de 2024: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2001/06/142a00/35943601.pdf>

Decreto-Lei n.º 56 de 15 de março. (2006). Diário da República, 53. [Altera a forma de distribuição dos resultados líquidos dos jogos sociais explorados pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa]. Obtido em 24 de maio de 2024: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/03/053a00/19131915.pdf>

Decreto-Lei nº 72/99 de 15 de março. Diário da República, 62. [Revê o quadro jurídico de apoio às instituições privadas, na área do tratamento e da inserção social de toxicódepentes]. Obtido em 24 de maio de 2024: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1999/03/062a00/19131915.pdf>

maio de 2024: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1999/03/062a00/14181423.pdf>

Decreto-Lei n.º 80/2008 de 15 de outubro. Diário da República, 198. [Estabelece os princípios e regras aplicáveis às comissões de ética que funcionam nas instituições de saúde, nas instituições de ensino superior e em centros de investigação biomédica que desenvolvam investigação clínica]. Lisboa: Conselho de Ministros. Obtido em 24 de maio de 2024: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/10/19800/0496504970.pdf>

Decreto-Lei n.º 89/2023 de 11 de outubro. Diário da República, 197. [Cria o Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I. P.]. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa. Obtido em 24 de 05 de 2024, de <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/10/19700/000300030.pdf>

Decreto-Lei n.º 435/1970 de 12 de setembro. Diário da República n.º 212. [Convenção Única sobre Estupefacientes de 1961]. Lisboa. Obtido em 24 de maio: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1970/09/21200/12891316.pdf>

Lei 30/2000 de 29 de novembro. Diário da República, 276. [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]. Obtido em 24 de maio de 2024: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2000-34545875>

Lei n.º 108/2019 de 09 de setembro. Diário da República, 172. [Carta para a Participação Pública em Saúde]. Assembleia da República. Obtido em 24 de maio: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/09/17200/0008600091.pdf>

Portaria n.º 120/2024/1 de 27 de março. (2024). Diário da República, 62. [Procede à fixação das normas regulamentares enquadradoras da repartição dos resultados líquidos de exploração dos jogos sociais atribuídos ao Ministério da Saúde no ano de 2024. Obtido de <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2024/03/06200/0005300054.pdf>

Portaria n.º 604/2001 de 12 de junho. Diário da República, 136. [Procede à regulamentação do registo central dos processos de contraordenação previstos na Lei n.º 30/2000]. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros e Ministério da Justiça. Obtido em 24 de maio de 2024: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/604-2001-364946>

Portaria n.º 6-A de 04 de janeiro. Diário da República, 3. [Aprova os Estatutos do Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I. P.]. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros, Finanças e Saúde. Lisboa. Obtido em 24 de maio de 2024: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2024/01/00301/0000200011.pdf>

Resolução da Assembleia da República n.º 29/1991 de 6 de setembro. Diário da República, 205. [Convenção contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas de 1988]. Lisboa. Obtido em 24 de maio de 2024: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1991/09/205a00/47104740.pdf>

Resolução do Conselho de Ministros n.º 184/2021 de 29 de dezembro. Diário da República, 251. [Aprova a Estratégia Nacional de Combate à Pobreza 2021-2030]. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros. Obtido 28 de maio de 2024: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2021/12/25100/0001900030.pdf>

Resolução do Conselho de Ministros n.º 2/2020 de 21 de janeiro. Diário da República, 14. [Altera a Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo 2017-2023]. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros. Obtido em 24 de maio de 2024: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2020/01/01400/0000300013.pdf>



Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P.
Institute on Addictive Behaviours and Dependencies, P.I.

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

