

FICHA TÉCNICA

Título: Plano Estratégico 2013-2015

Autor: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Av. da República, n.º 61 - 9.º

1050-189 Lisboa

Telefone: 211 119 000

Fax: 211 119 099

E-mail: sicad@sicad.min-saude.pt

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| 1. Nota Introdutória | 4 |
| 2. Enquadramento | 6 |
| 2.1. Natureza, Missão e Atribuições..... | 6 |
| 2.2. Organização Interna | 7 |
| 2.3. Caracterização do SICAD | 8 |
| 3. Caracterização do Fenómeno | 13 |
| 3.1. Prevalência do Consumo de Substâncias Lícitas..... | 14 |
| 3.1.1. Álcool..... | 14 |
| 3.1.2. Tabaco | 15 |
| 3.1.3. Medicamentos | 16 |
| 3.2. Prevalência do Consumo de Substâncias Ilícitas | 17 |
| 3.3. Consumo Problemático de Substâncias Psicoativas | 19 |
| 3.4. Novos Desafios..... | 19 |
| 3.4.1. Novas substâncias psicoativas/alternativas legais às drogas ilegais <i>Legal highs</i> | 19 |
| 3.4.2. Comportamentos aditivos sem consumo de substâncias psicoativas..... | 20 |
| 3.4.3. Jogo patológico e <i>internet</i> | 20 |
| 4. Diagnóstico Estratégico | 22 |
| 4.1. Análise PEST - Political, Economical, Social and Technological | 22 |
| 4.2. Análise de <i>stakeholders</i> /parceiros..... | 26 |
| 4.3. Análise SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats | 29 |
| 5. Formulação Estratégica | 36 |
| 5.1. Missão, Visão e Valores..... | 36 |
| 5.2. Política de Qualidade | 37 |
| 5.3. Vetores Estratégicos..... | 37 |
| 5.4. Objetivos Estratégicos | 39 |
| 5.5. Mapa Estratégico | 44 |
| 5.6. Indicadores dos Objetivos Estratégicos | 45 |
| 5.7. Objetivos Operacionais e Iniciativas..... | 48 |
| 5.8. Relação entre os Objetivos Operacionais e os Objetivos Estratégicos..... | 52 |
| 5.9. Mecanismos de Coordenação e Monitorização do PE | 53 |
| 6. Bibliografia..... | 54 |
| Siglas e Abreviaturas | 55 |

1. NOTA INTRODUTÓRIA

Com a publicação da nova orgânica do Ministério da Saúde, aprovada pelo *Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de Dezembro*, o Governo criou **Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências**, extinguindo, em consequência, o Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP., e atribuindo às Administrações Regionais de Saúde, IP. parte da operacionalização das políticas no domínio dos comportamentos aditivos e dependências.

O diploma orgânico do SICAD, aprovado pelo *Decreto-Lei n.º 17/2012, de 26 de Janeiro*, concretiza uma inovação assente no reforço da componente de planeamento e acompanhamento de programas nestas áreas, conferindo ao SICAD competências eminentemente técnico normativas no que respeita à intervenção, ao planeamento e avaliação, assim como o acompanhamento e coordenação do dispositivo da dissuasão.

As políticas nacionais em matéria de drogas e toxicodependências, e também de álcool e outras substâncias, foram globalmente bem conseguidas, e os resultados das avaliações realizadas, designadamente a avaliação do Plano Nacional contra as Drogas e Toxicodependências 2005-2012, realizada por uma entidade externa, constataam isso mesmo. Os resultados alcançados são um incentivo para continuar e consolidar caminho percorrido, que granjeou o reconhecimento nacional e internacional que todos conhecem.

Estamos confrontados com fatores macro ambientais que condicionam a atuação do SICAD e seus parceiros, exigindo que os serviços e os profissionais mantenham e reforcem a capacidade de ação, no desenvolvimento de políticas e intervenções de qualidade, eficientes e eficazes, centradas nas necessidades dos cidadãos.

São vários os desafios que se nos colocam à profunda crise económica e financeira que se vive em Portugal, com reflexos no agravamento das condições de desfavorecimento económico dos indivíduos e das famílias, acresce a diminuição da capacidade do Estado para fazer face às necessidades de proteção social dos cidadãos. As situações de vulnerabilidade social decorrentes do desemprego e da diminuição dos apoios sociais constituem um fator de risco agravado para a emergência ou ocorrência de recaídas de comportamentos aditivos e dependências. A complexidade e mutabilidade do fenómeno das dependências e o recente fenómeno das novas substâncias psicoativas no mercado português (e das suas novas formas de comercialização), que induzem os jovens a uma falsa perceção de nulo ou baixo risco do seu consumo, exigem também inovação nas abordagens.

Acrescem os desafios que nos são colocados pelas outras dependências agora incluídas no mandato do SICAD, como o jogo patológico, dependência da *Internet*, de compras ou outras. Necessariamente, teremos de criar massa crítica, juntar especialistas com trabalho realizado nestas áreas, compulsar literatura nacional e internacional. Sejamos realistas: estas serão áreas para as quais nos propomos aprofundar conhecimento e delinear estratégias, mas para as quais a capacidade de intervenção não poderá ser desenvolvida no imediato.

O ciclo estratégico que agora se inicia exige do SICAD uma posição de sistemática concertação e alianças estratégicas, designadamente com os parceiros responsáveis pela operacionalização das políticas e intervenções. A intervenção no domínio das dependências sempre se pautou pelo desenvolvimento de parcerias

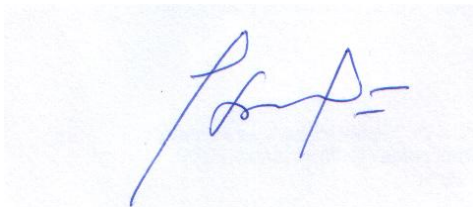
e respostas integradas com parceiros estratégicos, numa lógica de rentabilização de recursos e de conhecimento, de prevenção da duplicação de respostas, de qualidade e centralidade nas necessidades do cidadão. Encaramos com confiança a possibilidade de melhorarmos as respostas aos cidadãos, por via da operacionalização das intervenções em parceria com as Administrações Regionais de Saúde.

Neste sentido, logo após a estabilização e a entrada em vigor dos normativos que regulam o funcionamento do SICAD, entendeu a Direção definir o Plano Estratégico para o triénio 2013-2015, o que constituiu um momento de reflexão, de diagnóstico estratégico e de identificação de prioridades, a partir designadamente dos produtos do processo avaliativo interno e externo do ciclo estratégico que agora termina, e de decisão sobre as orientações estratégicas a seguir. A produção deste plano seguiu as orientações do *Balanced Scorecard*, foi amplamente participada, particularmente pelos *stakeholders* internos, e teve em consideração a necessidade de planear mais diretamente com as ARS, responsáveis pela intervenção direta no terreno, estratégias que tornem a opção da mudança organizacional uma efetiva mais-valia, na linha dos ganhos adquiridos pelo IDT, IP.

Com o modelo lógico, amplamente conhecido e incorporado pelos profissionais do serviço, valorizou-se de forma decisiva a componente diagnóstica, fundamental para a elaboração de planos necessários e úteis, consentâneos com o sentir e as expectativas dos profissionais e dos serviços parceiros.

O atual Plano irá conduzir a ação do SICAD nos próximos três anos e deve constituir-se como uma linha de orientação sustentada, com a flexibilidade necessária à introdução de ajustamentos sempre que tal seja avaliado como necessário, designadamente por força de mudanças ambientais e organizacionais que se venham a verificar. O SICAD como Direção Geral é uma estrutura nova no panorama dos dispositivos para a redução do consumo de substâncias psicoativas e das dependências, que nos propomos construir a cada momento e a cada desafio. O capital de conhecimento acumulado e transportado pelos profissionais coloca-nos numa posição de grande responsabilidade face à confiança que depositaram em nós e às exigências das populações que servimos.

É com grande entusiasmo que vamos centrar a nossa ação na criação de condições para a prestação do serviço público necessário, de qualidade, com eficiência e eficácia.



João Castel-Branco Goulão
Diretor-Geral do SICAD



2. ENQUADRAMENTO

2.1. Natureza, Missão e Atribuições¹

O SICAD é um serviço central do Ministério da Saúde, integrado na administração direta do Estado, dotado de autonomia administrativa, que tem por missão promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências.

O SICAD prossegue as seguintes atribuições:

- Apoiar o membro do Governo responsável pela área da saúde na definição da estratégia nacional e das políticas de redução do consumo de substâncias psicoativas, de prevenção dos comportamentos aditivos e da diminuição das dependências e sua avaliação;
- Planear e avaliar os programas de prevenção, redução de riscos e minimização de danos, de reinserção social e de tratamento do consumo de substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos e das dependências, designadamente definindo normas, metodologias e requisitos a satisfazer para garantir a qualidade;
- Planear a intervenção no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências, através de uma rede de referenciação entre cuidados primários, centros de respostas integradas e unidades de internamento ou unidades hospitalares, consoante a gravidade da dependência ou dos consumos de substâncias psicoativas;
- Desenvolver, promover e estimular a investigação científica no domínio das substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos e das dependências e manter um sistema de informação sobre o fenómeno da droga e das toxicodependências;
- Desenvolver mecanismos de planeamento e coordenação efetivos conducentes à definição das políticas para as intervenções no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências;
- Efetuar diagnósticos de necessidades de intervenção de âmbito nacional, definir prioridades e o tipo de intervenção a desenvolver;
- Definir as linhas de orientação técnica e normativa para a intervenção nas áreas dos comportamentos aditivos e das dependências;
- Promover a formação no domínio das substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos e das dependências;
- Assegurar a recolha, tratamento e divulgação dos dados e informação dos serviços públicos e das entidades privadas com intervenção no domínio das substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos e das dependências;

¹ Cf. Decreto-Lei n.º 17/2012 de 26 de Janeiro;

- Assegurar a representação internacional, no domínio das suas competências e atribuições específicas, sem prejuízo das competências próprias do Ministério dos Negócios Estrangeiros, bem como garantir o cumprimento das obrigações enquanto ponto focal nacional da Rede Europeia de Informação sobre Toxicodependência do Observatório Europeu das Drogas e da Toxicodependência, em coordenação com a Direcção-Geral da Saúde, enquanto entidade responsável pelas relações internacionais do Ministério da Saúde;
- Prestar o apoio técnico e administrativo e garantir as infraestruturas necessárias ao funcionamento das Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência;
- Definir os requisitos para o licenciamento de unidades privadas prestadoras de cuidados de saúde na área das dependências e comportamentos aditivos.

2.2. Organização Interna

A organização interna do SICAD obedece a um modelo estrutural misto, designadamente:

- O modelo de estrutura hierarquizada nas áreas de suporte;
- O modelo de estrutura matricial assente em equipas multidisciplinares, no desenvolvimento de atribuições, programas ou projetos de âmbito transversal.

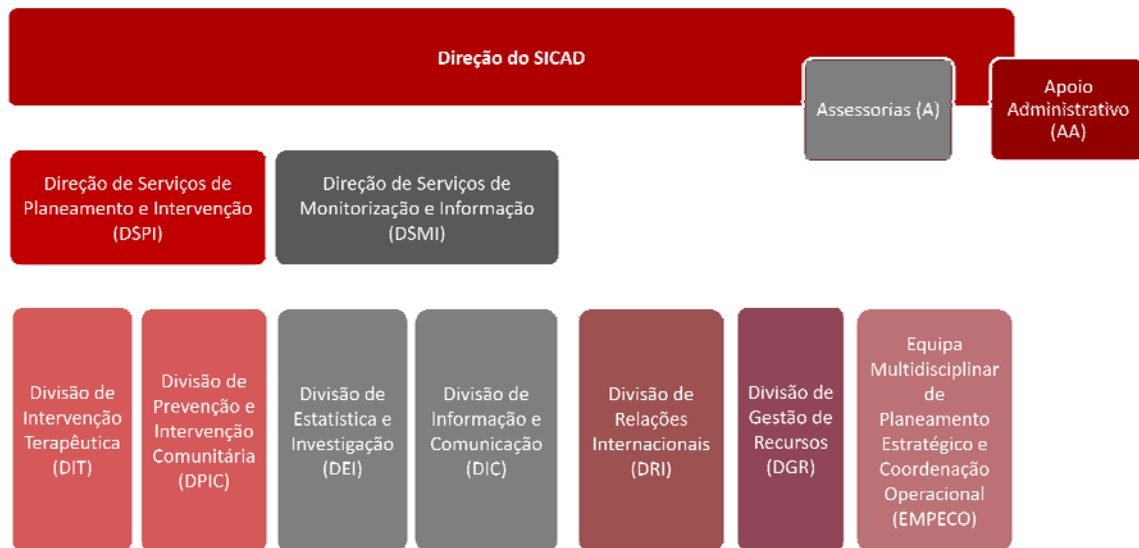
As unidades orgânicas flexíveis e da estrutura matricial são²:

- A Direcção de Serviços de Planeamento e Intervenção (DPI) com as seguintes divisões:
 - a) Divisão de Intervenção Terapêutica (DIT);
 - b) Divisão de Prevenção e Intervenção Comunitária (DPIC).
- A Direcção de Serviços de Monitorização e Informação (DMI) com as seguintes divisões:
 - a) Divisão de Estatística e Investigação (DEI);
 - b) Divisão de Informação e Comunicação (DIC).
- Na dependência do Diretor-Geral, foram criadas as seguintes divisões:
 - a) A Divisão de Relações Internacionais (DRI);
 - b) A Divisão de Gestão de Recursos (DGR).

² Cf. Despacho n.º 8816/2012, de 3 de julho de 2012;

Na estrutura matricial foi criada a Equipa Multidisciplinar de Planeamento Estratégico e Coordenação Operacional (EMPECO), também na dependência do Diretor-Geral.

Com funções de secretariado e de apoio administrativo à Direção foi criada uma área de Apoio Administrativo (AA) e serviços de assessoria (A).

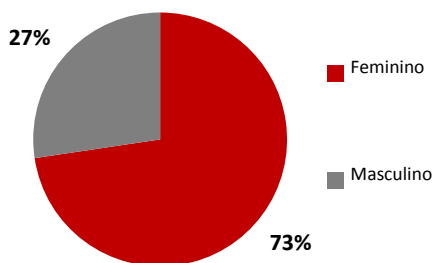


2.3. Caracterização do SICAD

Recursos Humanos

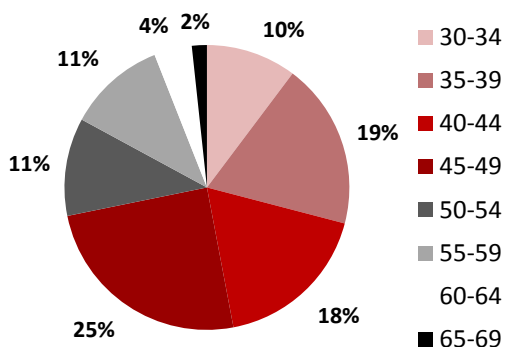
Na presente data, o SICAD conta com 117 profissionais para o cumprimento da missão e atribuições, com mapa de pessoal aprovado.

Caracterização por Género



Os profissionais do SICAD são maioritariamente do género feminino (73%).

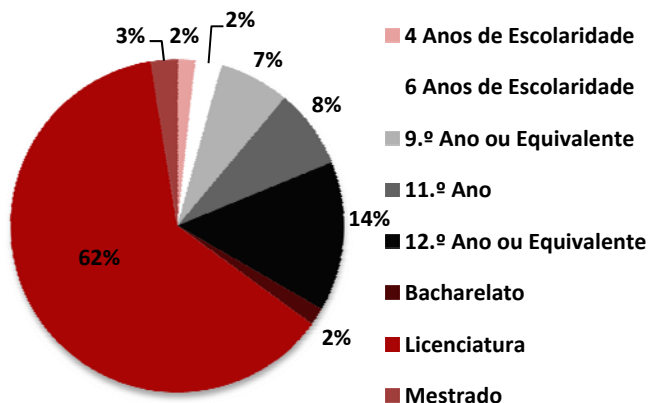
Caracterização por Escalão Etário



No que respeita à estrutura etária, os efetivos do SICAD situam-se ente os 30 e os 69 anos. O escalão etário que regista maior número de profissionais é o dos 45 aos 49 anos (25%), cerca de 37% dos profissionais têm idades entre 35 e os 44 anos.

Cerca de 67% dos profissionais têm formação superior e 14% o 12º ano ou equivalente.

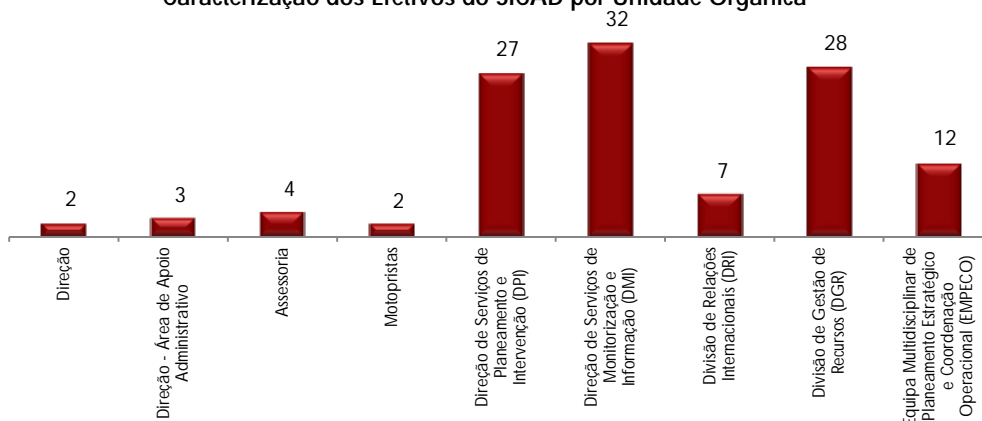
Caracterização por Níveis de Escolaridade



O SICAD tem disponível um conjunto de profissionais em que a maioria tem menos de 50 anos e formação superior. A conjugação destas características, associadas à experiência profissional especializada no âmbito das atribuições do SICAD, revela um elevado potencial de concretização, de dinamismo, inovação e criatividade.

Os profissionais encontram-se distribuídos pelas unidades orgânicas conforme quadro gráfico abaixo.

Caracterização dos Efetivos do SICAD por Unidade Orgânica



Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT)

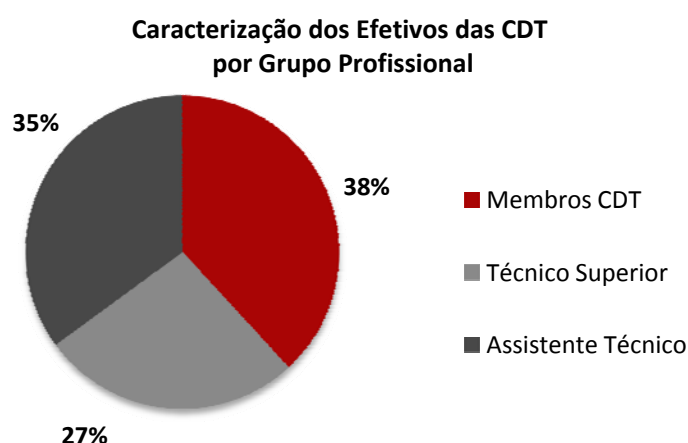
As CDT, criadas ao abrigo da Lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro, funcionam em todas as capitais de distrito de Portugal Continental (18 CDT)³. A constituição e regime de funcionamento das CDT, determinados pelo Decreto-Lei n.º 130-A/2001, de 23 de Abril, provêm a existência de três membros (um presidente e dois vogais) nomeados pelo Ministro da Saúde e pelo Ministro da Justiça, e selecionados de entre quadros superiores com formação na área da saúde, do direito, da psicologia, do serviço social ou entre outras áreas com experiência ou formação na área das toxicodependências. Os membros das CDT são apoiados por uma equipa de apoio técnico multidisciplinar e apoio administrativo, previstas no art.º 6.º do DL n.º130-A/2001.

Nos termos da alínea l) do *art.º 2.º do Decreto-Lei n.º 17/2012, de 26 de Janeiro*, o SICAD é responsável por garantir o funcionamento das CDT (tal como determina o *n.º 1 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 130-A/2001, de 23 de Abril*, inicialmente em relação ao Instituto Português da Droga e da Toxicodependência, ao qual se sucedeu o Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P).

A composição das Equipas Técnicas, previstas no *artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 130-A/2001, de 23 de Abril*, foi objeto de despacho do Secretário de Estado da Presidência do Conselho de Ministros (a 5 de Maio de 2001), aprovando a dotação de pessoal necessário às 18 CDT criadas: 43 técnicos superiores e 56 assistentes técnicos, num total de 99, sem contar com os membros (Presidentes e Vogais).

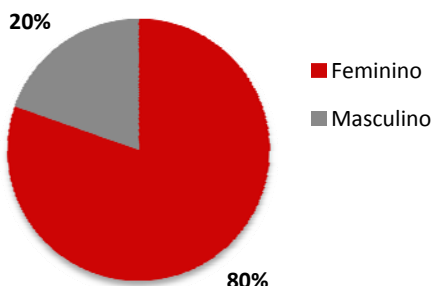
Atualmente, e após recente aprovação do mapa de pessoal para as CDT, exercem funções nas CDT 97 profissionais, incluindo Presidentes e Vogais.

Estes efetivos distribuem-se pelos seguintes grupos profissionais:



³ Nas Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores funcionam quatro Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência.

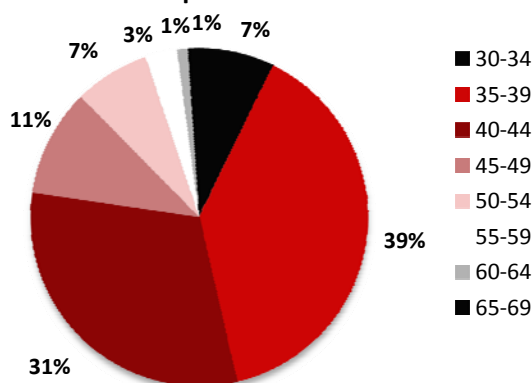
Caracterização dos Efetivos das CDT por Género



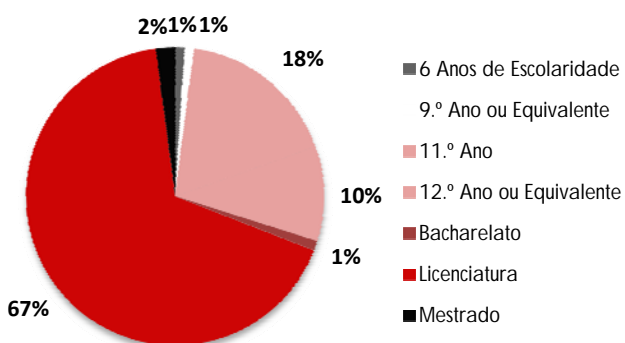
Os profissionais das CDT são maioritariamente do género feminino (73%).

No que respeita à estrutura etária, os efetivos das CDT situam-se ente os 30 e os 69 anos. O escalão etário que regista maior número de profissionais é o dos 35 aos 39 anos (39%), cerca de 42% dos profissionais têm idades entre 40 e os 49 anos.

Caracterização dos Efetivos das CDT por Escalão Etário

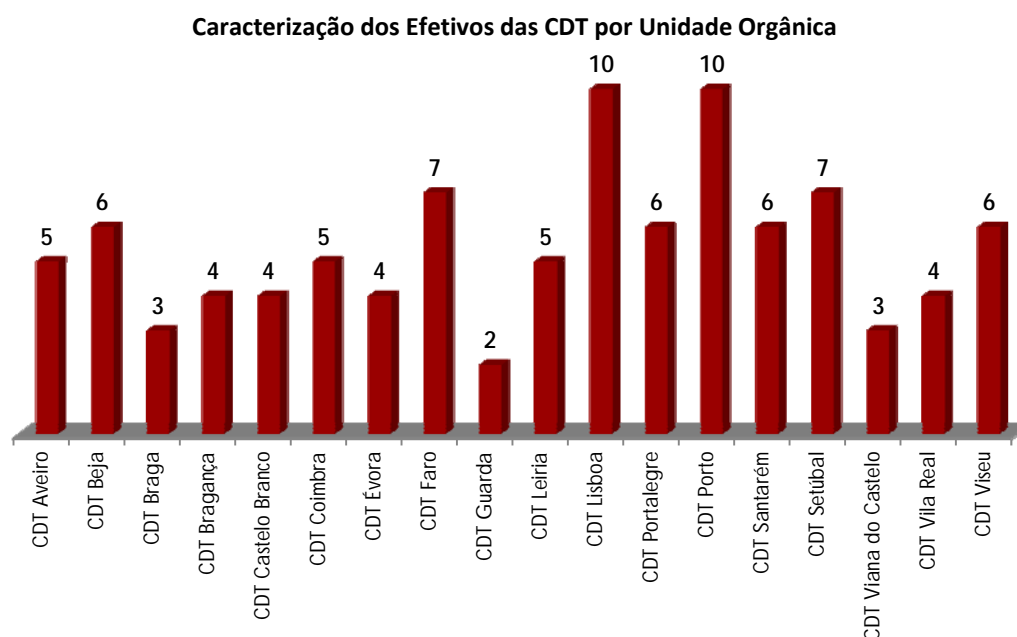


Caracterização dos Efetivos das CDT por Níveis de Escolaridade



Cerca de 70% dos profissionais têm formação superior e 10% o 12º ano ou equivalente.

Os profissionais encontram-se distribuídos pelas unidades orgânicas conforme quadro gráfico abaixo.



Recursos Financeiros

Os recursos financeiros para a concretização do presente Plano de Estratégico 2013-2015, rondam os 16.063.399,00€/ano, com uma componente de OE de 57% e receitas próprias na ordem dos 43%, estas provenientes dos Jogos Sociais e dos valores de tribunais sob a forma de recompensas, objetos, direitos ou vantagens, conforme previsto na alínea a) do n.º 1 do artigo 39.º do Decreto-Lei nº 15/1993, de 22 de Janeiro e ainda os valores de coimas, nos termos da alínea b) do n.º 3 do artigo 16.º da Lei n.º30/2000, de 29 de Novembro, alterada pelo Decreto-Lei n.º 114/2011, de 30 de Novembro. Prevê-se a possibilidade de cobrar os serviços que venham a prestar a entidades externas, designadamente em matéria de formação e consultadoria.

Importa salientar que a receita própria dos jogos sociais é atribuída anualmente pelo Ministério da Saúde, conforme consta do n.º 6 do artigo 3.º do citado diploma dos jogos sociais, e que é essencialmente para fazer face aos encargos com a atribuição de subsídios a estruturas que intervêm nos domínios dos comportamentos aditivos e dependências.

Do orçamento disponível os encargos com pessoal ascendem ao montante de 5.400.000,00€/ano e a aquisição de bens e serviços representa 26% do orçamento anual (4.163.399,00€). De salientar que o encargo com o programa da metadona ronda o montante de 766.880,00€/ano (5%) e os encargos com projetos situam-se em cerca de 6.500.000,00€/ano (40%). Estas despesas poderão ser alteradas na sequência das atribuições que venham a ser atribuídas ao SICAD neste âmbito.

3. CARACTERIZAÇÃO DO FENÓMENO

O conhecimento sobre a realidade do consumo de substâncias psicoativas, comportamentos aditivos e dependências em Portugal, e a sua evolução ao longo dos anos, permite-nos identificar as tendências e as necessidades de intervenção, e orientar as opções estratégicas.

Relativamente ao consumo de substâncias psicoativas, têm sido elaborados estudos representativos da população portuguesa em geral e específicos para as populações escolares⁴, onde são apresentadas prevalências de consumos. As prevalências permitem “medir a extensão dos consumos” (Balsa et al. 2007: 157) em diferentes contextos, bem como, através da recolha continuada ao longo dos anos, acompanhar as tendências de progressão ou retrocesso.

Assim, apresentam-se sumariamente, elementos sobre o consumo de substâncias psicoativas que constam dos resultados dos estudos disponíveis e dos Relatórios Anuais 2009 e 2010 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências (IDT, I.P).

Relativamente às populações escolares destacam-se alguns resultados de estudos mais recentes, nomeadamente do *European School Survey on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD) (alunos de 16 anos) e do Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas (ECATD) (alunos dos 13 aos 18 anos), que apontam para tendências que assumem particular importância, considerando o risco associado à experimentação e consumo precoce destas substâncias.

Consideradas as competências do SICAD em matéria de comportamentos aditivos e dependências sem consumo de substâncias psicoativas, como por exemplo o jogo patológico, expõem-se alguns resultados do estudo “*Epidemiologia de Dependência de Jogo a Dinheiro em Portugal*” (Henrique Lopes, 2009)⁵.

⁴ Dos quais se destacam Balsa, C., Vital C., Urbano C., Pascueiro L. (2008). *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral. Portugal 2007*. Lisboa: IDT, I.P.; Inquérito Escolar Europeu sobre o Consumo de Álcool e outras Drogas (*European School Survey on Alcohol and Other Drugs* ESPAD – Portugal 2011), disponível em http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/Relatorio/The_2011_ESPAD_Report_FULL.pdf; Feijão, F., Lavado E., Calado V., Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas (ECTAD 2011) – Síntese disponível em <http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Paginas/EstudosConcluidos.aspx>;

⁵ Apresentação disponível em http://siteantigo.scml.pt/media/arquivo/2009/outubro/conferencia_estudo.pdf

3.1. Prevalência do Consumo de Substâncias Lícitas

As prevalências do consumo de algumas substâncias psicoativas lícitas, nomeadamente do álcool e do tabaco, são significativamente mais elevadas na população portuguesa do que as prevalências das substâncias ilícitas.

3.1.1. Álcool

População em Geral

No estudo “O Consumo de Bebidas Alcoólicas em Portugal. Prevalências e Padrões de Consumo 2001-2007”, publicado em 2011, é referido que “*Portugal surge reiteradamente entre os maiores consumidores de bebidas alcoólicas e de álcool a nível Europeu e Mundial, quando consultamos as estatísticas provenientes do comércio e da indústria.*” (Balsa et al., 2011: 39). Segundo dados do *World Drink Trends 2005*, Portugal ocupava em 2003, o “8.º lugar do consumo mundial, com um consumo estimado de cerca de 9,6 litros de etanol per capita (...)” (IDT, I.P. 2010: 16). Portugal ocupava o 4º lugar mundial relativamente ao consumo de vinho (consumo acumulado de 42 litros per capita), o 23º lugar em relação ao consumo de cerveja (58,7 litros per capita) e o 32º lugar relativamente ao consumo de bebidas destiladas (3,3 litros per capita)⁶.

Da comparação dos dados das prevalências de consumo na população portuguesa, entre 2001 e 2007, destaca-se:

- Subida do consumo ao longo da vida na população geral, destacando-se o aumento significativo entre os mais jovens (15-24 anos), não só ao longo da vida, mas também no último ano e no último mês;
- A tendência do tipo de bebidas consumidas é semelhante à tendência do último mês, a saber: vinho (47%), cerveja (42%), bebidas espirituosas (26%) e *alcopops* (8%);
- Verificam-se diferenças de género, sendo maior a proporção de homens do que mulheres consumidoras, quer em 2001, quer em 2007. Contudo, em 2007 registou-se uma diminuição da diferença de amplitude das prevalências no grupo etário 15-24 anos;

| PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS | | | | | | | | | |
|--|------------------------------|------------|------------|-------------------------------------|------------|------------|------------------|------------|------------|
| Grupos de idade | População total (15-64 anos) | | | População jovem-adulta (15-34 anos) | | | 15-24 anos | | |
| | Ao longo da vida | Último ano | Último mês | Ao longo da vida | Último ano | Último mês | Ao longo da vida | Último ano | Último mês |
| População 2001 | 75,6% | 65,9% | 59,1% | 73,3% | 65,9% | 57,6% | 66,0% | 59,6% | 49,0% |
| População 2007 | 79,1% | 70,6% | 59,6% | 77,4% | 70,5% | 56,7% | 74,3% | 68,3% | 51,7% |

Fonte: Balsa et al., 2011: pp. 71-72

⁶ IDT, I.P., (2010) Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012; Disponível em <http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Documents/2010/PlanoAlcool.pdf> (acedido em Outubro de 2012)

Populações Escolares

Os últimos estudos em meio escolar ECADT e ESPAD – Portugal 2011⁷, permitem observar a evolução do fenómeno em três períodos: 2003, 2007 e 2011. Destacam-se os seguintes resultados:

- Diminuição do número de consumidores de álcool em todas as idades, em ambos os sexos;
- Em 2011 verificou-se uma descida das prevalências de consumo ao longo da vida⁸ (experimentação), em todas as idades, quer dos rapazes como das raparigas, comparativamente a 2007 e 2003;
- As prevalências de consumo recente (últimos 12 meses) e de consumo atual (últimos 30 dias) também diminuíram em todas as idades, quer dos rapazes quer das raparigas, comparativamente a 2007⁹;
- Aumento das prevalências das situações de embriaguez, ao longo da vida, em todas as faixas etárias, quer para os rapazes como para as raparigas¹⁰;
- Aumento das prevalências, das situações de embriaguez, nos últimos 30 dias, entre os 16 e os 18 anos, quer para os rapazes como para as raparigas¹¹;
- Aumento do consumo de bebidas destiladas, entre os 15 e os 18 anos¹²;

3.1.2. Tabaco

População em Geral

Do Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População em Geral, de 2001 e de 2007, destacam-se os seguintes resultados:

- Subida de todas as prevalências entre 2001 e 2007 quer para a população em geral como para a população jovem-adulta, à exceção das prevalências de consumo do último mês para a população jovem-adulta;
- A taxa de continuidade do consumo de tabaco é bastante elevada, contudo entre 2001 e 2007 verificou-se um decréscimo em todos os grupos de idade;
- Verificam-se diferenças de género, registando-se um maior número de homens consumidores, sendo que existem grandes oscilações nas proporções nas diferentes faixas etárias;

⁷ Abrangem as faixas etárias 13-18 anos;

⁸ Cf. Apresentação – gráficos da página 18 e 19;

⁹ Cf. Páginas 20-21;

¹⁰ Cf. Páginas 28-29;

¹¹ Cf. Páginas 42-43;

¹² Cf. Página 49;

| PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE TABACO | | | | | | |
|----------------------------------|------------------------------|------------|------------|-------------------------------------|------------|------------|
| Grupos de idade | População total (15-64 anos) | | | População jovem-adulta (15-34 anos) | | |
| | Ao longo da vida | Último ano | Último mês | Ao longo da vida | Último ano | Último mês |
| População 2001 | 40,2% | 28,8% | 28,6% | 44,5% | 34,5% | 34,2% |
| População 2007 | 48,9% | 30,9% | 29,4% | 50,9% | 36,5% | 34,3% |

Fonte: Balsa et al., 2011: pp. 138-139

Populações Escolares

Quanto ao consumo de tabaco nas populações escolares, sublinhamos:

- Ligeira descida das prevalências ao longo da vida, em todas as idades, à exceção dos 16 anos, que mantém a mesma prevalência de 2007¹³;
- Aumento dos consumos atuais, isto é, das prevalências nos últimos 30 dias, em todas as idades, quer das raparigas como dos rapazes (à exceção dos rapazes de 14 anos)¹⁴;

3.1.3. Medicamentos

Quanto ao consumo de medicamentos com efeitos psicoativos sem prescrição médica, registou-se uma diminuição de todas as prevalências, entre 2001 e 2007, quer na população total, como na população jovem adulta.

| PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | | |
|--|------------------------------|------------|------------|-------------------------------------|------------|------------|
| Grupos de idade | População total (15-64 anos) | | | População jovem-adulta (15-34 anos) | | |
| | Ao longo da vida | Último ano | Último mês | Ao longo da vida | Último ano | Último mês |
| População 2001 | 22,5% | 14,4% | 11,0% | 13,3% | 7,5% | 4,2% |
| População 2007 | 19,1% | 12,0% | 9,9% | 12% | 6,2% | 4,1% |

Fonte: Balsa et al., pp. 138 e 139

¹³ Cf. Apresentação – gráfico da página 34;

¹⁴ Cf. Páginas 36 e 37;

3.2. Prevalência do Consumo de Substâncias Ilícitas

População em Geral

De acordo com os resultados do Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População em Geral, de 2001 e de 2007, destacam-se os seguintes elementos:

- Subida da prevalência dos consumos de *qualquer droga*, ao longo da vida (de 7% para 12% da população, entre 15-64 anos, que consumiram uma substância ilícita, pelo menos uma vez na vida);
- Estabilidade das prevalências de consumo de *qualquer droga* nos últimos 30 dias (2,5% em 2001 e 2007);
- Descida das taxas de continuidade¹⁵ dos consumos (a de *qualquer droga* passou de 44% para 31%)¹⁶;
- Verifica-se ainda uma maior proporção de homens do que mulheres a consumir substâncias ilícitas. Encontraram-se diferenças de género relacionadas com a experimentação, bem como na prevalência de consumos nos últimos 30 dias, quer para a população total (15-64 anos) como para a jovem-adulta (15-34 anos), em qualquer das substâncias ilícitas consideradas¹⁷;
- A cannabis é a substância ilícita que mais portugueses experimentaram, quer na população total, como na jovem-adulta. Seguem-se a cocaína e o ecstasy;
- Em ambas as populações destaca-se a subida, em 2007, das prevalências de consumo de cocaína;
- As prevalências de consumo de substâncias ilícitas são superiores na população jovem-adulta, do que na população total;
- Verifica-se que Portugal se manteve entre os países europeus com menores prevalências do consumo de drogas (à exceção da heroína);

Populações Escolares

Conforme consta do Relatório Anual 2010, "*no contexto das populações escolares, os resultados dos estudos nacionais evidenciam que o consumo de drogas que vinha aumentando desde os anos 90 diminuiu pela primeira vez em 2006 e 2007, constatando-se em 2010 novamente um aumento do consumo de drogas nestas populações, o que alerta desde já para a necessidade do reforço das medidas preventivas.*" (IDT, 2011: 11).

¹⁵ A Taxa de Continuidade indica a proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

¹⁶ IDT, Relatório Anual 2010, pp 15-26;

¹⁷ Cannabis, cocaína, anfetaminas, ecstasy, heroína, LSD, cogumelos mágicos;

Em 2006, os resultados do HBSC/OMS e do INME, evidenciaram descidas dos consumos, sendo a cannabis a droga com maiores prevalências de consumo entre estas populações. A exceção na diminuição do consumo de cannabis verificou-se no grupo dos mais novos e com estatuto socioeconómico mais baixo.

Em 2007, os resultados do ESPAD (alunos de 16 anos) e do ECADT (alunos dos 13 aos 18 anos) também evidenciaram descidas dos consumos (entre 2003-2007), destacando-se a descida da experimentação de todas as substâncias ilícitas¹⁸ em todas as idades¹⁹. A cannabis manteve-se como a droga mais experimentada.

Contudo, os resultados dos estudos apresentados a partir de 2010 evidenciam uma tendência de aumento das prevalências dos consumos.

Em 2010, os resultados do HBSC/OMS evidenciaram um aumento das prevalências dos consumos entre 2006 e 2010, contrariamente à diminuição ocorrida entre 2002-2006, nomeadamente da cannabis. A cannabis, os estimulantes e o LSD surgiram em 2010 como as drogas mais experimentadas.

Em 2011, os resultados do ESPAD, do ECADT e do INME, confirmam a tendência de aumento das prevalências de consumos, entre 2007 e 2011 nos dois primeiros e entre 2006 e 2011 no último (IDT, 2012).

Os resultados do ESPAD e do ECADT revelam uma subida da experimentação de drogas, com aumento das prevalências ao longo da vida em todas as idades, comparativamente a 2007²⁰. Verifica-se ainda:

- Especificamente quanto à cannabis, registou-se um aumento da experimentação entre os alunos dos 14 aos 18 anos, comparativamente a 2007²¹. Verificou-se ainda um aumento das prevalências dos consumidores recentes (no último ano), à exceção dos alunos com 13 anos²². Quanto aos consumos atuais, verifica-se um aumento das prevalências em todas as faixas etárias, à exceção dos alunos com 13 anos²³;
- Comparativamente a 2007, destaca-se ainda o aumento da experimentação de anfetaminas, dos alunos com 14, 16 e 18 anos, de LSD em todas as idades, de cocaína entre os 13 e os 16 anos e de heroína entre os alunos com 14 e 15 anos²⁴;

No INME 2011, verificou-se um aumento das prevalências de consumo ao longo da vida de qualquer droga, quer no 3.º Ciclo (10,3%, 2006 – 8,4%), como no Secundário (29,4%, 2006 – 19,9%). Desatacam-se ainda os seguintes resultados²⁵:

¹⁸ ESPAD - a prevalência ao longo da vida de qualquer droga passou de 18% para 14% (IDT, 2010: p.11)

¹⁹ ECADT – descida das prevalências de consumo ao longo da vida de qualquer droga em todas as idades (IDT, 2010: p.11)

²⁰ Cf. Apresentação – gráfico da página 78;

²¹ Cf. Página 60;

²² Cf. Página 62;

²³ Cf. Página 64;

²⁴ Cf. Páginas 70-72, 74;

²⁵ IDT, Relatório Anual 2011, pp 21-23

- A cannabis manteve-se com as maiores prevalências de consumo ao longo da vida, quer no 3.º ciclo como no Secundário;
- No 3.º Ciclo, entre 2006 e 2011 verificou-se um aumento das prevalências do consumo de cannabis, e registando-se uma estabilidade e diminuições na maioria das outras drogas;
- Entre 2006 e 2011, no Secundário, a tendência foi de aumento da maioria das drogas, destacando-se para além da cannabis, uma subida das prevalências de consumo de anfetaminas e de LSD;

3.3. Consumo Problemático de Substâncias Psicoativas

Relativamente às estimativas da prevalência de consumidores problemáticos de drogas em Portugal, de acordo com o Relatório Anual 2010 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, comparando os dados de 2000-2005, constata-se uma diminuição do número estimado de consumidores problemáticos de drogas quer dos consumidores de opióides, cocaína e/ou anfetaminas²⁶, dos consumidores de longa duração/uso regular de opióides, cocaína, e/ou anfetaminas²⁷, bem como dos consumidores (atuais ou recentes) de drogas por via endovenosa²⁸.

Relativamente ao movimento clínico, desde 2008 a 2011 verifica-se uma estabilidade (com ligeiras alterações) do número total de utentes em ambulatório na Rede Pública (2008 - 38 532; 2009 – 38 875; 2010 – 37 983 e 2011 – 38 292).²⁹

3.4. Novos Desafios

3.4.1. Novas substâncias psicoativas/alternativas legais às drogas ilegais Legal highs

Em Portugal tem-se verificado um aumento do mercado de novas substâncias psicoativas, nomeadamente através do aumento do número de pontos de venda que disponibilizam estas substâncias. O aumento deste fenómeno constata-se em toda a Europa, como se pode confirmar no Relatório Anual 2011 do OEDT, onde é referido que "*Em 2010 foi notificado um número recorde de 41 substâncias novas ao mecanismo europeu de alerta rápido e os dados preliminares para 2011 não mostram sinais de diminuição.*" (OEDT, 2011: 16).

A *Internet* é um dos principais mercados para estas substâncias, e tem-se podido observar a rapidez com que surgem novos produtos. Um aspeto importante a considerar é o facto de estas substâncias estarem disponíveis à

²⁶ Estimativa da prevalência 2005 situa-se entre 44 653-53 240, entre 6,2 – 7,4 por mil habitantes dos 15 – 64 anos

²⁷ Estimativa da prevalência 2005 entre 30 833 – 35 576, entre 4,3 – 5,0 por mil habitantes 15-64 anos

²⁸ Estimativa da prevalência 2005 entre 13 183 – 16 285, entre 1,8 – 2,2 por mil habitantes 15-64 anos

²⁹ IDT, I.P. Relatório Anual 2010, p. 27 e Relatório de Atividades 2011, p. 91

população em geral e serem de fácil acesso, contrariamente, às drogas ilícitas. Importa assim conhecer aprofundadamente esta realidade, acompanhar os novos desenvolvimentos a vários níveis (mercado, procura, consequências para a saúde, entre outros), por forma a implementar medidas adequadas e relevantes.

3.4.2. Comportamentos aditivos sem consumo de substâncias psicoativas

No campo da adição, tornou-se comum adotar o conceito de dependência associada ao abuso de substâncias psicoativas (legais e ilegais). Contudo, a adição abrange também um espectro de comportamentos de alto risco e de dependência que podem não estar relacionados com substâncias. Os comportamentos aditivos podem ser definidos enquanto dependência compulsiva de determinadas atividades ou comportamentos (como por exemplo, o jogo patológico, compras, etc.). A adição e a adoção de comportamentos de alto risco associados a substâncias e a atividades têm características comuns, nomeadamente quando se tornam tão excessivos na vida dos indivíduos, que assumem um papel fundamental, conduzindo-os a situações de negligência ou exclusão de outras áreas da sua vida quotidiana, a nível social ou profissional. Apesar dos indivíduos estarem conscientes dessas situações e das implicações nas suas vidas, não têm capacidade de limitar ou alterar esses comportamentos.

Importa conhecer quais os comportamentos aditivos que assumem relevância na sociedade portuguesa, e exigem o planeamento de intervenções ajustadas às necessidades diagnosticadas.

3.4.3. Jogo patológico e *internet*

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o jogo patológico é reconhecido como uma perturbação dos hábitos e dos impulsos, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID – 10).

Nos últimos anos tem havido uma preocupação crescente com o perigo de adição ao jogo na *Internet*, uma vez que é possível jogar num ambiente mais isolado e anónimo, sem nenhuma forma de controlo social, o que leva a uma maior exposição a todas as formas de jogo.

Segundo o estudo realizado em 2009, da autoria de Henrique Lopes³⁰, sobre a dependência do jogo em Portugal, há pelo menos 16.124 viciados em jogos a dinheiro em Portugal e mais de 400 mil jogadores de risco. Segundo o autor, um dos dados preocupantes é o número de jovens que mostram sinais de dependência: 1.564 têm menos de 25 anos e 8.741 têm entre 26 e 40 anos. Segundo o autor assiste-se a um fenómeno de rejuvenescimento da classe dos jogadores, o qual se deve ao crescimento da oferta e acesso a jogos a dinheiro na *Internet*. Entre as principais conclusões do estudo “Epidemiologia de Dependência de Jogo a Dinheiro em Portugal” destacam-se as seguintes:

³⁰ Apresentação disponível em http://siteantigo.scml.pt/media/arquivo/2009/outubro/conferencia_estudo.pdf (acedido em Setembro 2012)

- Os jogos que causam maior dependência são, por ordem decrescente: jogos clandestinos de cartas, jogos por *Internet* e *slot machines*;
- Existe ainda pouco conhecimento sobre o fenómeno de dependência de jogo a dinheiro, em particular sobre os mais jovens, nomeadamente entre os adolescentes e jovens entre os 14-18 anos ou 12-18 anos;
- Verifica-se ainda que a taxa de prevalência entre os jovens é semelhante à dos países ocidentais e “*é motivo de séria reflexão*” (Lopes, 2009);

Considerando a falta de informação aprofundada deste fenómeno em Portugal, bem como a importância que o jogo patológico, associado à *Internet*, tem assumido noutros países, assume particular importância conhecer aprofundadamente esta realidade, principalmente junto das populações jovens. Será necessário desenvolver intervenções adequadas às necessidades diagnosticadas, de carácter preventivo, relativamente ao jogo patológico e ao uso indevido da *internet*.

4. DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO

O diagnóstico estratégico subjacente ao presente Plano foi sistematizado através de 3 níveis de análise:

- PEST - *Political, Economical, Social and Technological*;
- *Stakeholders* / Parceiros;
- SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*.

Tendo em conta a envolvente, procedeu-se à construção de um referencial de variáveis, facilitador da análise do posicionamento do SICAD, com vista à identificação das principais e mais relevantes tendências para a intervenção estratégica do SICAD e respetiva evolução no triénio 2013-2015.

4.1. Análise PEST - Political, Economical, Social and Technological

A análise PEST corresponde a um modelo de diagnóstico estratégico do ambiente fora do controlo direto do SICAD. Esta análise incide sobre fatores de natureza macro ambiental, nomeadamente políticos, económicos, socioculturais e tecnológicos, tendo sido sistematizada no quadro seguinte:

| Fatores Políticos (Inclui Legais) | Fatores Económicos | Fatores Sociais | Fatores Tecnológicos |
|---|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Crise política na zona euro (e fora dela) • E(in)stabilidade política • Reforma estrutural do Estado • Opções governativas condicionadas pela conjuntura económica e financeira • Tensão entre poder político e a sociedade civil • Área de intervenção fortemente condicionada por conceções ideológicas • Posição ideológica diferente dos parceiros de coligação governamental | <ul style="list-style-type: none"> • Profunda crise económica e financeira • País em recessão económica • Vigência do exigente Programa de Assistência Económica e Financeira; • Baixa sustentabilidade das finanças públicas; • Sustentabilidade do SNS em falência; • Dificuldades da sustentabilidade do sistema de proteção social; • Dimensão económica das áreas de negócio | <ul style="list-style-type: none"> • Profunda crise social • Aumento das desigualdades sociais • Índice de Desemprego • Vulnerabilidade e empobrecimento das famílias • Mudanças de estilos de vida e de padrões de consumo • Capacidade de intervenção das IPSS condicionada por questões financeiras • Diminuição das respostas sociais • Estigma social sobre pessoas com dependências • Alterações da estrutura populacional | <ul style="list-style-type: none"> • Utilização generalizada das TIC • Integração na Rede Informática da Saúde • Investimento em inovação tecnológica • Internet como veículo de marketing e acesso às novas substâncias psicoativas • Internet enquanto promotora de novos comportamentos aditivos |

Fatores Políticos

A grave crise política na UE, resultante da crise financeira da zona euro, a imposição de fortes restrições aos estados membros, designadamente a Portugal, condicionam de forma dramática as opções governativas.

Os protestos e a revolta contra as medidas de austeridade anunciadas, a discordância entre os responsáveis políticos sobre a resposta mais adequada a dar à crise e um complexo processo de decisão política, levaram já à queda de governos de vários países europeus, e colocam Portugal num quadro de instabilidade política, de tensão entre as forças da sociedade, designadamente com a sociedade civil.

O SICAD resulta da operacionalização da profunda reforma estrutural do Estado, em curso, por via da eliminação de estruturas da administração indireta persistindo, na sua envolvente e num cenário prospetivo de curto e médio prazo, redimensionamentos ao nível deste organismo, ajustados à frágil capacidade financeira nacional e à pressão para diminuição da despesa pública. Neste contexto, perspetiva-se com impactos no SICAD, a continuidade na implementação de serviços partilhados e no desenvolvimento ou otimização de sistemas de gestão em áreas fundamentais gestonárias. A mudança de instalações e respetiva redução de espaços físicos são um exemplo em execução.

A condução das políticas em matéria de dependências de substâncias psicoativas, tradicionalmente transporta consigo uma carga ideológica e política, que tem orientado as opções estratégicas e nem sempre constitui um fator de estabilidade no desenvolvimento das respostas e intervenções, remetendo para o plano da política opções eminentemente técnicas. Esta questão assume contornos peculiares quando no âmbito do elenco governativo, são conhecidas divergências nesta matéria.

Fatores Económicos

A profunda crise económica e financeira vivida em Portugal traduz-se em condições de desfavorecimento económico evidentes, resultado quer do agravamento das condições de financiamento da economia, em termos de juros e no acesso ao crédito, quer do elevado índice de desemprego e do endividamento, bem como da redução dos rendimentos disponíveis, por via do aumento dos impostos e da redução dos salários. Acresce a estas condições a dificuldade de sustentabilidade da segurança social e a diminuição da capacidade do estado fazer face às necessidades de proteção social dos cidadãos em situação de desfavorecimento socioeconómico.

Ao nível da prestação dos cuidados de saúde assiste-se a uma cada vez maior fragilização do serviço nacional de saúde, com reflexos enormes ao nível da vida dos cidadãos e do posicionamento civilizacional de Portugal. As políticas de austeridade, enquadradas pelo Programa de Assistência Económica e Financeira, com impactos diretos no rendimento disponível das famílias em geral, e de grupos da base da distribuição do rendimento em particular, estão a conduzir a um empobrecimento generalizado das famílias e a um agravamento das desigualdades sociais, com um impacto sistémico nos diversos setores da sociedade e da economia. Menos dívida pública, menos estado, quer dizer menor acesso à saúde, à proteção social, à habitação, mais desigualdades.

As dificuldades no acesso à educação e ao emprego são particularmente preocupantes pois constituem bases estruturais do funcionamento das sociedades, que comprometem o desenvolvimento e o crescimento económico a médio e longo prazo.

A vertente económica das áreas de negócio no âmbito da **oferta** constitui uma dimensão da atividade económica nacional, com impacto ao nível do PIB, com reflexos na receita fiscal, com planos de dinamização e crescimento de negócio, que visam a maximização da produção e do lucro, com estratégias de *marketing* que colocam permanentes desafios ao SICAD, no âmbito da sua missão.

Fatores Sociais

Também como reflexo dos fatores económicos acima mencionados, assiste-se a um aumento e persistência das desigualdades sociais por via dos elevados e crescentes níveis de desemprego, pelo défice de escolarização, designadamente secundário e superior, e pela insuficiente equidade das políticas redistributivas, colocam em risco a coesão social.

O desemprego atinge níveis muito altos, constituindo um dos problemas mais marcantes da nossa sociedade, que a prazo resultará no agravamento das desigualdade e da pobreza. As situações de vulnerabilidade social decorrentes do desemprego comprometem o bem-estar social, constituindo também por isso um fator de risco agravado para a emergência de comportamentos aditivos e dependências. Pessoas e famílias desorganizadas, empobrecidas, desempregadas, com fraca capacidade anímica e com menor capacidade de constituírem fatores protetores efetivos, podem facilitar o recrudescimento de problemas associados ao consumo de substâncias psicoativas/drogas e também à criminalidade, por via do pequeno tráfico.

Por sua vez, a complexidade e mutabilidade do fenómeno das dependências encontram-se circunscritas num cenário sociocultural envolvente, que continua a apontar no sentido duma estigmatização social em relação às pessoas com estes problemas e duma perceção social de baixo risco no respeitante ao consumo de determinadas substâncias psicoativas, nomeadamente o álcool e as novas substâncias psicoativas facilitadas em pontos de venda e disponíveis na *internet*. No caso particular do álcool, essa perceção é transversal às diversas faixas etárias da população, associado a uma forte tradição cultural judaico-cristã no caso da população mais velha e a hábitos de consumo alinhados com uma “cultura *binge*” na população mais jovem. Já o recente fenómeno das novas substâncias psicoativas no mercado português induz os jovens a uma falsa perceção de nulo ou baixo risco do seu consumo.

A sociedade civil fortemente disponível para complementar as respostas do estado em domínios que tradicionalmente lhe estão convencionados, encontra na redução do orçamento público disponível um entrave à resposta e apoio às populações carenciadas e à sua ação em matéria de solidariedade social. Paradoxalmente, o Estado, por via da reforma da administração pública e da conseqüente diminuição da capacidade de resposta, procura na sociedade civil o comprometimento na procura de soluções e de respostas.

A profunda crise global que os países atravessam, determina modificações estruturais com reflexos importantes na dinâmica populacional. Assim, e no que concerne ao nosso país, verifica-se um aumento do fluxo de emigrantes e uma redução na entrada de imigrantes. Como os fluxos migratórios estão predominantemente associados a populações mais jovens, é expectável uma modificação na composição etária dos residentes em território nacional.

Fatores Tecnológicos

No respeitante a fatores tecnológicos, assume-se que o desenvolvimento da Sociedade da Informação e do Conhecimento e a franca utilização dos Sistemas de Informação e das Tecnologias de Informação e Comunicação têm um impacto forte no funcionamento das organizações. Mais, as potencialidades que os atuais meios de comunicação oferecem, apontam no sentido de uma maior e mais atual disseminação de serviços especializados junto de parceiros-clientes do SICAD, facilitando a possibilidade de colocar ao serviço da visão deste organismo a *internet*, as redes sociais e outros instrumentos desta natureza.

Em concomitância com esta realidade, facilitadora e potenciadora da ação, o desenvolvimento da sociedade de informação constitui-se também como fator de risco no acesso fácil a novas substâncias potencialmente perigosas e, também, por si só, enquanto fator desencadeador de comportamentos aditivos, que carecem de abordagens inovadoras.

Paralelamente, o expectável alinhamento tecnológico na Rede Informática da Saúde poderá constituir uma oportunidade do reforço da articulação e interoperabilidade com os restantes parceiros da saúde.

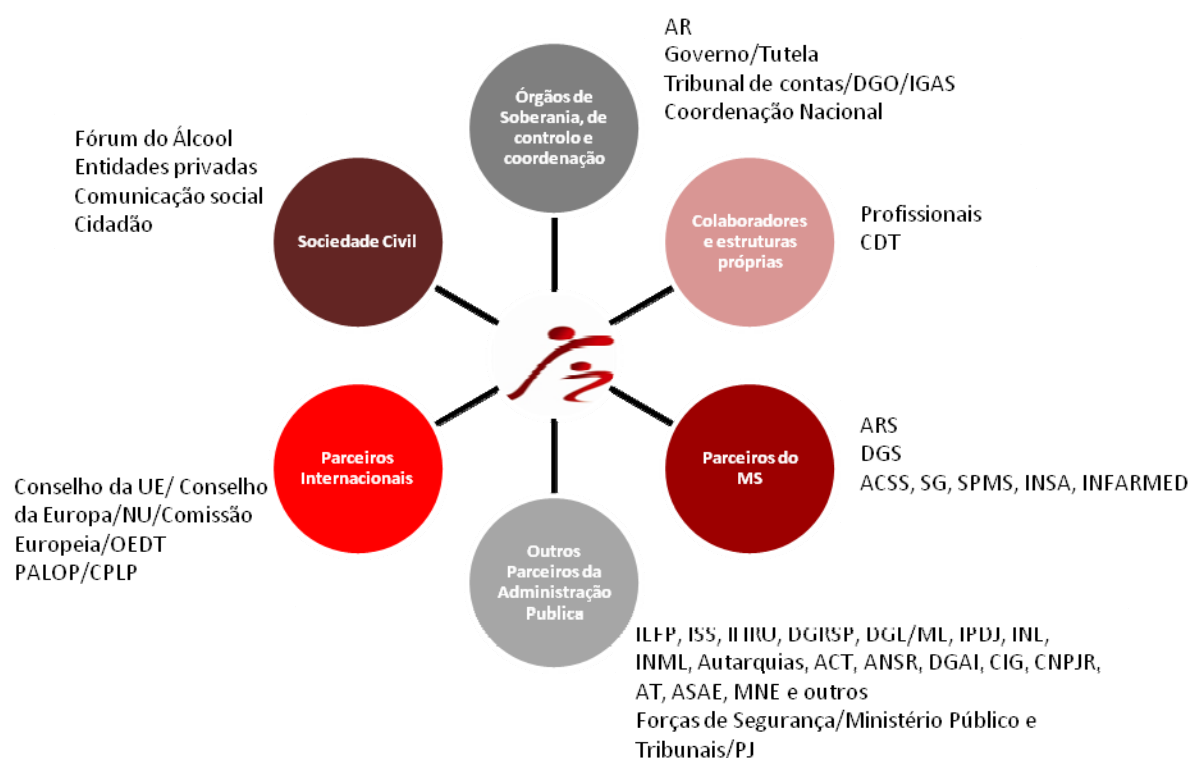
4.2. Análise de stakeholders/parceiros

Para uma completa e eficiente prossecução da missão e da visão, o SICAD desenvolve a atividade em estreita articulação com organismos públicos, dentro e fora o Ministério da Saúde, e privados, com ou sem fins lucrativos. Enquanto Direção Geral e por força das atribuições que lhe estão atribuídas, a interdependência com outros serviços é uma realidade, que pressupõem a articulação sistemática e a integração de esforços e sinergias.

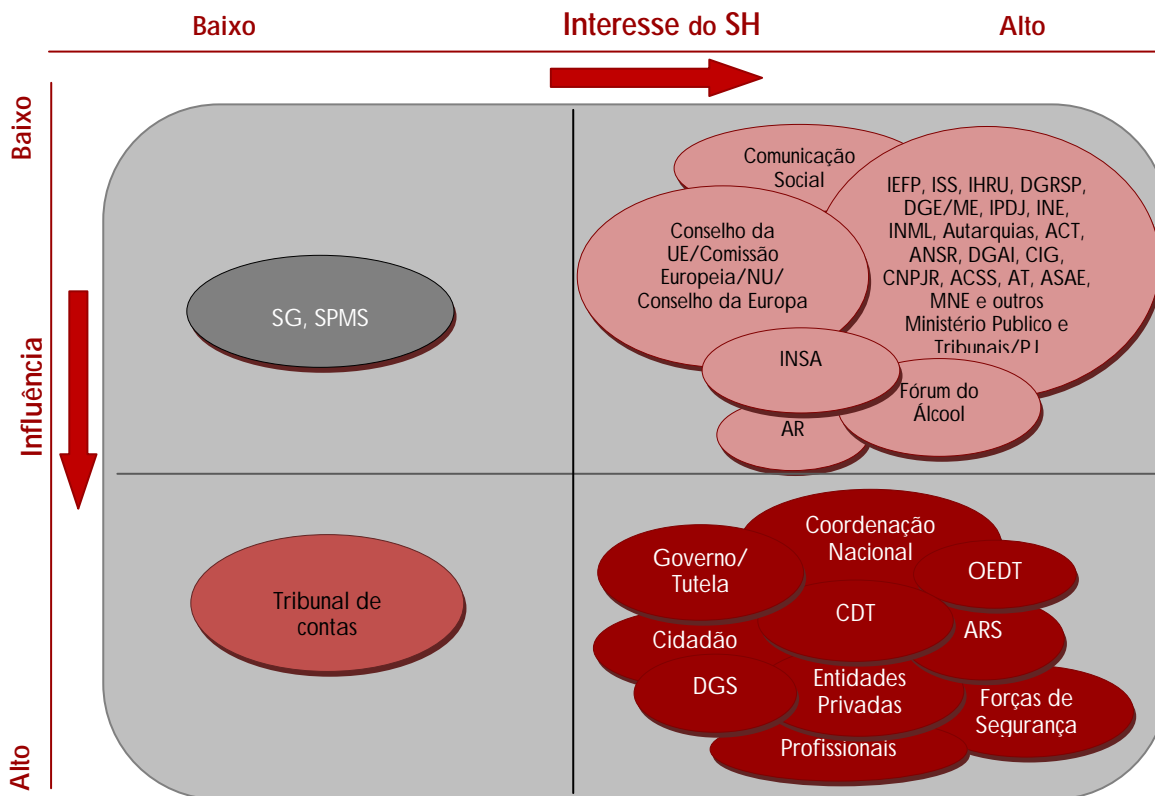
A análise de stakeholders constitui por isso uma dimensão de grande relevância no diagnóstico estratégico. Por esta via conseguem-se identificar e analisar o nível de trocas entre os parceiros e o SICAD, as relações, as expectativas mútuas e a perceção quanto à atuação de cada parte, e indicar caminhos a seguir, para a concretização da visão do serviço e a satisfação das necessidades das partes interessadas.

Neste processo de análise coube, numa primeira fase, identificar os stakeholders da organização, com características, níveis de interesse e de poder diferentes, cuja análise das relações nos remete para um diagnóstico, essencial na definição da ação.

Verifica-se que o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências tem um conjunto alargado de stakeholders, os quais se encontram identificados na figura seguinte, agrupados em seis categorias: (I) Órgãos de Soberania, de controlo e coordenação (II) Colaboradores e estruturas próprias, (III) Parceiros do Ministério da Saúde, (IV) Outros Parceiros da Administração Pública (AP); (V) Parceiros Internacionais e (VI) Sociedade civil:



Com base na análise realizada, foi construída uma matriz com a distribuição dos *stakeholders* por quadrantes. No eixo das abcissas e das coordenadas encontram-se representados, respetivamente, os **fatores poder de influência** e nível de **interesse** que os *stakeholders* têm no SICAD.



Esta matriz evidencia que, uma parte significativa dos stakeholders tem muita influência (direta ou indireta) e um nível de interesse elevado no funcionamento e na prossecução da missão e da visão do SICAD. Com este grupo de parceiros importa estabelecer alianças estratégicas para a condução das políticas e intervenções, gerir em proximidade, pois constituem parceiros que enquadram politicamente a ação, que são complementares na execução das políticas e intervenções ou são os clientes finais do serviço público.

Os parceiros que apresentam elevado interesse no SICAD, com nível de influência de menor expressão, representam o grupo de parceiros com que o SICAD pretende fomentar ligações, designadamente na condução das políticas setoriais em matéria de CAD. Como resultado da conjugação das análises acima referidas, tendo sempre presente a análise de stakeholders efetuada, apresentam-se as categorias de stakeholders, realçando sucintamente os níveis de interesse e de influência destes no SICAD e as áreas estratégicas a desenvolver.

Relativamente aos Órgãos de Soberania, de controlo e coordenação, é expectável que estes exijam que o Serviço cumpra com a missão, tal como preconizada na Lei Orgânica, segundo critérios de economia, eficiência, eficácia, qualidade e compromisso, com o ideal de serviço público e a missão do Ministério da Saúde. Deste grupo destacam-se o Governo/Tutela e a Estrutura de Coordenação Nacional, politicamente responsáveis pela atividade do SICAD, e por essa razão com elevado interesse e poder. Nesta moldura, importa otimizar a gestão da informação, por via de uma atitude proactiva de antecipação e de alinhamento estratégico e,

particularmente com a Estrutura de Coordenação Nacional, à qual o SICAD presta apoio, potenciar a mais-valia que esta representa na capacidade de executar e conduzir as políticas e intervenções.

Aos Colaboradores e estruturas próprias do SICAD, também com interesse e influência elevados, importa implica-los na construção de uma cultura organizacional forte, assente em valores partilhados. A aposta numa política de qualidade, de promoção da saúde e do bem-estar dos colaboradores, faz parte das prioridades do SICAD. O conhecimento partilhado da missão e da visão do Serviço, a definição clara de objetivos e orientações, transmitidas e partilhadas por via da criação e dinamização de mecanismos de comunicação transparentes e adequados às necessidades do desempenho de qualidade, de excelência e de enfoque no essencial, contribui decisivamente para o alinhamento estratégico com estes stakeholders. A satisfação no trabalho é uma dimensão a privilegiar, tendo em vista a melhoria continua, com base em avaliações justas e transparentes, em que avaliação 360º pode ser uma opção.

No que respeita aos Parceiros do Ministério da Saúde, destacamos com elevada influência e grande interesse a DGS, enquanto entidade coordenadora e responsável pelas políticas da saúde, e as ARS, parceiros estratégicos na operacionalização de uma parte das políticas e intervenções, com as quais o estabelecimento de circuitos e procedimentos de articulação, para a produção conjunta dos processos de planeamento, implementação e avaliação das políticas e intervenções, se constituem como estratégias a priorizar.

Dos Outros Parceiros da AP, que revelam elevado interesse em relação ao SICAD, destacam-se os parceiros com assento na Comissão Técnica do Conselho Interministerial, com responsabilidades diretas na implementação de políticas e intervenções na área dos CAD. Realça-se, para além das dimensões que se prendem com o planeamento e avaliação, o reforço da cooperação e apoio especializado, a construção de orientações e modelos de intervenção, a celebração de novos compromissos em matérias convergentes, entre outras matérias de interesse comum, designadamente na área da formação, dos estudos e investigação.

Relativamente aos Parceiros Internacionais, o OEDT assume uma posição de grande interesse e elevada influencia no SICAD. Por força do posicionamento estratégico do OEDT em matéria de CAD, designadamente de substâncias psicoativas ilícitas, a gestão em proximidade com esta agência europeia assume particular relevância estratégica, com condicionalismos mútuos ao nível do desenvolvimento das atribuições do SICAD.

Neste domínio, a aposta do Serviço vai no sentido de potenciar a partilha da informação e do conhecimento com os parceiros internacionais. Com elevado interesse no SICAD destacam-se os PALOP/CPLP, com os quais se pretendem impulsionar as relações, em alinhamento com as orientações estratégicas do MS.

Destacam-se, do parceiro sociedade civil, as entidades privadas e os cidadãos, com forte influencia e interesse. A sociedade civil pública e privada, representa um forte aliado do SICAD na implementação das políticas e intervenções, no âmbito da qual carece de apoio técnico especializado, orientações, modelos de intervenção, de planeamento e avaliação e, em alguns casos, de financiamento. Os cidadãos são a razão da missão do SICAD, seja jovem, adulto, família, com ou sem problemas, é para responder com qualidade, eficiência e eficácia às necessidades que apresentam que o SICAD desenvolve toda a ação. Com interesse forte identificamos a

comunicação social, um parceiro e um aliado fundamental na rápida disseminação de informação correta e adequada.

4.3. Análise SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats

A análise SWOT constitui uma ferramenta de análise da envolvente interna e externa das organizações, que contribui para a elaboração do diagnóstico estratégico, constituindo-se como um elemento facilitador da formulação estratégica. Atendendo à análise interna e ao contexto de atuação do SICAD, identificam-se os seguintes pontos fortes, pontos fracos, ameaças e oportunidades.

| PONTOS FORTES | PONTOS FRACOS |
|--|--|
| Serviço especializado | Estrutura organizacional nova e em construção |
| Conhecimento especializado | Área suscetível de mudanças frequentes |
| Elevada qualificação dos RH | Fraca assunção da nova orgânica e competências do Serviço |
| Sistemas de informação especializados | Défices de informação quanto ao modelo organizativo das respostas no terreno |
| Capacidade de criação e gestão de Programas e de apoio a projetos | Orçamento escasso |
| Abertura à inovação e disponibilidade para novos compromissos | Dificuldades de incentivos ao desempenho |
| Ligação direta e forte à Estrutura de Coordenação Nacional | Conhecimento dos profissionais nas novas áreas dos CAD com necessidade de desenvolvimento |
| Dispositivo da dissuasão | Circuitos e procedimentos de comunicação com necessidade de desenvolvimento |
| OPORTUNIDADES | AMEAÇAS |
| PREMAC | Modelo organizativo das respostas no terreno ainda não definido |
| Novas atribuições em matérias de dependências. | Dificuldade na articulação com alguns SH |
| Reposicionamento face aos SH e à articulação interinstitucional | Serviços operacionais na dependência de outros organismos |
| Disponibilidade dos SH do MS para redesenhar o modelo organizativo das respostas | Crise económica e as conseqüentes restrições orçamentais |
| Necessidade externa de serviços e apoio especializado | Perda de RH alocados à área das dependências |
| Estrutura de Coordenação Nacional | Vulnerabilidade da situação económico-financeira dos cidadãos concorrendo para o recrudescimento dos consumos, tráfico e criminalidade |
| Envolvimento e disponibilidade da sociedade civil | Permanente mutação do mercado de Substâncias Psicoativas |
| Reconhecimento internacional | Diminuição das respostas disponíveis |

#

#

Envolvente Interna

Pontos Fortes

Resultante de remodelações e fusões ao longo de décadas e do elevado capital acumulado de experiência e conhecimento, o SICAD assume-se como um serviço especializado, diferenciado e maduro, com uma grande capacidade de estabelecer pontes e sinergias e de se posicionar estrategicamente na condução das políticas e intervenções. O domínio, a especialização e a qualificação dos recursos humanos conferem credibilidade e consistência à prestação de um serviço público de qualidade, com reconhecimento nacional e internacional, seja na criação de condições para a implementação das políticas e intervenções, na implicação e integração das respostas disponíveis ou no desenvolvimento de programas de financiamento robustos e integrados. O empreendedorismo e a capacidade de inovação face a novos problemas e necessidades representam uma valia de peso no desenvolvimento das atribuições do SICAD. Esta dimensão, associada a sistemas de informação próprios, altamente especializados, que fornecem a todo o momento um retrato da situação do país, permitem orientar políticas e intervenções de acordo com as necessidades dos serviços e dos cidadãos.

O facto do Diretor-Geral do SICAD assumir o papel de Coordenador Nacional facilita uma perceção partilhada das necessidades de intervenção e um alicerce no estabelecimento de relações fortes com SH estratégicos, desempenhando também um papel de influência, mediação e pressão na execução setorial das políticas e intervenções.

As políticas desenvolvidas na sequência das propostas plasmadas na Estratégia Nacional de Luta contra a Droga³¹, e consolidadas no ciclo estratégico que agora termina, inovadoras e pioneiras, têm despoletado muito interesse e reconhecimento fora de fronteiras, com reflexos positivos no olhar nacional sobre as opções tomadas.

O dispositivo da dissuasão constitui-se como um ponto forte para a ação do SICAD na medida em que representa um serviço de ação direta junto dos cidadãos, com problemas de consumo de substâncias psicoativas, de deteção precoce de situações de risco. Estes serviços operacionais congregam um grande potencial ao nível da prevenção, da dinamização das respostas locais e de intervenção comunitária.

Pontos Fracos

A mudança na estrutura organizacional, ao implicar a perda na relação direta e hierárquica com os serviços de porta aberta que prestam apoio aos cidadãos, pode configurar um ponto fraco na implementação das políticas e intervenções que o SICAD preconiza. Esta situação, associada a uma insuficiente clarificação e assunção das

³¹ Presidência do Conselho de Ministros, 1999;

competências do SICAD, com défices de informação e orientações quanto à dinâmica a implementar nos e entre os serviços, constitui um elemento desmobilizador de profissionais, que pode hipotecar o trabalho e as dinâmicas do passado, de reconhecida qualidade.

A área dos comportamentos aditivos e dependências tem sofrido ao longo dos tempos mudanças mais ou menos estruturais, a cada ciclo político, que nem sempre se centram na evidência, e que acarretam dificuldades para o funcionamento do serviço, por períodos mais ou menos longos.

O orçamento escasso constitui um ponto fraco, comum a todos os SH, designadamente os da AP, que limita a ação do SICAD. As políticas de contenção orçamental coartam também a possibilidade de uma gestão de recursos humanos que premeie o desempenho e o mérito.

Face às novas atribuições do SICAD, o conhecimento sobre as novas dependências e os problemas emergentes carecem de desenvolvimento.

Envolvente Externa

Ameaças

A indefinição do modelo organizativo para as unidades de intervenção local e a dependência destas das ARS, representam uma mudança abrupta de paradigma que ainda não permitiu aos serviços e profissionais posicionarem-se, o que pode, nesta fase, constituir uma ameaça à qualidade e eficiência das respostas aos cidadãos e às comunidades. A dificuldade de articulação com alguns SH representa uma ameaça que importa atender e debelar.

A crise económica, geradora de situações de desfavorecimento socioeconómico, de vulnerabilidade dos cidadãos e de enfraquecimento dos fatores protetores face ao consumo de substâncias psicoativas, poderá conduzir a um recrudescimento do consumo, do tráfico e da pequena criminalidade.

A permanente mutação do mercado das substâncias psicoativas representa uma ameaça na condução das políticas e intervenções em matéria de CAD, pois nem sempre é possível antecipar o surgimento de novas substâncias no mercado. Por outro lado, a atual perceção de baixo risco de determinadas substâncias, o *marketing* associado ao seu consumo e a capacidade do mercado encontrar brechas para se instalar, representam uma ameaça a monitorizar e minimizar.

Oportunidades

O Plano de Redução e Melhoria da Administração Geral do Estado (PREMAC) constitui-se como uma oportunidade uma vez que, sendo uma medida estruturante para a reforma do Estado, representa também uma oportunidade para tornar eficiente e racional a utilização dos serviços públicos. Proporciona um momento para

repensar os serviços e as orgânicas, conferir-lhes maior coerência e capacidade de resposta no desempenho das funções que lhe estão atribuídas, com qualidade, eficiência e eficácia. Foi neste contexto que o SICAD foi criado, reforçado na componente de planeamento e acompanhamento de programas de redução do consumo de substâncias psicoativas, na prevenção dos comportamentos aditivos e na redução das dependências, o que representa uma oportunidade para fazer melhor, para desenvolver o conhecimento e a capacidade de responder aos problemas, também aos emergentes.

A disponibilidade do Ministério da Saúde para redesenhar o modelo organizativo das respostas configura uma oportunidade de afirmação da posição do SICAD por via do fornecimento de serviços especializados e diferenciados, de forma complementar e convergente, e contribui para a qualidade, a eficiência e a eficácia das respostas disponibilizadas aos cidadãos.

A existência de estruturas de coordenação nacional apresenta uma mais-valia na capacidade de conceptualizar e operacionalizar as políticas e as intervenções. O papel agregador e dinamizador dos SH que este órgão detém constitui, sem sombra de dúvida, uma oportunidade de se desenvolverem respostas adequadas às necessidades dos cidadãos e para o SICAD alcançar a visão, enquadrado num todo convergente e alinhado.

A capacidade e os conhecimentos que a sociedade civil possui, a diferentes níveis, representa o garante da procura de respostas adequadas aos problemas e necessidades atuais. A tradição de concertação e contratualização com a sociedade civil, e atual abertura para se desenvolverem sinergias, representam o pano de fundo estabilizado que propicia a negociação e o seu envolvimento na procura de soluções e respostas para os velhos e para os novos problemas.

O inalienável reconhecimento internacional das políticas nacionais em matéria de consumo de substâncias psicoativas, comportamentos aditivos e dependências, reforça a convicção de que o caminho traçado é para continuar, numa ótica de melhoria contínua e de olhar atento para novos problemas, mas também de capacidade de distanciamento, de simplicidade e desapego, para assumir que há muito para aprender e um longo caminho a percorrer.

Matriz SWOT

A leitura da matriz SWOT fornece pistas consistentes para a definição de estratégias, pois procura compreender os fatores influenciadores da iniciativa do serviço, com base nas interações das quatro variáveis, forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, e como se pode inverter ou potenciar a influencia que têm, colocando-as ao serviço do desenvolvimento da organização.

| MATRIZ SWOT | | AMBIENTE INTERNO | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---------------|--|---|---|---|---|---|------------------------|---|---|----|----|----|--|--|--|--|
| | | PONTOS FRACOS / FRAQUEZAS | | | | | | PONTOS FORTES / FORÇAS | | | | | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | | | |
| AMBIENTE EXTERNO | AMEAÇAS | Modelo organizativo das respostas no terreno ainda não definido | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Dificuldade na articulação com alguns SH | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Serviços operacionais na dependência de outros organismos | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Crise económica e as consequentes restrições orçamentais | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Perda de RH alocados à área das dependências | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Vulnerabilidade da situação económico financeira dos cidadãos concorrendo para o recrudescimento dos consumos, tráfico e criminalidade | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Permanente mutação do mercado de Substâncias Psicoativas | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Diminuição das respostas disponíveis | | | | | | | | | | | | | | | |
| | OPORTUNIDADES | PREMAC | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Novas atribuições em matérias de dependências | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Reposicionamento face aos SH e à articulação interinstitucional | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Disponibilidade dos SH do MS para redesenhar o modelo organizativo das respostas | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Necessidade externa de serviços e apoio especializado | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Coordenação nacional | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Envolvimento e disponibilidade da sociedade civil | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Reconhecimento internacional | | | | | | | | | | | | | | | |

(-) Interação negativa: ameaça potenciada/opportunidade desperdiçada
 (+) Interação positiva: ameaça combatida/aproveitamento de oportunidade

Da análise da matriz *SWOT* identificam-se um conjunto de fatores críticos que nos apontam algumas direções a tomar, sabendo nós que o ambiente interno pode ser controlado pelos dirigentes do serviço, pois resulta das estratégias de atuação assumidas pelos próprios membros da organização.

O ambiente externo não se pode controlar mas deve ser conhecido e monitorizado de modo a aproveitar as oportunidades e combater as ameaças.

Grande parte das fraquezas identificadas possui um carácter conjuntural e transitório, decorrente da profunda alteração orgânica, recentemente verificada e em fase de operacionalização. Por isso, o SICAD encontra-se em pleno processo de definição conjunta, com os parceiros estratégicos do MS, das atribuições e desenho organizacional, e em condições de a breve prazo inverter este ponto fraco, que em alguns casos aproveita oportunidades.

O conhecimento e os sistemas de informação especializados, a abertura e disponibilidade dos serviços para novos compromissos, a ligação à Estrutura de Coordenação Nacional e o dispositivo da dissuasão, são, inequivocamente, pontos fortes, facilitadores do desenvolvimento do serviço, pois são forças importantes no combate às ameaças e no potenciar das oportunidades.

Esta análise identifica um serviço com um futuro de crescimento e desenvolvimento. Destacam-se as seguintes dimensões que importa atender para fortalecer e posicionar esta tendência e para o alcance da visão:

1. Investir em estratégias de comunicação que alinhem SH, de troca sistemática de informação e conhecimento, configuram pontos a desenvolver para um melhor posicionamento no combate às ameaças e no aproveitamento das oportunidades. Importa apostar no estabelecimento de mecanismos de comunicação e *marketing*, para dentro e para fora do serviço. Adotar uma atitude proactiva na transmissão de informação tendo em vista o alinhamento estratégico e a tomada de posições concertada e informada.
2. Com uma grande parte da componente operacional das políticas e intervenções fora do SICAD, o posicionamento face aos SH, passa por uma forte aposta na relação e alinhamento estratégico, designadamente com os SH do MS, procurando concertar posições e encontrar soluções integradas para compromissos convergentes. Estabelecer mecanismos e circuitos de articulação de reforço da interoperabilidade dos serviços, da implicação e do comprometimento, da concertação no diagnóstico, planeamento, acompanhamento e avaliação das políticas nacionais. Tal remete para a premência de mobilizar e reforçar as respostas, desenvolver práticas de trabalho integrado com SH estratégicos, fomentar dinâmicas eficientes de resposta integrada e de partilha de recursos numa lógica de rentabilização, de prevenção da duplicação de respostas e de prestação de serviços e de intervenções de qualidade, com vista ao alcance de bons resultados.

3. A permanente produção e atualização de conhecimento, o conhecer experiências e boas práticas adotadas por outros países para fazer face a problemas emergentes, a inovação nas abordagens e a preparação antecipada para lidar com estes fenómenos, bem como capacitar os profissionais para prestar apoio no âmbito das novas atribuições do serviço, configuram fatores de importância crítica para o posicionamento do SICAD.

5. FORMULAÇÃO ESTRATÉGICA

Com base nos resultados da análise estratégica, procedeu-se então à definição da estratégia a seguir pelo SICAD no próximo triénio, 2013-2015, começando por se afirmar a missão, a visão e os valores da instituição, bem como as dimensões da política de qualidade. Os grandes temas estratégicos são apresentados enquanto vetores, seguindo-se os objetivos estratégicos sistematizados por perspetiva. A estratégia a seguir encontra-se traduzida em formato de mapa estratégico, onde são destacados os elementos fundamentais para o alcance da visão.

5.1. Missão, Visão e Valores

Missão

Promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos, a diminuição das dependências.

Visão

Constituir-se como entidade garante da sustentabilidade das políticas e intervenções, no âmbito das substâncias psicoativas, comportamentos aditivos e dependências, com o reconhecimento nacional e internacional.



Humanismo - Reconhecer à pessoa a sua plena dignidade humana, é compreender a complexidade e relevância da sua história pessoal, sendo a dependência considerada uma doença. Assumir que o/a dependente é uma pessoa doente representa a aceitação incondicional de que o outro, mesmo num estado de rutura com valores fundamentais da vida em sociedade, deve ser alvo de um olhar de compreensão e empatia que lhe permita um movimento de mudança.



Conhecimento, Inovação e Pragmatismo - Produzir conhecimento de forma a contribuir para a melhoria da qualidade de vida do cidadão, sem dogmas ou ideias preconcebidas face aos resultados baseados na evidência científica e promover a inovação das atividades, antecipando-se aos desenvolvimentos do fenómeno.



Cooperação - A cooperação configura um valor que promovemos e está na base de toda a nossa ação. Trabalhar de forma integrada e potenciar o envolvimento dos parceiros nacionais e internacionais na definição das estratégias e no compromisso partilhado para alcançar as metas estabelecidas é fundamental para potenciar respostas eficientes e eficazes.



Confiança - Acreditamos em relações e alianças estratégicas baseadas no altruísmo e na reciprocidade e que aspirem a preservar-se para além do presente. Pretendemos incrementar os índices de satisfação e de comprometimento com a organização, estimular a abertura para novos compromissos e preparar a organização para enfrentar ambientes mais instáveis ou competitivos.



Transparência - Promovemos a abertura e clareza na condução do serviço público que prestamos, porque queremos fortalecer a legitimidade social da nossa ação. Quanto melhor divulgarmos de forma transparente (simples, objetiva e clara) o que fazemos, maior é a possibilidade de se obter o reconhecimento do posicionamento estratégico do SICAD na rede de *stakeholders*.

V
A
L
O
R
E
S

5.2. Política de Qualidade

O SICAD aposta numa **Política da Qualidade** com os seguintes compromissos:



5.3. Vetores Estratégicos

Considerando a análise estratégica desenvolvida, o ambiente externo macro ambiental e interno, caracterizados os stakeholders, identificada a visão e os valores institucionais que pautam as opções estratégicas e o exercício das atribuições a que o SICAD está vinculado, fixaram-se os vetores estratégicos, as grandes linhas de ação, que vão orientar a intervenção do SICAD no próximo ciclo 2013-2015.

Face ao contexto económico e social, mas também psicológico, que perpassa a sociedade portuguesa e que coloca em risco a população, no que respeita a comportamentos aditivos e dependências, particularmente os mais jovens; face à mobilidade do mercado lícito e ilícito de drogas e também à emergência de outro tipo de patologias de dependência identificadas e que resultaram no alargamento das atribuições do SICAD; face ao reposicionamento do SICAD, relativamente ao IDT, e às exigências em matéria de produção de conhecimento e apoio às intervenções de uma maneira geral e alargada aos serviços públicos e de proximidade; face à necessidade de um efetivo alinhamento estratégico interno e externo, nacional e internacional, tendo em vista a definição e implementação de políticas e intervenções; face ao papel do SICAD no suporte ao Coordenador

Nacional e à projeção internacional das políticas portuguesas; apontam-se três vetores estratégicos: (v1) desenvolver o conhecimento, (v2) potenciar a comunicação, (v3) fomentar a interação e a intervenção.

V1. Desenvolver o Conhecimento

As opções estratégicas neste Plano alicerçam-se no conhecimento, enquanto instrumento indispensável que alia, num processo contínuo, a inovação e a qualidade na implementação das políticas e intervenções. Para tal, há que consolidar com os stakeholders uma cultura de registo, de monitorização e de avaliação das intervenções na perspetiva de um sistema global e integrado de informação, reforçar o apoio à investigação e, melhorar a gestão do conhecimento com vista à informação adequada às necessidades dos decisores e interventores, em particular, e dos cidadãos, em geral.

Neste contexto, importa desenvolver linhas de investigação prioritárias, garantir a qualidade dos dados e a eficiência do processamento e interpretação da informação, promover e dinamizar o trabalho em redes de contacto corporativas, e fomentar a partilha da informação e transmissão do conhecimento entre os stakeholders, com vista a potenciar o seu valor, promovendo a capacitação para a ação e decisão e contribuindo para uma cidadania esclarecida.

V2. Potenciar a Comunicação

A comunicação e as redes de comunicação constituem-se como um vetor estratégico na medida em que são o garante do alinhamento interno e externo, da cooperação efetiva e do reconhecimento da mais-valia do serviço. A aposta na comunicação interna torna o serviço mais forte e competitivo, com profissionais alinhados, motivados e comprometidos, na prestação de serviços de qualidade. Potenciar a comunicação com os SH externos constitui-se como uma estratégia vital para a implementação e sustentabilidade das políticas e intervenções. Quanto mais e melhor divulgarmos de forma transparente (simples, objetiva e clara) o desenvolvimento da ação, maior é a possibilidade de se obter o reconhecimento do posicionamento estratégico do SICAD na rede de stakeholders, bem como conseguir o seu envolvimento e participação.

V3. Fomentar a Interação e a Intervenção

O SICAD enquanto serviço especialista em matéria de consumo de substâncias psicoativas, comportamentos aditivos e dependências, tem um papel de sobremaneira importante no que respeita a dotar os clientes de condições para a implementação de políticas e intervenções. Estando uma parte da componente operacional das políticas e intervenções sob a responsabilidade de alguns stakeholders, que se consideram estratégicos, importa fomentar dinâmicas de interação, mecanismos de articulação e potenciar o seu envolvimento na conceptualização e implementação de medidas e respostas.

A componente da intervenção, cuja operacionalização compete diretamente ao SICAD, materializa-se na dinamização e potenciação do dispositivo da dissuasão, na coordenação, implementação e avaliação de programas de apoio financeiro, na prestação de serviços de consultadoria e de apoio à intervenção, designadamente em meio laboral, na promoção de formação externa, no incentivo ao desenvolvimento de abordagens na domínio das problemáticas emergentes, das novas substâncias psicoativas e das dependências sem substância, na dinamização do centro de recursos e da Linha VIDA, entre outros.

O sucesso na condução das políticas e intervenções em CAD está facilitado num ambiente de abertura, confiança, cooperação e de alianças estratégicas, que garantam a qualidade, a eficácia e eficiência das intervenções e a satisfação dos stakeholders, particularmente dos cidadãos.

5.4. Objetivos Estratégicos

Tendo como pano de fundo os vetores estratégicos, a definição dos objetivos estratégicos foi realizada com base nas perspetivas clientes, financeira, processos e aprendizagem.

A perspetiva cliente constitui um olhar externo em que o enfoque se coloca na satisfação das necessidades dos *stakeholders*

OE1. Fomentar a partilha e a transmissão da informação e do conhecimento

Fomentar a partilha da informação e transmissão do conhecimento entre os *stakeholders* com vista a potenciar o seu valor, promovendo a capacitação para a ação e decisão e contribuindo para uma cidadania esclarecida.

OE2. Potenciar a cooperação e convergência dos SH

Considerando as competências do SICAD na definição das políticas e das intervenções no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências, operacionalizadas em parte pelos *stakeholders* com serviços e respostas diretas aos cidadãos, afigura-se fundamental promover o alinhamento estratégico dos vários *stakeholders* com responsabilidades neste âmbito, procurando a concertação no planeamento, acompanhamento e avaliação das políticas nacionais, a implicação e o comprometimento.

OE3. Apoiar a Estrutura de Coordenação Nacional e assegurar as relações internacionais

Considerando a multiplicidade de fatores associados aos comportamentos aditivos e dependências, ao nível das causas e das consequências, a Estrutura de Coordenação tem um papel decisivo na mobilização e implicação dos vários setores, na definição de políticas *macro*, comuns e partilhadas, e no desenvolvimento de sinergias em

matéria de CAD. Tratando-se de fenómenos complexos, multifacetados e de dimensão mundial, assegurar as relações internacionais em matéria de CAD assume uma importância particular, na medida em que a participação ativa de Portugal nos *fora* internacionais, bem como o desenvolvimento de relações de cooperação, no âmbito dos mecanismos bilaterais e multilaterais existentes, são instrumentos fundamentais para a partilha de informação e para a definição de políticas.

OE4. Promover a qualidade, a eficiência e a eficácia das intervenções

Os ganhos em saúde junto da população em geral e de grupos específicos, designadamente em matéria de CAD, conseguem-se por via da qualidade das abordagens, do conhecimento e da cooperação entre os SH, da normalização e harmonização das respostas disponibilizadas, da contratualização com a sociedade civil e da capacitação dos profissionais; face à diminuição de recursos disponíveis, por via da partilha dos recursos locais e do desenvolvimento de respostas integradas.

OE5. Implementar a rede de referência/articulação

A rede de referência constitui-se como um pilar na melhoria da qualidade e da eficiência das respostas aos cidadãos com problemas relacionados com CAD. A definição e clarificação de conceitos relacionados com a severidade das dependências, a identificação das estruturas da comunidade mais vocacionadas para dar resposta às situações padronizadas, enquadram-se neste objetivo, cujo maior enfoque da ação se situa ao nível dos parceiros públicos.

OE6. Promover a harmonização das intervenções

Sistematizar e harmonizar um conjunto de orientações comuns, que guiem e sustentem as intervenções desenvolvidas no âmbito dos CAD, que definam uma identidade própria para os diferentes níveis de intervenção, para que estejam acessíveis ao universo dos cidadãos idênticas possibilidades ao nível das respostas disponibilizadas. Esta harmonização, para além de remeter para níveis de qualidade superiores, constitui uma base comum, facilitadora da monitorização e avaliação, que evidencie pontos fortes, identifique e corrija lacunas, e introduza as alterações necessárias face a novas situações, num processo de melhoria contínua.

OE7. Promover a implementação de medidas e intervenções para os novos problemas emergentes

No âmbito dos comportamentos aditivos e dependências é comum o surgimento de novos fenómenos e realidades, ou de reemergência de fenómenos antigos com outros contornos, com consequências nefastas para a população. Neste sentido, importa promover abordagens que respondam a necessidades (re)emergentes

resultantes de diagnósticos participados. Neste domínio pode contemplar-se o desenvolvimento de iniciativas piloto, de investigação-ação, com vista à possível disseminação, ou de iniciativas já testadas por outros e que façam sentido na realidade nacional e no problema emergente identificado.

A perspetiva Financeira, no domínio da administração pública, centra-se essencialmente na gestão racional dos recursos financeiros existentes, redução de custos, racionalização de recursos e procura sistemática de outras fontes de financiamento

OE8 Otimizar os recursos e reforçar a sustentabilidade financeira

Considerando a profunda reforma dos serviços da Administração Pública e a diminuição dos recursos disponíveis, é de elementar interesse para o SICAD manter um esforço permanente de otimização dos recursos disponíveis, procurar novas formas de se financiar e de promover a sustentabilidade financeira das medidas e intervenções a implementar. A prestação de contas constitui, senão um valor da organização, um princípio primordial, donde a transversalidade aos vetores e objetivos definidos.

Na perspetiva dos processos definem-se objetivos que incidem na melhoria dos processos internos, que com reflexos na melhoria da satisfação dos clientes.

OE9. Garantir a qualidade dos dados e a eficiência do processamento e interpretação da informação

Garantir a qualidade dos dados e a eficiência do processamento e interpretação da informação, de modo a assegurar a produção atualizada de conhecimento com vista ao planeamento, monitorização e avaliação das políticas e intervenções.

OE10. Desenvolver linhas de investigação prioritárias

Desenvolver linhas de investigação prioritárias, assegurando a continuação de projetos de investigação iniciados em anos anteriores e implementados de forma regular, e alargando a novas linhas de investigação adequadas às necessidades de intervenção identificadas.

OE11. Estabelecer circuitos e procedimentos de articulação e comunicação

Este objetivo, nuclear no âmbito do mapa estratégico do SICAD, remete para a necessidade de definir fluxos de comunicação claros e funcionais, a nível interno e externo, com os diferentes *stakeholders*, de modo a promover a troca de informação e a implementação de medidas.

OE12. Emanar normas, orientações e outros instrumentos de intervenção

A conceção de normas e orientações técnicas constituem-se como um propósito da ação do SICAD, que conduzem à melhoria dos serviços, seja através dos SH seja na ação direta do SICAD. Trata-se de uma das atribuições do SICAD, cuja adoção por parte dos serviços tem repercussões diretas na esfera do cidadão, por via da melhoria da qualidade das respostas. Emanar normas, orientações e outros instrumentos de intervenção implica dispor de um ativo intelectual na área dos CAD, onde se inclui o conhecimento da realidade dos serviços e das respostas existentes, e envolver e dinamizar a rede de parceiros, designadamente daqueles que detêm responsabilidades operacionais, parceiros do Ministério da Saúde e outros parceiros da AP, com assento na Estrutura de Coordenação, assim como da sociedade civil.

OE13. Promover o planeamento, monitorização e avaliação das medidas e intervenções

Este objetivo enquadra-se na gestão por objetivos onde *gerir é medir para comparar e melhorar*, tendo em vista a melhoria do desempenho organizacional e, também, o propósito de prestação de contas e de transparência de atuação da Administração Pública perante os cidadãos.

As dimensões que este objetivo estratégico contempla contribuem para uma sistemática melhoria da definição e condução das políticas e intervenções. Importa assim, estar permanentemente em articulação, para melhor avaliar e antecipar as expectativas dos *stakeholders* relativamente ao SICAD, tendo em vista a satisfação das necessidades dos serviços. É também neste pressuposto que se devem fomentar relações interinstitucionais, onde marcam presença valores como a transparência, a cooperação e a confiança.

A perspetiva aprendizagem engloba objetivos dirigidos à melhoria contínua interna, tendo em vista melhor atender às necessidades nos clientes.

OE14. Formar Recursos Humanos

Assegurar o desenvolvimento de competências técnicas, com conhecimentos especializadas adequados, úteis e atualizados, que permitam aumentar a qualificação e especialização dos profissionais, designadamente no âmbito das novas atribuições do serviço, e melhorar a qualidade dos serviços prestados.

OE15. Melhorar as competências de comunicação e de articulação

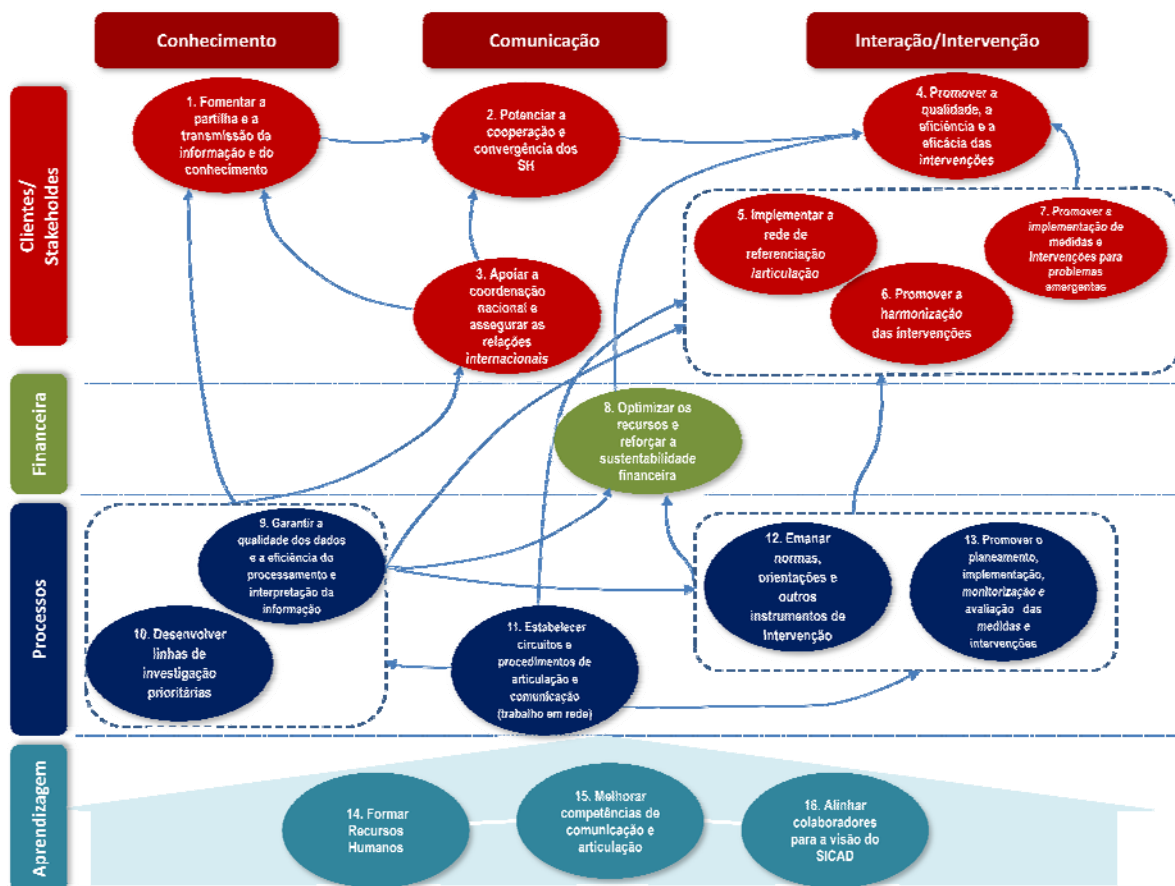
Importa normalizar e assegurar a circulação da informação e a articulação funcional a nível interno, com vista ao envolvimento e comprometimento dos profissionais, contribuindo assim para a eficácia e crescimento do serviço, bem como para um ambiente organizacional saudável.

OE16. Alinhar colaboradores para a visão do SICAD

É essencial que os colaboradores se revejam na missão, na visão e nos valores do SICAD. Só assim será possível encontrar uma identidade coletiva e uma cultura organizacional fortes, que impliquem os colaboradores e promovam desempenhos de excelência, em momentos de forte contração económica e social, com impactos na vida pessoal e familiar dos profissionais. Importa assim comprometer os profissionais, comunicar o plano estratégico do SICAD, os resultados da monitorização e vinculá-los com objetivos de SIADAP, coerentes com os desígnios e os propósitos do serviço.

5.5. Mapa Estratégico

O mapa estratégico facilita a visualização das orientações estratégicas do SICAD, distribuindo os objetivos estratégicos pelas perspectivas e vetores estratégicos, relacionando-os entre si. Cria uma visão global do caminho a seguir no período 2013-2015 e estará na base dos exercícios de planeamento anuais. Os objetivos e vetores estratégicos remetem para a estabilidade e continuidade das linhas de orientação ao longo do período de vigência do Plano Estratégico, ajustáveis a novas necessidades identificadas, e estabelecem o compromisso do SICAD com o caminho delineado.



A quantificação dos objetivos estratégicos por via da identificação das principais metas que se pretendem atingir ao longo do triénio, permite clarificar a operacionalização, acompanhar e monitorizar a implementação do Plano Estratégico, numa clara orientação para os resultados, que vai ao encontro do essencial da missão e da visão do Serviço.

| Objetivos Estratégicos | Indicadores dos Objetivos Estratégicos | Valor de Referência | Meta 2013 (Tolerância) | Meta 2014 (Tolerância) | Meta 2015 (Tolerância) | Peso do Indicador | Peso do Objetivo |
|---|--|---------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-------------------|------------------|
| 6. Promover a harmonização das intervenções | 24.Grau de implementação das orientações técnicas (% de unidades que adotaram as orientações técnicas) | - | - | 50% (10%) | 70% (10%) | 25% | 5% |
| | 25.CDT a implementar o Modelo de intervenção em dissuasão (nº) | - | 4 (1) | 8 (2) | 14 (1) | 25% | |
| | 26.CDT que utilizam exclusivamente o SGIP para a gestão da informação processual (%) | - | - | 50% (5%) | 90% (5%) | 25% | |
| | 27.Implementação do manual de procedimentos no âmbito dos projetos apoiados e de outras intervenções (nº de relatórios apresentados) | - | 1 (0) | 1 (0) | 1 (0) | 25% | |
| 7. Promover a implementação de medidas e intervenções para problemas emergentes | 28.Relatórios sobre as metodologias de intervenção conceptualizadas, o acompanhamento e avaliação da intervenção em problemas (re)emergentes (nº) | - | 1 (0) | 1 (0) | 1 (0) | 50% | 4% |
| | 29.Estudos realizados /promovidos pelo SICAD relativos a fenómenos (re) emergentes com vista a diagnósticos de necessidades e avaliação das intervenções em contextos específicos (nº) | 4 | 3 (0) | 3 (0) | 1 (0) | 50% | |
| 8. Optimizar os recursos e reforçar a sustentabilidade financeira | 30.Projetos apoiados cuja tramitação decorre pelo SIPAFS (%) | - | 50% (5%) | 75% (5%) | 90% (5%) | 35% | 3% |
| | 31.Monitorização do movimento clínico através do Sistema de Informação Multidisciplinar (nº relatórios por ARS e CRI) | - | 3 (1) | 4 (1) | 6 (1) | 30% | |
| | 32.Grau de implementação do Sistema de Controlo Interno Integrado (%) | - | 90% (0%) | 95% (0%) | 100% (0%) | 35% | |
| 9. Garantir a qualidade dos dados e a eficiência do processamento e interpretação da informação | 33. Indicadores-chave na área das drogas e toxicod dependências e do uso nocivo do álcool adequados às necessidades de informação internacionais (%) | 66% | 70% (2%) | 75% (2%) | 80% (2%) | 50% | 7% |
| | 34.Estudos realizados com relatórios elaborados dentro dos prazos definidos (%) | 12,5% | 80% (5%) | 90% (5%) | 95% (0%) | 25% | |
| | 35.Respostas a solicitações de informação na área da estatística e investigação dentro dos prazos definidos (%) | 95% | 95% (0%) | 95% (0%) | 95% (0%) | 25% | |
| 10. Desenvolver linhas de investigação prioritárias | 36.Projetos em linhas de investigação tradicionais com periodicidade assegurada (%) | 78% | 100% (0%) | 100% (0%) | 100% (0%) | 50% | 7% |
| | 37.Projetos desenvolvidos em novas linhas de investigação face às necessidades identificadas (%) | - | 100% (0%) | 100% (0%) | 100% (0%) | 50% | |
| 11. Estabelecer circuitos e procedimentos de articulação e comunicação (trabalho em rede) | 38.Reuniões realizadas no âmbito da articulação com os <i>stakeholders</i> estratégicos (nº de reuniões) | - | 3 (1) | 3 (1) | 3 (1) | 25% | 5% |
| | 39.Sub-redes criadas no âmbito do Sistema Nacional de Informação e da Investigação sobre substâncias psicoativas, comportamentos aditivos e dependências (nº novas redes) | - | 2 (0) | 2 (0) | 2 (0) | 25% | |
| | 40.Grupos de Trabalho intersectoriais criados para responder a compromissos de informação internacionais (nº novos grupos) | - | 1 (0) | 1 (0) | 1 (0) | 25% | |
| | 41.Monitorização dos circuitos e procedimentos implementados relativos ao cloridrato de metadona (n.º de relatórios) | - | 1(0) | 1 (0) | 1 (0) | 25% | |
| 12. Emanar normas, orientações e outros Instrumentos de intervenção | 42.Produção/ atualização e difusão de normas e orientações técnicas específicas no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências (nº) | - | 6 (2) | 7 (2) | 7 (2) | 100% | 10% |
| 13. Promover o planeamento, implementação, monitorização e avaliação das medidas e intervenções | 43.Grau de preenchimento do SIM para reporte das intervenções em matéria de CAD (%) | - | 75% (10%) | 80% (5%) | 80% (5%) | 30% | 5% |
| | 44.Relatórios de monitorização e/ou avaliação elaborados no âmbito do PORI e de outras intervenções (nº) | - | 8 (1) | 8 (1) | 8 (1) | 30% | |
| | 45.Avaliação da aplicação de modelos de intervenção em prevenção (nº de relatórios de avaliação sobre o grau de aplicação e do impacto) | - | 1 (1) | 1 (0) | 1 (0) | 20% | |
| | 46.Relatórios produzidos no âmbito da monitorização e avaliação do Plano Estratégico 2013-2015 (nº) | - | 1 (0) | 1 (0) | 1 (0) | 20% | |

| Objetivos Estratégicos | Indicadores dos Objetivos Estratégicos | Valor de Referência | Meta 2013 (Tolerância) | Meta 2014 (Tolerância) | Meta 2015 (Tolerância) | Peso do Indicador | Peso do Objetivo |
|--|--|---------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-------------------|------------------|
| 14. Formar Recursos Humanos | 47. Profissionais abrangidos pelo Plano de Formação (%) | - | 12% (0%) | 30% (5%) | 35% (5%) | 50% | 3% |
| | 48. Profissionais em autoformação (%) (pedidos/autorizados) | - | 90% (0%) | 90% (0%) | 90% (0%) | 50% | |
| 15. Melhorar competências de comunicação e articulação | 49. Atualização anual da Intranet (%) | - | 90% (10%) | 90% (10%) | 90% (10%) | 50% | 5% |
| | 50. Avaliação do plano de comunicação interna (n.º de relatórios) | - | - | 1 (0) | 1 (0) | 50% | |
| 16. Alinhar colaboradores para a visão do SICAD | 51. Colaboradores com informação sobre o PE do SICAD (incluindo a sua monitorização) (%) | - | 100% | 100% | 100% | 30% | 5% |
| | 52. Divulgação interna dos instrumentos de gestão produzidos (%) | - | 100% | 100% | 100% | 30% | |
| | 53. Avaliação do grau de satisfação dos profissionais relativamente ao desenvolvimento das atribuições do SICAD (nº de avaliações desenvolvidas) | - | 1 (0) | 1 (0) | 1 (0) | 40% | |

5.7. Objetivos Operacionais e Iniciativas

Para implementar a estratégia no triénio 2013-2015, foram definidos objetivos operacionais (OOp).

Os objetivos operacionais são desenvolvidos através de iniciativas, identificados pelas unidades orgânicas, e enquadram a construção dos Planos de Atividades anuais.

Desta forma, pretende-se uma coerência estratégica da ação do SICAD no triénio, com uma operacionalização planeada, consistente e avaliável.

De seguida apresentam-se os objetivos operacionais definidos e as respetivas iniciativas.

| Objetivos Operacionais | Iniciativas |
|---|---|
| OOp1. Definir as linhas de orientação técnicas e normativas para a intervenção nos CAD | 1. Produção/atualização de normas e orientações técnicas específicas no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências |
| | 2. Promoção da difusão e implementação das normas e orientações técnicas |
| OOp2. Desenvolver modelos e programas de intervenção adequados, de acordo com necessidades diagnosticadas, dirigidos a grupos e/ou contextos específicos | 3. Desenvolvimento de modelos de intervenção em prevenção |
| | 4. Promoção da intervenção nos diversos contextos nomeadamente meio laboral, universitário e recreativo através da capacitação de SH e do incremento de parcerias |
| | 5. Promoção da intervenção no âmbito dos problemas ligados ao álcool através do incremento de parcerias (Fórum Nacional Álcool e Saúde) |
| | 6. Desenvolvimento do serviço Linha Vida e de respostas específicas sobre os CAD utilizando as TIC e novas plataformas de comunicação |
| OOp3. Promover a criação de uma rede de recursos de saúde, numa lógica de proximidade do cidadão e à comunidade, com vista à definição das respostas prestadas ao nível dos CAD | 7. Criação da rede de referênciação, como rede integrada de prestação de cuidados a utentes com CAD |
| | 8. Definição de indicadores e parâmetros para monitorização da operacionalização da rede |
| | 9. Definição de indicadores e parâmetros que permitam a monitorização dos aspetos mais relevantes do movimento clínico |
| | 10. Definição dos circuitos e procedimentos relativos à gestão do cloridrato de metadona |
| OOp4. Implementar respostas integradas, no âmbito do PORI e de outras Intervenções | 11. Criação e/ou adaptação instrumentos de diagnóstico e de monitorização das intervenções |
| | 12. Promoção do acompanhamento, a monitorização e a avaliação das respostas implementadas |
| | 13. Colaboração na construção e implementação do Sistema Integrado de Programas de Apoio Financeiro em Saúde (SIPAFS) |
| OOp5. Colaborar no desenvolvimento do SIM na recolha e tratamento de informação sobre o trabalho desenvolvido no âmbito dos CAD | 14. Colaboração no processo de construção do interface SIM - Outras aplicações em vigor no MS |
| | 15. Colaboração no processo de expansão do SIM a outras unidades com intervenção no âmbito dos CAD |
| | 16. Definição de indicadores e parâmetros no SIM que permitam a monitorização da implementação das normas de orientação clínicas |
| | 17. Dinamização da análise da informação do SIM |

| Objetivos Operacionais | Iniciativas |
|---|--|
| OOp6. Dinamizar a intervenção nos problemas (re)emergentes, no âmbito dos CAD | 18. Apresentação de metodologia de intervenção para os problemas (re)emergentes 19. Definição de indicadores e parâmetros que permitam o acompanhamento e monitorização das respostas neste âmbito |
| OOp7. Desenvolver projetos em linhas de investigação tradicionais | 20. Realização de estudos epidemiológicos nacionais em “meio escolar” 21. Realização de um estudo epidemiológico nacional em “meio prisional” 22. Realização de um estudo sobre “estimativas da prevalência de consumidores problemáticos de drogas” 23. Realização de estudos sobre as perceções, crenças, atitudes e representações sociais das substâncias psicoativas, comportamentos aditivos e dependências |
| OOp8. Desenvolver projetos em novas linhas de investigação | 24. Realização de estudos (de coorte) sobre a mortalidade associada à toxicod dependência e ao alcoolismo 25. Realização de estudos e monitorizações referentes a “culturas juvenis, comportamentos aditivos e fenómenos emergentes” 26. Participação e apoio em estudos de “investigação-ação”, com vista a diagnósticos de necessidades e avaliação das intervenções em contextos específicos, assentes em parcerias não comerciais com outros organismos da AP e entidades da sociedade civil (meio universitário, meio rodoviário, ...) 27. Participação em projetos internacionais plurianuais em áreas inovadoras e iniciados recentemente |
| OOp9. Criar mecanismos e procedimentos com vista ao incremento da eficácia, eficiência e qualidade dos sistemas de informação dos serviços que integram a rede do Sistema Nacional de Informação e à sua adequação às necessidades nacionais e internacionais de informação | 28. Realização de diagnóstico das necessidades de informação a nível nacional e internacional no contexto dos comportamentos aditivos e dependências sem substância 29. Promoção da adaptação dos SI às necessidades de informação relativa aos indicadores-chave nas áreas das drogas e toxicod dependências e do uso nocivo do álcool 30. Promoção da recolha de informação para a avaliação das políticas e intervenções 31. Promoção de práticas de registo harmonizadas de acordo com standards de qualidade 32. Criação de mecanismos e procedimentos para a monitorização em tempo útil 33. Promoção de uma maior interoperabilidade entre sistemas de informação que integram a rede do Sistema Nacional de Informação |
| OOp10. Implementar procedimentos potenciadores da articulação entre SH e de incentivo à partilha regular de informação e de conhecimento entre diferentes grupos de SH | 34. Alargamento da rede de serviços do Sistema Nacional Informação e constituição de sub-redes em função de interesses comuns, com vista à partilha regular de informação estratégica 35. Constituição de uma rede nacional de investigadores em torno de sub-redes com interesses comuns, com vista à divulgação e disponibilização sistemática de trabalhos académicos no âmbito das substâncias psicoativas e CAD 36. Participação na implementação de uma Rede Europeia de Investigação na área das drogas 37. Constituição de Grupos de Trabalho interministeriais e intersectoriais com vista a otimizar as respostas aos compromissos de informação internacionais 38. Promoção de fora de partilha de informação e conhecimento com SH estratégicos a nível nacional e internacional |

| Objetivos Operacionais | Iniciativas |
|--|--|
| OOp11. Divulgar e disponibilizar informação | 39. Disponibilização de “reservatórios de dados” não cobertos por reserva de confidencialidade para fins didáticos e de investigação 40. Divulgação de informação caracterizadora da situação nacional em matéria de substâncias psicoativas, comportamentos aditivos e dependências 41. Gestão e divulgação de informação científica e técnica 42. Edição da revista científica <i>Toxicodependências</i> 43. Promoção do acesso a material informativo e apoiar a edição/reedição de publicações em diversos suportes |
| OOp12. Criar e implementar uma estratégia de comunicação | 44. Elaboração de um Plano de Comunicação interna e externa 45. Apoio a eventos institucionais 46. Construção e gestão da imagem institucional 47. Desenvolvimento da área de relações públicas e apoio aos contatos com a imprensa |
| OOp13. Potenciar as novas tecnologias enquanto canais de partilha de informação, conhecimento e comunicação | 48. Reestruturação e dinamização da Intranet 49. Reestruturação e dinamização do <i>Site</i> SICAD 50. Dinamização do Diretório do Álcool e dos circuitos para recolha de conteúdos 51. Elaboração de um plano com vista à presença nas redes sociais baseado na especificidade dos públicos alvo |
| OOp14. Assegurar o cumprimento dos compromissos internacionais e a representação nacional em organizações multilaterais ou regionais e nas diversas instâncias da UE, bem como noutros <i>fora</i> de âmbito internacional | 52. Representação nacional nas diversas instâncias da UE, do Conselho da Europa e das Nações Unidas que abordam o tema das drogas e do álcool 53. Resposta às solicitações efetuadas no contexto das Nações Unidas 54. Cumprimento das obrigações enquanto ponto focal nacional da rede europeia de informação sobre toxicodependências (REITOX) |
| OOp15. Promover relações de cooperação, de natureza bilateral ou multilateral, no âmbito das atribuições do SICAD | 55. Realização de ações de cooperação com entidades congéneres 56. Promoção da participação em programas/projetos de âmbito internacional, bem como a divulgação de iniciativas e de boas práticas nacionais junto de outros países e organizações internacionais 57. Coordenação da <i>Joint Action to support Member States in taking forward work on common priorities in line with the EU alcohol strategy</i> 58. Coordenação da participação nacional no Programa COPOLAD (Programa de Cooperação entre a América Latina e a UE sobre políticas de luta contra a Droga) |
| OOp16. Planear, gerir e qualificar os recursos humanos | 59. Plano interno para a qualidade 60. Implementação um serviço de saúde ocupacional 61. Acompanhamento dos processos de avaliação de desempenho harmonizados e transparentes 62. Plano de Formação do SICAD 63. Plano de Formação das CDT |
| OOp17. Planear e gerir os recursos financeiros, materiais e patrimoniais | 64. Preparação, execução e gestão do orçamento do SICAD. 65. Processamento e liquidação das despesas autorizadas 66. Realização dos procedimentos para a aquisição de bens e serviços, nomeadamente a aquisição centralizada do cloridrato de metadona. |
| OOp18. Planear e gerir os recursos informáticos | 67. Administração e manutenção dos sistemas de informação de utilização interna, as aplicações documentais, recursos humanos, financeira e outras. |

| Objetivos Operacionais | Iniciativas |
|--|---|
| | 68. Implementação de um serviço de extração e disponibilização de dados do Sistema de Informação Multidisciplinar 69. Manutenção evolutiva do parque informático |
| OOp19. Coordenar e monitorizar a implementação do Plano Estratégico 2013-2015 | 70. Acompanhamento da operacionalização do Plano Estratégico 2013-2015 71. Planeamento, monitorização e avaliação anual do SICAD 72. Criação de mecanismos de articulação com os <i>stakeholders</i> estratégicos |
| OOp20. Desenvolver competências nos profissionais intervenientes na área dos CAD | 73. Plano de formação no âmbito da rede de referênciação 74. Plano de formação em matéria de CAD 75. Prestação de serviços em matéria de formação e de consultadoria em CAD 76. Coordenação da realização de estágios curriculares |
| OOp21. Coordenar e apoiar o funcionamento das CDT | 77. Aperfeiçoamento e clarificação do regime legal 78. Desenvolvimento e avaliação do modelo de intervenção em dissuasão 79. Harmonização de práticas e procedimentos nas CDT 80. Gestão do SIGP 81. Reforço da articulação entre as CDT e os <i>stakeholders</i> |
| OOp22. Assegurar a elaboração, o acompanhamento e avaliação interna do Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências 2013-2020 e do Plano de Ação 2013-2016 | 82. Elaboração das propostas, e sua aprovação, em sede de Comissão Técnica para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool (CT), do Plano Nacional e do Plano de Ação 83. Monitorização e acompanhamento da execução dos planos 84. Promoção da articulação interministerial 85. Promoção da articulação da sociedade civil, por via do Conselho Nacional |
| OOp.23. Assegurar os procedimentos relativos às competências do SICAD no âmbito do mercado lícito de drogas | 86. Gestão da informação processual a nível das competências do SICAD, relativa aos pedidos de licenciamento, comunicação de importações/exportações e pedidos de cedência de drogas para fins didáticos e científicos |

5.8. Relação entre os Objetivos Operacionais e os Objetivos Estratégicos

Definidos os objetivos operacionais para Plano Estratégico importa conhecer o impacto e a relação que têm com os objetivos estratégicos.

Impactos dos Objetivos Operacionais nos Objetivos Estratégicos

| OBJETIVOS OPERACIONAIS (OOp) | OBJETIVOS ESTRATÉGICOS (OE) | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|---|---|---|--|---|---|--|---|--|-------------------------------|---|---|
| | OE1. Fomentar a partilha e a transmissão da informação e do conhecimento | OE2. Potenciar a cooperação e a convergência dos SH | OE3. Apoiar a Estrutura de Coordenação Nacional e assegurar as relações internacionais | OE4. Promover a qualidade, a eficiência e a eficácia das intervenções | OE5. Implementar a rede de referência/articulação | OE6. Promover a harmonização das intervenções | OE7. Promover a implementação de medidas e intervenções para os problemas (re) emergentes | OE8. Otimizar os recursos e reforçar a sustentabilidade financeira | OE9. Garantir a qualidade dos dados e a eficiência do processamento e interpretação da informação | OE10. Desenvolver linhas de investigação prioritárias | OE11. Estabelecer circuitos e procedimentos de articulação e comunicação | OE12. Emanar normas, orientações e outros instrumentos de intervenção | OE13. Promover o planeamento, monitorização e avaliação das medidas e intervenções | OE14. Formar recursos humanos | OE15. Melhorar as competências de comunicação e articulação | OE16. Alinhar colaboradores para a visão do SICAD |
| OOp1. Definir as linhas de orientação técnicas e normativas para a intervenção nos CAD | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OOp2. Desenvolver modelos e programas de intervenção adequados, de acordo com necessidades diagnosticadas, dirigidos a grupos e/ou contextos específicos | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OOp3. Promover a criação de uma rede de recursos de saúde, numa lógica de proximidade do cidadão e à comunidade, com vista à definição das respostas prestadas ao nível dos CAD | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OOp4. Implementar respostas integradas, no âmbito do PORI | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OOp5. Colaborar no desenvolvimento do SIM na recolha e tratamento de informação sobre o trabalho desenvolvido no âmbito dos CAD | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OOp6. Dinamizar a intervenção nos problemas (re)emergentes, no âmbito dos CAD | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OOp7. Desenvolver projetos em linhas de investigação tradicionais | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OOp8. Desenvolver projetos em novas linhas de investigação | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OOp9. Criar mecanismos e procedimentos com vista ao incremento da eficácia, eficiência e qualidade dos sistemas de informação dos serviços que integram a rede do Sistema Nacional de Informação e à sua adequação às necessidades nacionais e internacionais de informação | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OOp10. Implementar procedimentos potenciadores da articulação entre SH e de incentivo à partilha regular de informação e de conhecimento entre diferentes grupos de SH | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OOp11. Divulgar e disponibilizar informação | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OOp12. Criar e implementar uma estratégia de comunicação | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OOp13. Potenciar as novas tecnologias enquanto canais de partilha de informação, conhecimento e comunicação | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OOp14. Assegurar o cumprimento dos compromissos internacionais e a representação nacional em organizações multilaterais ou regionais e nas diversas instâncias da UE, bem como noutras fora de âmbito internacional | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OOp15. Promover relações de cooperação, de natureza bilateral ou multilateral, no âmbito das atribuições do SICAD | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OOp16. Planear, gerir e qualificar os recursos humanos | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OOp17. Planear e gerir os recursos financeiros, materiais e patrimoniais | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OOp18. Planear e gerir os recursos informáticos | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OOp19. Coordenar e monitorizar a implementação do Plano Estratégico 2013-2015 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OOp20. Desenvolver competências nos profissionais intervenientes na área dos CAD | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OOp21. Coordenar e apoiar o funcionamento das CDT | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OOp22. Assegurar a elaboração, o acompanhamento e avaliação interna do Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências 2013-2020 e do Plano de Ação 2013-2015 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OOp23. Assegurar os procedimentos relativos às competências do SICAD no âmbito do mercado lícito de drogas | | | | | | | | | | | | | | | | |

5.9. Mecanismos de Coordenação e Monitorização do PE

Para assegurar uma execução eficaz e uma gestão adequada da implementação da estratégia, que permita adaptar e ajustar o que está previsto a situações não esperadas, será definido o Modelo de execução do Plano Estratégico 2013-2015, que incluirá a definição dos circuitos de articulação, instrumentos e métodos de recolha, tratamento e disseminação da informação, isto é, os mecanismos que permitam acompanhar o seu desenvolvimento, de forma sistematizada.

A operacionalização da estratégia estará refletida no Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho (SIADAP), numa perspetiva integrada e coerente designadamente na definição dos objetivos anuais do Serviço – QUAR, SIADAP 1, e na definição dos objetivos e ações das unidades orgânicas, que permite a contratualização de objetivos com os dirigentes - SIADAP 2, e com os trabalhadores – SIADAP 3.

Neste âmbito constituem-se como instrumentos de monitorização complementares:

- A monitorização semestral do QUAR. Para tal, serão construídos instrumentos que permitam a recolha e tratamento da informação necessária, a realização de reuniões de acompanhamento, e a elaboração de relatório onde conste a análise dos resultados, dos desvios, e eventualmente, a identificação de alterações a introduzir.
- A apresentação anual de Relatório de Atividades, onde conste a monitorização das iniciativas desenvolvidas, que concorrem para o alcance dos objetivos definidos. Para o efeito também serão construídos instrumentos de recolha da informação necessária e criados mecanismos de trabalho conjunto com os intervenientes-chave, para uma análise robusta dos resultados obtidos.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Balsa, C., Vital C., Urbano C., Pascueiro L. (2008). *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral. Portugal 2007*. Lisboa: IDT, I.P.
2. Balsa, C., Vital C., Urbano C., Pascueiro L. (2011). *O Consumo de Bebidas Alcoólicas em Portugal. Prevalências e Padrões de Consumo 2001-2007*. Lisboa: IDT, I.P.
3. Hibell, B., Andersson B., Bjarnason T., Kokkevi A., Morgan M. & Narusk A. (2012). *The 2011 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries*. Stockholm: CAN/Pompidou Group/Council of Europe.); Disponível em http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/Relatorio/The_2011_ESPAD_Report_FULL.pdf ~
4. Feijão, F., Lavado, E. & Calado, V. (2012). *Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco e Drogas, Portugal 2011*. <http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Paginas/EstudosConcluidos.aspx>
5. Feijão, F. (2012a). *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011. 3.º Ciclo do Ensino Básico: Consumo de drogas e outras substâncias psicoactivas*. [http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/2012/INME2011_3ciclo%20\(2\).pdf](http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/2012/INME2011_3ciclo%20(2).pdf).
6. Feijão, F. (2012b). *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011. Ensino Secundário: Consumo de drogas e outras substâncias psicoactivas*. <http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/2012/INME2011>
7. Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P. (2010) *Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012*; Disponível em <http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Documents/2010/PlanoAlcool.pdf>
8. Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P. (2011) *Relatório Anual • 2010 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*, Lisboa
9. Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P. (2012) *Relatório Anual • 2011 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*, Lisboa
10. Lopes, Henrique (2009). *Epidemiologia de Dependência de Jogo a Dinheiro em Portugal*. Apresentação disponível em http://siteantigo.scml.pt/media/arquivo/2009/outubro/conferencia_estudo.pdf
11. Presidência do Conselho de Ministros (1999). *Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga* [Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99, de 26 de Maio]. Lisboa: PCM/Projecto VIDA
12. www.ina.pt

SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|-----------|---|
| A | Assessorias |
| AA | Apoio Administrativo |
| ACN | Assessoria do Coordenador Nacional |
| ACSS, IP | Administração Central do Sistema de Saúde, IP |
| ACT | Autoridade para as Condições do Trabalho |
| ALICE-RAP | Addictions and Lifestyles in Contemporary Europe: Reframing Addictions Project |
| ANSR | Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária |
| AO | Atividade Orçamentada |
| AP | Administração Pública |
| ARS, IP | Administração(ões) Regional(ais) de Saúde, IP |
| ASAE | Autoridade de Segurança Alimentar e Económica |
| AT | Autoridade Tributária e Aduaneira |
| CAD | Comportamentos Aditivos e Dependências |
| CCPFC | Conselho Científico-Pedagógico da Formação Contínua |
| CDT | Comissão(ões) para a Dissuasão da Toxicodependência |
| CE | Comunidade Europeia |
| CEOS | Instituto de Investigação Sociológicas |
| Cf. | Conforme |
| CID-10 | Classificação Internacional de Doenças |
| CIG | Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género |
| CNJ | Conselho Nacional de Juventude |
| CNPJR | Comissão Nacional de Proteção de Jovens em Risco |
| COPOLAD | Programa de Cooperação entre a América Latina e a UE sobre políticas de luta contra a Droga |
| CPLP | Comunidades dos Países de Língua Portuguesa |
| CRI | Centro(s) de Respostas Integradas |
| DEI | Divisão de Estatística e Investigação |
| DGAEP | Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público |
| DGAI | Direcção-Geral de Administração Interna |
| DGE | Direcção-Geral da Educação |
| DGO | Direcção-Geral do Orçamento |
| DGPJ | Direcção-Geral da Política de Justiça |
| DGR | Divisão de Gestão de Recursos |
| DGRSP | Direcção-Geral da Reinserção e Serviços Prisionais |
| DGS | Direcção-Geral da Saúde |
| DIC | Divisão de Informação e Comunicação |
| DIT | Divisão de Intervenção Terapêutica |
| DMI | Direção de Serviços de Monitorização e Informação |
| DPI | Direção de Serviços de Planeamento e Intervenção |
| DPIC | Divisão de Prevenção e Intervenção Comunitária |
| DRI | Divisão de Relações Internacionais |
| EDDRA | Exchange on Drug Demand Reduction Action |

| | |
|----------|--|
| ELDD | European Legal Drugs Data Base |
| EMPECO | Equipa Multidisciplinar de Planeamento Estratégico e Coordenação Operacional |
| ERANID | ERANet on Illicit Drugs |
| F | Facultativo |
| FC | Fundos Comunitários |
| FCSH | Faculdade de Ciências Sociais e Humanas |
| FESAT | European Foundation of Drug Helplines |
| FNAS | Fórum Nacional Álcool e Saúde |
| GNR | Guarda Nacional Republicana |
| I.P. | Instituto Público |
| IDT, IP | Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP |
| IEFP | Instituto de Emprego e Formação Profissional, IP |
| IHRU | Instituto de Habitação e Reabilitação Urbana, IP |
| INE | Instituto Nacional de Estatística, IP |
| INFARMED | Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP |
| INML, IP | Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP |
| INSA | Instituto Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge |
| IPDJ | Instituto Português do Desporto e Juventude, IP |
| ISS | Instituto de Segurança Social, IP |
| JAI | Justiça e Assuntos Internos |
| LPC | Laboratório de Polícia Científica |
| MAI | Ministério da Administração Interna |
| ME | Ministério da Educação |
| MNE | Ministério dos Negócios Estrangeiros |
| MNQ | Meta Não Quantificada |
| MS | Ministério da Saúde |
| N.º | Número |
| NU | Nações Unidas |
| O | Obrigatório |
| OE | Objetivo(s) Estratégico(s) |
| OE | Orçamento de Estado |
| OEDT | Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OOp | Objetivo(s) Operacional(ais) |
| OPJ | Observatório Permanente da Juventude |
| PA | Plano de Atividades |
| PAC | Plano Anual de Compras |
| PALOP | Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa |
| PEST | Political, Economical, Social and Technological |
| PJ | Polícia Judiciária |
| POCP | Plano Oficial de Contabilidade Pública |
| PORI | Plano Operacional de Respostas Integradas |
| PREMAC | Plano de Redução e Melhoria da Administração Central |
| PSP | Polícia de Segurança Pública |

| | |
|--------|---|
| QA | Quando Aplicável |
| QUAR | Quadro de Avaliação e Responsabilização |
| REITOX | European Information Network on Drugs and Drug Addiction |
| RP | Receitas Próprias |
| SCEP | Sistema de Contratos e Encargos Patrimoniais |
| SG | Secretaria-Geral |
| SGVPE | Sistema de Gestão do Parque de Veículos do Estado |
| SH | <i>Stakeholders</i> |
| SI | Sistemas de Informação |
| SIADAP | Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho na Administração Pública |
| SICAD | Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências |
| SIIE | Sistema de Inventariação dos Imóveis do Estados |
| SIGP | Sistema de Informação e Gestão Processual |
| SIM | Sistema de Informação Multidisciplinar |
| SIOE | Sistema de Informação de Organização do Estado |
| SNI | Sistema Nacional de Informação |
| SPA | Substâncias Psicoativas |
| SPMS | Serviços Partilhados do Ministério da Saúde |
| SWOT | Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threat |
| UE | União Europeia |
| UNL | Universidade Nova de Lisboa |
| UNODC | United Nations Office on Drugs and Crime |
| VIH | Vírus da Imunodeficiência Humana |