



**CARLOS MIGUEL DA
SILVA COELHO
PINHEIRO ESTÊVÃO**

O IDT, IP NO CONTEXTO DO NPM E DO PRACE



**CARLOS MIGUEL DA
SILVA COELHO
PINHEIRO ESTÊVÃO**

O IDT, IP NO CONTEXTO DO NPM E DO PRACE

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Administração e Gestão Pública, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Maria Cristina do Nascimento Rodrigues Madeira Almeida de Sousa Gomes, Professora Auxiliar do Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro.

o júri

presidente

Professor Doutor Filipe José Casal Teles Nunes
professor auxiliar convidado, Universidade de Aveiro

vogal-arguente principal

Professor Doutor Luis Miguel Domingues Fernandes Ferreira
professor auxiliar, Universidade de Aveiro

vogal-orientador

Professora Doutora Maria Cristina do Nascimento Rodrigues Madeira Almeida de Sousa Gomes
professora auxiliar, Universidade de Aveiro

agradecimentos

A elaboração desta dissertação de mestrado contou com o apoio de algumas pessoas às quais não poderia deixar de agradecer.

Desde logo à minha orientadora, Prof.^a Doutora Maria Cristina do Nascimento Sousa Gomes, pela disponibilidade e sinceridade nas críticas, nas correções e sugestões relevantes feitas durante a sua orientação.

À Prof.^a Doutora Maria Luísa Rocha Pinto pelas conversas exploratórias fundamentais que permitiram definir um rumo para o trabalho.

Aos colegas do ex-IDT,IP pela ajuda na recolha de informação e pelas muitas conversas de reflexão sobre o serviço.

E, finalmente, um agradecimento muito especial à Filomena, minha mulher, pelo seu permanente incentivo e por me ter feito acreditar que era capaz.

palavras-chave

Política Pública das Drogas; Reforma Administrativa; NPM; PRACE; IDT,IP.

resumo

O estudo reflete sobre o IDT,IP, organismo público que tinha como missão operacionalizar as políticas públicas de luta contra as drogas, lícitas e ilícitas, e as dependências. Neste sentido, o objetivo do trabalho visa avaliar os impactos que podem ser observados no IDT,IP resultantes das reformas administrativas influenciadas pelo NPM ocorridas na Administração Pública portuguesa, especificamente pelo PRACE, e pelas opções de Políticas Públicas de luta contra as drogas assumidas por Portugal ao longo da primeira década do século XXI.

Tendo em conta o objetivo definido anteriormente optámos por realizar um estudo comparativo entre o IDT e o IDT,IP, investigando, para cada um deles, os impactos decorrentes das três dimensões mencionadas. Para isso foi necessário, previamente, contextualizar e fundamentar as três dimensões.

No final da investigação concluímos que o IDT,IP é um organismo público onde os impactos decorrentes do paradigma do NPM, do PRACE e das opções de Política Pública das Drogas se evidenciam claramente.

keywords

Drugs Public Policy; Administrative Reform; NPM; PRACE; IDT,IP.

abstract

The study reflects on the IDT,IP, a public structure whose mission was to operationalize public policies to combat drugs, licit and illicit, and dependencies. In this sense the purpose of the study is to evaluate the impacts that can be observed in the IDT,IP resulting from the administrative reforms influenced by NPM occurred in the Portuguese Administration, more specifically by the PRACE, and the Public Policy options assumed by Portugal throughout the first decade of the twenty-first century.

Taking into account the objective of the investigation, we developed a comparative study between the IDT and the IDT,IP, analysing, for each of them, the impacts resulting from the three mentioned subjects. This required a previous contextualization and explanation of the three concepts.

At the end of the investigation it is possible to understand that the IDT,IP is a public organisation where the impacts of the NPM paradigm, the PRACE and the Drugs Public Policy options is clearly evident.

ÍNDICE DE CONTEÚDOS

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 14 |
| 1. Enquadramento do tema..... | 14 |
| 2. Relevância do trabalho | 17 |
| 3. Questão de investigação..... | 20 |
| 4. Estrutura do trabalho | 20 |
| CAPÍTULO 1: A POLÍTICA DA DROGA EM PORTUGAL..... | 22 |
| 1.1. AS POLÍTICAS PÚBLICAS CONTRA AS DROGAS | 22 |
| 1.1.1. O período antes da ENLCD: de 1970 a 1999 | 23 |
| 1.1.1.1. Do Modelo Criminal ao Modelo Psicossocial..... | 25 |
| 1.1.1.2. O Modelo Biopsicossocial | 28 |
| 1.1.2. O período das Estratégias: de 2000 a 2012 | 35 |
| 1.1.2.1. A ENLCD – Horizonte 2004..... | 37 |
| 1.1.2.2. O PNLCDT 2005-2012 | 42 |
| 1.2. ORGANISMOS PÚBLICOS RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS CONTRA AS DROGAS..... | 47 |
| 1.2.1. Os organismos até 2002 | 48 |
| 1.2.2. Os organismos a partir de 2002..... | 53 |
| CAPÍTULO 2: AS REFORMAS ADMINISTRATIVAS EM PORTUGAL | 57 |
| 2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS REFORMAS ADMINISTRATIVAS | 57 |
| 2.1.1 1. ^a Geração de Reformas: de 1974 a 1985..... | 61 |
| 2.1.2 2. ^a Geração de Reformas: de 1986 a 2001..... | 63 |
| 2.1.3 3. ^a Geração de Reformas: 2002/ | 65 |
| 2.2 O NEW PUBLIC MANAGEMENT E O PRACE..... | 67 |
| 2.2.1 O New Public Management | 68 |
| 2.2.2 O PRACE | 71 |
| 2.2.3 O PRACE no contexto do NPM..... | 74 |

| | | |
|--|---|-----|
| 2.3 | O PRACE E O IDT,IP..... | 75 |
| CAPÍTULO 3: IDT,IP – IMPACTOS DA EVOLUÇÃO DOS RECURSOS, DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO E DOS RESULTADOS..... | | 79 |
| 3.1. | METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO | 79 |
| 3.2. | APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 84 |
| 3.2.1. | Análise comparativa à legislação relevante do IDT e do IDT,IP | 84 |
| 3.2.2. | Análise comparativa aos dados do IDT e do IDT,IP..... | 91 |
| 3.2.3. | Discussão dos resultados..... | 98 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | | 106 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | | 109 |

INDÍCE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Enquadramento teórico do trabalho..... | 21 |
| Figura 2 – O período de 1970-1999, em termos das opções de política da droga..... | 24 |
| Figura 3 – O período de 2000-2012, em termos dos documentos estratégicos relevantes..... | 36 |
| Figura 4 – Os organismos públicos responsáveis pela execução das políticas públicas contra as drogas, lícitas e ilícitas, e as toxicodependências desde 1975..... | 47 |
| Figura 5 – A estrutura portuguesa de luta contra o abuso de drogas definido em 1977..... | 48 |
| Figura 6 – A estrutura portuguesa de luta contra as drogas, lícitas e ilícitas, e as toxicodependências, em 1990. | 50 |
| Figura 7 – Organismos públicos responsáveis pela luta contra as drogas, lícitas e ilícitas, e as toxicodependências, em 2000. | 52 |
| Figura 8 – O IDT como resultado da decisão de fusão entre o IPDT e o SPTT, nos termos definidos pelo DL n° 269-A/2002, de 29 de novembro. | 53 |
| Figura 9 – O IDT,IP como resultado da decisão de fusão entre o IDT e os CRA's, nos termos definidos pelo DL n° 221/2007, de 29 de maio. | 55 |
| Figura 10 – As oito fases da reforma administrativa portuguesa desde 1974. | 60 |
| Figura 11 – Os três principais momentos da reforma administrativa portuguesa desde 1974. | 61 |
| Figura 12 – A 1.ª Geração de Reformas (1974-1985): principais medidas..... | 62 |
| Figura 13 – Modelo de análise do trabalho. | 80 |

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|---|-----|
| Tabela 1 – Datas chave, em termos de política pública da droga, de 1970 a 1999. | 24 |
| Tabela 2 – Datas chave, em termos de política pública da droga, de 2000 a 2012. | 35 |
| Tabela 3 – A 2.ª Geração de Reformas (1986-2001): principais medidas. | 63 |
| Tabela 4 – A 3.ª Geração de Reformas (2002-...): principais medidas. | 65 |
| Tabela 5 – Componentes doutrinários do NPM. | 69 |
| Tabela 6 – Conjunto de indicadores do IDT e do IDT, IP. | 82 |
| Tabela 7 – Matriz de análise comparativa entre o IDT e o IDT, IP. | 83 |
| Tabela 8 – Relação dos diplomas legais relevantes sobre o IDT e o IDT, IP. | 84 |
| Tabela 9 – Natureza jurídica, sede e jurisdição territorial do IDT e do IDT, IP. | 85 |
| Tabela 10 – Os órgãos e serviços do IDT e do IDT, IP. | 86 |
| Tabela 11 – Organização dos serviços centrais do IDT e do IDT, IP. | 88 |
| Tabela 12 – Organização dos serviços regionais do IDT e do IDT, IP. | 89 |
| Tabela 13 – Organização dos serviços locais do IDT e do IDT, IP. | 90 |
| Tabela 14 – Análise comparativa aos recursos do IDT e do IDT, IP. | 91 |
| Tabela 15 – Análise comparativa aos instrumentos de gestão do IDT e do IDT, IP. | 95 |
| Tabela 16 – Análise comparativa aos resultados do IDT e do IDT, IP. | 97 |
| Tabela 17 – Matriz de resultados da análise comparativa entre o IDT e o IDT, IP. | 103 |

LISTA DE ACRÓNIMOS

| | |
|---------|--|
| ACA | Assessoria do Conselho de Administração |
| AR | Assembleia da República |
| ARS | Administração Regional de Saúde |
| CA | Conselho de Administração |
| CAT | Centro de Atendimento a Toxicodependentes |
| CC | Conselho Consultivo |
| CCB | Centro Cultural de Belém |
| CD | Conselho Diretivo |
| CDT | Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência |
| CEFA | Centro de Estudos e Formação Autárquica |
| CEJ | Centro de Estudos da Juventude |
| CEPD | Centro de Estudos da Profilaxia da Droga |
| CES | Comissão de Ética para a Saúde |
| CICD | Centro de Investigação e Controle da Droga |
| CIJD | Centro de Investigação Judiciária da Droga |
| CIT | Contrato Individual de Trabalho |
| CNCDT | Conselho Nacional de Combate à Droga e à Toxicodependência |
| CRA | Centro Regional de Alcoologia |
| CRI | Centro de Respostas Integradas |
| CT | Comunidade Terapêutica |
| CTC | Conselho Técnico Científico |
| DACDT | Departamento de Apoio às Comissões de Dissuasão da Toxicodependência |
| DIC | Departamento de Intervenção na Comunidade |
| DL | Decreto-lei |
| DMFRI | Departamento de Monitorização, Formação e Relações Internacionais |
| DP | Departamento de Prevenção |
| DPAG | Departamento de Planeamento e Administração Geral |
| DR | Diário da República |
| DR's | Delegações Regionais |
| DRA | Delegação Regional do Alentejo |
| DRAL | Delegação Regional do Algarve |
| DRC | Delegação Regional do Centro |
| DRLVT | Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo |
| DRN | Delegação Regional do Norte |
| DTR | Departamento de Tratamento e Reinserção |
| DTRDR | Departamento de Tratamento, Redução de Danos e Reinserção |
| EMCDDA | European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction |
| ENLCD | Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga |
| ET | Equipa de Tratamento |
| GAD | Gabinete de Apoio à Dissuasão |
| GCCD | Gabinete Coordenador de Combate à Droga |
| GEJ | Gabinete de Estudos Jurídicos |
| GF | Gabinete de Formação |
| GPCCD | Gabinete de Planeamento e de Coordenação de Combate à Droga |
| GRE | Gabinete de Relações Exteriores |
| GRI | Gabinete de Relações Internacionais |
| IDT | Instituto da Droga e da Toxicodependência |
| IDT, IP | Instituto da Droga e da Toxicodependência, Instituto Público |
| IGAS | Inspeção-Geral das Atividades em Saúde |
| INA | Instituto Nacional de Administração |
| IP | Instituto Público |

| | |
|--------|---|
| IPDT | Instituto Português da Droga e da Toxicodependência |
| MJ | Ministério da Justiça |
| MS | Ministério da Saúde |
| NAG | Núcleo de Apoio Geral |
| NAI | Núcleo de Atendimento e Informação |
| NAT | Núcleo de Apoio Técnico |
| NE | Núcleo de Estatística |
| NEI | Núcleo de Estudos e Investigação |
| NF | Núcleo de Formação |
| NGEF | Núcleo de Gestão Económica e Financeira |
| NGP | Núcleo de Gestão e Planeamento |
| NGRH | Núcleo de Gestão de Recursos Humanos |
| NI | Núcleo de Investigação/ Núcleo de Informática |
| NIPD | Núcleo de Informação, Publicação e Documentação |
| NLF | Núcleo de Licenciamento e Fiscalização |
| NP | Núcleo de Prevenção |
| NPA | Núcleo de Planeamento e Avaliação |
| NPD | Núcleo de Publicações e Documentação |
| NPM | New Public Management |
| NR | Núcleo de Reinserção |
| NRD | Núcleo de Redução de Danos |
| NRI | Núcleo de Relações Internacionais |
| NT | Núcleo de Tratamento |
| NTRD | Núcleo de Tratamento e Redução de Danos |
| OCDE | Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico |
| ODT | Observatório das Drogas |
| OEDT | Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência |
| OICE | Órgão Internacional de Controlo de Estupefacientes |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PACDT | Plano de Ação Contra as Drogas e as Toxicodependências |
| PANCDT | Plano de Ação Nacional Contra a Droga e a Toxicodependência |
| PCM | Presidência do Conselho de Ministros |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PLA | Problemas ligados ao Álcool |
| PNCDT | Plano Nacional de Combate Contra a Droga e as Toxicodependências |
| PRACE | Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado |
| PREMAC | Plano de Redução e Melhoria da Administração Central do Estado |
| PROFAP | Programa Operacional de Formação da Administração Pública |
| QUAR | Quadro de Avaliação e Responsabilização |
| RCM | Resolução do Conselho de Ministros |
| RH | Recursos Humanos |
| RRMD | Redução de Riscos e Minimização de Danos |
| SAA | Serviço de Apoio Administrativo |
| SC | Serviços Centrais |
| SCAT | Serviço de Coordenação e Apoio Técnico |
| SIADAP | Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública |
| SICAD | Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências |
| SNIDT | Sistema Nacional de Informação sobre Droga e Toxicodependência |
| SPTT | Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência |
| UA | Unidade de Alcoologia |
| UD | Unidade de Desabituação |
| UE | União Europeia |
| UEF | Unidade Económica e Financeira |

| | |
|------|---|
| UGP | Unidade de Gestão e Planeamento |
| UGRH | Unidade de Gestão de Recursos Humanos |
| UI | Unidade de Informática |
| UIFA | Unidade de Inspeção, Fiscalização e Avaliação |
| UP | Unidade de Prevenção |

INTRODUÇÃO

1. Enquadramento do tema

A droga, tal como sustenta Carlos Poiares (2007), é, enquanto fenómeno humano e social, gerador de interesses crescentes por parte de estudiosos e académicos das áreas das Ciências Sociais e do Comportamento desde os anos de 1980, em virtude de não só ser uma temática “apelativa para a investigação científica, dada a transversalidade de que se reveste e pela multiplicidade de abordagens que não só consente, como reclama” (Poiares, 2007:9), como pela “força das dificuldades – e inabilidade, quando não incapacidade – com que os poderes procedem à respectiva gestão” (idem). Neste sentido, também nós nos sentimos *tocados* por este tema,

num sentido afectivo-emocional, na medida em que não deixa ninguém indiferente, nem sequer desprovido de opinião, permitindo a efervescência discursiva do senso comum, não raramente vertido na discursabilidade da Opinião Pública (e também publicada) e até de (alguma) Opinião Política. (idem).

A escolha do tema da tese acabou, no entanto, por ser uma fase delicada porque, embora o Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I. P. (IDT,IP), e o seu papel enquanto entidade pública responsável pela execução da política pública das drogas em Portugal, fosse, desde sempre, o objeto central pensado para o estudo, faltava decidir qual a perspectiva de abordagem a seguir.

Muitas ideias e algumas interrogações surgiram, as quais, após algumas leituras realizadas e várias conversas, desvaneceram-se, emergindo, por fim, o trilho que desejávamos percorrer no âmbito deste trabalho.

Deste modo, com a elaboração desta dissertação pretendemos contribuir para a reflexão e a compreensão dos impactos que as opções tomadas de política pública sobre drogas, bem como as reformas administrativas ocorridas em Portugal ao longo da primeira década do século XXI, tiveram no IDT,IP, tanto ao nível do redesenho organizacional como ao nível do papel desempenhado enquanto entidade responsável pela área das drogas.

No campo das reformas administrativas o foco da investigação centra-se no papel que o *New Public Management* (NPM) e, conseqüentemente, o Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE), desempenharam na criação do IDT,IP.

Portugal vive, atualmente, um momento delicado e exigente fruto do plano de assistência externo a que se encontra sujeito. Percebe-se que será inevitável para o país e para os seus governantes repensar a atual dimensão e funções do Estado e, nessa sequência, definir que políticas públicas devem ser prosseguidas e que (re)organização da Administração Pública deve ser realizada de forma a assegurar os meios necessários ao cumprimento do novo papel que se pretende para o Estado.

Face à alteração de paradigma que se perspetiva ao nível da organização administrativa julgamos importante refletir sobre o movimento renovador porque tem passado a Administração Pública portuguesa ao longo da primeira década do século XXI e de que forma essas reformas tiveram impacto ao nível das estruturas organizacionais das várias entidades públicas, em concreto, naquelas que tinham como missão operacionalizar as políticas públicas ligadas à problemática das drogas.

Se observarmos, numa perspetiva histórica, constatamos que em Portugal coexistiram ou sucederam-se no tempo vários organismos públicos com responsabilidades ao nível da execução das políticas públicas de combate à droga definidas pelos vários governos, nomeadamente: o Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga (GPCCD)¹; o Serviço de Prevenção e Tratamento de Toxicodependentes (SPTT)²; o Projeto Vida³; o Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT)⁴; o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT)⁵; e, finalmente, o IDT,IP⁶.

Importa sublinhar que para a realização do trabalho optámos por colocar o foco no espaço temporal correspondente à primeira década do século XXI. A objetividade desta escolha assentou no facto de se tratar de um período rico em eventos, particularmente a dois níveis:

(1) Ao nível das opções de políticas públicas adotadas pelos sucessivos governos de resposta ao flagelo das drogas, de que se destacam os seguintes documentos estratégicos: (i) Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga⁷; (ii) Descriminalização do Consumo de Drogas⁸; (iii) Os 30 Objetivos da Luta Contra a Droga e a Toxicodependência no Horizonte 2004 e o Plano de Ação Nacional de Luta contra a

¹ Criado pelo Decreto-Lei nº 365/82, de 08 de setembro.

² Criado pelo Decreto-Lei nº 83/90, de 14 de março.

³ Criado pela RCM nº 17/90, de 21 de abril.

⁴ Criado pelo Decreto-Lei nº 31/99, de 05 de fevereiro.

⁵ Criado pelo Decreto-Lei nº 269-A/2002, de 29 de novembro.

⁶ Criado pelo Decreto-Lei nº 221/2007, de 29 de maio.

⁷ RCM nº 46/99, de 26 de maio.

⁸ Lei nº 30/2000, de 29 de novembro.

Droga e a Toxicodependência – Horizonte 2004⁹; (iv) Avaliação Externa e Independente da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e do Plano de Ação Nacional da Luta Contra a Droga e a Toxicodependência – Horizonte 2004 realizada pelo Instituto Nacional de Administração; (v) Plano Nacional Contra as Drogas e as Toxicodependências 2005-2012¹⁰ que se operacionalizou em dois Planos de Ação: Plano de Ação Contra as Drogas e as Toxicodependências – Horizonte 2008 e o Plano de Ação Contra as Drogas e as Toxicodependências 2009-2012; e (vi) Avaliação Externa do Plano Nacional Contra as Drogas e as Toxicodependências 2005-2012 realizada pela empresa espanhola Gesaworld, SA.

- (2) Ao nível das reformas administrativas ocorridas em Portugal, de que importa destacar os seguintes momentos: (i) a promulgação, na vigência do XV Governo Constitucional, dirigido por Durão Barroso (06/04/2002 a 17/07/2004), de três diplomas – a Lei nº 16-A/2002¹¹, de 31 de maio, a RCM nº 95/2003¹², de 30 de julho, e, a RCM nº 53/2004¹³, de 21 de abril; (ii) a publicação em Diário da República, no consulado do XVII Governo Constitucional, chefiado por José Sócrates (12/03/2005 a 26/10/2009), de dois normativos – a RCM nº 124/2005¹⁴, de 04 de agosto e da RCM nº 39/2006¹⁵, de 30 de março; e (iii) a aprovação, durante o mandato do atual Governo Constitucional, o XIX, presidido por Pedro Passos Coelho (tomou posse a 21/06/2011), em reunião de Conselho de Ministros ocorrida a 20 de julho de 2011, das linhas gerais do Plano de Redução e Melhoria da Administração Central do Estado (PREMAC).

O IDT,IP, criado pelo DL nº 221/2007, de 29 de maio, constitui o objeto de estudo deste trabalho. Tendo como missão “*promover a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como a redução das toxicodependências*”¹⁶, o IDT,IP encontra-se no centro de um

⁹ RCM nº 30/2001, 13 de março, e, RCM nº 39/2001, de 09 de abril.

¹⁰ RCM nº 115/2006, de 18 de setembro, e, Declaração de Retificação nº 79/2006, de 17 de novembro.

¹¹ Diploma legal que altera o Orçamento de Estado de 2012, definindo nomeadamente, a extinção, reestruturação e fusão de organismos.

¹² Diploma legal que aprova o conjunto das grandes linhas de orientação que presidirão à reforma da Administração Pública.

¹³ Diploma legal que aprova a operacionalização da reforma da Administração Pública.

¹⁴ Diploma legal que estabelece o PRACE.

¹⁵ Diploma legal que aprova as orientações gerais e especiais para a reestruturação dos ministérios no âmbito do PRACE.

¹⁶ Cfr. o disposto no n.º 1 do Art.º 3.º do Decreto-Lei nº 221/2007, de 29 de maio.

conjunto de fatores importantes que se foram sucedendo ou conjugando no tempo, e que, deste modo, podem servir de enquadramento à sua própria relevância.

Neste sentido, o IDT,IP é uma consequência direta de duas decisões determinadas pelo primeiro Governo de José Sócrates, a reforma administrativa designada por PRACE¹⁷ e a opção de política pública de alargar as competências do Instituto aos problemas ligados ao consumo abusivo de álcool¹⁸. Indiretamente, o IDT,IP é também uma consequência da influência que o paradigma do NPM tem exercido ao longo das últimas décadas no movimento reformador da Administração Pública portuguesa.

Deste modo, tendo em conta o explicitado, sublinhamos que o presente trabalho pretende analisar e compreender de que forma o IDT,IP foi afetado na sua génese e nas suas práticas, pelas reformas administrativas influenciadas pelo NPM ocorridas na Administração Pública portuguesa, em concreto pelo PRACE, e, pelas opções de política da droga assumidas por Portugal, durante a primeira década do século XXI.

2. Relevância do trabalho

A relevância do tema proposto assenta em fatores que são, não só pertinentes, como oportunos. A realização deste trabalho coincide no tempo com uma mudança de paradigma, a vários níveis, experienciada por Portugal, fruto não só do quadro de assistência financeira externo a que o país se encontra vinculado, mas também das opções políticas tomadas pelo atual Governo presidido por Pedro Passos Coelho. Neste contexto de mudança importa analisar o caminho percorrido por Portugal ao longo da última década, centrando-nos nas matérias que elegemos como relevantes: as políticas públicas¹⁹ de luta contra a droga e as toxicodependências e o papel desempenhado pelo IDT,IP; e, as políticas de Administração Pública²⁰, com enfoque no impacto que o paradigma do NPM gerou no processo de reformas administrativas levadas a cabo, em particular no que concerne ao PRACE.

Importa, então, enumerar os fatores que nortearam a definição desta temática:

¹⁷ RCM n.º 124/2005, de 04 de agosto.

¹⁸ Cfr. o Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 221/2007, de 29 de maio.

¹⁹ Segundo Arminda Neves (2010: 125) “entende-se por políticas públicas as políticas definidas pelo Governo dirigidas aos diferentes setores económicos e sociais”.

²⁰ Novamente, parafraseando Neves (2010: 125) “entende-se (...) por políticas de Administração Pública as políticas definidas com vista ao funcionamento dos Serviços Públicos”.

- (i) Após o reconhecimento por parte do CATO Institute²¹ do sucesso alcançado por Portugal no âmbito das políticas públicas de luta contra as drogas, o interesse internacional granjeado pelo designado *Modelo Português de Intervenção na Área das Drogas* tem sido crescente, tanto mais que esse reconhecimento ocorreu num momento em que o país regista ao longo da última década significativos ganhos em saúde (IDT,IP, 2008a; IDT,IP, 2011a). De facto, como afirma Kasia Malinowska-Sempruch (2011: 8), “num dramático afastamento da norma, Portugal descriminalizou a posse de drogas para consumo em 2000”, ou seja, como sustenta Fernando Henrique Cardoso (2011: 4), “ao invés de insistir em medidas repressivas ineficazes, quando não claramente contraproducentes, Portugal optou por políticas mais humanas” tornando-se, assim, um caso único e paradigmático, tanto na Europa Comunitária, como no resto do mundo. Segundo Poiares (2009: 88) o relatório produzido pelo CATO Institute, *Drug Decriminalization in Portugal – Lessons for creating fair and successful drug policies*²², “comprova que, em Portugal, também sabemos produzir a mudança e que somos capazes de ser críticos e criativos. Diremos, parafraseando Obama, que em matéria de prevenção das drogas, *yes, we can!*”.
- (ii) O ano de 2012 encerra um ciclo estratégico ao nível das políticas públicas sobre drogas em Portugal. De facto, tanto o *Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012*, como o *Plano de Ação Contra as Drogas e as Toxicodependências 2009-2012*, foram objeto, ao longo de 2012, de uma avaliação crítica externa, levada a cabo pela empresa Gesaworld, SA, tendo as suas conclusões sido vertidas num documento²³ apresentado numa cerimónia pública no dia 14 de janeiro de 2013.
- (iii) A decisão de extinção do IDT,IP na sequência do PREMAC levado a cabo pelo XIX Governo de Portugal, num contexto de crise económica e social como a que o país atravessa, sempre propício ao recrudescimento dos consumos, poderá, de acordo com Cardoso (2011: 5) “retirar capacidade de intervenção e debilitar a eficácia da política

²¹ Trata-se de um reputado *think tank* norte-americano.

²² (Greenwald, 2009).

²³ (Gesaworld, 2013).

nacional de droga”. De facto, com a publicação em DR do DL n° 124/2011²⁴, de 29 de novembro, é decretada a extinção do IDT,IP e a criação do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). A explicação para esta decisão surge plasmada no preâmbulo do citado normativo nos seguintes termos:

a presente orgânica concretiza uma inovação importante assente na opção de reforço da componente de planeamento e acompanhamento de programas de redução de consumo de substâncias psicoativas, na prevenção de comportamentos aditivos e na diminuição das dependências, pelo que se procede à criação do SICAD, extinguindo-se, em consequência o IDT, IP, cometendo-se às Administrações Regionais de Saúde, I. P., a componente de operacionalização das políticas de saúde. (Cfr. o Preâmbulo do DL n° 124/2011, de 29 de novembro).

Esta mudança consubstancia uma alteração de paradigma, uma vez que o IDT,IP operacionalizava uma estratégia integrada de luta contra a droga assente na prevenção, no tratamento, na reinserção social, na redução de riscos e minimização de danos, na dissuasão, na dinamização e estímulo à formação e à investigação do fenómeno, no garantir do funcionamento de um Sistema Nacional de Informação sobre Droga e Toxicodependência, no garantir da cooperação com entidades externas e, finalmente, no propor e acompanhar de medidas legislativas (Gesaworld, 2013). Ou seja, parafraseando Cardoso (2011: 4), “graças a este organismo, o Ministério da Saúde tinha a capacidade de delinear as políticas (...) e dispunha dos meios para as implementar na prática, no terreno”.

(iv) Apesar de a droga ser, segundo Poiares (2009: 87) “um dos raros objectos que a todos toca, mas que também convoca e provoca os técnicos, os cientistas e os cidadãos em geral, tendo-se convertido em estação de confluência da investigação científica, gerando perspectivas transdisciplinares e pós-disciplinares”, verificámos ao longo do meticuloso processo de pesquisa bibliográfica empreendido, a inexistência de estudos académicos cuja abordagem incidisse exclusivamente no impacto que as ideias do NPM e, por conseguinte, do PRACE tiveram no IDT,IP enquanto entidade pública responsável pela condução e execução das políticas públicas contra a droga e as toxicodependências de 2007 a 2012.

²⁴ Lei orgânica do Ministério da Saúde.

(v) Finalmente, por se tratar de uma temática de forte interesse pessoal e também profissional, em virtude de termos acompanhado todos os momentos marcantes ocorridos ao longo da primeira década do século XXI, sobretudo no período entre 2003 e 2012, ciclo durante o qual desempenhámos funções de responsabilidade ao nível da gestão no IDT,IP.

3. Questão de investigação

Tendo presente a exposição do tema do trabalho e o enquadramento do mesmo, estamos em condições de enunciar a questão de investigação que irá nortear a nossa dissertação:

- Que impactos decorrentes da influência do paradigma do NPM e, por conseguinte do PRACE, conjugados com as opções de política pública de luta contra as drogas, podem ser observados no IDT,IP?

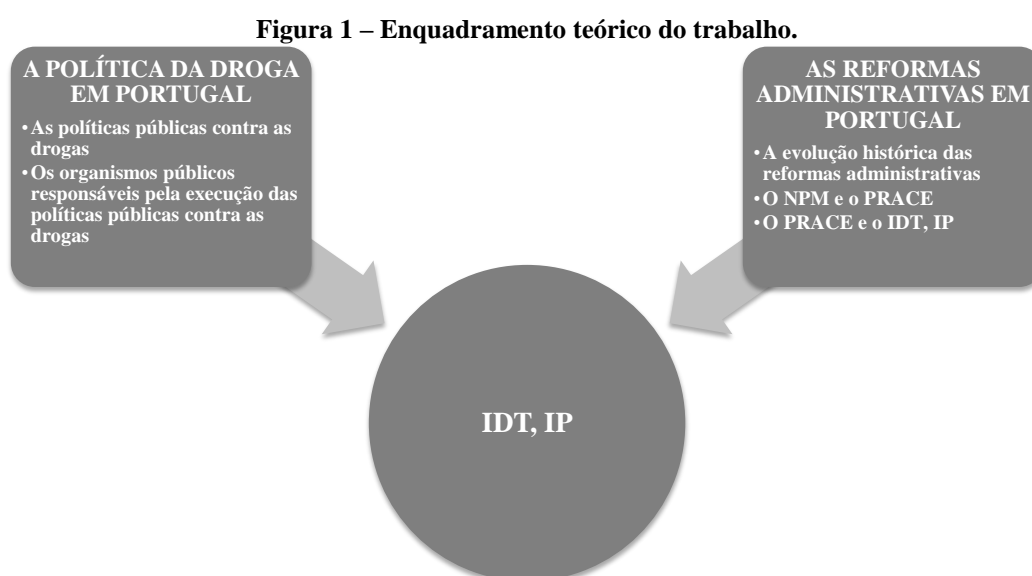
4. Estrutura do trabalho

De forma a atingirmos os objetivos que definimos anteriormente optámos por estruturar a dissertação em três partes distintas: a introdução seguida de três capítulos que no seu conjunto perfazem o corpo do trabalho e as considerações finais.

Na introdução enquadrámos o tema proposto, explicitamos a relevância do trabalho, estabelecemos a questão de investigação e damos uma visão geral da estrutura da dissertação.

Ao longo dos Capítulos 1 e 2 procedemos ao enquadramento teórico do tema, isto é, à revisão da literatura relevante que permitiu estabelecer o estado da arte em relação às duas matérias consideradas fundamentais para a investigação, ou seja: Capítulo 1: A Política da Droga em Portugal – ponto onde apresentamos os vários momentos e documentos estratégicos que permitem ilustrar a evolução histórica ocorrida quanto às grandes opções de política contra a droga que foram sendo definidas pelos vários governos e analisamos os vários organismos públicos que tiveram como missão a execução das políticas públicas nacionais contra droga e as toxicodependências; Capítulo 2: As Reformas Administrativas

em Portugal – capítulo onde expomos a evolução histórica das reformas administrativas ocorridas em Portugal, analisamos e correlacionamos os fundamentos do NPM e do PRACE e explicitamos a criação do IDT,IP no contexto do PRACE. A Figura 1 apresentada em baixo permite ilustrar a organização subjacente a estes dois capítulos. Desconstruindo a Figura 1 podemos observar que o IDT,IP posiciona-se como referencial de toda a análise que iremos realizar. Ou seja, vamos escrutinar tanto a política da droga em Portugal como as reformas administrativas em Portugal tendo sempre como perspetiva perceber que impactos, diretos ou indiretos, tiveram no IDT,IP.



Fonte: Produzido pelo autor.

O capítulo 3, denominado IDT,IP – Impactos da evolução dos recursos, dos instrumentos de gestão e dos resultados, é composto por dois pontos. No primeiro ponto descrevemos a metodologia utilizada e sustentamos as escolhas tomadas e no segundo apresentamos, analisamos e discutimos os dados aferidos ao longo da investigação.

Finalmente, nas considerações finais expomos as conclusões apuradas.

CAPÍTULO 1: A POLÍTICA DA DROGA EM PORTUGAL

Por uma questão de método/ organização do tema optámos por subdividir este ponto em dois subpontos: no primeiro iremos enumerar e compreender, numa trajetória evolutiva, as grandes opções de políticas públicas contra a droga e as toxicodependências tomadas pelos vários governos de Portugal em cada momento; e, no segundo, vamos descrever e enquadrar, novamente numa perspetiva evolutiva, os vários organismos públicos que foram tendo a responsabilidade de executar as políticas públicas relacionadas com o fenómeno das drogas ao longo do tempo.

1.1. AS POLÍTICAS PÚBLICAS CONTRA AS DROGAS

Uma política pública de droga é, segundo Dean G. Kilpatrick (citado por EMCDDA, 2011: 7) “a system of laws, regulatory measures, courses of action and funding priorities concerning (illicit) psychoactive drugs and promulgated by a governmental entity or its representatives”. Tendo presente este conceito vamos, de seguida, elencar os momentos marcantes que permitem distinguir as opções de políticas públicas de resposta ao flagelo das drogas que foram sucessivamente tomadas pelos governantes portugueses.

Nesse sentido, e após análise da documentação recolhida, optámos por compartimentar o espaço temporal da seguinte forma: (i) o período antes da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência (ENLCD), esmiuçando, sobretudo, os eventos relevantes ocorridos a partir de 1970, ano que marca, segundo Lúcia Dias (2007: 18), a “data em que, pela primeira vez, Portugal assume a natureza criminal do consumo e da posse de drogas”; e, (ii) o período das estratégias, ou seja, após 1999, ano em que Portugal aprova a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (RCM nº 46/99, de 26 de maio), documento que, nas palavras do EMCDDA (2011: 15) estabelece “the foundation of today’s drug policy in Portugal”.

1.1.1. O período antes da ENLCD: de 1970 a 1999

A droga tem sido, como refere Poiares (1999: 4), um tema incontornável que “atravessa a trajetória do processo histórico-cultural dos povos desde os tempos mais remotos” e que, por isso mesmo, tem vindo a converter-se num assunto de interesse global com impacto relevante ao nível da comunidade internacional. De facto, verificamos que o fenómeno da droga antes remetido às elites generaliza-se ao longo do século XX, estendendo-se um pouco por todo o lado, especialmente, às zonas mais carenciadas e socialmente desfavorecidas (Poiares, 1999). Assiste-se, assim, a um preocupante fenómeno à escala mundial de aceleração do consumo de substâncias estupefacientes e psicotrópicas que conduziram, nas palavras de Dias (2007: 13), à “celebração de múltiplos tratados internacionais que, desde 1912, se têm vindo a constituir como a base jurídica do actual sistema internacional de controle de drogas, com coordenação das Nações Unidas, a partir de 1946”.

De acordo com o EMCDDA (2011) em Portugal a problemática do abuso de drogas surge tardiamente face ao contexto internacional, emergindo sobretudo após a Revolução Democrática de 25 abril de 1974, quando se assiste a um rápido aumento da experimentação de drogas associado à ideia de reconquista da liberdade. Ou seja, se ao longo do período ditatorial vivido em Portugal e à assumida política de isolamento face ao resto do mundo, o país manteve uma relativa imunidade perante o fenómeno das drogas, na sequência do período revolucionário e as consequentes alterações políticas e sociais que se seguiram, a sociedade portuguesa teve acesso a substâncias psicoativas para as quais não estava minimamente preparada. As consequências foram particularmente gravosas em virtude da ausência no país de medidas/ estratégias de prevenção sobre esta problemática, o que originou que o país fosse rapidamente colocado perante um grave problema social e de saúde pública ligado ao consumo de drogas, embora com taxas de prevalência inferiores aos nossos congéneres europeus (Goulão, 2013).

Como refere Carlos Costa (2007: 123), “as transformações surgidas em Portugal após a *revolução dos cravos* (...) contribuíram para que o país tivesse demorado algum tempo até definir um novo sistema em que se conseguisse inserir, só o tendo alcançado com a integração na Comunidade Europeia”. Ao longo desse período enquanto os governantes procuravam definir qual o rumo para o país os jovens afundavam-se nas ilusões decorrentes do consumo de drogas, o que originou que esse flagelo assumisse uma

dimensão inusitada para a época que, naturalmente, motivou reações ao nível dos vários Governos após o 25 de Abril de 1974 (Costa, 2007).

A Tabela 1 ilustra as datas chave, de 1970 a 1999, dum conjunto de iniciativas legislativas que foram, em cada momento, moldando as políticas públicas portuguesas contra a droga e a toxicodependência.

Tabela 1 – Datas chave, em termos de política pública da droga, de 1970 a 1999.

| | | |
|--------------------------------------|------|--|
| Decreto-Lei n° 420/70, 03/07 (MJ) | 1970 | Portugal assume, pela 1.ª vez, a natureza criminal do consumo e posse de drogas, sendo o consumo punido com pena até 2 anos |
| Decreto-Lei n° 745/75, 31/12 (PCM) | 1975 | Marca o início da criação das estruturas de combate à droga em Portugal |
| Decreto-Lei n° 790/76, 05/11 (PCM) | 1976 | Conjunto de diplomas que possibilitaram dar forma legal e organizacional às estruturas governamentais de combate ao consumo e ao tráfico de droga. É introduzido, ainda que de forma indirecta, pela primeira vez a questão da descriminalização do consumo de drogas |
| Decreto-Lei n° 791/76, 05/11 (PCM) | | |
| Decreto-Lei n° 792/76, 05/11 (PCM) | | |
| Decreto-Lei n° 365/82, 08/09 (MJ) | 1982 | Procede à reorganização das estruturas governamentais de combate à droga que passam da PCM para o MJ |
| Decreto-Lei n° 430/83, 13/12 (MJ+MS) | 1983 | Portugal assume, pela 1.ª vez, que o toxicodependente é um cidadão gravemente afectado pela na sua saúde que, por isso, deve ser motivado para o tratamento |
| RCMn° 23/87, 21/04 (PCM) | 1987 | Portugal aprova o 1.º Plano integrado de combate ao tráfico ilícito e uso indevido de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas, criando, simultaneamente, o Projecto Vida cujo objetivo principal era assegurar a articulação interministerial dos diversos serviços responsáveis pela luta contra a toxicodependência e o combate do tráfico ilícito de estupefacientes |
| Decreto-Lei n° 15/93, 22/01 (MJ) | 1993 | Define o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes, no qual se determina que os consumidores de drogas passam a ser sancionados de uma maneira "quase-simbólica" |
| RCMn° 46/99, 26/05 (PCM) | 1999 | Portugal aprova a sua 1.ª Estratégia Nacional de luta contra a droga |

Fonte: Produzido pelo autor com base na legislação referenciada.

Para realizar a análise do período que vai de 1970 a 1999 compartimentámos esse mesmo tempo em três fases distintas (ver Figura 2), seguindo, assim, a metodologia definida por Poiares (1995) e subscrita por Dias (2007): (1) 1970-1974: Modelo Criminal; (2) 1975-1982: Modelo Clínico Psicossocial; e, finalmente, (3) 1983-1999: Modelo Biopsicossocial.

Figura 2 – O período de 1970-1999, em termos das opções de política da droga.



Fonte: Adaptado de Dias (2007: 16).

As três fases mencionadas reportam, nas palavras de Dias (2007: 16), a um modelo de intervenção diferenciado, estabelecido “através de uma análise da trajectória sócio-histórica, legal e estrutural do fenómeno da droga em Portugal”.

Tendo em conta que a primeira fase (modelo criminal) é, sobretudo, de referência, na análise que se segue iremos juntá-la com a fase dois (modelo psicossocial), tornando, assim, o texto mais fluído.

Refira-se que, na esteira de Costa (2007) e João Goulão (2013), todo este período é marcado pelo crescente aumento dos problemas ligados ao consumo de drogas, facto que levou a que no final do século XX este flagelo fosse considerado o principal problema social do país.

1.1.1.1. Do Modelo Criminal ao Modelo Psicossocial

A fase 1970/74 é marcada pela publicação do DL n.º 420/70, de 03 de setembro, que determina, claramente, e pela primeira vez em Portugal, a natureza criminal do consumo e posse de drogas²⁵ (Dias, 2007). A promulgação deste diploma legal estabelece, segundo o EMCDDA (2011: 10), aquela que “can be considered Portugal’s first modern drug policy”, cujo paradigma perdurou até à revolução democrática de 1974.

O período seguinte, 1975/82, é uma fase compreensivelmente marcada pela Revolução do 25 de Abril de 1974 e todos os acontecimentos que se sucederam. O desmantelamento do intitulado *Estado-Novo* e a instauração dum regime democrático, livre e pluralista trouxe para Portugal, como já foi referido, a questão da droga (Costa, 2007; Dias, 2007). Nesse sentido, logo em 1975 é aprovado e publicado o DL n.º 745/75, de 31 de dezembro, sob a supervisão da Presidência do Conselho de Ministros (PCM). Este diploma marca o início da construção das estruturas de combate à droga em Portugal. São, assim, criados: o Centro de Estudos da Juventude (CEJ), a quem competia “*o estudo dos problemas ligados ao uso de droga, particularmente o do tratamento médico-social do toxicómano, da prevenção antidroga no campo da profilaxia da população em alto risco, bem como, em geral, dos problemas da juventude relacionados com o uso da droga*”²⁶ e o Centro de Investigação

²⁵ Cfr. o disposto no Preâmbulo, assim como, o n.º 1 e n.º 2, ambos do art.º 2.º, conjugados com o n.º 2 do art.º 4.º, todos do Decreto-Lei n.º 420/70, de 03 de setembro.

²⁶ Cfr. o disposto no n.º 2 do art.º 1.º do Decreto-Lei n.º 745/75, de 31 de dezembro.

Judiciária da Droga (CIJD), cujas competências passavam pelo “*estudo dos problemas ligados à actividade judiciária relacionada com a droga, bem como a prossecução das actividades de investigação, fiscalização e repressão criminal nesse domínio*”²⁷. De acordo com Dias (2007) este decreto consagrou a necessidade de olhar para a problemática das drogas tanto no domínio clínico, como psicossocial e também repressivo.

Ao longo de 1976 a percepção da problemática da droga começa a apoderar-se do discurso público, assim como a noção de que as estruturas criadas um ano antes eram ineficazes na resposta a esse flagelo, facto que conduziu a que, na sequência da tomada de posse do I Governo Constitucional²⁸, tendo Mário Soares como Primeiro-Ministro e Almeida Santos como Ministro da Justiça, fossem promulgados um conjunto de diplomas legais²⁹, que viabilizaram um novo enquadramento legal e organizacional ao nível das estruturas governamentais de combate ao consumo e ao tráfico de droga (Costa, 2007; Dias, 2007).

O DL n.º 791/76 e o DL n.º 792/76, ambos de 05 de novembro, procedem à reestruturação, respetivamente, do CIJD, que passa a denominar-se Centro de Investigação e Controle da Droga (CICD) e tem competências ao nível da prevenção e repressão do tráfico ilícito³⁰, e do CEJ, que passa a denominar-se Centro de Estudos da Profilaxia da Droga (CEPD), e que, de acordo com Costa (2007), desenvolve a sua ação ao nível do tratamento e da prevenção das toxicodependências, num contexto de separação face aos organismos policiais.

Já o DL n.º 790/76, de 05 de novembro, procede à criação de uma nova estrutura, o Gabinete Coordenador de Combate à Droga (GCCD), na dependência direta do Primeiro-Ministro³¹, e cuja finalidade, segundo Dias (2007), passa por garantir não só a coordenação das atividades desenvolvidas pelo CEPD e pelo CICD como também garantir que Portugal cumpre as obrigações decorrentes dos tratados internacionais assinados no âmbito desta temática.

No seu conjunto os três diplomas legais citados configuram uma alteração das políticas públicas do país face às drogas que podemos sintetizar nos seguintes pontos: (i) abandono célere do modelo criminal; (ii) adoção progressiva de um modelo de ação de inspiração

²⁷ Cfr. o disposto no n.º 2 do art.º 2.º do Decreto-Lei n.º 745/75, de 31 de dezembro.

²⁸ O I Governo Constitucional tomou posse a 23 de julho de 1976.

²⁹ Decreto-Lei n.º 790/76, Decreto-Lei n.º 791/76 e Decreto-Lei n.º 792/76, todos de 05 de novembro.

³⁰ Cfr. o disposto no art.º 2.º do Decreto-Lei n.º 791/76, de 05 de novembro.

³¹ Cfr. o disposto no art.º 1.º do Decreto-Lei n.º 790/76, de 05 de novembro.

clínico-psicossocial; (iii) gradual entendimento de que “*o problema (da droga) não deve (...) ser encarado isoladamente, mas em globo, na sua complexidade médico-psico-sociológica*”³², o que, como refere Dias (2007: 44), “vem demonstrar uma evolução qualitativa na abordagem indivíduo-consumidor, enquanto realidade bio-psicossocial”; e (iv) pela primeira vez é introduzido num diploma legal a noção de descriminalização de droga³³ em Portugal (EMCDDA, 2011).

A fundamentação das opções políticas tomadas pelo I Governo Constitucional em relação às drogas decorre do próprio discurso do Ministro da Justiça à altura, Almeida Santos, realizado no VII Congresso Internacional para a Problemática da Droga, realizado em Lisboa, em outubro de 1977. Nesse discurso Almeida Santos reconhece que o tráfico e o consumo de drogas é um problema mundial e, por conseguinte, só pode ser resolvido através de uma ação internacional concertada assente em protocolos firmados (Dias, 2007). No mesmo discurso, e parafraseando novamente Dias (2007: 45), o governante assume que “o tráfico ilícito devia ser punido mais duramente e que quanto ao consumidor de drogas, deviam *sobrepôr-se medidas curativas às repressivas, e o tratamento voluntário ao tratamento compulsivo*”.

Apesar das várias iniciativas legislativas acima elencadas, o flagelo das drogas continuava a florescer exponencialmente em Portugal, assente num quadro de debilidade económica, demográfica e social, onde o desemprego atingia uma franja importante de portugueses, sobretudo jovens. Nas palavras de Costa (2007: 142-143) “as crianças da Revolução são agora jovens desiludidos que optam por alterar hábitos de consumo (...) em favor das chamadas drogas duras (...) e, com eles o crescimento de diversos problemas de saúde, dos quais se destacam a tuberculose (...) hepatite e a SIDA”.

É neste cenário que o VIII Governo Constitucional faz publicar o DL n.º 365/82, de 08 de setembro, diploma legal que determina não só a reestruturação dos serviços criados na última década como também a alteração, por motivos orçamentais e operacionais, da respetiva tutela da PCM para o Ministério da Justiça (EMCDDA, 2011). Ou seja, com este normativo é transferida toda a intervenção na área das drogas, incluindo o tratamento e a prevenção, para junto do sistema judicial.

³² Cfr. o disposto no Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 792/76, de 05 de novembro.

³³ Idem.

Este diploma extingue o CIJD integrando-o na Polícia Judiciária e reorganiza o GCCD, que passa a denominar-se Gabinete de Planeamento e de Coordenação de Combate à Droga (GPCCD). As competências do GPCCD encontram-se plasmadas no art.º 1.º da secção I do capítulo I do citado decreto nos seguintes termos: “o GPCCD (...) é um organismo central que se destina a planear e a coordenar as actividades do (...) CEPD, bem como as de outros organismos que prossigam objectivos na luta contra a droga”.

Para Dias (2007) este normativo olhava para o fenómeno das drogas de duas formas distintas embora interligadas: (i) erradicar a produção e tráfico de drogas e, consequentemente encaminhar o toxicodependente para tratamento e reinserção social; e, (ii) apostar na prevenção e, assim, acabar com a procura de drogas.

1.1.1.2. O Modelo Biopsicossocial

Este período inicia-se com a publicação, logo em 1983, por iniciativa conjunta do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde, do DL nº 430/83, de 13 de dezembro, o qual, como refere o EMCDDA,

increased the repressive focus on drug trafficking (...) maintained that the use of illicit drugs was socially condemnable, thus retaining its status as a crime. However, the law recognized the drug user as a patient in need of medical care, stating that the priority was to treat and not to punish (EMCDDA, 2011: 11).

Este diploma apresenta uma importante inovação ao nível das políticas públicas nesta área com o enquadramento, pela primeira vez em Portugal, do Ministério da Saúde, conjuntamente com o Ministério da Justiça, na luta contra as drogas (Dias, 2007).

Porém, como sustenta Costa (2007: 143), apesar dos passos contínuos que iam sendo prosseguidos pelos vários governos o “fenómeno do consumo de drogas ilícitas torna-se cada vez mais visual e disseminado pelo tecido social, entrando sorrateiramente no quotidiano de muitas famílias portuguesas”, assim como o tráfico de drogas, o que levou a uma tomada de posição forte por parte do poder político em 1987.

É, assim, criado, pela RCM nº 23/87, de 21 de abril, o Projecto Vida – Plano integrado de combate ao tráfico ilícito e uso indevido de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas, o qual será, segundo o EMCDDA (2011) o primeiro plano verdadeiramente de âmbito

nacional adotado em Portugal refletindo um forte compromisso político no sentido de enfrentar a problemática das drogas.

Nos termos da RCM n° 23/87, de 21 de abril, é estabelecido um mecanismo de coordenação para os problemas ligados às drogas ilícitas e são definidas 30 medidas divididas em três grupos: ações no domínio da prevenção de toxicómanos³⁴, ações no domínio do tratamento e reabilitação e inserção social dos toxicómanos³⁵ e ações no domínio do combate ao tráfico³⁶. De entre essas medidas podemos destacar, pelo seu carácter inovador, as seguintes: (i) iniciativas de prevenção da SIDA junto de consumidores de drogas e a criação de uma linha telefónica gratuita de aconselhamento; (ii) iniciativas no sentido de promover o tratamento dos toxicómanos reclusos; e, (iii) iniciativas no sentido de aumentar a coordenação dos diversos serviços, corpos e organismos envolvidos no combate ao tráfico.

Nos anos seguintes o Projecto Vida irá ser objeto de um conjunto de reformulações cujo propósito, como sustenta Costa (2007: 150), visava reforçar o seu papel enquanto estrutura responsável pela “articulação interministerial dos diversos serviços responsáveis pela luta contra a toxicodependência e o combate do tráfico ilícito de estupefacientes”.

No ano de 1990, através da promulgação do DL n° 83/90, de 14 de março, é criado, no âmbito do Ministério da Saúde, o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT). Para este novo organismo transitam o CEPD e respetivos serviços centrais e externos, o Centro das Taipas, e os Centros de Apoio a Toxicodependentes do Porto e do Algarve³⁷. De acordo com Dias (2007), este normativo, numa vertente mais sanitária e menos jurídica, define a necessidade de se manter o Ministério da Saúde como entidade responsável pelo tratamento, retirando, assim, a centralidade desta problemática da esfera do Ministério da Justiça.

Ainda em 1990 é promulgada, pela PCM, a RCM n° 17/90, de 21 de abril, cujo objetivo centra-se no reforço do Programa Nacional de Combate à Droga através da reformulação do Projecto Vida que passa a integrar um conjunto de novas medidas³⁸. Pela primeira vez

³⁴ Cfr. o disposto na alínea A) da RCM n° 23/87, de 21 de abril.

³⁵ Cfr. o disposto na alínea B) da RCM n° 23/87, de 21 de abril.

³⁶ Cfr. o disposto na alínea C) da RCM n° 23/87, de 21 de abril.

³⁷ Cfr. o disposto no art.º 6.º do Decreto-Lei n° 83/90, de 14 de março.

³⁸ Cfr. o disposto no n° 1 da RCM n° 17/90, de 21 de abril.

surge em Portugal a figura do Coordenador Nacional para o Combate à Droga, nomeado por despacho do Primeiro-Ministro, tendo por missão coordenar essas medidas³⁹. Ao nível das alterações de estruturas o normativo cria ainda uma Comissão Interministerial, “*presidida pelo Primeiro-Ministro, destinado a reforçar o empenho político do Governo no combate à Droga*”⁴⁰ e um Conselho Nacional do Projecto Vida que “*tem por objectivo mobilizar a sociedade civil e as suas instituições na luta contra a droga e o flagelo que mais profundamente atinge a sociedade, nomeadamente, os jovens e a família*”⁴¹.

No ano de 1992, com a publicação do DL n° 248/92, de 11 de novembro, o Projecto Vida volta a ser objeto de reestruturação. Esta alteração é fundamentada pelo legislador tendo em vista dois aspetos: (i) um combate eficaz a este flagelo exige um envolvimento amplo e crescente do papel da sociedade civil, constituindo-se esta uma das prioridades da ação do Projecto Vida; e, (ii) a garantia de eficácia da ação do Projecto Vida exige um esforço de desburocratização e de melhoria de coordenação pelo que todos os serviços e instituições que exerçam atividades nesta área passam a estar enquadrados e a ser coordenados pelo Projecto Vida.

Em 1993 o Ministério da Justiça faz promulgar o DL n° 15/93, de 22 de janeiro, diploma que tinha como finalidade definir o regime aplicável ao tráfico e consumo de drogas. Este diploma, nas palavras do EMCDDA (2011: 12), “*remains today the primary Portuguese law on supply reduction*”. O normativo visou transpor para o ordenamento jurídico português compromissos assumidos pelo país no âmbito da aprovação da Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas de 1988. Embora o normativo tenha mantido a criminalização do uso de drogas, o legislador optou por determinar que os utilizadores de drogas deviam ser sancionados numa forma quase simbólica, funcionando o contacto com o sistema judicial para encorajar o mesmo a procurar tratamento (EMCDDA, 2011).

Em 1995 assiste-se em Portugal a uma viragem política, com a entrada em funções do XIII Governo Constitucional, presidido por António Guterres do Partido Socialista, após 10

³⁹ Cfr. o disposto no n° 2 e o n° 3 da RCM n° 17/90, de 21 de abril.

⁴⁰ Cfr. o disposto no Preâmbulo da RCM n° 17/90, de 21 de abril.

⁴¹ Idem.

anos consecutivos de governos do Partido Social Democrata. Costa (2007: 173) sustenta que esta eleição ocorre depois de um ato eleitoral em que os programas eleitorais de todos os maiores partidos expressaram, “autonomamente, a preocupação face às devastadoras consequências sociais do abuso de consumo de estupefacientes, sobretudo ao nível da saúde pública (SIDA e Hepatites) e da criminalidade”.

Nesse mesmo ano a Assembleia da República, no seu primeiro ato após as eleições legislativas, aprova por unanimidade de todos os grupos parlamentares, a criação da Comissão Eventual para o Acompanhamento da Situação da Toxicodependência e do Tráfico de Droga em Portugal, que será empossada pelo próprio Almeida Santos, Presidente da Assembleia da República, com o objetivo de produzir um relatório sobre a situação do país em matéria de consumo e tráfico de drogas (Costa, 2007; Dias, 2007). O relatório, denominado *Situação e Avaliação do Problema da Droga em Portugal*, será aprovado por unanimidade de todos os partidos a 29 de abril de 1998. Do relatório constava a conclusão de que apesar do esforço e do investimento que o país tem vindo a realizar nos últimos anos o mesmo era ainda manifestamente insuficiente face à dimensão e gravidade do problema, e, nesse sentido, o documento estabelecia um conjunto de recomendações ao Governo, não só ao nível das políticas de prevenção, tratamento e reinserção social, como também ao nível do combate ao tráfico, do próprio Projecto Vida e mesmo quanto à atuação de Portugal em organizações internacionais (Costa, 2007; Dias, 2007).

Especificamente relacionado com o último ponto importa salientar que ao longo da década de 1990 ocorreram no panorama internacional importantes eventos que foram eles próprios agentes de mudança para o caminho que ia sendo trilhado por Portugal em matéria de luta contra a droga. De acordo com Costa (2007) foram quatro os eventos internacionais relevantes: (i) eleição, em 1995, de um português, Lourenço Martins, para o Órgão Internacional de Controle de Estupefacientes (OICE) da ONU; (ii) realização da 20.^a Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU dedicada à problemática da droga; (iii) criação, em 1993, com sede em Lisboa, da agência da União Europeia denominada Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT); e, (iv) criação da Europol, acordada no Tratado de Maastricht e tornada operacional em 1994, cuja ação inicial centrou-se no combate à droga.

Contextualizando novamente a situação vivida em Portugal nos finais de 1990, Goulão sumariza-a deste modo:

os problemas não pareciam decrescer na proporção do esforço desenvolvido. Continuavam as mortes, as infecções pelo (...) [VIH] (...), a marginalização e o empobrecimento, a criminalidade associada aos consumos e, de uma forma geral, um grande impacto na vida das famílias e na sociedade no seu todo, com grande visibilidade pública (2013: 14).

É neste quadro que surgem, nos anos de 1997 e 1998, três iniciativas que iriam gerar um contributo decisivo para a aprovação, em 1999, da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga⁴² que, nas palavras do EMCDDA (2011: 15) “it remains the foundation of today’s drug policy in Portugal”.

Duas das três ações foram patrocinadas por Jorge Sampaio, Presidente da República, sob a forma de seminários. Assim, logo em 1997 realiza-se um seminário em Lisboa sob o tema *Droga: Situação e Novas Estratégias*, tendo Jorge Sampaio convidado um conjunto de técnicos, portugueses e estrangeiros, de forma a promover um debate centrado no confronto de ideias distintas. No ano seguinte, a Presidência da República impulsiona novo seminário denominado *A Cooperação nas Políticas Sobre as Drogas e as Toxicodependências* (Costa, 2007).

A outra ação, ocorrida também em 1998, de iniciativa de José Sócrates, então Ministro Adjunto do Primeiro-Ministro, passou pela constituição⁴³ de uma comissão composta⁴⁴ por um conjunto de especialistas e profissionais da área com o propósito de elaborarem um relatório sobre as orientações que deviam nortear a política pública de luta contra a droga e a toxicodependência (Dias, 2007). No cumprimento da sua missão a comissão produziu e entregou o relatório, ainda nesse ano, no Parlamento. O relatório estabelecia recomendações para doze áreas diferentes de intervenção: cooperação internacional, sistema legal, prevenção, tratamento, redução de riscos e minimização de danos, prisões, reinserção, redução da oferta, lavagem de dinheiro, formação e investigação, sociedade civil, coordenação e recursos financeiros (EMCDDA: 2011).

⁴² RCM n° 46/99, de 22 de abril.

⁴³ Despacho n° 3228/98 (2.ª série), de 16 de fevereiro.

⁴⁴ A Comissão era constituída por 9 elementos: Alexandre Quintanilha, Professor da Universidade do Porto, que presidia à comissão; Cândido Da Agra, Professor Catedrático da Universidade do Porto; João Goulão, Médico; António Lourenço Martins, Procurador-Geral Adjunto; Júlio Machado Vaz, Psiquiatra; Maria Manuela Calado Marques, Enfermeira; Nuno Miguel, Psiquiatra; Joaquim Rodrigues, Psicólogo; Daniel Sampaio, Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Em resultado do conjunto de iniciativas que tiveram lugar durante os anos de 1997 a 1999 é então aprovada, em reunião de Conselho de Ministros datada de 22 de abril de 1999, a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (ENLCD), que terá a sua expressão legal com a publicação em DR, pela PCM, da RCM n.º 46/99, de 26 de maio. Nas palavras de Costa (2007: 185-186) trata-se de “um documento fundamental para a definição e estruturação de uma política global face ao problema da droga e da toxicodependência”. Portugal passa, pela primeira vez, a ter uma estratégia nacional de luta contra a droga.

No preâmbulo do referido diploma são enunciadas as cinco convicções profundas que norteiam a ENLCD: (i) o reconhecimento de que a dimensão do problema da droga é mundial, pelo que é necessário articular a estratégia nacional com as estratégias e políticas supranacionais; (ii) uma perspetiva humanista que considera o toxicodependente como um doente e, nesse sentido, que garante o acesso a meios de tratamento a todos os que desejem tratar-se; (iii) uma atitude pragmática que permita o recurso, sem dogmas, à inovação na intervenção; (iv) a aposta em políticas específicas de prevenção da droga; e, (v) o reforço do combate ao tráfico ilícito e ao branqueamento de capitais.

A ENLCD assenta em oito princípios estruturantes⁴⁵, os quais refletem um conjunto de valores fundamentais para as intervenções nesta área: (1) o Princípio da Cooperação Internacional; (2) o Princípio da Prevenção; (3) o Princípio Humanista; (4) o Princípio do Pragmatismo; (5) o Princípio da Segurança; (6) o Princípio da Coordenação e da Racionalização de Meios; (7) o Princípio da Subsidiariedade; e, finalmente, (8) o Princípio da Participação.

Para além dos oito princípios o normativo apresenta igualmente seis objetivos gerais subjacentes à ENLCD:

1.º contribuir para uma adequada e eficaz estratégia internacional e europeia face ao problema mundial da droga (...); 2.º assegurar uma melhor informação da sociedade portuguesa sobre o fenómeno da droga e da toxicodependência e sobre a sua evolução (...); 3.º reduzir o consumo de drogas, sobretudo entre os mais jovens; 4.º garantir os meios necessários para o tratamento e a reinserção social dos toxicodependentes; 5.º defender a saúde pública e a segurança de pessoas e bens; 6.º reprimir o tráfico ilícito de drogas e o branqueamento de capitais (Cfr. o disposto no n.º 9 do Capítulo II, da RCM n.º 46/99, de 26 de maio).

Em conjugação com a definição dos princípios e dos objetivos gerais, a ENLCD define ainda um conjunto de treze opções estratégicas que devem servir de orientação à definição das políticas públicas de luta contra a droga e a toxicodependência: (i) reforçar a

⁴⁵ Cfr. o disposto no n.º 8 do Capítulo II, da RCM n.º 46/99, de 26 de maio.

cooperação internacional; (ii) descriminalizar o uso de drogas embora mantendo a proibição; (iii) reforçar a prevenção primária; (iv) assegurar o acesso a tratamento; (v) aumentar as intervenções de RRMD; (vi) promover a reinserção social; (vii) promover o tratamento e a RRMD nas prisões; (viii) promover o tratamento como alternativa à prisão; (ix) aumentar a investigação e a formação; (x) desenvolver metodologias de avaliação; (xi) desburocratizar a coordenação; (xii) reforçar o combate ao tráfico ilícito e à lavagem de dinheiro; e (xiii) dobrar o investimento público para esta área (EMCDDA, 2011).

Refletindo sobre o impacto da ENLCD, Costa (2007: 187), conclui que a mesma,

revelou-se (...) o mais importante instrumento orientador das (...) políticas sectoriais relativas à luta e combate à droga (...), vocacionada para nortear a actividade dos diferentes organismos (...) com competência nesta área e servir de referência para a sociedade portuguesa.

Para operacionalizar todos os objetivos propostos na ENLCD era importante existir um organismo público que pudesse organizar/ coordenar a articulação de esforços nesta área (Costa, 2007). Nesse sentido, ainda em 1999, na sequência da publicação por parte da PCM do DL nº 31/99, de 05 de fevereiro, é criado o Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT).

O ano de 1999 fica ainda marcado por novo ato eleitoral, realizado a 10 de outubro, do qual sai novamente vencedor o Partido Socialista chefiado por António Guterres⁴⁶, cuja linha de governação no que concerne à intervenção política na área das drogas e da toxicodependência será de continuidade face às linhas de intervenção definidas na ENLCD (Dias, 2007).

Em síntese, e recorrendo às palavras de Maria Moreira *et al* (2007: 80), podemos então afirmar que a ENLCD aprovada em Portugal no final do século XX, “foi o primeiro instrumento nacional de política pública a ser elaborado numa área multisectorial e mantém-se, até hoje, uma referência conceptual tanto para decisores como para profissionais”.

⁴⁶ A tomada de posse do XIV Governo Constitucional ocorreu a 25 de outubro 1999, tendo o seu mandato terminado a 06 de abril de 2002.

1.1.2. O período das Estratégias: de 2000 a 2012

No final da década de 1990 é promulgada a ENLCD⁴⁷, da qual constava uma proposta de descriminalização do uso e posse de droga, marcando o início de um novo paradigma na área da política portuguesa de intervenção em matéria de drogas e dependências denominado de Modelo de Descriminalização do Consumo de Drogas (Dias, 2007; Goulão, 2013).

A Tabela 2 ilustra os momentos relevantes, em termos legislativos ou outros, ocorridos ao longo do período que medeia entre 2000 e 2012.

Tabela 2 – Datas chave, em termos de política pública da droga, de 2000 a 2012.

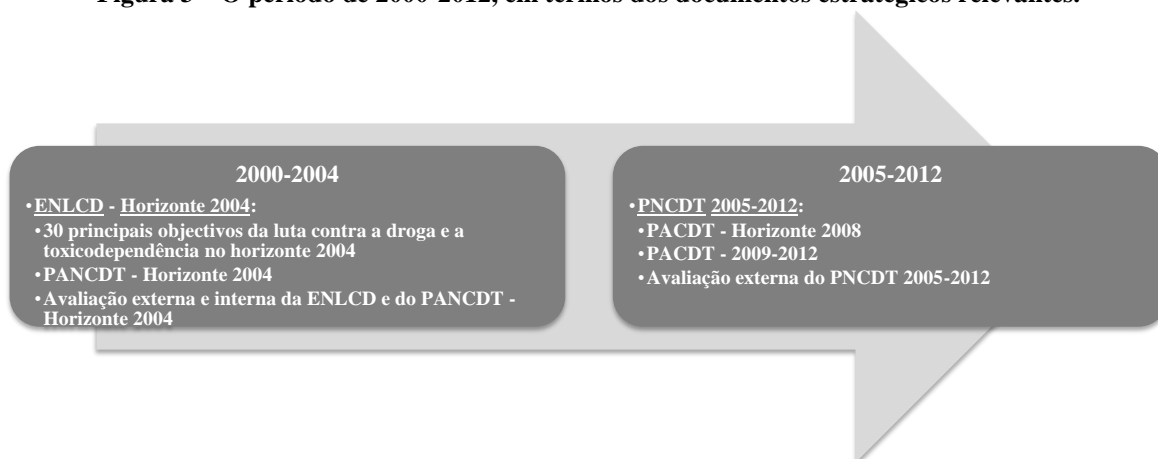
| | | |
|---|------|--|
| Decreto-Lei n° 88/2000, 18/05 (PCM) Decreto-Lei n° 89/2000, 18/05 (PCM) Decreto-Lei n° 90/2000, 18/05 (PCM) | 2000 | Na sequência da aprovação da ENLCD são publicados três diplomas que estabelecem, respectivamente, a criação de um Conselho Coordenador da ENLCD, a criação do Conselho Nacional da Droga e da Toxicodependência, assim como, a alteração da lei orgânica do IPDT |
| Lei n° 30/2000, 29/11 (AR) | | Portugal aprova a descriminalização do consumo e posse de drogas para uso pessoal |
| RCM n° 30/2001, 13/03 (PCM) RCM n° 39/2001, 09/04 (PCM) | 2001 | Com estes normativos Portugal aprova, respectivamente, os 30 principais objectivos da luta contra a droga e a toxicodependência no horizonte 2004 e o Plano de Acção Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência - Horizonte 2004 |
| Decreto-Lei n° 269-A/2002, 29/11 (MS) | 2002 | Diploma que promove a fusão das duas estruturas ligadas ao fenómeno das drogas (IPDT e SPTT) numa única, criando, assim, o IDT, sob a tutela do Ministério da Saúde |
| Decreto-Lei n° 1/2003, 06/01 (MS) | 2003 | Diploma que promove a criação do Conselho Interministerial do Combate à Droga e à Toxicodependência, assim como, o cargo de Coordenador Nacional do Combate à Droga e à Toxicodependência |
| Despacho n° 11255/2004 (2ª série), 04/06 (MS) | 2004 | Nomeação do Presidente do IDT para a realização da Avaliação Externa da ENLCD e do Plano de Acção Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência - Horizonte 2004 |
| INA | | Avaliação Externa por parte do INA da ENLCD e do Plano de Acção Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência - Horizonte 2004 |
| RCM n° 115/2006, 18/09 (PCM) | 2006 | Portugal aprova o Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012, assim como, o Plano de Acção Contra a Droga e as Toxicodependências - Horizonte 2008 |
| Decreto-Lei n° 221/2007, 29/05 (MS) | 2007 | Diploma que cria o IDT, IP, instituto público sob a tutela do Ministério da Saúde que resultou da fusão do IDT com os 3 centros regionais de alcoologia (Porto, Coimbra e Lisboa) |
| IDT, IP | 2009 | Relatório de Avaliação de Interna do Plano de Acção Contra a Droga e as Toxicodependências - Horizonte 2008 |
| IDT, IP | 2010 | Plano de Acção Contra as Drogas e as Toxicodependências 2009-2012 |
| Decreto-Lei n° 124/2011, 29/12 (MS) | 2011 | Diploma que define a nova orgânica do Ministério da Saúde, na qual o IDT, IP é extinto por fusão no SICAD, nas ARS's e no IGAS |
| Gesaworld, SA | 2012 | Avaliação Externa do Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012 |

Fonte: Produzido pelo autor com base na legislação documentação referenciada.

⁴⁷ RCM n° 46/99, de 26 de maio.

Para realizar a análise deste período temporal optámos por subdividi-lo em duas etapas distintas, conforme pode ser observado na Figura 3.

Figura 3 – O período de 2000-2012, em termos dos documentos estratégicos relevantes.



Fonte: Produzido pelo autor.

A justificação para esta segmentação assenta no facto de os dois intervalos considerados, 2000/04 e 2005/12, corresponderem aos períodos de vigência dos dois documentos estratégicos adotados por Portugal ao longo deste período: (1) a ENLCD, que vigorará até 2004; e (2) o Plano Nacional de Combate Contra a Droga e a Toxicod dependência (PNCDDT) 2005-2012⁴⁸. Refira-se que, parafraseando Dias (2007: 109), estes dois documentos surgiram “como resultado da necessidade de oferecer uma resposta, não somente às transformações sociais do consumo e tráfico de drogas em Portugal, mas sobretudo, às responsabilidades que se colocavam neste domínio a nível internacional”.

De facto, tanto a ENLCD como o PNCDDT 2005-2012 inserem-se no enquadramento multilateral e comunitário da Estratégia da União Europeia (UE) de Luta Contra a Droga (2000-2004)⁴⁹ e da Estratégia da UE de Luta Contra a Droga 2005-2012⁵⁰, “*adaptando-os à realidade nacional e tendo em conta os vários documentos nacionais que o estruturam e balizam*”⁵¹.

⁴⁸ RCM nº 115/2006, de 18 de setembro.

⁴⁹ Aprovada no Conselho Europeu de 01/12/1999, realizado em Helsínquia.

⁵⁰ Aprovada pelo Conselho Europeu em dezembro de 2004.

⁵¹ Cfr. o disposto no Prefácio da RCM nº 115/2006, de 18 de setembro.

1.1.2.1. A ENLCD – Horizonte 2004

Esta fase será marcada pela implementação, execução e avaliação da ENLCD – Horizonte 2004.

Logo em 2000, no processo de implementação da ENLCD, foram promulgados três diplomas: o DL n° 88/2000⁵², o DL n° 89/2000⁵³ e o DL n° 90/2000⁵⁴, todos de 18 de maio, que, na sua globalidade, visaram reforçar/ criar estruturas de coordenação que permitissem agilizar a definição e execução das políticas públicas de luta contra a droga e a toxicod dependência. Ou seja, como sustenta Dias (2007: 109), pretendia-se conseguir com essas estruturas uma coordenação “a três níveis distintos: coordenação interministerial, coordenação entre os serviços administrativos e ainda coordenação da representação externa do Governo Português”. De facto, o próprio diploma que consagra a ENLCD, RCM n° 46/99, de 26 de maio, postulava que “*um dos princípios estruturantes da presente estratégia nacional é (...) o da coordenação e racionalização de meios*”⁵⁵, o que foi realizado com a publicação dos três normativos acima mencionados.

A lei orgânica do IPDT é alterada pelo DL n° 90/2000, de 18 de maio, procurando o legislador agregar, sob a forma de instituto público, tanto as competências do Projecto Vida como também uma estrutura de coordenação que permitisse agilizar a articulação das políticas prosseguidas pelos vários ministérios com competências ao nível desta área específica (Dias, 2007).

Com a publicação da Lei n° 30/2000, de 29 de novembro, o consumo de estupefacientes em Portugal é descriminalizado mantendo-se, no entanto, a proibição, embora apenas administrativamente (Costa (2007)). Ou seja, como sustenta o EMCDDA (2011: 16), “the new law (...) maintained the status of illegality for using or possessing any drug for personal use without authorisation. However, the offence changed from a criminal one, with prison a possible punishment, to an administrative one”. Importa referir que com a aprovação desta lei a Assembleia da República quebrou a unanimidade até aí existente por parte de todos os partidos com assento parlamentar em matéria de legislação sobre drogas

⁵² Diploma que procede à criação do Conselho Coordenador da ENLCD.

⁵³ Diploma que procede à criação do Conselho Nacional da Droga e da Toxicod dependência.

⁵⁴ Diploma que procede à alteração orgânica do IPDT.

⁵⁵ Cfr. o disposto no n.º 112 do Capítulo XIII, da RCM n° 46/99, de maio.

(Costa, 2007). Como refere Poiares (2009: 86) tal facto era compreensível, uma vez que, com essa decisão, Portugal passava a ser caso único no panorama da União Europeia, havendo, assim, receio de que “inovando e sendo pioneiro em matéria tão sensível quanto ao uso de drogas, o nosso país naufragasse numa experiência ainda não ensaiada por outros países”.

De facto, a Lei nº 30/2000, de 29 de novembro, que entrou em vigor a 01 de julho de 2001, tinha como objeto “*a definição do regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como, a protecção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica*”⁵⁶. No art.º 2.º do mesmo normativo postula-se que o consumo, a aquisição e a detenção para consumo próprio de drogas constituem contraordenação desde que não excedam a quantidade necessária para a realização de um consumo médio individual correspondente a 10 dias. Já “*o processamento das contra-ordenações e a aplicação das respectivas sanções compete a uma comissão designada por “comissão para a dissuasão da toxicod dependência (CDT’s)”, especialmente criada para o efeito*”⁵⁷. Com esse objetivo e parafraseando novamente Poiares (2009: 87), foram instaladas em meados de 2001 dezoito CDT’s, uma em cada capital de distrito do continente, cuja missão assentava na “*intervenção junto dos consumidores indiciados, recorrendo a metodologias que, de acordo com o espírito e letra da Lei, devem ser predominantemente psicológicas, médicas e sociais, em detrimento da componente judiciária*”.

Em resumo, podemos afirmar, na esteira de Poiares (2002), que a Lei nº 30/2000, de 29 de novembro, corporiza uma mudança a vários níveis: (i) mudança de atitude legislativa e aplicativa; (ii) mudança de racionalidade – passa-se de um quadro criminalizador-terapêutico para um de motivação e encaminhamento para tratamento, sem ameaça de sanção penal; e, (iii) mudança da representação institucional do consumidor e do toxicod dependente, o qual deixa de ser considerado um delinquente ou um doente para passar a ser visto como alguém que optou por um estilo de vida não saudável e que, por isso, necessita de apoio psicossocial.

No ano de 2001 o Governo de Portugal faz aprovar dois documentos que operacionalizam a ENLCD: (i) 30 objectivos de luta contra a droga e a toxicod dependência no horizonte

⁵⁶ Cfr. o disposto no art.º 1.º da Lei nº 30/2000, de 29 de novembro.

⁵⁷ Cfr. o disposto no n.º 1 do art.º 5.º da Lei nº 30/2000, de 29 de novembro.

2004⁵⁸; e (ii) Plano de Acção Nacional de Luta contra a Droga e a Toxicodependência – Horizonte 2004⁵⁹.

No preâmbulo do primeiro diploma surge a justificação para a aprovação do mesmo quando se assume que *“não podemos ignorar que o problema da droga e da toxicodependência continua a ser a questão social que mais preocupa os Portugueses e maiores sentimentos de insegurança lhes provoca”*. São definidos 30 objetivos concretos, divididos por oito áreas de intervenção⁶⁰, a atingir até 2004.

A elaboração do PANLCD – Horizonte 2004 coube ao IPDT⁶¹, sendo *“o reflexo de um processo de discussão e reestruturação de uma política global sobre os problemas da droga e da toxicodependência”*⁶². Na sua génese encontram-se dois diplomas estratégicos, um nacional, a ENLCD⁶³, e outro europeu, o Plano de Ação da União Europeia contra as Drogas 2000-2004⁶⁴. Este Plano pretendeu *“ser a referência fundamental que balizará toda a intervenção nos anos mais próximos, tanto para a Administração como para os parceiros sociais, potenciando as sinergias existentes e procurando as melhores respostas nos diversos domínios de intervenção”*⁶⁵. Ou seja, procurou-se *“melhorar a eficácia e a articulação dos dispositivos (...) no sentido da racionalidade dos meios e de uma maior disponibilidade dos recursos para aumentar as exigências e responsabilidades de todos os que intervêm neste domínio”*⁶⁶.

Em 2002 Portugal assiste a nova mudança política com a entrada em funções do XV Governo Constitucional⁶⁷ presidido por Durão Barroso, o qual decidiu fundir o IPDT com o SPTT, criando o IDT, transferindo a responsabilidade deste novo serviço da PCM para o Ministério da Saúde (OEDT, 2003). O processo de fusão ocorreu a 29 de novembro, na sequência da publicação do DL n.º 269-A/2002, normativo legal que determinou a junção

⁵⁸ RCM n.º 30/2001, de 13 de março.

⁵⁹ RCM n.º 39/2001, de 09 de abril.

⁶⁰ Cfr. o disposto no Anexo à RCM n.º 30/2001, 13 de março, as áreas de intervenção são: prevenção primária, prevenção e redução de riscos, tratamento, reinserção social, combate ao tráfico ilícito de drogas e branqueamento de capitais, investigação e informação estatística e epidemiológica, avaliação de políticas e ações e cooperação internacional.

⁶¹ Cfr. o disposto no Preâmbulo da RCM n.º 39/2001, de 09 de abril.

⁶² Cfr. o disposto na Introdução da RCM n.º 39/2001, de 09 de abril.

⁶³ RCM n.º 46/99, de 26 de maio.

⁶⁴ Aprovado no Conselho Europeu de Santa Maria da Feira, realizado de 19 a 20 de junho de 2000.

⁶⁵ Cfr. o disposto no Preâmbulo da RCM n.º 39/2001, de 09 de abril.

⁶⁶ Idem.

⁶⁷ Tomou posse a de 06 de abril de 2002, na sequência das eleições de 17 de março de 2002, tendo terminado o seu mandato a 17 de julho de 2004, devido à demissão do Primeiro Ministro, entretanto designado Presidente da Comissão Europeia.

num único organismo de todas as áreas de intervenção no combate à droga e à toxicod dependência (IDT, 2003). A fundamentação para esta decisão surge plasmada no preâmbulo do diploma nos seguintes termos:

o actual modelo organizativo na área da droga e da toxicod dependência, onde coexistem duas instituições, o SPTT e o IPDT, tem dado sinais de falta de racionalização de meios e da ausência de uma coordenação que se exige simples e flexível (...) nesta perspectiva (...) a presente fusão tem as vantagens de juntar num só organismo todas as áreas de intervenção no combate à droga e à toxicod dependência, cabendo ao novo instituto garantir a unidade intrínseca do planeamento, da concepção, da gestão, da fiscalização, da avaliação das diversas fases da prevenção, do tratamento e da reinserção. (Cfr. o disposto no Preâmbulo do Decreto-Lei nº 269-A/2002, de 29 de novembro).

Das muitas atribuições⁶⁸ do IDT, destacam-se: (i) o desempenho das funções de coordenação e execução das tarefas consagradas na ENLCD e no PANLCD – Horizonte 2004; (ii) o papel relevante prestado no apoio às CDT's previstas na Lei nº 30/2000, de 29 de novembro; e, (iii) o assegurar, na sua qualidade de ponto focal nacional, do cumprimento das obrigações do Estado Português junto do OEDT.

O Conselho Interministerial do Combate à Droga e à Toxicod dependência é criado em 2003, através da publicação do DL nº 1/2003, de 06 de janeiro. A decisão de criar esta estrutura deveu-se à constatação de que passados 15 anos desde a criação do Projecto Vida era necessário promover uma nova dinâmica que passava pela reorganização das estruturas de coordenação de combate à droga e à toxicod dependência⁶⁹.

Em 2004, conforme se encontrava previsto no próprio diploma⁷⁰ que instituiu a ENLCD, Portugal irá proceder à competente avaliação da mesma. Nesse sentido, o Gabinete do Ministro da Saúde fez promulgar o Despacho nº 11255/2004, de 04 de junho, no qual determina que o IDT “*desenvolva o procedimento concursal adequado à aquisição de uma prestação de serviços que terá como objecto a avaliação externa da ENLCD*”⁷¹. Na sequência do concurso público lançado para o efeito pelo IDT a escolha recaiu no INA, o qual iniciou, logo em setembro de 2004, o trabalho de avaliação da ENLCD. As respetivas conclusões foram apresentadas numa sessão pública ocorrida no dia 15 de dezembro de

⁶⁸ Cfr. o disposto no art.º 5.º do Capítulo II do Anexo ao Decreto-Lei nº 269-A/2002, de 29 de novembro.

⁶⁹ Cfr. o disposto no preâmbulo do DL nº 1/2003, de 06 de janeiro.

⁷⁰ Cfr. o disposto no separador Revisão da estratégia nacional de luta contra a droga, da RCM nº 46/99, de 26 de maio.

⁷¹ Cfr. o disposto no Despacho nº 11255/2004, de 04 de junho.

2004 na presença do Presidente do Conselho de Administração do IDT, enquanto Coordenador Nacional da Droga e da Toxicodependência, Nuno Freitas, do Presidente do INA, Valadares Tavares e do Ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira (INA, 2004; IDT, 2005a; Dias, 2007). O Coordenador Nacional na sua intervenção, parafraseando Moreira *et al* (2007: 76), “concluiu que era o mais completo exercício de avaliação levado a cabo a nível nacional, não só na área da luta contra o abuso de drogas como em qualquer outra área de política pública”. Como refere o OEDT (2004: 4), este facto é relevante uma vez que,

a avaliação é uma condição essencial à transparência e à legitimidade da acção pública. No caso das drogas, domínio conhecido pelo seu carácter controverso e complexo, a avaliação é, além do mais, uma das ferramentas essenciais para a melhoria das políticas públicas (...) permitindo apontar as implicações e os desafios dos próximos exercícios de planificação e de avaliação e informar as partes interessadas.

Para Moreira *et al* (2007: 80) “a experiência nacional no planeamento, implementação, avaliação e reorientação desta política pública tem sido objecto de interesse, tanto em Portugal como no estrangeiro”, a que não será alheio o apoio político granjeado pelo projeto desde o seu início (tendo a ENLCD sido concebida por um governo socialista, foi executada por governos socialistas e sociais democratas e, finalmente, foi avaliada por um governo social democrata).

O sistema de avaliação da ENLCD assentou em três eixos principais (IDT, 2005c): (i) avaliação externa realizada por uma entidade idónea e independente; (ii) avaliação interna e autoavaliação pelas entidades e/ ou departamentos públicos, privados ou sociais diretamente envolvidos na implementação da Estratégia; e, (iii) avaliação pública através da perceção pública e das atitudes face à droga no balanço 1999-2004.

As principais conclusões do processo de avaliação da ENLCD foram, segundo Moreira *et al* (2007), as seguintes: (i) a decisão de descriminalizar o consumo de droga, inovação muito contestada, desfruta hoje em dia de aceitação generalizada; (ii) diminuição das consequências sanitárias relacionadas com o abuso de drogas; e, (iii) manutenção da preocupação tanto de decisores como de profissionais relativamente ao forte aumento de cocaína a transitar em Portugal e à urgência de adaptar as respostas dos serviços públicos aos novos padrões de consumo que começam a emergir.

Da avaliação da ENLCD decorreram ainda um conjunto de recomendações que deveriam ser levadas em conta no Plano Nacional de Luta Contra a Droga e as Toxicodependências Horizonte 2012. Decorrente do processo de avaliação é então apresentado pelo Ministro da Saúde o novo Plano Estratégico 2005-2012, a ser implementado em dois Planos de Ação, tal qual a nova Estratégia da UE contra a Droga (Moreira *et al*, 2007).

Concluindo, importa sustentar, de acordo com o IDT (2005b: 3) que,

o ano de 2004 constituiu-se como um marco importante na problemática das toxicodependências. Foi um período de transição, reflexão e avaliação interna e externa que encerrou um ciclo de planeamento estratégico iniciado em 1999, com a aprovação da ENLCD-Horizonte 2004.

1.1.2.2. O PNLCDT 2005-2012

Em 2005 assiste-se a nova mudança política em Portugal com a tomada de posse, a 12 de março, do XVII Governo Constitucional⁷² dirigido pelo socialista José Sócrates. No dia 02 de maio de 2005 dá-se o ato de posse do Presidente do IDT, João Goulão, na sequência da aceitação por parte do Ministro da Saúde da respetiva Carta de Missão na qual é assumido como prioritário a elaboração do PNLCDT 2005-2012 e do PALCDT-Horizonte 2008, em consonância tanto com a Estratégia como com o Plano de Ação da UE para esta área (IDT, 2006b).

Por conseguinte, o ano de 2005 marca o início de um novo ciclo estratégico, tanto em Portugal como na UE, no que às políticas públicas de luta contra a droga e as toxicodependências diz respeito. Na sequência do processo avaliativo levado a cabo à ENLCD – Horizonte 2004 finalizou-se um ciclo e, com a aprovação do PNLCDT 2005-2012, iniciou-se um novo, o qual visa dar continuidade à referida Estratégia, embora adaptando-a a uma nova realidade e tendo o cuidado de enquadrá-la face a um conjunto de documentos nacionais estruturantes e delimitadores desta política pública (IDT, 2006a).

O PNLCDT 2005-2012 e o PALCDT Horizonte 2008⁷³ foram aprovados pelo Conselho Interministerial do Combate à Droga e à Toxicodependência, no dia 4 de maio de 2006, “*com o objectivo de reduzir de forma significativa o consumo de drogas entre a população*”

⁷² O XVII Governo Constitucional toma posse a 12 de março de 2005 na sequência das eleições legislativas ocorridas a 20 de fevereiro de 2005, tendo o seu mandato terminado a 26 de outubro de 2009.

⁷³ O PALCDT Horizonte 2008 seria objeto de republicação através da Declaração de Retificação nº 79/2006, de 17 de novembro.

e diminuir os efeitos perniciosos em termos sociais e de saúde, em concordância com a Estratégia da União Europeia de luta Contra a Droga 2005-2012”⁷⁴.

Ambos os documentos foram formalmente publicados através da RCM nº 115/2006, de 18 de setembro de 2006. Portugal decidiu, assim, “à semelhança da opção Europeia⁷⁵ (...) avançar no imediato com um Plano (Estratégico) Nacional 2005-2012, complementado por um Plano de Acção Horizonte 2008, seguido de avaliação de impacto e, sequencialmente, de um novo Plano de Acção para o período 2009-2012”⁷⁶.

De acordo com a Nota Introdutória do normativo em análise “os princípios orientadores da ENLCD definidos em 1999 (...) foram, na sequência do processo de avaliação desenvolvido, complementados com propostas de linhas de acção para 2005-2012”, nesse sentido, o PNLCDT 2005-2012 introduziu quatro novos princípios com o objetivo de melhorar as intervenções nesta área. Os quatro novos princípios⁷⁷ introduzidos foram: (i) a Centralidade no Cidadão; (ii) a Territorialidade; (iii) as Abordagens e Respostas Integradas – Intervenção integrada a nível interno e externo; e, (iv) a Melhoria da Qualidade e Mecanismos de Certificação.

Como refere Goulão (2013: 15), neste novo ciclo estratégico

o principal enfoque da actuação foi a expansão das respostas, tendo em conta a proximidade ao cidadão e às suas necessidades, a reorganização territorial dos serviços respeitando as especificidades da comunidade a eles associados, e a complementaridade e integração das respostas em função de diagnósticos locais que permitissem basear a definição das prioridades de intervenção a nível nacional.

De acordo com o EMCDDA (2011) o PNLCDT 2005-2012 definiu um conjunto de objetivos e princípios a serem aplicados nas seguintes dimensões duma política das drogas: coordenação; cooperação internacional; avaliação de políticas; investigação; formação; recolha e tratamento de dados; ordenamento jurídico; e redução da procura e redução da oferta. Todos estes objetivos e princípios foram vertidos para dois Planos de Ação sucessivos, o PALCDT Horizonte 2008 e o PALCDT 2009-2012.

Neste sentido, o PALCDT Horizonte 2008 foi criado à imagem do Plano de Ação da UE de Luta contra a Droga 2005-2008 com o propósito de agilizar o processo comparativo dos vários objetivos e ações definidos tanto a nível europeu como a nível nacional. Foram,

⁷⁴ Cfr. o disposto no Preâmbulo da RCM nº 115/2006, de 18 de setembro.

⁷⁵ A Estratégia da União Europeia de Luta contra a Droga 2005-2012 foi aprovada pelo Conselho Europeu em dezembro de 2004, sendo o Plano de Ação da UE de luta contra a droga (2005-2008) aprovado no Conselho Europeu em junho de 2005.

⁷⁶ Cfr. o disposto no Preâmbulo da RCM nº 115/2006, de 18 de setembro.

⁷⁷ Cfr. o disposto no n.º 5 do Capítulo II da RCM nº 115/2006, de 18 de setembro.

assim, definidos 87 objetivos, com indicações das respectivas prioridades, a serem atingidos através de 246 ações (IDT,IP, 2010b).

Na sequência do PRACE⁷⁸, é publicada em DR, ainda em 2006, a nova lei orgânica do Ministério da Saúde⁷⁹, na qual o IDT não só passa a instituto público, ou seja, IDT,IP, como vê reforçada as suas competências através da integração dos três Centros Regionais de Alcoologia (Norte, Centro e Sul), entretanto extintos, passando, assim, a ter como missão promover a redução do consumo das drogas lícitas e ilícitas, bem como a diminuição das toxicodependências (IDT,IP, 2010a).

No ano seguinte, 2007, concretamente no dia 29 de maio, é promulgado o DL n° 221/2007, que define a lei orgânica do IDT,IP. Por conseguinte, segundo o IDT,IP (2008b: 3) “o ano de 2007 foi particularmente complexo em mudanças e adaptações, não só ao nível do novo paradigma de gestão na Administração Pública, mas também da nova estrutura orgânica do IDT e às novas áreas de intervenção que lhe foram acometidas”, de que é exemplo a integração na sua rede de serviços dos ex-CRA’s.

O ano de 2008 marca a transição entre os dois ciclos de ação estratégica na área das drogas previstos no PNCDDT 2005-2012 (IDT,IP, 2009b). Cumprindo o estabelecido no Plano Nacional, foi efetuada a avaliação interna do PALCDDT-Horizonte 2008 tanto em termos de resultados e de processos como estabelecendo um balanço entre o início e o fim do primeiro ciclo estratégico. A análise foi realizada com base nos indicadores publicados nos Relatórios Anuais sobre a Situação do País em Matéria de Droga e Toxicodependências de 2004 a 2007 (IDT,IP, 2009a).

Da avaliação realizada ao Plano de Ação – Horizonte 2008 resultaram um conjunto de conclusões sintetizadas pelo EMCDDA (2011: 21) da seguinte forma:

an internal evaluation, relying on the work of 10 thematic expert commissions that covered the main areas of the 2005-2008 Action Plan, concluded that 86.8% of the actions set out in the Horizon 2008 plan had been implemented and that 17 of its 19 identified results had been attained (...) The evaluation also mentioned that most drug-related indicators in Portugal showed an improving drug situation over the period 2004-2007.

⁷⁸ Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado aprovado pela RCM n° 124/2005, de 04 de agosto.

⁷⁹ Decreto-Lei n° 212/2006, 27 de outubro.

Tendo presente as conclusões obtidas a Comissão Técnica do Conselho Interministerial e o Conselho Nacional de Combate à Droga e à Toxicodependência formularam um conjunto de recomendações a integrar no próximo Plano de Ação. De facto, o próprio PNCDT 2005-2012 determinava que, concluído o PALCDT-Horizonte 2008, seria concebido novo Plano de Ação para 2009-2012, no qual seriam considerados os resultados, recomendações e orientações resultantes da avaliação interna ao primeiro plano de ação, o parecer do Conselho Nacional de Combate à Droga e à Toxicodependência e o Plano de Ação da União Europeia (IDT,IP, 2009a; IDT,IP, 2010a).

O Plano de Ação para 2009-2012, mais uma vez à semelhança do Plano de Ação da UE em matéria de luta contra a droga (2009-2012)⁸⁰, reforça e complementa os objetivos e ações previstos no primeiro plano de ação, mantendo-se os resultados a atingir. Assim, o Plano define 69 objetivos repartidos por 214 ações. Este novo plano de ação contempla uma iniciativa relativa à avaliação externa do PNCDT 2005-2012 (IDT,IP, 2010a).

O período de vigência do Plano de Ação 2009-2012 decorrerá num cenário de grave crise económica e social, tanto em Portugal como na Europa que, parafraseando o EMCDDA (2011: 24), levou a que depois de sucessivos planos de austeridade “the government requested in early 2011 a rescue loan from the European Union, the European Central Bank and the International Monetary Fund, which will be associated with further austerity measures”.

Na sequência do pedido de ajuda externo e da demissão do XVIII Governo Constitucional⁸¹ são marcadas eleições gerais para o dia 05 de junho de 2011 cujo resultado determinou uma mudança política consubstanciada na eleição de Pedro Passos Coelho para o cargo de Primeiro-Ministro do XIX Governo Constitucional⁸².

O ano de 2011 será marcado pelo memorando de entendimento assinado por Portugal com a *troika*⁸³, que implicou a adoção de um conjunto alargado de medidas de austeridade por parte dos novos governantes concretizado, ao nível da Administração Pública, na

⁸⁰ Publicado no Jornal Oficial da União Europeia n.º C326/7, de 20 de dezembro de 2008.

⁸¹ O XVIII Governo Constitucional, chefiado por José Sócrates, toma posse no 26 de outubro de 2009, na sequência do ato eleitoral realizado a 27 de setembro de 2009, tendo apresentado a sua demissão a 23 de março de 2011, na sequência da rejeição parlamentar de novo Programa de Estabilidade e Crescimento.

⁸² O XIX Governo Constitucional tomou posse a 21 de junho de 2011.

⁸³ Termo usado como referência às equipas constituídas por responsáveis da Comissão Europeia, Banco Central Europeu e Fundo Monetário Internacional que negociaram as condições de resgate financeiro a Portugal.

aprovação e implementação do PREMAC⁸⁴. Este Programa terá consequências relevantes ao nível da política portuguesa em matéria de drogas e toxicodependências uma vez que irá determinar a extinção do IDT,IP⁸⁵ e a criação de uma nova entidade, o SICAD, com competências ao nível do planeamento e acompanhamento de programas de redução do consumo de substâncias psicoativas, na prevenção dos comportamentos aditivos e na diminuição das dependências, passando a componente operacional das intervenções para as ARS's (IDT,IP, 2012b). Nas palavras de Goulão (2013: 15),

o desafio que se coloca a todos os serviços envolvidos é o de, no quadro das mudanças introduzidas e sem perder a qualidade até aqui alcançada, conseguirem contribuir para o alargamento do âmbito da intervenção, rentabilizando e potenciando a utilização dos recursos existentes num momento em que as condições sociais são propícias a um recrudescimento do fenómeno.

Refira-se que a decisão de extinção do IDT,IP coincidiu com o aproximar do fim do ciclo estratégico definido pelo PNCDT 2005-2012, tendo, no entanto, o Instituto lançado, tal como o próprio Plano previa, ainda em 2011, um concurso para a aquisição da avaliação externa do mesmo.

A avaliação a contratar deveria incidir nos seguintes itens (IDT,IP, 2012b): (i) aspetos específicos das opções estratégicas; (ii) avaliação de impacto com base na comparação de indicadores epidemiológicos e de respostas em Portugal; (iii) avaliação de custo-benefício do financiamento de respostas integradas; e, (iv) avaliação da eficiência, eficácia e qualidade das intervenções específicas no âmbito dos vetores do eixo estratégico da redução da procura e da redução da oferta.

Em março de 2012, na sequência do concurso aberto, foi adjudicado pelo IDT,IP, à Gesaworld, SA o serviço de avaliação externa do PNLCDDT 2005-2012. Os resultados da avaliação externa realizada pela referida empresa foram apresentados numa sessão pública ocorrida no passado dia 14 de janeiro de 2013, no auditório Cardeal Medeiros da Universidade Católica Portuguesa, em Lisboa. De acordo com o relatório elaborado pela Gesaworld, SA (2013) da avaliação ao PNLCDDT 2005-2012 resultaram as seguintes conclusões: (i) os objetivos traçados para a redução da procura e da oferta foram globalmente atingidos; (ii) verificou-se um reforço da coordenação a nível político e

⁸⁴ Plano de Redução e Melhoria da Administração Central do Estado (PREMAC), aprovado em reunião de Conselho de Ministros realizado a 20 de julho de 2011.

⁸⁵ O Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, aprova a nova Lei Orgânica do Ministério da Saúde na sequência do PREMAC, decretando a extinção do IDT, IP à data de 31 de dezembro de 2012.

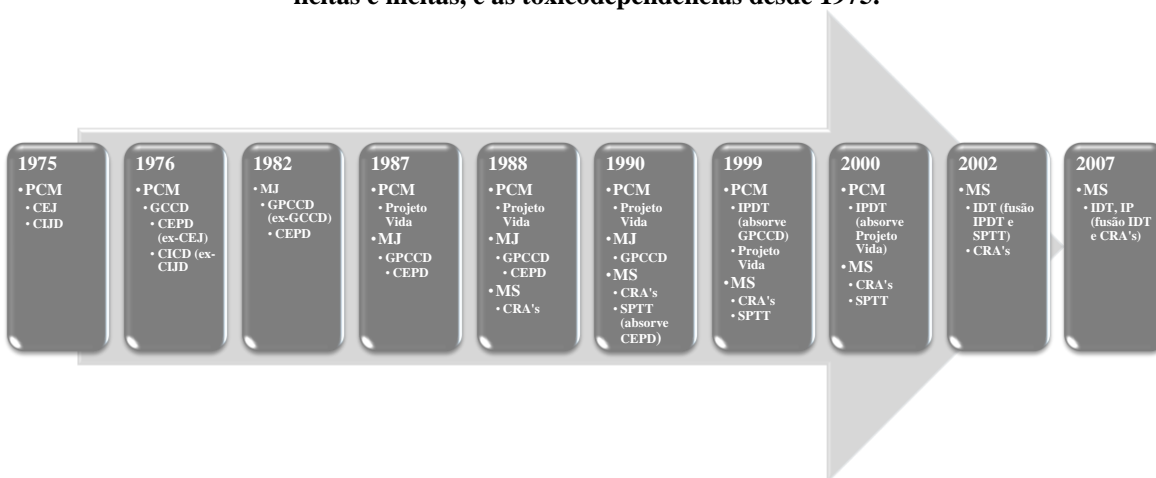
técnico no território nacional que permitiu agilizar a articulação e cooperação entre atores e facilitar a inclusão de novos parceiros, operando todos de forma coerente; e, (iii) reforço de uma cultura de registo, monitorização e avaliação das intervenções e da introdução de orientações de boas práticas. Simultaneamente o citado relatório apresentava também um conjunto de orientações gerais a ter em conta no próximo ciclo estratégico. Destas importa destacar a preocupação em assegurar a manutenção dos resultados obtidos, face ao cenário socioeconómico vivido em Portugal e face às alterações orgânicas ocorridas, sob pena de assistirmos a recuos face à situação geral atingida e descrita no processo de avaliação realizado.

1.2. ORGANISMOS PÚBLICOS RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS CONTRA AS DROGAS

Tendo sido apresentadas, numa perspetiva histórica, as políticas públicas portuguesas contra as drogas iremos expor de seguida os vários organismos públicos que, desde 1975, têm tido como missão executar essas mesmas políticas.

A Figura 4 não só ilustra a evolução ocorrida ao nível das várias entidades que ao longo dos tempos foram tendo como missão executar as políticas da droga definidas pelos vários governos de Portugal, como permite observar a alternância que foi ocorrendo ao nível das respetivas tutelas.

Figura 4 – Os organismos públicos responsáveis pela execução das políticas públicas contra as drogas, lícitas e ilícitas, e as toxicodependências desde 1975.



Fonte: Produzido pelo autor.

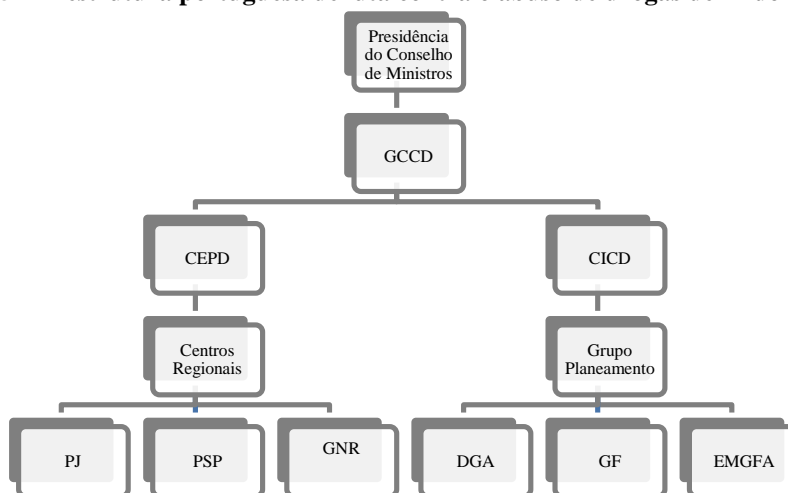
Tendo em conta os objetivos do presente trabalho, subdividimos este tema em duas partes distintas: (i) o período até 2002; e, (ii) o período de 2002 a 2012: o IDT e o IDT,IP.

1.2.1. Os organismos até 2002

A partir de 1975, como já foi descrito anteriormente, sucederam-se no tempo um conjunto de entidades que foram tendo como missão executar as políticas públicas de luta contra a droga e as toxicodependências. De facto, como refere Dias (2007: 39), a publicação do DL n° 745/75, de 31 de dezembro, “emanado da Presidência do Conselho de Ministros, sob a vigência do VI Governo Provisório, presidido por Pinheiro de Azevedo (...) marcou o início da criação das estruturas de combate à Droga em Portugal”. São, nesse âmbito, criados dois organismos, o CEJ e o CIJD.

Logo em 1976, a constatação de incapacidade de resposta para fazer face à problemática das drogas por parte do CEJ e do CIJD leva o Ministro da Justiça⁸⁶ a promulgar três diplomas⁸⁷ que visavam reforçar os dispositivos de luta contra a droga. De acordo com o estatuído nesses três diplomas é criado o GCCD e são reestruturados os dois Centros criados anteriormente, o CEJ e o CIJD, cujas denominações passam, respetivamente, a CEPD e CICD. A Figura 5 ilustra a estrutura portuguesa de luta contra a droga definida em 1976 na sequência da publicação dos três normativos referidos.

Figura 5 – A estrutura portuguesa de luta contra o abuso de drogas definido em 1977.



Fonte: Adaptado de Costa (2007: 133).

⁸⁶ Almeida Santos, pertencente ao I Governo Constitucional liderado por Mário Soares, que tomou posse a 23 de julho de 1976, prolongando-se até 23 de janeiro de 1978.

⁸⁷ DL n° 790/76, DL n° 791/76 e DL n° 792/76, todos de 05 de novembro.

Só em 1982, na vigência do VIII Governo Constitucional⁸⁸ presidido por Pinto Balsemão e tendo como Ministro da Justiça Menéres Pimentel, voltaram a ocorrer alterações significativas ao nível das estruturas de combate à droga. Essas alterações resultaram da publicação, por parte do Ministério da Justiça, do DL n° 365/82, de 08 de setembro. De acordo com este diploma legal o CICD é extinto e integrado na Polícia Judiciária e o GCCD é reorganizado, passando a designar-se GPCCD e tendo como missão planear e coordenar todas as ações de luta contra a droga (Costa, 2007).

Tendo em conta a ineficácia demonstrada pelos dispositivos criados até aí no combate ao fenómeno da droga que, aliás, tornou-se na maior preocupação social dos portugueses, o poder político sentiu necessidade de intervir decisivamente. Nesse sentido, em 1987, é criado o Projecto Vida – Plano integrado de combate ao tráfico ilícito e uso indevido de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas, através da RCM n° 23/87, de 21 de abril (Dias, 2007; Costa, 2007). Refira-se que, nas palavras de Costa (2007: 150) “o principal objectivo do novo organismo era o de assegurar a articulação interministerial dos diversos serviços responsáveis pela luta contra a toxicodependência e o combate do tráfico ilícito de estupefacientes”. Com a criação do Projecto Vida o GPCCD acabou por ver a sua capacidade de intervenção bastante diminuída, agora limitada apenas à área da justiça e da repressão (Costa, 2007).

Em 1988, com a promulgação do Decreto Regulamentar n° 41/88, de 21 de novembro, “*são criados os Centros Regionais de Alcoologia do Porto, de Coimbra e de Lisboa*”⁸⁹, os quais tinham como missão a prevenção dos problemas ligados ao álcool e a coordenação das atividades no âmbito da alcoologia e tratamento nas respetivas zonas onde desenvolviam a sua atividade. Os CRA’s desenvolvem a sua atividade em “*articulação com as administrações regionais de saúde e centros de saúde nelas integrados, com os hospitais psiquiátricos e centros de saúde mental, com os institutos de clínica geral e com outras instituições e grupos responsáveis pela saúde e bem-estar da comunidade*”⁹⁰.

⁸⁸ O VIII Governo Constitucional tomou posse a 04 de setembro de 1981 tendo cessado funções a 09 de junho de 1983.

⁸⁹ Cfr. o disposto no art.º 1.º do Decreto Regulamentar n° 41/88, de 21 de novembro.

⁹⁰ Cfr. o disposto no art.º 2.º do Decreto Regulamentar n° 41/88, de 21 de novembro.

Dois anos depois, em 1990, é criado, na sequência da publicação do DL n° 83/90, de 14 de março, o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT), tendo como objetivo reestruturar os serviços tutelados pelo Ministério da Saúde. Note-se que em resposta ao aumento da procura de tratamento por parte dos toxicodependentes, o Ministério da Saúde tinha criado nos últimos dois anos o Centro das Taipas⁹¹ em Lisboa, e os Centros de Apoio a Toxicodependentes no Porto e no Algarve⁹², em complemento das respostas já existentes, no Ministério da Justiça, e integradas nos denominados CEPD.

Nesse sentido, nos termos do artigo n° 6 do mesmo diploma “*transitam para o SPTT os seguintes serviços: Centro de Estudos da Profilaxia da Droga (...) e respectivos serviços centrais e externos (...) Centro das Taipas (...) Centro de Apoio a Toxicodependentes do Porto (...) do Algarve*”, permitindo deste modo que a assistência médica aos toxicodependentes ficasse sob a orientação de um único organismo autónomo e de âmbito nacional, sob tutela direta do Ministério da Saúde (Dias, 2007).

Após a criação do SPTT, em 1990, a execução das políticas públicas de luta contra as drogas, ilícitas e lícitas, e as toxicodependências em Portugal passam a estar repartidas por quatro organismos públicos tutelados por três Ministérios distintos, conforme podemos observar na Figura 6.

Figura 6 – A estrutura portuguesa de luta contra as drogas, lícitas e ilícitas, e as toxicodependências, em 1990.



Fonte: Produzido pelo autor.

O tempo que medeia entre 1990 e 1999 não trará novidades quanto à criação de novas entidades públicas com competências ao nível da execução das políticas nesta área das drogas, embora seja um período ao longo do qual um conjunto de acontecimentos levem a

⁹¹ O Centro das Taipas foi criado pela publicação do Decreto-Lei n° 20-A/87, de 12 de junho.

⁹² Os Centros de Atendimento a Toxicodependentes do Porto e do Algarve foram criados pela publicação da Portaria n° 74/89, de 02 de fevereiro.

que esta problemática se constitua numa preocupação crescente para o poder político, seja ele nacional ou internacional (Costa, 2007). Como refere Costa (2007: 182) estes eventos acabarão por “ter uma ampla cobertura mediática (...) sobretudo por parte dos novos canais de televisão que, a partir de 1993, viriam a ter um papel fundamental na mediatização do problema do consumo e do tráfico de droga em Portugal”. Aliado a essa pressão mediática, este período é também marcado pela profusão de seminários, conferências, artigos, etc... que, no seu conjunto, levam a que esta temática se tornasse parte importante do discurso político da época (Costa, 2007).

Esta fase será, primordialmente, marcada por múltiplas reformulações tanto do Projeto Vida⁹³ como do SPTT⁹⁴ e, sobretudo, de reforço dos mecanismos de coordenação. Assim, logo em 1990, a RCM n.º 17/90, de 21 de abril, define um conjunto de 23 medidas distribuídas por quatro áreas de ação (ações de prevenção da toxicomania; ações de tratamento e reinserção dos toxicodependentes; ações de âmbito geral; ações de combate ao tráfico)⁹⁵, procedendo simultaneamente à criação da figura de Coordenador Nacional para o combate à Droga, a ser nomeado pelo Primeiro Ministro, de uma Comissão Interministerial presidida pela Primeiro Ministro e de um Conselho Nacional (Dias, 2007). O DL n.º 248/92, de 11 de novembro, segundo Dias (2007: 82), veio reconhecer “a indispensável conjugação de esforços e coordenação de acções e iniciativas de todos os serviços e instituições que desempenham actividades no combate à droga, devendo, para isso, estar devidamente enquadrados e coordenados pelo Projecto Vida”. Neste sentido, o normativo estipula no seu art.º 2.º que “*na execução do Projecto Vida intervêm as seguintes entidades: a) a Comissão Interministerial; b) o Conselho Nacional; c) o Alto-*

⁹³ Parafraseando Dias (2007: 62), “numa perspectiva histórica e cronológica o Projecto Vida será reformulado em 1990, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 17/90, de 21 de abril (...) em 1992, o Decreto-Lei n.º 248/92, de 09 de novembro, dota o Projecto Vida de uma nova estrutura orgânica. Este diploma é posteriormente alterado pelo Decreto-Lei n.º 127/94, de 19 de maio (...) em 1996, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 3/96, de 08 de janeiro, determina a unificação num único diploma do estatuto normativo do Projecto Vida e o Decreto-Lei n.º 193/96, de 15 de outubro, reformula o (...) Projecto Vida. Em 1998, o Decreto-Lei n.º 266/98, de 20 de agosto, revoga o Decreto-Lei n.º 193/96, de 15 de outubro, e define a natureza e finalidades do (...) Projecto Vida. Este será extinto com a criação do IPDT, de acordo com o enunciado na *Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga* – Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99, de 26 de maio e com a publicação do Decreto-Lei n.º 90/2000, de 18 de maio, art.º 44.º”

⁹⁴ Com a publicação do Decreto-Lei n.º 43/94, de 17 de fevereiro, o SPTT será reorganizado. No ano seguinte, o Decreto-Lei n.º 67/95, de 08 de abril, procede a nova reformulação do SPTT com o intuito de reforçar o seu dinamismo. Em 1997, é publicada a Lei n.º 7/97, de 08 de março, cuja finalidade foi o alargamento da rede de serviços públicos para tratamento e reinserção de toxicodependentes afeta ao SPTT. O SPTT será formalmente extinto em 2002, na sequência da entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 269-A/2002, de 29 de novembro, que cria do IDT.

⁹⁵ Cfr. o disposto no Anexo à RCM n.º 17/90, de 21 de abril.

Comissário”. Nos termos do n.º 1 do art.º 3.º do mesmo diploma “a Comissão Interministerial funciona a nível político e técnico”; o n.º 1 do art.º 4.º do citado decreto postula que “o Conselho Nacional é um órgão de consulta do Primeiro Ministro”; finalmente, o n.º 1 do art.º 5.º deste normativo estabelece que “a coordenação, supervisão, acompanhamento e avaliação das medidas a desenvolver no âmbito do (...) Projecto Vida, são cometidas a um Alto-Comissário”.

No ano de 1999 Portugal aprova a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga, na sequência da publicação da RCM nº 46/99, de 26 de abril. De forma a operacionalizar a ENLCD, assim como, o Plano de Ação Nacional de Luta Contra a Droga – Horizonte 2004⁹⁶, é criado, ainda em 1999, através da publicação do DL nº 31/99, de 05 de fevereiro, o Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT). No ano seguinte a orgânica do IPDT é revista após a publicação do DL nº 90/2000, de 18 de maio. Os dois normativos que estabelecem a criação/ reformulação da orgânica do IPDT encerram em si a extinção definitiva tanto do GPCCD⁹⁷ como do Projecto Vida⁹⁸, cujas competências são integralmente absorvidas por este novo organismo.

No ano 2000 a execução das políticas públicas portuguesas contra a droga ficam, deste modo, a cargo de dois institutos públicos, o IPDT e o SPTT, tutelados, respetivamente, pela PCM e pelo MS, situação que irá manter-se até finais de 2002 (ver Figura 7).

Figura 7 – Organismos públicos responsáveis pela luta contra as drogas, lícitas e ilícitas, e as toxicodependências, em 2000.



Fonte: Produzido pelo autor.

⁹⁶ Aprovado na sequência da publicação da RCM nº 39/2001, de 09 de abril.

⁹⁷ Cfr. o disposto no Preâmbulo do Decreto-Lei nº 31/99, de 05 de fevereiro.

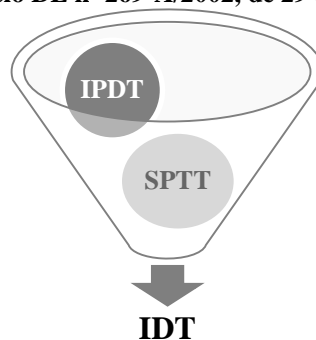
⁹⁸ Cfr. o disposto no art.º 44.º do Decreto-Lei nº 90/2000, de 18 de maio.

1.2.2. Os organismos a partir de 2002

Com a tomada de posse do XV Governo Constitucional, a 06 de abril de 2002, anuncia-se a intenção de fundir, dada a sua complementaridade, o IPDT e o SPTT, criando, assim, um único organismo, sob tutela do MS, de resposta à toxicodependência (IDT, 2003b).

O propósito declarado surge plasmado em dois normativos, o DL n° 120/2002⁹⁹, de 03 de maio, e a Lei n° 16-A/2002¹⁰⁰, de 31 de maio, e é concretizado com a publicação, a 29 de novembro, do DL n° 269-A/2002, no qual é determinada a criação do IDT no âmbito do MS. O IDT permitiu, assim, juntar num único organismo público toda a intervenção no combate à droga e à toxicodependência (IDT, 2003a), conforme se pode observar na Figura 8.

Figura 8 – O IDT como resultado da decisão de fusão entre o IPDT e o SPTT, nos termos definidos pelo DL n° 269-A/2002, de 29 de novembro.



Fonte: Produzido pelo autor.

No Preâmbulo ao DL n° 269-A/2002, de 29 de novembro, são apontados dois motivos enquadramentos para justificar a opção pela criação do IDT: (1) “*no quadro de uma organização administrativa racionalmente ordenada, impõe-se reconduzir a Administração Pública a uma dimensão adequada para poder nortear os seus serviços por princípios de qualidade e eficiência*”¹⁰¹; (2) “*o actual modelo organizativo na área da*

⁹⁹ “Aprova a Lei Orgânica do XV Governo Constitucional. Transitam da Presidência do Conselho de Ministros para o Ministério da Saúde os serviços e os organismos com competências em matéria de prevenção e tratamento da toxicodependência” (IDT, 2003a: 9).

¹⁰⁰ “Primeira alteração à Lei n° 109-B/2001, de 27 de dezembro (aprova o Orçamento de Estado para 2002). Os serviços e organismos da administração central, incluindo os institutos públicos, na modalidade de serviços personalizados do Estado e de fundos públicos, que prossigam objetivos complementares, paralelos ou sobrepostos a outros serviços existentes ou cuja finalidade de criação se encontre esgotado, serão objeto de extinção, reestruturação ou fusão. No Ministério da Saúde serão fundidos o IPDT e o SPTT” (IDT, 2003a: 9).

¹⁰¹ Cfr. o disposto no Preâmbulo do Decreto-Lei n° 269-A/2002, de 29 de novembro.

*droga e da toxicodependência, onde coexistem duas instituições, o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência e o Instituto Português da Droga e da Toxicodependência, tem dado sinais de falta de racionalização de meios e de ausência de uma coordenação que se exige simples e flexível*¹⁰².

O IDT tem como missão “*garantir a unidade intrínseca do planeamento, da concepção, da gestão, da fiscalização e da avaliação das diversas fases da prevenção, do tratamento e da reinserção no domínio da droga e da toxicodependência, na perspectiva da melhor eficácia da coordenação e execução das políticas e estratégias definidas*”¹⁰³.

As atribuições do IDT encontram-se definidas no art.º 5.º, capítulo II, do anexo ao citado diploma, as quais enquadram-se nos princípios orientadores tanto da ENLCD como do PANLCDT Horizonte 2004, cujo propósito era a coordenação e a execução das atividades constantes desses dois documentos (Dias, 2007).

A 12 de março de 2005 toma posse o XVII Governo Constitucional liderado por José Sócrates, cujo respetivo Programa “*consagra como um dos seus objectivos tornar a Administração Pública amiga da cidadania e do desenvolvimento económico*”¹⁰⁴, assim como, “*estabelece (...) a sua determinação em reorganizar a administração central para promover economias de gastos e ganhos de eficiência pela simplificação e racionalização de estruturas*”¹⁰⁵. A concretização deste propósito consubstancia-se com a publicação, primeiro, da RCM nº 124/2005, de 04 de agosto, que estabelece o PRACE, e, posteriormente, da RCM nº 39/2006, de 21 de abril, que “*aprova, no âmbito do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado, as orientações gerais e especiais para a reestruturação dos ministérios*”¹⁰⁶. Este último normativo consagra a manutenção do IDT,IP¹⁰⁷.

Na sequência da operacionalização dos dois diplomas referidos é então publicada, através do DL nº 212/2006, de 27 de outubro, a nova Lei Orgânica do Ministério da Saúde. O diploma determina um reforço das competências do IDT,IP em resultado da absorção das atribuições até aí cometidas aos Centros Regionais de Alcoologia do Centro, Norte e

¹⁰² Cfr. o disposto no Preâmbulo do Decreto-Lei nº 269-A/2002, de 29 de novembro.

¹⁰³ Cfr. o disposto no art.º 4.º, capítulo II, do anexo ao Decreto-Lei nº 269-A/2002, de 29 de novembro.

¹⁰⁴ Cfr. o disposto no Preâmbulo da RCM nº 124/2005, de 04 de agosto.

¹⁰⁵ Idem.

¹⁰⁶ Cfr. o disposto no n.º 1 da RCM nº 39/2006, de 21 de abril.

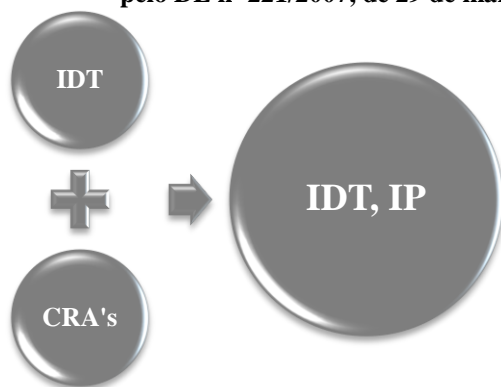
¹⁰⁷ Cfr. o disposto na subalínea xii), da alínea c) do ponto 22 da RCM nº 39/2006, de 21 de abril.

Sul¹⁰⁸. De acordo com a alínea e) do n.º 2 do art.º 26.º do mencionado decreto “*são extintos, sendo objecto de fusão (...) os Centros Regionais de Alcoologia do Centro, Norte e Sul, sendo as respectivas atribuições integradas no Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.*”, o que ocorrerá formalmente com a publicação da Lei Orgânica do Instituto, ou seja, do DL nº 221/2007, de 29 de maio (ver Figura 9).

Este normativo consagra a manutenção do “*Instituto da Droga e da Toxicodependência, que fora criado pelo Decreto-Lei nº 269-A/2002, de 29 de Novembro, e que passa agora a designar-se Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., absorvendo as atribuições dos Centros Regionais de Alcoologia do Centro, Norte e Sul que são extintos*”¹⁰⁹. Ou seja, parafraseando o EMCDDA (2011: 21-22),

the Institute on Drugs and Drug Addiction (IDT) received an extended mandate for policy coordination to include the field of alcohol and is now responsible for the planning, management, monitoring and evaluation of prevention, treatment and rehabilitation for both drugs and alcohol.

Figura 9 – O IDT,IP como resultado da decisão de fusão entre o IDT e os CRA’s, nos termos definidos pelo DL nº 221/2007, de 29 de maio.



Fonte: Produzido pelo autor.

Esta opção política resultou da constatação de que a dimensão desta problemática superava o consumo de substâncias estupefacientes e psicotrópicas, denominadas ilícitas, estendendo-se também ao consumo de substâncias lícitas, pelo que era fundamental ter um organismo público, sob tutela do MS, dedicado exclusivamente ao estudo e combate desta problemática, no seu sentido mais amplo.

Assim, de acordo com o mesmo decreto, “*o IDT, I.P., tem por missão promover a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como a diminuição das*

¹⁰⁸ Cfr. o disposto no Preâmbulo do Decreto-Lei nº 212/2006, de 27 de outubro.

¹⁰⁹ Cfr. o disposto no Preâmbulo do Decreto-Lei nº 221/2007, de 29 de maio.

toxicodependências”¹¹⁰. Ou seja, prossegue uma estratégia integrada de combate à droga e à toxicodependência e dos Problemas Ligados o Álcool (PLA).

Tendo como referência os princípios orientadores constantes do PNCDT 2005-2012 e o PACDT Horizonte 2008, o IDT,IP definiu como valores o humanismo, a integração de respostas, o pragmatismo, a territorialidade, a centralidade no cidadão, a qualidade das intervenções e a qualificação dos profissionais (IDT,IP, 2012b).

Com a criação do IDT,IP damos por finda a primeira parte do enquadramento teórico. De seguida iremos debruçar-nos sobre as reformas administrativas ocorridas em Portugal, tendo como referência o mesmo período temporal que serviu de base ao trabalho desenvolvido neste primeiro ponto. Refira-se que, na explanação que se segue, vamos também situar/ compreender o momento da criação do IDT,IP no contexto das reformas administrativas, em concreto, as que foram induzidas pelo PRACE.

¹¹⁰ Cfr. o disposto no n.º 1 do at.º 3.º do DL n.º 221/2007, de 29 de maio.

CAPÍTULO 2: AS REFORMAS ADMINISTRATIVAS EM PORTUGAL

Ao longo deste ponto explicitaremos as reformas administrativas ocorridas em Portugal, com enfoque nas ocorridas ao longo da primeira década do século XXI, em concreto, o Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE). Simultaneamente, tentaremos compreender de que forma o *New Public Management* (NPM) tem influenciado as reformas administrativas em Portugal, focalizando-nos, novamente, no PRACE. Neste sentido, e por uma questão de método, subdividimos este ponto em 3 subpontos: (1) no primeiro daremos conta da evolução histórica das reformas administrativas ocorridas em Portugal; (2) no segundo iremos detalhar e compreender os pressupostos do NPM e do PRACE; e, (3) no terceiro iremos tentar perceber que impactos o PRACE gerou ao nível da entidade administrativa responsável pela execução das políticas públicas de luta contra a droga e as toxicodependências.

2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS REFORMAS ADMINISTRATIVAS

Ao longo das últimas três décadas a reforma da Administração Pública portuguesa tem sido um tema incontornável na agenda política de praticamente todos os governos (Ferraz, 2010). De facto, em Portugal, como refere Suzana Toscano (2013: 231), “creio que desde sempre ouço falar em reforma da administração pública e dos sucessivos “pacotes” legislativos que procuram dar corpo e forma a essa mudança”.

Refira-se, na esteira de César Madureira & Maria Asensio (2013: 11), que “num momento que se adivinha de viragem nos planos cultural, económico, social e político, em todo o mundo, as administrações públicas sofrem, também elas, reformas profundas quer ao nível dos paradigmas que as sustentam quer ao nível da sua operacionalidade”. No caso de Portugal estas assumem ainda maior relevância em virtude do Memorando de Entendimento, assinado em maio de 2011, entre o governo português e a *Troika*. Muitas das medidas preconizadas no Memorando dizem respeito à Administração Pública, nomeadamente: (i) a redução das despesas com o pessoal; (ii) a limitação de admissões de pessoal; (iii) congelamento de salários; (iv) a limitação de promoções; (v) a redução de 15% nas estruturas e no número de dirigentes; e, (vi) a criação de novas regras de mobilidade (Batista & Silva, 2012).

Passados dois anos da assinatura do Memorando de Entendimento assiste-se em Portugal, à semelhança do que se passa no contexto internacional, à discussão em torno da redefinição do papel do Estado, concretamente, como refere Neves (2010: 33), “sobre a adequação das funções sociais e económicas do modelo político do Estado Providência à realidade actual da sociedade”. Este debate decorre não só da constatação de que os atuais modelos de segurança social são, tal qual foram definidos, insustentáveis, como também da constatação de que a atual ação do Estado não corresponde às expectativas dos cidadãos. Neste sentido, torna-se claro que a reforma da Administração Pública¹¹¹ portuguesa é uma necessidade premente de forma a ajustá-la a todos estes novos desafios (Neves, 2010).

O processo de reforma da Administração Pública nos vários países da OCDE e também em Portugal inicia-se nos anos de 1970¹¹². Nos anos de 1980-90 esse processo é acelerado na sequência do surgimento de novas abordagens assentes em estratégias de privatização de serviços públicos e nas ideias preconizadas pelo *New Public Management*. Importa salientar que as trajetórias seguidas pelos vários países no que concerne ao processo de reforma da Administração Pública não foram iguais em virtude não só das especificidades como também das orientações políticas seguidas por cada um dos países. De facto, em contraponto com outros países da OCDE, a consolidação do Estado de Direito em Portugal é muito recente, 1974, data a partir da qual começam a ser definidas tanto as formas de intervenção do Estado no domínio social e económico como na regulação das atividades económicas privadas. Daqui resulta que a construção e funcionamento do Estado Providência em Portugal decorre já numa fase de crise desse mesmo Estado Providência, ou seja, num contexto em que os problemas de financiamento exigem a definição de

¹¹¹ Iremos utilizar a expressão Administração Pública nos termos descritos por Neves (2010: 52-53), ou seja, “à Administração Pública competirá, no seu conjunto e a cada uma das suas instituições, garantir o estado adequado dos diferentes sub-sistemas sociais que contribuem para o desenvolvimento e a qualidade de vida, bem como a segurança e coesão nacionais, pelo cumprimento das respectivas missões, de acordo com as políticas públicas definidas pelo Governo e outros órgãos de soberania, bem como apoiar a preparação e a avaliação da sua execução. Temos assim um posicionamento dos Serviços Públicos de intermediação entre as necessidades sociais e as políticas de governo, tarefa nem sempre facilitada por uma clara adequação entre a realidade e as medidas de política definidas, até pelo próprio crescimento da complexidade e exigência de individualização das respostas aos casos concretos”.

¹¹² Para Rocha (2011: 137) o “processo de reforma administrativa remonta (...) aos finais da década de setenta e tem vários factores. Em primeiro lugar, deve-se à crise económica dos anos setenta que pôs em causa a viabilidade do Estado de “*Welfare*”. Em segundo lugar, assistiu-se a uma mudança da concepção do Estado: este a as burocracias começaram a ser vistas como origem de todos os males de que padecia a sociedade”.

políticas de contenção e austeridade financeira (Neves, 2010; Mozzicafreddo & Gouveia, 2011; Batista & Silva, 2012).

Para Juan Mozzicafreddo & Carla Gouveia (2011) os motivos que antecederam as reformas da Administração Pública em Portugal podem ser sintetizadas nos pontos seguintes: (i) o contínuo reforço das funções do Estado gerou um aumento dos gastos, em percentagem do PIB, que implicou um peso crescente dos encargos financeiros das despesas públicas; (ii) perceção pública generalizada de disfuncionalidades da administração pública; (iii) cidadãos mais exigentes em termos de qualidade, de eficiência, de celeridade e de atitudes face ao serviço público, por comparação com o esforço contributivo a que estão sujeitos; e, finalmente, (iv) o movimento reformador do Estado que vinha ocorrendo em alguns países da OCDE.

Por outro lado, de acordo com Isabel Corte-Real (2008) não é possível descrever/compreender as várias iniciativas de reforma da Administração Pública sem mencionar um conjunto de eventos que se seguiram à Revolução de abril de 1974, os quais podem ser resumidos nos seguintes nove pontos: (i) uma ditadura que se prolongou de 1928 a 1974, seguida de uma revolução; (ii) após a revolução, um pequeno período dominado por partidos de esquerda que resultou na nacionalização da economia; (iii) manutenção de alguma estabilidade democrática apesar da turbulência; (iv) reforma da constituição que introduziu novos direitos políticos, sociais e económicos, de que resultou não só a liberdade de expressão, os direitos laborais e o livre acesso de todos à saúde e educação; (v) em 1989 inicia-se o processo, ainda em curso, de reprivatização da economia; (vi) um processo de descolonização doloroso com o regresso de 600.000 cidadão das ex-colónias; (vii) a integração de 40.000 funcionários públicos das ex-colónias na administração pública; (viii) entrada, a 01 de janeiro de 1986, para a Comunidade Europeia; e, (ix) entrada na moeda única no período 1999/2002.

Importa referir ainda que a estrutura da Administração Pública portuguesa era marcadamente influenciada pela francesa pelo que encerrava em si as principais características do Modelo Napoleónico ou Burocrático¹¹³. Neste sentido, os fatores

¹¹³ Segundo Araújo (2013: 92) “durante a maior parte do século XX o modelo burocrático de administração predominou nas democracias ocidentais. A organização das atividades da Administração Pública seguiu os princípios da teoria da burocracia de Max Weber que se caracteriza pela divisão vertical do trabalho, a distribuição da autoridade ao longo da hierarquia, a definição de regras formais de funcionamento e a concentração, no topo da organização, da responsabilidade pelas ações”. Através deste modelo “acreditava-se

primordiais desse Modelo presentes no sistema político-administrativo português eram, conforme sustenta David Ferraz (2010: 3), cinco: “unitarian state; centralized political administrative power with high levels of politicization in administration; tripartite model of state, with separation of Legislative, Executive and Judicial powers; prevalence of legalism, instead of management; career based systems”.

Por fim, antes de expormos a evolução histórica das reformas administrativas ocorridas em Portugal, julgamos adequado apresentar o diagnóstico da nossa administração pública. João Batista & Mariana Silva (2012) apresentam-nos um resumo bastante intuitivo dos principais problemas: (i) baixa produtividade; (ii) burocracia excessiva assente na repetição de procedimentos; (iii) sobreposição de organismos e tarefas; (iv) desresponsabilização no processo decisório; (v) fraca relação entre custo e benefício e/ ou desempenho; e, (vi) predominância da progressão na carreira pelo efeito da antiguidade

Estabelecido o enquadramento do tema estamos em condições de passar a descrever as várias fases da reforma administrativa portuguesa, assim como, os respetivos acontecimentos associados, de 1974 a 2012. Ao longo desse período, e tendo como referência os estudos realizados por Corte-Real (2008), Ferraz (2010), Mozzicafreddo & Gouveia (2011) e Batista & Silva (2012), identificámos oito fases distintas (ver Figura 10).

Figura 10 – As oito fases da reforma administrativa portuguesa desde 1974.



Fonte: Produzido pelo autor a partir dos trabalhos de Corte-Real (2008), Ferraz (2010), Mozzicafreddo & Gouveia (2011) e Batista & Silva (2012).

Por sua vez, e tendo novamente como referência os autores referidos, julgamos pertinente agrupar, seguindo Ferraz (2010: 4) as oito fases referidas em “three main different periods of reforms, with rather different approaches and goals”, conforme podemos observar na Figura 11.

ser possível autonomizar a administração da política e regular o seu funcionamento através da operacionalização dos seguintes princípios e características (...): organização fundada em normas e procedimentos escritos (racionais, legais e exaustivos); hierarquia da autoridade; impessoalidade das relações; caráter formal das comunicações; separação entre propriedade e administração; recrutamento baseado no mérito, através de concursos públicos; profissionalização dos funcionários; caráter racional e divisão do trabalho; rotinas e procedimentos estandarizados“ (Ferraz, 2013: 174).

Figura 11 – Os três principais momentos da reforma administrativa portuguesa desde 1974.



Fonte: Produzido pelo autor a partir dos trabalhos de Corte-Real (2008), Ferraz (2010), Mozzicafreddo & Gouveia (2011) e Batista & Silva (2012).

Tendo por base os estudos de Batista & Silva (2012) e de Mozzicafreddo & Gouveia (2011), sistematizámos, para cada um dos três principais momentos da reforma administrativa portuguesa desde 1974, as várias alterações verificadas tendo em conta cinco dimensões: (1) reorganização do estado e da administração pública; (2) gestão e avaliação dos recursos humanos; (3) simplificação administrativa e desburocratização; (4) palavra-chave; e, (5) bandeiras.

De seguida detalhamos os vários momentos da reforma administrativa portuguesa desde 1974. Para o efeito, e numa perspetiva de tornar a exposição mais clara e objetiva vamos recorrer à inserção, para cada um dos momentos de reforma identificados, de figuras/tabelas.

2.1.1 1.ª Geração de Reformas: de 1974 a 1985

Com o 25 de Abril de 1974 dá-se, nas palavras de Mozzicafreddo & Gouveia (2011: 14), um “processo de ruptura (...) no qual se iniciaram, em termos políticos e sociais, algumas transformações de relevância imediata para a sociedade e os indivíduos, muito embora com repercussões na lógica de funcionamento e na natureza da administração e do Estado”. Neste sentido, as primeiras reformas foram consequência direta do processo revolucionário, de que foi exemplo, a necessidade de integrar 40.000 funcionários públicos provenientes das ex-colónias. Ou seja, durante este período a Administração Pública portuguesa sofreu um conjunto de reformas legais e institucionais cujo objetivo era, tão só, fazer face a problemas reais e urgentes. De facto, embora houvesse a perceção de que essas reformas iam ocorrendo sem um enquadramento geral definido, havia também a perceção

de que urgia dar uma resposta adequada aos anseios e expectativas gerados pelo processo democrático e revolucionário em curso (Corte-Real, 2008).

Mozzicafreddo & Gouveia (2011) apontam quatro medidas primordiais que influenciaram decisivamente os primeiros passos da reforma administrativa após a queda do Estado Novo: (1) dismantelar a estrutura administrativa herdada do Estado Novo e criar simultaneamente uma nova administração com alguma racionalidade organizativa e um mínimo de orientação; (2) as novas funções de coordenação e de administração central, regional e local, de controlo e de proteção e ação social, tiveram um impacto relevante ao nível da organização do Estado; (3) criação dos partidos políticos, das associações sindicais e patronais; e, (4) o aumento dos anseios individuais e coletivos tiveram como consequência o alargar das formas institucionais e administrativas de resposta.

Este primeiro momento das reformas administrativas em Portugal pode ser decomposto em duas fases distintas, 1974/79 e 1980/85. A Figura 12 ilustra, resumidamente, as principais medidas ocorridas ao longo de todo o período em análise (1974/85).

Figura 12 – A 1.ª Geração de Reformas (1974-1985): principais medidas.

| | |
|---|---|
| Reorganização do estado e da administração pública | <ul style="list-style-type: none"> • Reformar o Sector Público Administrativo • Sector Empresarial do Estado |
| Gestão e avaliação de RH | <ul style="list-style-type: none"> • Estatuto dos funcionários • Criação do INA e CEFA e CECRA no âmbito da formação • Grande pressão reivindicativa |
| Simplificação administrativa e desburocratização | |
| Palavra-chave | <ul style="list-style-type: none"> • Instabilidade política e inconsistência nos processos de reforma • Intervenções pontuais e manutenção do Estado administrativo |
| Bandeiras | |

Fonte: Adaptado a partir dos trabalhos de Mozzicafreddo & Gouveia (2011) e Batista & Silva (2012).

O período 1974-1979 é uma fase de consolidação do Estado de Direito e da democracia onde, como refere Corte-Real (2008: 212) “intensive and urgent action was demanded. There was a general feeling that the new opportunities had to be grasped, and civil servants seemed to be willing to respond effectively to the new demands posed by democracy”. Compreensivelmente, ao longo deste período a estrutura da Administração Pública foi reorganizada não no sentido da introdução de melhorias de procedimentos mas sim na tentativa de definir uma estrutura administrativa que fosse racional e funcional (Mozzicafreddo & Gouveia, 2011).

Com a estrutura administrativa já adaptada ao novo sistema democrático resultante do 25 de abril de 1974, na fase seguinte, 1980-1985, as iniciativas, poucas, levadas a cabo terão como preocupação tornar a Administração mais profissional (Mozzicafreddo & Gouveia, 2011). De acordo com Corte-Real (2008) este período fica marcado pelo aperfeiçoamento das relações com os sindicatos, pela melhoria do sistema dos funcionários públicos e pela tomada de escassas medidas de reforma da Administração, provavelmente fruto da instabilidade política vivida (cinco governos de 1980 a 1985).

2.1.2 2.ª Geração de Reformas: de 1986 a 2001

Neste segundo momento das reformas administrativas ocorridas em Portugal podemos, como já foi mencionado, distinguir três fases distintas: 1986/92, 1993/95 e 1996/01, cujas especificidades encontram-se plasmadas na Tabela 3.

Tabela 3 – A 2.ª Geração de Reformas (1986-2001): principais medidas.

| | 1986/92 | 1993/95 | 1996/01 |
|--|---|--|---|
| Reorganização do estado e da administração pública | Melhoria dos serviços públicos e do atendimento do cidadão | Recenseamento da administração pública | Atendimento aos cidadãos concentrado num mesmo local |
| Gestão e avaliação de RH | Carta deontológica da função pública Controlo de admissões Contratação de qualificados | Carta de qualidade Qualificação de funcionários públicos (PROFAP) | |
| Simplificação administrativa e desburocratização | Simplificação burocrática assente na supressão de formalidades | Foco no cidadão-utente | Informatização dos serviços Postos únicos de atendimento |
| Palavra-chave | Desburocratização, descentralização/desconcentração, privatização, flexibilização, contracting-out, orientação para o cidadão, informatização, abolição de procedimentos burocráticos | Gestão da qualidade, TIC, roteiro da AP on-line, transparência, sistemas de informação, foco no cidadão/ cliente, inovação | |
| Bandeiras | Fim do papel 25 linhas Linhas de atendimento Abertura ao público na hora de almoço | Postos de atendimento ao cidadão Livro de reclamações | Loja do cidadão |

Fonte: Adaptado a partir dos trabalhos de Mozzicafreddo & Gouveia (2011) e Batista & Silva (2012).

A partir de 1986, induzido pela entrada de Portugal na Comunidade Europeia surgem pressões tendentes a repensar a forma como o Estado intervém na sociedade, na economia e no mercado, o que gerou, naturalmente, debates não só sobre o peso e dimensão do mesmo como também sobre a procura de alternativas à forma como o Estado deve intervir nos três domínios mencionados. A partir dos anos de 1980 emerge, então, o paradigma do

NPM, assente numa nova perspetiva de olhar para o papel do Estado, o qual irá influenciar decisivamente o processo de reformas da Administração Pública tanto em Portugal como noutros países (Ferraz, 2010; Mozzicafreddo & Gouveia, 2011).

Ao longo de todo este período o processo de reforma da Administração Pública portuguesa assentou na necessidade de melhorar a qualidade do serviço prestado e na necessidade de torná-la mais próxima dos cidadãos e das empresas (Corte-Real, 2008).

Ou seja, os objetivos da 2.^a geração de reformas almejavam uma Administração não só mais próxima do cidadão como mais desburocratizada. Face aos objetivos definidos foram tomadas importantes medidas cuja finalidade era melhorar o acesso aos serviços públicos, prover melhor e mais relevante informação aos cidadãos, contribuindo, assim, para uma Administração Pública mais transparente e neutral (Ferraz, 2010; Mozzicafreddo & Gouveia, 2011).

De acordo com Ferraz (2010) as iniciativas mais importantes tomadas ao longo desta fase foram: (i) a introdução e consolidação de instrumentos de gestão provenientes do setor privado, o que contribuiu para a implementação de um modelo de administração inspirado no NPM; (ii) a privatização de empresas públicas; (iii) a fragmentação de grandes unidades públicas em agências com autonomia administrativa e financeira; (iv) a criação das Lojas do Cidadão, as quais permitiram tornar os serviços públicos mais acessíveis aos cidadãos; (v) a aprovação do Código do Procedimento Administrativo, o qual estabeleceu uma nova filosofia nas relações entre os cidadãos e a administração; e, (vi) a criação da figura do Instituto Público, estrutura com uma capacidade de gestão mais flexível e dotada de autonomia administrativa e financeira.

As medidas tomadas ao longo deste período, segundo Corte-Real (2008), não só foram perçecionadas pela população em geral como contribuíram para melhorar a relação dos cidadãos com a administração, assim como, segundo estudos levados a cabo sobre o impacto das mesmas permitiram concluir que a eficiência dos serviços públicos melhorou significativamente na sequência da adoção das mesmas.

Porém, no final deste período, surge em Portugal uma grande preocupação quanto ao peso das despesas públicas, situação que irá marcar todo o processo de reformas a realizar na próxima fase (Corte-Real, 2008).

2.1.3 3.ª Geração de Reformas: 2002/ ...

Todo este terceiro momento de reformas administrativas em Portugal será marcado por questões relacionadas, nomeadamente, com a falta de eficiência dos serviços públicos e com problemas relacionados com o controlo da expansão da despesa pública (Corte-Real, 2008). Como refere Ferraz (2010: 7), “the constant pressings from citizens on the one hand and the economic context on the other (...), forced the Government to provide public services with more efficiency and effectiveness, proceeding with the New Public Management reforms”. Por outro lado, como relembra Corte-Real (2008), o pacto de estabilidade a que Portugal está sujeito enquanto membro da União Europeia exige o cumprimento rígido de critérios económicos, financeiros e orçamentais.

Tabela 4 – A 3.ª Geração de Reformas (2002-...): principais medidas.

| | 2002/04 | 2005/09 | 2010/... |
|--|--|---|--|
| Reorganização do estado e da administração pública | Princípios e normas da organização da administração directa do Estado Lei-quadro dos institutos públicos | PRACE - Implementação de uma lógica técnica e funcional na estruturação dos serviços públicos transversal a todos os ministérios Sistema de avaliação dos serviços (QUAR) | PREMAC - Redução do n.º de organismos públicos Racionalização dos serviços através de fusões extinções |
| Gestão e avaliação de RH | Estatuto do dirigente Avaliação dos funcionários públicos (SIADAP) Diferenciação salarial | Redução do n.º de carreiras do regime geral e dos regimes especiais Introdução de mecanismos de mobilidade Aproximação do regime de protecção social da AP ao do setor privado Criação da figura do contrato de trabalho em funções públicas | Redução do número de funcionários e do peso salarial Introdução do concurso para recrutamento dos altos dirigentes da administração |
| Simplificação administrativa e desburocratização | | Programa SIMPLEX Modelo balcão integrado Serviços online | |
| Palavra-chave | Excelência, orientação para resultados, celeridade com qualidade, redução dos níveis hierárquicos, flexibilização do sistema de carreiras, mesas negociais | Adequação de horários, balcão único, qualidade, transparência, recenseamento, prémio desempenho, CIT, PRACE, gestão por objetivos, 133 medidas de desburocratização | |
| Bandeiras | SIADAP | Simplex, Empresa na Hora, Cartão do Cidadão, Documento Único Automóvel, marcações online | |

Fonte: Adaptado a partir dos trabalhos de Mozzicafreddo & Gouveia (2011) e Batista & Silva (2012).

Este período, como vimos, pode ser compartimentado em três fases distintas, 2002/04, 2005/09 e 2010 até hoje. A Tabela 4 permite aferir, resumidamente, as várias medidas de reforma tomadas em cada uma das três fases mencionadas.

Durante toda esta fase, como lembra Ferraz (2010: 7), “the main goals were a better reorganisation of the administration and a better management of the resources”. De facto, o alargamento das funções do Estado gerou um incremento significativo da despesa pública que, naturalmente implicou que a preocupação com a redução dos custos da administração pública constasse dos programas dos diferentes governos. Neste sentido, houve a necessidade de serem tomadas múltiplas iniciativas impopulares, as quais geraram impactos relevantes em três áreas distintas (Corte-Real, 2008; Ferraz, 2010; Mozzicafreddo & Gouveia, 2011):

1. Organização e estruturas: onde se destaca o PRACE, estabelecido pela RCM n.º 124/2005, de 04 de agosto. Como veremos mais adiante neste trabalho, trata-se de um programa ambicioso, global e centralizado cujo objetivo passa por rever as estruturas organizativas de todos os ministérios.
2. Gestão e avaliação dos recursos humanos. Neste item importa referir um conjunto de medidas importantes de que se destacam: (i) um claro movimento a favor de uma maior flexibilidade no trabalho e de aproximação entre o setor público e privado, de que é exemplo, a transição de um sistema de carreiras para um sistema alicerçado em contratos individuais de trabalho, onde cada trabalhador é inserido numa determinada posição remuneratória; (ii) redução do número de carreiras de 1715 para 3 carreiras gerais; (iii) introdução do programa de mobilidade que, no seu extremo, prevê a demissão de funcionários públicos; e, (iv) introdução, em reação ao modelo de avaliação automática que vigorava na administração pública, de um sistema de avaliação de desempenho, primeiro do SIADAP¹¹⁴ e, posteriormente, do SIADAP 1 (avaliação dos organismos), SIADAP 2 (avaliação dos dirigentes) e SIADAP 3 (avaliação dos trabalhadores).
3. Simplificação administrativa, desburocratização e modernização: neste ponto emerge o programa SIMPLEX, o qual ambicionava não só responder de forma célere e eficaz às

¹¹⁴ Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública instituído pela Lei n.º 66-B/2007, o qual veio substituir um diploma anterior de 2004, Lei n.º 10/2004.

necessidades tanto dos cidadãos como das empresas, como também reforçar a confiança dos cidadãos nos serviços públicos.

Do somatório de todas estas iniciativas Neves (2010) conclui que a Administração deixou de estar centrada no cumprimento e execução de obrigações para se centrar nos objetivos e resultados, mudança esta que veio reforçar o papel da avaliação, agora mais centrada nos impactos da ação e menos na execução.

Seguindo o raciocínio de Ferraz (2010: 4) podemos, em conclusão, sustentar que,

the latest decade reforms were particularly significant to the Portuguese public administration creating a completely different legal framework and a completely diferente approach. The main objectives of each reform were centered in obtaining gains of efficiency and effectiveness.

Nas várias iniciativas de reforma tomadas ao longo deste período podemos verificar características próprias da doutrina do NPM, o que nos permite concluir, na esteira de Corte-Real (2008) e Ferraz (2010), que o processo de reforma da Administração Pública portuguesa ao longo da última década corresponde à aplicação do NPM a Portugal.

Resumindo, podemos então afirmar, concordando com João Figueiredo¹¹⁵ (2007), que o movimento de reformas administrativas ocorrido em Portugal na primeira década do século XXI visou uma Administração Pública: (i) mais gestionária e menos procedimental; (ii) mais eficiente e ajustada aos recursos do país; (iii) mais reguladora e fiscalizadora e menos produtora; e, finalmente (iv) mais próxima dos cidadãos.

2.2 O NEW PUBLIC MANAGEMENT E O PRACE

Ao longo deste ponto iremos aclarar algumas ideias sobre a denominada doutrina do *New Public Management* (NPM) e compreender os fundamentos do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE), tentando, simultaneamente, estabelecer pontos de contacto entre esses dois conceitos, uma vez que, como refere Joaquim Araújo (2007: 2) “the influence of (...) (NPM) in Portuguese administrative reform is a trend in all sorts of reform initiatives”.

Neste sentido, subdividimos este ponto em três subpontos: (i) NPM; (ii) PRACE; e, (iii) o PRACE no contexto do NPM.

¹¹⁵ João Figueiredo exerceu as funções de Secretário de Estado da Administração Pública durante a vigência do XVII Governo Constitucional.

2.2.1 O *New Public Management*

Na sequência da falência do Estado de *Welfare*¹¹⁶, assim como do modelo de administração burocrático que lhe estava associado, em resultado das crises petrolíferas ocorridas nos anos de 1970, emerge um modelo alternativo, o *New Public Management*, primeiro nos países anglófonos e posteriormente no resto do mundo ocidental (Ferraz, 2013).

Segundo Araújo (2013) a pressão para a mudança derivou da constatação de que a Administração Pública revelava: (i) uma capacidade de resposta, de adaptação aos problemas e de iniciativa aquém do desejável; (ii) desresponsabilização; (iii) excesso de burocracia; e (iv) encargos financeiros de funcionamento insustentáveis.

Essa constatação levou os governantes a procurarem alternativas ao modelo dominante até aí, baseado no modelo social do pós-guerra e nas premissas económicas do keynesianismo. Neste sentido despontam duas teorias: a teoria da escolha pública, que advoga a necessidade de repor o primado do governo representativo sobre a burocracia e o managerialismo, que defende a introdução dos princípios de gestão em substituição da burocracia. Da síntese destas duas teorias surge, então, em meados da década de 1980, um novo paradigma denominado *New Public Management* (Rocha, 2013).

Deve-se a Christopher Hood (1991) e ao seu artigo “*A Public Management for all seasons?*”, a sistematização das características principais do NPM, as quais podem ser observados na Tabela 5. Refira-se que, parafraseando Hood (1991: 4) “not all of the seven elements were equally present in all cases; nor are they necessarily consistent, partly because they do not have a single intellectual provenance”.

¹¹⁶ Segundo José António Oliveira Rocha (2011:127-128) “o “*Estado de Welfare*” começou a ganhar forma com o “*New Deal*”, pretendendo resolver problemas da grande crise económica, impondo-se definitivamente na Europa na fase posterior à segunda Grande Guerra. Fortemente influenciado pelas doutrinas económicas de Keynes, traduziu-se numa intervenção crescente do Estado na vida económica e social e num aumento da despesa pública. Este modelo de Estado entrou em crise no começo da década de setenta com a crise petrolífera, a qual afectou todos os estados industrializados, passando a ser alvo de várias críticas (...): subida crescente dos custos de “*welfare*”, proporcionalmente ao rendimento nacional, durante o período da estagnação económica. Este crescimento da despesa pode explicar-se pela pressão dos cidadãos que procuram mais e melhores serviços públicos (...); (...) desumanização da burocracia, a qual na medida em que aumentou o seu poder, perdeu a ligação com os seus clientes. Desta forma, os serviços tornam-se rígidos, distantes e não responsáveis, relativamente aos consumidores (...); (...) falhanço do próprio “*welfare state*”, o qual pretendia maior igualdade. Ora, o que se verificou é que foi a classe média que mais aproveitou com os serviços públicos de saúde, com a generalização da educação, com os benefícios dados aos transportes públicos e com os salários concedidos para a aquisição de casa própria (...).”

Tabela 5 – Componentes doutriniais do NPM.

| N.º | Doutrina | Significado | Justificação Típica |
|-----|---|--|--|
| 1 | Profissionalização nas organizações | Gestores bem visíveis no topo das organizações, com liberdade de gerir e com poder discricionário | A responsabilidade requer concentração de autoridade e não difusão do poder |
| 2 | <i>Standards</i> explícitos e medidas de <i>performance</i> | Objectivos bem definidos e mensuráveis como indicadores de sucesso | Responsabilidade significa objectivos claramente definidos; eficiência necessita de atenção aos objectivos |
| 3 | Ênfase no controlo de <i>outputs</i> | Alocação de recursos e recompensas com ligação à <i>performance</i> | Necessidade de insistir nos resultados e não nos processos |
| 4 | Viragem no sentido de desagregação das unidades do sector público | Divisão do sector público em unidades corporizadas por produtos, com orçamentos próprios e com negociação com cada uma delas | Tornar as unidades capazes de serem geridas, separar provisão da produção, usando contratos, <i>franchises</i> dentro e fora do sector público |
| 5 | Insuflar competição no sector público | Mudança no sentido de contratos a prazo | A competição é a chave para baixar custos e melhorar <i>standards</i> |
| 6 | Insistência em estilos de gestão e práticas de gestão privada | Mudança de um estilo de serviço público militar para o mais flexível, quanto aos salários e duração dos contratos | Necessidade de importar instrumentos de gestão empresarial para sector público |
| 7 | Insistência na parcimónia e disciplina no uso de recursos | Cortar custos, aumentar a disciplina de trabalho | Necessidade de verificar a procura de recursos do sector público e fazer mais com menos |

Fonte: Adaptado de Rocha (2011).

Analisando a Tabela 5 e de acordo com Rocha (2013) podemos concluir que o NPM caracteriza-se pelos seguintes aspetos: gestão profissional; explicitação das medidas de performance; ênfase nos resultados; fragmentação das grandes unidades administrativas; competição entre agências; adoção de estilos de gestão empresarial; e insistência em fazer mais com menos dinheiro.

Debruçando-se também sobre os componentes doutriniais do NPM enunciados por Hood (1991), Ferraz (2103: 176) refere que os mesmos enquadram-se “na corrente gestionária que se caracteriza pela crença de que a Gestão Privada é superior à Gestão Pública e, portanto, na inexistência de diferenciação entre organizações públicas e privadas”. Deste modo seria simples importar práticas de gestão privada baseadas nos princípios da descentralização, da desregulação e da delegação para as organizações públicas, o que possibilitaria o surgimento, fora das estruturas hierárquicas tradicionais, de entidades mais autónomas e ágeis.

Segundo Rocha (2011; 2013), na prática, são três as dimensões do NPM:

1. Primazia do Mercado: parte da premissa de que se tudo o que é realizado pelo setor público é ineficiente então privatizar todas as atividades que possam ser realizadas pelo setor privado deve constituir-se como o objetivo primordial de qualquer reforma administrativa.
2. Estruturas Organizativas: o Estado promove a fragmentação das grandes estruturas hierárquicas tradicionais em que assentavam os serviços públicos em múltiplas agências¹¹⁷. Simultaneamente fomenta a competição entre essas mesmas agências, controlando a sua atividade através da monitorização dos respetivos resultados.
3. Indicadores de *Performance*: medir os resultados é essencial, o que implica a construção de indicadores robustos que permitam aferir tanto a eficiência como a qualidade. Neste sentido, para que o sistema de gestão da performance possa funcionar na Administração Pública é fundamental que haja não só uma definição clara de objetivos, como se promovam alterações organizacionais e, finalmente, que sejam criados sistemas de informação que assegurem a monitorização de todo o sistema.

A ascensão do modelo do NPM implicou, nas palavras de Ferraz (2013: 176) “a passagem de um Estado produtor e prestador de serviços para um Estado regulador do mercado acreditando-se que, por esta via, se seria mais eficiente, económico e eficaz”.

Isto significa que com o NPM retoma-se a distinção entre quem tem como responsabilidade formular as políticas públicas e quem tem que as executar. Por conseguinte, passamos a ter um Estado fragmentado, que já não se encontra estruturado hierarquicamente e cuja avaliação passa a estar assente nos resultados obtidos. De facto, enquanto o Estado viu o seu papel de decisor claramente reforçado, as grandes estruturas administrativas que prosseguiam vários objetivos foram fragmentadas em múltiplas agências com um *core business* claramente identificado. Com o NPM reforça-se a componente de gestão dos serviços públicos e a componente relativa à implementação das políticas, que, no seu conjunto, configuraram uma alteração profunda na organização da Administração Pública. Ou seja, a introdução de conceitos como eficiência, economia e eficácia na gestão dos serviços públicos permitiram moldar uma nova Administração (Araújo, 2013; Rocha, 2013).

¹¹⁷ Segundo Rocha (2011: 62), uma agência é definida como uma unidade executiva que presta um serviço ao Governo.

A conjugação de todos estes aspetos contribuíram, nas palavras de César Madureira & David Ferraz (2010: 35) para que o NPM, “in recent decades, (...) became the hegemonic doctrine and public administration reforms strongly incorporated its ideals and premises”.

Todavia, apesar da reconhecida originalidade teórica dos princípios do NPM, a sua aplicação em contexto real revelou um conjunto de falhas, contradições e mesmo incoerências (Madureira & Ferraz, 2010).

Rocha (2013) sintetiza algumas das críticas feitas ao NPM: (i) o NPM carece de conteúdo teórico; (ii) a adoção do NPM originou um aumento exponencial de auditores; (iii) o NPM tem sido permeável a interesses particulares; e, (iv) o NPM é um instrumento de gestão de matriz anglo-saxónica, logo de difícil exportação para outro tipo de ambientes.

Entretanto, a crise internacional surgida no início do novo milénio aumentou o rol de críticas ao NPM, destacando-se a manifesta incapacidade demonstrada pelos Governos de controlarem e coordenarem as múltiplas agências autónomas (administrativa e financeiramente) que haviam sido criadas num cenário de descentralização administrativa, de desregulação da economia e de delegação de competências. Num cenário de desorçamentação e de crescente endividamento, a incapacidade de coordenação e controlo das muitas agências por parte dos Governos originou, como seria de esperar, um insustentável aumento das despesas do Estado que, no limite, contrariava os próprios pressupostos do NPM, uma vez que evidenciava sinais de ineficiência (Ferraz, 2013).

Porém, e apesar das críticas, refira-se que as reformas decorrentes da denominada doutrina do *New Public Management* tiveram um impacto inegável sobre as reformas da administração pública levadas a cabo um pouco por todo o mundo (Hood, 1991; Jalali & Silva, 2013).

2.2.2 O PRACE

Na sequência da vitória do Partido Socialista com maioria absoluta nas eleições legislativas ocorridas a 20 de fevereiro de 2005¹¹⁸, os portugueses sufragaram o respetivo Programa Eleitoral e a transferência do seu conteúdo para o Programa de Governo. Em ambos os documentos ressalta claro a intenção do Governo de lançar um processo reformador com o

¹¹⁸ Decorrente desse ato eleitoral tomou posse a 12 de março de 2005 o XVII Governo Constitucional presidido por José Sócrates.

propósito de modernizar a Administração Pública tornando-a assim não só mais eficaz como também melhor apetrechada para servir melhor os cidadãos e as empresas (Carvalho, 2013). De facto, como refere Figueiredo (2007: 205), as políticas do Governo para a Administração Pública visavam “uma administração mais eficaz (a atingir melhores resultados), mais eficiente (a gerir melhor os recursos públicos) e mais satisfatória para os cidadãos, empresas, comunidades e para os que nela trabalham”.

Com essa intenção é, então, lançado o Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE), cujo enquadramento legal é definido pela RCM nº 124/2005, de 04 de agosto, posteriormente complementado pela RCM nº 39/2006, de 21 de abril. Os fundamentos do Programa surgem enunciados, nos termos seguintes, logo no preâmbulo do primeiro normativo:

o Programa de Governo consagra como um dos seus objectivos tornar a Administração Pública amiga da cidadania e do desenvolvimento económico. Estabelece igualmente a sua determinação em reorganizar a administração central para promover economias de gastos e ganhos de eficiência pela simplificação e racionalização de estruturas. Finalmente, a política de modernização da Administração Pública, segundo o Programa de Governo deve ser conduzido de forma a ajustá-la aos recursos financeiros do País e a melhorar a qualidade do serviço a prestar aos cidadãos, empresas e comunidades, por via da descentralização, desconcentração, fusão ou extinção de serviços. (Cfr. o disposto no Preâmbulo da RCM nº 124/2005, de 04 de agosto).

Refira-se que, como sustenta Elisabete Carvalho (2013), o normativo legal que estabelece o PRACE, RCM nº 124/2005, de 04 de agosto, define, passo por passo, todas as variáveis que deviam nortear o processo, assim como, define os esboços de resposta para todo o tipo de questões (porquê, como, quando e por quem) que possam surgir no âmbito da sua implementação.

O PRACE definiu quatro metas: (i) racionalizar as estruturas centrais; (ii) promover a descentralização de funções; (iii) desconcentrar coordenadamente; e (iv) modernizar e automatizar processos. Face às metas referidas, o Programa estabeleceu como objetivos, a promoção da cidadania, do desenvolvimento económico e do aumento da eficiência dos serviços públicos (Carvalho, 2013).

Com o propósito de atingir esses objetivos o PRACE elencou um conjunto de linhas estratégicas sintetizadas por Mozzicafreddo & Gouveia (2011) da seguinte forma: (i) reestruturar, em função da missão de cada ministério, a administração direta e indireta do Estado; (ii) racionalizar e, quando justificável, externalizar as funções do Estado; e (iii)

concentrar os serviços do Estado por forma a promover economias de escala e, dessa forma, reduzir estruturas e processos redundantes.

Face ao exposto, podemos argumentar, recorrendo às palavras de Carvalho (2013: 231), que o “PRACE consistiu num processo amplo e complexo, em que se avaliou e redesenhou a estrutura organizacional da Administração Central do Estado, com o fim de aumentar a sua eficiência”.

Tendo em conta as metas, os objetivos e as linhas estratégicas definidas para o PRACE importa agora refletir sobre os resultados do Programa. Neste sentido, de acordo com os relatores do Relatório Final da Comissão Técnica do PRACE, João Bilhim *et al* (2006: 73), deste processo “resultou uma redução superior a 30% do número de organismos e respectivas estruturas internas na Administração Central o que não deixará certamente de contribuir para melhorar a capacidade competitiva da Administração Pública Portuguesa”. Refletindo sobre esses resultados, Carvalho (2013), Mozzicafreddo & Gouveia (2011) e Neves (2010) sustentam que o PRACE teve impacto sobretudo ao nível da diminuição dos organismos e dos respetivos recursos.

Seguindo o raciocínio de Neves (2010), podemos identificar sete efeitos diretos decorrentes da implementação do PRACE: (i) definição de um único serviço por Ministério para as funções de estudo, estatística, estratégia e relações externas; (ii) criação da figura do controlador financeiro, definição do modelo de Serviços partilhados e clarificação do papel das Secretarias-Gerais em cada Ministério; (iii) fusão dos Serviços operacionais; (iv) harmonização dos critérios de desconcentração de Serviços; (v) redução da figura do instituto público, assegurada pelo aumento do grau de exigência necessária no que concerne à autonomia administrativa, financeira e patrimonial; (vi) redução das chefias intermédias e de topo no interior de cada organismo; (vii) extinção de entidades cuja missão se esgotou.

Porém, apesar dos resultados positivos descritos, Mozzicafreddo & Gouveia (2011) advogam e enumeram que houve um conjunto de objetivos definidos pelo Programa cuja realização ficou aquém do esperado, nomeadamente: (i) nas estruturas intervencionadas constatou-se escassa mobilidade dos respetivos recursos humanos; (ii) opção clara pela figura da fusão em detrimento da figura da extinção; (iii) as funções do Estado externalizadas foram inferiores às previstas; (iv) a organização do trabalho e a definição do papel das chefias não se alteraram no contexto do Programa; e, (v) após a implementação

do Programa não foram definidos quaisquer processos de *follow-up* do processo de reforma.

Para concluir, podemos então afirmar, como sustenta Neves (2010), que o PRACE foi, sobretudo, um Programa de racionalização e de eficiência, ficando as questões da definição do papel do Estado e da inovação organizacional aquém do expectável. No entanto, como referem Mozzicafreddo & Gouveia (2011: 37),

é de assinalar a importância, do ponto de vista da trajetória da Administração Pública em Portugal, que um empreendimento desta dimensão tem, nomeadamente na redefinição da arquitectura institucional e administrativa dos organismos, na racionalização da dimensão, competências e articulação entre os organismos e, ainda, no facto de se provar ser possível alterar, mesmo aquém do proposto, a matriz administrativa e funcional de uma parte significativa da Administração Central.

2.2.3 O PRACE no contexto do NPM

Após termos refletido sobre o NPM e o PRACE importa agora tentar contextualizar/compreender a forma como ambos se correlacionam.

De acordo com Figueiredo (2007: 209), Secretário de Estado da Administração Pública em exercício de funções à altura, o XVII Governo Constitucional definiu como visão

preparar o futuro da Administração Pública sob novos paradigmas: reforçando a mutação de uma Administração marcada pelo paradigma procedimental para uma Administração Pública inspirada pelo paradigma da gestão, com respeito pela Direito e cumprindo as políticas sufragadas pelos cidadãos.

Esta ideia seria, aliás, complementada por uma intervenção pública de Teixeira dos Santos, Ministro das Finanças à altura, ocorrida em finais de 2008, versando estabelecer um ponto de situação quanto à forma como o processo de reforma da Administração Pública estava a decorrer. Na ocasião, como refere Rocha (2011: 155), o Ministro sustentou que “os princípios orientadores da reforma foram a racionalização de custos, a procura de ganhos de eficiência e a aproximação das regras e métodos de funcionamento do sector público ao privado”. Da análise ao discurso político bem como às medidas concretas da reforma levada a cabo pelo primeiro Governo de José Sócrates, onde se destaca o PRACE, conclui-se, na esteira de Corte-Real (2008) e Rocha (2011), que os mesmos estavam claramente imbuídos dos princípios norteadores do NPM.

Ou seja, o PRACE insere-se num conjunto importante de reformas¹¹⁹ que, como advoga Rocha (2011: 157), configuram “a maior reforma (...) intentada em Portugal. Todas as peças encaixam, não há contradição e tudo se orienta para operacionalizar o quadro teórico do managerialismo: racionalização de custos, ganhos de eficiência e importação de métodos e técnicas privadas”.

Centrando-nos especificamente no PRACE e tendo como referência o Relatório Final produzido pela respetiva Comissão Técnica verificamos que com a implementação deste Programa pretendia-se obter uma Administração não só mais eficaz e eficiente, como também mais ágil e célere na resposta às necessidades dos cidadãos e das empresas. Com esse intuito e tendo presente o citado relatório, resulta claro que o PRACE tinha implícito um conjunto de premissas, de que se destacam: (i) habilitar a Administração a fazer melhor, com menos; e, (ii) tornar a ação da Administração mais centrada na regulação e fiscalização e menos na produção, o que só é alcançável com mais e melhor planeamento, controlo, avaliação e responsabilização face aos resultados (Bilhim *et al*, 2006).

Perante esta constatação conclui-se, concordando com Mozzicafreddo & Gouveia (2011) e Ferraz (2013), que as orientações programáticas do PRACE ambicionavam aproximar a Administração Pública portuguesa aos princípios e práticas do NPM. Ou seja, parafraseando Madureira & Ferraz (2010: 43) “Portuguese latest public administration reforms have been designed according to the New Public Management paradigm”, e, inserindo-se o PRACE nesse âmbito, podemos, assim, concluir que este Programa foi, indubitavelmente desenhado de acordo com a doutrina do NPM.

2.3 O PRACE E O IDT,IP

Tendo presente o raciocínio sequencial do presente trabalho este ponto específico deve ser entendido como o elo de ligação entre os dois corpos temáticos desenvolvidos ao longo destes capítulos: (1) a política da droga em Portugal; e, (2) as reformas administrativas ocorridas em Portugal.

¹¹⁹ De acordo com Rocha (2011: 157), para além do PRACE, fazem parte deste conjunto de reformas: a nova lei dos vínculos, carreiras e remunerações (Lei nº 12-A/2008, de 27 de fevereiro); o código do trabalho em Funções Públicas (Lei nº 59/2008, de 11 de setembro); a redução das categorias e carreiras, cujas promoções e remunerações passam a estar dependentes da avaliação de desempenho; a reestruturação da avaliação de desempenho (Lei nº 66-B/2007, de 28 de dezembro); nova lei dos dirigentes (Lei nº 51/2005, 30 de agosto); a revisão do Estatuto Disciplinar (Lei nº 58/2008, de 09 de setembro).

De facto, a construção teórica explanada até este momento visa enquadrar e contextualizar o momento da criação do IDT,IP enquanto entidade responsável pela execução das políticas públicas portuguesas contra as drogas, lícitas e ilícitas, de 2007 a 2012, tendo como fatores de análise as opções tomadas, ao longo do tempo, de políticas públicas de luta contra as dependências e de políticas de Administração Pública.

Em momento anterior tivemos ocasião de situar a criação do IDT,IP no âmbito da evolução histórica das políticas públicas das drogas. Importa agora investigar/ compreender a criação do IDT,IP no quadro das reformas administrativas prosseguidas por Portugal, nomeadamente ao longo da primeira década do novo milénio, em concreto como consequência do PRACE.

O PRACE, instituído pela RCM n.º 124/2005, de 04 de agosto, previa que o Programa decorresse em três fases subsequentes¹²⁰: (i) fase do enquadramento estratégico; (ii) fase de avaliação e redefinição organizacional de estruturas e recursos da administração central; e, (iii) fase de execução.

Conforme o estipulado no mesmo diploma, o Programa, no plano técnico, seria conduzido por uma Comissão Técnica¹²¹, a qual deveria produzir um relatório final¹²² para a reestruturação da administração central.

De acordo com Bilhim *et al* (2006), autores do Relatório Final da Comissão Técnica do PRACE, a abordagem metodológica seguida para levar a cabo a missão definida pelo Programa baseou-se em duas condições base: (i) recolha exaustiva de informação de forma a reunir as condições que permitissem aferir, tão específico quanto possível, a missão de cada Ministério; e (ii) baseado na informação recolhida e trabalhada, recomendar, então, estruturas organizacionais habilitadas a cumprir eficaz e eficientemente a missão de cada Ministério. Ou seja, esta metodologia permitiu, desde logo, clarificar as missões, atribuições e competências das múltiplas áreas da Administração Pública, e, na sequência, estabelecer uma tradução orgânica das mesmas.

No prosseguimento dos trabalhos realizados no âmbito do PRACE é aprovada, a 30 de março, a RCM n.º 39/2006, de 30 de março, o normativo que define as orientações gerais e especiais para a reestruturação dos ministérios¹²³. Ou seja, com a publicação deste diploma o Governo dava por findo as duas primeiras fases definidas pelo PRACE, estando, assim,

¹²⁰ Cfr. o disposto nas alíneas a), b) e c) do n.º 3 da RCM n.º 124/2005, de 04 de agosto.

¹²¹ Cfr. o disposto na alínea a) do n.º 6 da RCM n.º 124/2005, de 04 de agosto.

¹²² Cfr. o disposto no n.º 9 da RCM n.º 124/2005, de 04 de agosto.

¹²³ Cfr. o disposto no n.º 1 da RCM n.º 39/2006, de 30 de março.

em condições de dar início à fase de execução do Programa, com a elaboração e posterior aprovação das leis orgânicas dos ministérios¹²⁴. Seguir-se-ia, após análise das microestruturas atuais e dos recursos a elas afetos a apresentação de sugestões de reorganização dos serviços a apresentar aos membros do Governo em cada ministério¹²⁵.

No âmbito das orientações especiais a que deve obedecer a reestruturação do Ministério da Saúde, a RCM nº 39/2006, de 30 de março, decreta, sem prejuízo de avaliação visando a sua reestruturação, em fase imediata de cumprimento do PRACE, a manutenção do Instituto da Droga e da Toxicodpendência, I. P. (IDT,IP)¹²⁶. O normativo estipula também a manutenção dos centros regionais de alcoologia, embora passassem a funcionar na dependência das administrações regionais de saúde¹²⁷.

Com a publicação do DL nº 212/2006¹²⁸, de 27 de outubro, dá-se início à execução do PRACE no Ministério da Saúde, enformado pelas orientações que determinaram a reorganização dos serviços centrais para o exercício de funções de apoio à governação, de gestão de recursos, de natureza consultiva, de coordenação interministerial e operacionais¹²⁹. Essas orientações consubstanciam-se na introdução de um novo modelo organizacional que tem por base a racionalização de estruturas, o reforço e a homogeneização das funções de suporte à governação, a aproximação da Administração Central dos cidadãos e a devolução de poderes para o nível local ou regional, tudo como parte integrante de um movimento de modernização administrativa que visa a melhoria da qualidade dos serviços públicos¹³⁰.

O diploma legal referido confirmou a manutenção do IDT,IP, enquanto organismo integrado na administração indireta do Estado que prossegue atribuições no âmbito do Ministério da Saúde, sob superintendência e tutela do respetivo Ministro¹³¹. Refira-se que, com o propósito de simplificar a estrutura orgânica existente (do MS), o mesmo normativo determina um reforço das atribuições do IDT,IP através da absorção das competências até aí cometidas aos Centros Regionais de Alcoologia do Centro, Norte e Sul¹³². Neste sentido,

¹²⁴ Cfr. o disposto no Preâmbulo da RCM nº 39/2006, de 30 de março.

¹²⁵ Idem.

¹²⁶ Cfr. o disposto no ponto *xii*) da alínea c) do nº 22 da RCM nº 39/2006, de 30 de março.

¹²⁷ Cfr. o disposto no ponto *xiv*) da alínea c) do nº 22 da RCM nº 39/2006, de 30 de março.

¹²⁸ Estabelece a Lei Orgânica do Ministério da Saúde em resultado do PRACE.

¹²⁹ Cfr. o disposto no Preâmbulo do Decreto-Lei nº 212/2006, de 27 de outubro.

¹³⁰ Idem.

¹³¹ Cfr. o disposto na alínea e) do n.º 1 do art.º 5.º do Decreto-Lei nº 212/2006, de 27 de outubro.

¹³² Cfr. o disposto no Preâmbulo do Decreto-Lei nº 212/2006, de 27 de outubro.

o normativo estipula a extinção por fusão dos Centros Regionais de Alcoologia do Centro, Norte e Sul, sendo as respetivas atribuições integradas no IDT, IP¹³³.

A lei orgânica do IDT,IP é publicada em DR através do DL n.º 221/2007, de 29 de maio. Deste modo concretiza-se o esforço de racionalização estrutural consagrado na Lei Orgânica do Ministério da Saúde. É definido, assim, o modelo organizacional do IDT,IP enquanto estrutura do MS, o qual está conforme as orientações definidas pelo PRACE e com os objetivos estabelecidos no Programa de Governo no que concerne à modernização administrativa e à melhoria da qualidade dos serviços públicos, com ganhos de eficiência¹³⁴.

O IDT,IP é um instituto público integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa e património próprio, que prossegue atribuições do MS sob superintendência e tutela do respetivo Ministro¹³⁵. É um organismo central, com sede em Lisboa, que exerce a sua atividade em todo o território nacional e que dispõe de cinco serviços desconcentrados (ao nível das NUTS II¹³⁶), designados por delegações regionais¹³⁷.

¹³³ Cfr. o disposto na alínea e) do n.º 2 do art.º 26.º do Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de outubro.

¹³⁴ Cfr. o disposto no Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 221/2007, de 29 de maio.

¹³⁵ Cfr. o disposto no n.º 1 e n.º 2 do art.º 1.º do Decreto-Lei n.º 221/2007, de 29 de maio.

¹³⁶ Abreviatura para Mapas do Nível II da Nomenclatura de Unidades Territoriais para fins estatísticos, previstos no Decreto-Lei n.º 317/99, de 11 de agosto.

¹³⁷ Cfr. o disposto nos n.º 1, 2 e 3 do art.º 2.º do Decreto-Lei n.º 221/2007, de 29 de maio.

CAPÍTULO 3: IDT,IP – IMPACTOS DA EVOLUÇÃO DOS RECURSOS, DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO E DOS RESULTADOS.

No decorrer deste capítulo apresentamos algumas considerações quanto à metodologia utilizada para a feitura desta dissertação e, na sequência, explanamos e discutimos os dados apurados ao longo do processo de investigação.

3.1. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Tendo presente o enquadramento do tema apresentado e a questão de investigação, importa agora tecer algumas considerações quanto à metodologia utilizada para a realização desta dissertação.

Refira-se, no entanto, que, como refere Joaquim Serrão (2005: 15), “não existe uma metodologia única para orientar a investigação no campo das Ciências Sociais”, ou seja, uma dissertação decorre sempre do tema escolhido, das fontes disponíveis e da forma como estas poderão ser tratadas.

Por conseguinte, para a elaboração deste trabalho optámos por realizar um Estudo Exploratório¹³⁸, o qual insere-se nas abordagens qualitativas da investigação.

Estabelecido o modelo de abordagem importa agora narrar, em pormenor, o tipo de estudo executado.

Neste sentido, optou-se por realizar os seguintes passos:

- análise crítica da literatura selecionada sobre as várias temáticas abordadas tendo como objetivo fundamentar a exposição ao longo do trabalho, sendo que só as obras referenciadas foram incluídas nas referências bibliográficas;
- análise crítica de todos os diplomas legais relevantes, onde, mais uma vez, apenas a legislação mencionada ao longo do trabalho foi incluída nas referências bibliográficas;
- análise crítica de documentos oficiais publicados anualmente pelo IDT, IDT,IP (nomeadamente, Plano e Relatório de Atividades e A Situação do País em Matéria de

¹³⁸ Segundo Teresa D’ Oliveira (2007: 15) “este tipo de trabalho procura conhecer melhor os fenómenos em estudo quer através de novas questões ou novas explicações ou simplesmente tentando indagar as características dos acontecimentos ou situações. Explora-se uma determinada realidade porque pouco se conhece sobre ela”.

Drogas e Toxicodependências) e pelo OEDT (Relatório Anual), tendo apenas sido inseridos nas referências bibliográficas os documentos aludidos ao longo do trabalho.

Com base na análise às fontes bibliográficas referidas foi possível identificar as três dimensões fundamentais subjacentes ao presente trabalho: (1) as políticas públicas de luta contra a droga; (2) o *New Public Management* (NPM); e, (3) o Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE).

Se atentarmos à questão de investigação subjacente a esta dissertação podemos constatar que todas as três dimensões mencionadas encontram-se presentes. De facto, aquilo que se pretende com este estudo é compreender/ estabelecer/ enumerar os impactos no IDT,IP decorrentes tanto da evolução das políticas públicas da droga, como do NPM e do PRACE. Tendo presente que “cada investigação é uma experiência única, que utiliza caminhos próprios, cuja escolha está ligada a numerosos critérios, como sejam a interrogação de partida, a formação do investigador, os meios de que dispõe ou o contexto institucional em que se inscreve o seu trabalho” (Quivy & Campenhoudt, 1998: 120-121), criámos um modelo de análise simples (ver Figura 13).

Figura 13 – Modelo de análise do trabalho.



Fonte: Produzido pelo autor.

Ou seja, como referimos, vamos tentar identificar os impactos no IDT,IP, por comparação com o IDT, resultantes tanto da evolução das políticas públicas de luta contra a droga como da influência das ideias do *New Public Management* e, por conseguinte, do processo de reforma administrativa denominado PRACE.

Com essa finalidade estabelecemos dois momentos de análise distintos, embora complementares entre si:

1. Num primeiro momento, mais descritivo, examinamos, numa perspetiva comparativa, tanto o IDT como o IDT,IP, tendo presente os respetivos diplomas legais que lhes estão subjacentes. Deste modo, não só elencamos e esmiuçamos toda a legislação relevante sobre cada um desses organismos públicos como, simultaneamente, damos conta da forma como, tendo presente esses normativos, cada uma dessas entidades se organizou, identificando, assim, as diferenças ocorridas;
2. Num segundo momento investigamos um conjunto de indicadores mensuráveis e comparáveis inseridos em vários documentos oficiais¹³⁹, tanto do IDT como do IDT,IP que permitam aferir que impacto ou impactos podem ser estabelecidos.

Para levar a cabo a análise comparativa entre o IDT e o IDT,IP optámos por escolher duas datas de referência: 2006 e 2011. A explicação para a escolha destas datas é a seguinte:

- (i) ano de 2006: o IDT foi criado em 2002 pelo DL n.º 269-A/2002, de 29 de novembro, tendo sido extinto em 2007, na sequência da criação do IDT,IP após a promulgação do DL n.º 221/2007, de 29 de maio. Assim, 2006 foi não só o último ano civil completo de atividade do IDT, como foi um ano em que não houve alterações ao nível do dirigente máximo do serviço¹⁴⁰, tendo também sido o primeiro ano completo de atividade do IDT inserido no novo ciclo estratégico decorrente da aprovação do Plano Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência 2005-2012¹⁴¹.
- (ii) ano de 2011: na sequência da promulgação do DL n.º 221/2007, de 29 de maio, é criado o IDT,IP tendo a sua extinção ocorrido a 31 de dezembro de 2012, conforme havia sido postulado pelo DL n.º 124/2011, de 29 de novembro. Neste sentido, 2011 foi para o IDT,IP, não só o último ano de atividade regular como foi também o último ano de atividade no âmbito do referido PNLCDT 2005-2012 (o ano de 2012 seria de avaliação do Plano).

¹³⁹ Planos de atividade, relatórios de atividade, relatórios anuais versando “a situação do país em matéria de drogas e toxicodependências” e balanço social.

¹⁴⁰ O Dr. João Goulão tomou posse como Presidente do IDT no dia 02 de maio de 2005.

¹⁴¹ Aprovado pela RCM n.º 115/2006, de 04 de maio.

A opção quanto aos indicadores em análise recaiu sobre dezoito, os quais podem ser observados na Tabela 6.

Tabela 6 – Conjunto de indicadores do IDT e do IDT, IP.

| | CONJUNTO DE INDICADORES | | FONTE DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO |
|---------------------|-------------------------|--|---|
| RECURSOS | (i) | N.º unidades orgânicas independentes | IDT (2007a) e IDT, IP (2012b) |
| | (ii) | N.º estruturas de tratamento em ambulatório na rede pública | IDT, IP (2007) e IDT, IP (2012d) |
| | (iii) | N.º estruturas de tratamento em internamento na rede pública | IDT, IP (2007), IDT, IP (2012b) e IDT, IP (2012d) |
| | (iv) | N.º camas nas estruturas de tratamento em internamento na rede pública | IDT (2007a) e IDT, IP (2012b) |
| | (v) | N.º dirigentes | IDT (2007a), IDT, IP (2012b) e IDT, IP (2012c) |
| | (vi) | N.º profissionais | IDT (2007a) e IDT, IP (2012b) |
| | (vii) | Recursos financeiros (por fonte de financiamento) | IDT, IP (2007) e IDT, IP (2012d) |
| INSTRUMENTOS GESTÃO | (viii) | Plano e relatório de actividades | IDT (2006c), IDT (2007a), IDT, IP (2011c) e IDT, IP (2012b) |
| | (ix) | SIADAP e QUAR | IDT (2007b), IDT, IP (2011c), IDT, IP (2012b) e IDT, IP (2012e) |
| RESULTADOS | (x) | N.º utentes em ambulatório na rede pública | IDT (2007a), IDT, IP (2007), IDT, IP (2012b) e IDT, IP (2012d) |
| | (xi) | N.º primeiras consultas em ambulatório na rede pública | IDT (2007a), IDT, IP (2007), IDT, IP (2012b) e IDT, IP (2012d) |
| | (xii) | N.º consultas de seguimento em ambulatório na rede pública | IDT (2007a), IDT, IP (2007) e IDT, IP (2012b) |
| | (xiii) | N.º total de consultas em ambulatório na rede pública | IDT (2007a), IDT, IP (2007) e IDT, IP (2012b) |
| | (xiv) | N.º total de utentes em tratamento com internamento na rede pública | IDT (2007a), IDT, IP (2007), IDT, IP (2012b) e IDT, IP (2012d) |
| | (xv) | N.º total de utentes em ambulatório na rede pública rastreados para VIH | IDT, IP (2012d) |
| | (xvi) | N.º total de utentes em ambulatório na rede pública rastreados para Hepatite B | IDT, IP (2012d) |
| | (xvii) | N.º total de utentes em ambulatório na rede pública rastreados para Hepatite C | IDT, IP (2012d) |
| | (xviii) | N.º total de processos de contraordenações | IDT, IP (2012d) |

Fonte: Produzido pelo autor.

Por uma questão de método mas também com o intuito de tornar a análise mais simples e objetiva, aos indicadores mencionados de (i) a (vii) apelidámos de “recursos”, aos indicadores aludidos em (viii) e (ix) de “instrumentos de gestão” e, finalmente, aos indicadores referidos de (x) a (xviii) designámos por “resultados”.

A justificação para a escolha destes dezoito indicadores específicos prende-se com o seguinte:

- (i) todos estes dezoito indicadores tiveram continuidade ao longo do tempo, fator decisivo para concretizar a análise comparativa que pretendemos realizar;
- (ii) procurou-se escolher indicadores que permitissem validar algumas das premissas decorrentes tanto do NPM como do PRACE;
- (iii) finalmente, tratam-se de indicadores cujos dados constam de documentos oficiais produzidos pelo IDT e pelo IDT,IP, logo disponíveis para consulta e análise.

Tendo presente os dois momentos de análise mencionados, assim como o conjunto de indicadores descritos na Tabela 6, desenvolvemos uma matriz de trabalho (ver Tabela 7) que nos permitiu estabelecer uma análise comparativa entre o IDT e o IDT,IP, tendo em conta todas as três dimensões consideradas relevantes para a presente dissertação.

Tabela 7 – Matriz de análise comparativa entre o IDT e o IDT, IP.

| VARIÁVEIS DE ANÁLISE | | VETORES DE MUDANÇA | ANÁLISE COMPARATIVA | | IMPACTO Sim/ Não |
|----------------------|---|-----------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------|
| | | | IDT | IDT, IP | |
| | | | 2006 | 2011 | |
| 1 | PNLCDT 2005-2012 | POLÍTICAS PÚBLICAS DA DROGA | Legislação | Legislação | |
| 2 | Integração dos PLA | | Legislação | Legislação | |
| 3 | Gestão profissional | NPM | Legislação | Legislação | |
| 4 | Explicitação das medidas de performance | | (viii) e (ix) | (viii) e (ix) | |
| 5 | Ênfase nos resultados | | (vii) e (ix) | (viii) e (ix) | |
| 6 | Fragmentação das grandes unidades administrativas | | Legislação | Legislação | |
| 7 | Adopção de estilos de gestão empresarial | | (vii) e (ix) | (viii) e (ix) | |
| 8 | Fazer mais com menos dinheiro | | (vii) e (x) até (xviii) | (vii) e (x) até (xviii) | |
| 9 | Redução do n.º de estruturas | PRACE | (i), (ii), (iii) e (iv) | (i), (ii), (iii) e (iv) | |
| 10 | Redução do n.º de dirigentes | | (v) | (v) | |
| 11 | Redução do n.º de profissionais | | (vi) | (vi) | |
| 12 | Harmonização dos critérios de desconcentração | | Legislação | Legislação | |

Fonte: Produzido pelo autor.

Desconstruindo a matriz apresentada na Tabela 7 importa referir o seguinte:

- No centro da análise encontram-se as três dimensões cujo papel enquanto agentes de mudança será analisado: Políticas Públicas da Droga, NPM e PRACE, designados vetores de mudança;
- Para o conjunto das dimensões definimos doze premissas (duas para as Políticas Públicas da Droga, seis para o NPM e quatro para o PRACE), designadas variáveis de análise;
- Estabeleceu-se para cada uma das variáveis de análise a forma de aferir, seja através da análise de legislação específica relativa ao IDT e ao IDT,IP, seja através do conjunto de indicadores elencados na Tabela 6;

- Finalmente, os resultados obtidos permitem estabelecer linhas de comparação entre o IDT e o IDT,IP e, por conseguinte, aferir se houve ou não impacto. Com esse conhecimento estamos, então, em condições de expressar uma ou várias respostas quanto à questão de investigação subjacente ao presente trabalho.

3.2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao longo deste capítulo apresentamos uma análise comparativa entre o IDT e o IDT,IP tendo como base dois prismas distintos, embora, como já referido, complementares entre si. Assim, num primeiro momento analisamos, numa perspetiva comparativa, a legislação relevante tanto do IDT como do IDT,IP. Num segundo momento examinamos, também numa ótica comparativa, um conjunto de indicadores, precisamente dezoito, relativos ao IDT e ao IDT,IP. Após a apresentação dos resultados obtidos em consequência da análise comparativa levada a cabo, procedemos, então, à respetiva discussão dos mesmos.

3.2.1. Análise comparativa à legislação relevante do IDT e do IDT,IP

O propósito deste ponto passa por estabelecer um quadro descritivo/ comparativo entre o IDT e o IDT,IP tendo em conta os diplomas legais relevantes que regulamentam organicamente os dois organismos (ver Tabela 8).

Tabela 8 – Relação dos diplomas legais relevantes sobre o IDT e o IDT, IP.

| IDT | | IDT, IP |
|---|--|---|
| Decreto-Lei n° 269-A/2002, de 29 de Novembro - Lei Orgânica do IDT e respetivos Estatutos | Legislação e Regulamentação Interna | Decreto-Lei n° 221/2007, de 29 de Maio - Lei Orgânica do IDT, IP |
| Portaria n° 484/2003, de 15 de Abril - Regulamento da Organização Interna dos Serviços do IDT | | Portaria n° 648/2007, de 30 de Maio - Estatutos do IDT, IP |
| Despacho Conjunto n° 679/2003, de 02 de Julho - Regulamento do Pessoal Dirigente do IDT | | Despacho Normativo n° 51/2008, de 01 de Outubro - Regulamento de Organização e Funcionamento do IDT, IP |
| | | Portaria n° 925/2010, de 20 de Setembro - Alteração aos Estatutos do IDT, IP |

Fonte: Produzido pelo autor com base na legislação consultada.

Quanto à natureza jurídica, sede e jurisdição territorial do IDT e do IDT,IP importa observar a Tabela 9. Da análise à Tabela 9 podemos concluir que, no que concerne à

natureza jurídica, o IDT¹⁴² e o IDT,IP¹⁴³ são ambos Institutos Públicos que desenvolvem a sua atividade no âmbito do Ministério da Saúde e que possuem autonomia administrativa e património próprio. Tanto o IDT¹⁴⁴ como o IDT,IP¹⁴⁵ têm sede em Lisboa e exercem a sua atividade a nível nacional, dispondo, para o efeito, de cinco serviços desconcentrados, denominados de delegações regionais.

Tabela 9 – Natureza jurídica, sede e jurisdição territorial do IDT e do IDT, IP.

| IDT | | IDT, IP |
|--|------------------------|--|
| Instituto Público dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa e património próprio | Natureza jurídica | Instituto Público integrado na administração indirecta do Estado, dotado de autonomia administrativa e património próprio |
| Exerce a sua actividade sob a tutela e superintendência do Ministro da Saúde | | Prossegue atribuições do Ministério da Saúde, sob superintendência e tutela do respectivo ministro |
| Tem a sua sede em Lisboa e exerce a sua actividade a nível nacional | Sede | Organismo central, com sede em Lisboa, que exerce a sua actividade sobre todo o território nacional |
| As delegações regionais, em número de cinco, são serviços desconcentrados que exercem a sua actividade na área territorial correspondente às regiões de saúde previstas no artigo 4.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, podendo o Conselho de Administração propor ao Ministro da Saúde a definição de áreas de intervenção não coincidentes com a referida correspondência territorial | Jurisdição territorial | Dispõe de cinco serviços desconcentrados designados delegações regionais, correspondendo o seu âmbito de actuação às NUTS II |

Fonte: Produzido pelo autor com base na legislação consultada.

A Tabela 10 ilustra os órgãos e serviços do IDT e do IDT,IP. Da análise aos órgãos de cada um dos organismos podemos destacar o seguinte:

1. Conselho de Administração (CA)¹⁴⁶ vs. Conselho Diretivo (CD)¹⁴⁷: embora com designações diferentes a divergência surge, sobretudo, ao nível da composição do respetivo órgão, um presidente e três vogais no IDT e um presidente e dois vogais no IDT,IP, situação que, no entanto, seria corrigida pela publicação do DL n.º 172/2005, de 14 de outubro, normativo que procede à alteração da composição do conselho de administração do IDT para um presidente e dois vogais, à semelhança do IDT,IP;

¹⁴² Cfr. o disposto no n.º 2 do art.º 1.º do Decreto-Lei n.º 269-A/2002, de 29 de novembro.

¹⁴³ Cfr. o disposto no art.º 1.º do Decreto-Lei n.º 221/2007, de 29 de maio.

¹⁴⁴ Cfr. o disposto no n.º 1 do art.º 3.º conjugado com os art.º 25.º e 26.º, todos do anexo ao Decreto-Lei n.º 269-A/2002, de 29 de novembro.

¹⁴⁵ Cfr. o disposto no art.º 2.º do Decreto-Lei n.º 221/2007, de 29 de maio.

¹⁴⁶ Cfr. o disposto na alínea a) do n.º 1 do art. 7.º conjugado com os arts. 10º e 11º, todos do Capítulo III do anexo ao Decreto-Lei n.º 269-A/2002, de 29 de novembro.

¹⁴⁷ Cfr. o disposto na alínea a) do n.º 1 do art.º 4.º conjugado com o art.º 5.º, ambos do Decreto-Lei n.º 221/2007, de 29 de maio.

2. Conselho Técnico-Científico (CTC)¹⁴⁸ vs. Conselho Consultivo (CC)¹⁴⁹: embora com designações diferentes são ambos órgãos consultivos de apoio ao conselho de administração do IDT e ao conselho diretivo do IDT,IP, respetivamente, com competências similares. As diferenças surgem ao nível da composição de cada um dos órgãos, nomeadamente, os delegados regionais tinham assento no CTC, o que não acontece no CC, onde, no entanto, passam a ter assento um representante do Alto Comissariado da Saúde e um representante da Direção-Geral da Saúde, que, por sua vez, não tinham assento no CTC;

Tabela 10 – Os órgãos e serviços do IDT e do IDT, IP.

| IDT | | IDT, IP |
|---|-----------------|---|
| Conselho de Administração: composto por um presidente e três vogais, tendo o presidente voto de qualidade | Órgãos | Conselho Directivo: composto por um presidente e dois vogais |
| Conselho Técnico-Científico (órgão consultivo do IDT): é composto pelo presidente do conselho de administração do IDT, que preside; pelos responsáveis pelos serviços centrais do IDT; pelos delegados regionais do IDT; e por cinco personalidades externas ao IDT, com reconhecida competência na área da droga e da toxicod dependência, a nomear pelo Ministro | | Conselho Consultivo: composto pelo presidente do conselho directivo do IDT, IP, que preside; pelos responsáveis pelos departamentos dos serviços centrais do IDT, IP; por um representante do Alto Comissariado da Saúde; por um representante da Direção Geral de Saúde; e por cinco especialistas independentes, de reconhecido mérito nas áreas da droga, álcool e da toxicod dependência |
| Junto do IDT funciona a Comissão de Ética para a Saúde , nos termos do Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio | | Junto do IDT, IP, funcionam o Conselho Nacional do Combate à Droga e à Toxicod dependência e a Comissão de Ética para a Saúde |
| Serviços Centrais | Serviços | Serviços Centrais |
| Serviços Regionais (delegações regionais) | | Serviços Desconcentrados (delegações regionais e unidades de intervenção local) |
| Serviços Locais (são serviços das delegações regionais denominadas de Unidades Especializadas) | | |

Fonte: Produzido pelo autor com base na legislação consultada.

3. Comissão de Ética para a Saúde (CES)¹⁵⁰: órgão constante tanto no IDT como no IDT,IP, cujo mandato e competências encontram-se definidos no DL n.º 97/95, de 10 de maio;
4. Conselho Nacional do Combate à Droga e à Toxicod dependência¹⁵¹ (CNCDDT): este órgão funciona apenas junto do IDT,IP.

¹⁴⁸ Cfr. o disposto nos arts.º 20.º e 21.º, ambos do Capítulo III do anexo ao Decreto-Lei n.º 269-A/2002, de 29 de novembro.

¹⁴⁹ Cfr. o disposto no art.º 6.º do Decreto-Lei n.º 221/2007, de 29 de maio.

¹⁵⁰ Cfr. o disposto no n.º 2 do art.º 7.º do Capítulo III do anexo ao Decreto-Lei n.º 269/2002, de 29 de novembro, e, cfr. o disposto na alínea b) do n.º 2 do art.º 4.º conjugado com o art.º 7.º, ambos do Decreto-Lei n.º 221/2007, de 29 de maio.

¹⁵¹ O Conselho Nacional do Combate à Droga e à Toxicod dependência foi criado no âmbito do Decreto-Lei n.º 1/2003, de 06 de janeiro, tendo como objeto ser “o órgão de consulta do Primeiro-Ministro e do Governo sobre a política de combate à droga e à toxicod dependência, competindo-lhe pronunciar-se sobre a definição e execução dos principais instrumentos programáticos nesta matéria, bem como sobre todos os outros

De seguida iremos analisar os serviços do IDT e do IDT,IP.

O IDT, para a prossecução das suas atribuições dispõe de serviços centrais, regionais e locais, cuja “*organização (...) obedecerá aos critérios de especialização horizontal e vertical de funções que se mostrem mais adequadas*”¹⁵² para esse fim. Sendo que “*são serviços regionais as delegações regionais*”¹⁵³ e “*são serviços locais as unidades especializadas*”¹⁵⁴. Refira-se que “*as delegações regionais são serviços desconcentrados do IDT, cabendo-lhes desenvolver a sua actividade a nível regional, no âmbito das atribuições do IDT*”¹⁵⁵. Por outro lado, “*dependentes de cada delegação regional existem unidades especializadas*”¹⁵⁶.

Quanto aos serviços, o IDT,IP “*dispõe de serviços centrais e de serviços desconcentrados, estes designados por delegações regionais e por unidades de intervenção local*”¹⁵⁷. Os serviços centrais são serviços de coordenação, planeamento, conceção, gestão técnico-normativa, fiscalização e avaliação das actividades desenvolvidas nas diversas áreas de intervenção no domínio da droga, da toxicodependência e dos problemas ligados ao álcool. Por seu lado, as delegações regionais são serviços desconcentrados a nível do território nacional que coordenam e gerem os serviços de âmbito regional e local do IDT,IP nos vários vetores de intervenção. Finalmente, dependentes das delegações regionais estão as unidades de intervenção local (IDT,IP, 2012b). Importa destacar que,

as unidades de intervenção local exercem a sua actividade nas áreas da prevenção, da dissuasão, da redução de riscos e minimização de danos, do tratamento e da reinserção social de toxicodependentes e de alcoólicos, articulando-se, de acordo com as orientações das respectivas delegações regionais, com os serviços prestadores de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde. (cfr. o disposto no art.º 9.º do anexo à Portaria nº 648/2007, de 30 de maio).

Seguidamente iremos detalhar a composição tanto dos serviços centrais como dos serviços regionais e locais do IDT e do IDT,IP.

assuntos que sobre a mesma matéria lhe sejam submetidos pelo Primeiro-Ministro e pelo membro do Governo responsável pela coordenação da política de combate à droga e à toxicodependência” (cfr. o disposto no art.º 11.º do capítulo IV do citado decreto).

¹⁵² Cfr. o disposto no n.º 2 do art.º 9.º do Capítulo III do anexo ao Decreto-Lei nº 269-A/2002, de 29 de novembro.

¹⁵³ Cfr. o disposto no n.º 3 do art.º 8.º do Capítulo III do anexo ao Decreto-Lei nº 269-A/2002, de 29 de novembro.

¹⁵⁴ Cfr. o disposto no n.º 4 do art.º 8.º do Capítulo III do anexo ao Decreto-Lei nº 269-A/2002, de 29 de novembro.

¹⁵⁵ Cfr. o disposto no n.º 1 do art.º 14.º do anexo à Portaria nº 484/2003, de 15 de abril.

¹⁵⁶ Cfr. o disposto no n.º 3 do art.º 14.º do anexo à Portaria nº 484/2003, de 15 de abril.

¹⁵⁷ Cfr. o disposto no n.º 1 do art.º 1.º do anexo à Portaria nº 648/2007, de 30 de maio.

A organização dos serviços centrais do IDT foi determinada pela Portaria n.º 484/2003, de 15 de abril, especificamente, em resultado do disposto pelo n.º 2 do art.º 1.º conjugado com os arts.º 4.º a 13.º, todos do respetivo anexo. A Tabela 11 permite ilustrar a forma como os serviços centrais do IDT foram organizados.

Tabela 11 – Organização dos serviços centrais do IDT e do IDT, IP.

| IDT | | IDT, IP |
|--|--------------------------|--|
| <p><u>Departamento de Prevenção (DP):</u> Núcleo de Planeamento e Avaliação (NPA) Núcleo de Atendimento e Informação (NAI)</p> <p><u>Departamento de Tratamento, Redução de Danos e Reinserção (DTRDR):</u> Núcleo de Tratamento e Redução de Danos (NTRD) Núcleo de Reinserção (NR)</p> <p><u>Departamento de Planeamento e Administração Geral (DPAG):</u> Unidade Económica e Financeira (UEF) Unidade de Gestão de Recursos Humanos (UGRH) Unidade de Informática (UI) Unidade de Gestão e Planeamento (UGP) Unidade de Inspeção, Fiscalização e Avaliação (UIFA)</p> <p><u>Observatório de Drogas e Toxicodependências (ODT):</u> Núcleo de Estatística (NE) Núcleo de Informação, Publicações e Documentação (NIPD) Núcleo de Investigação (NI)</p> <p><u>Departamento de Apoio às Comissões de Dissuasão da Toxicodependência (DACDT):</u> Núcleo de Apoio Técnico</p> <p><u>Gabinete de Relações Internacionais (GRI)</u> <u>Gabinete de Estudos Jurídicos (GEJ)</u> <u>Gabinete de Relações Exteriores (GRE)</u> <u>Gabinete de Formação (GF)</u> <u>Assessoria do Conselho de Administração (ACA)</u></p> | Serviços Centrais | <p><u>Departamento de Intervenção na Comunidade (DIC):</u> Núcleo de Prevenção (NP) Núcleo de Redução de Danos (NRD) Núcleo de Atendimento e Informação (NAI)</p> <p><u>Departamento de Tratamento e Reinserção (DTR):</u> Núcleo de Tratamento (NT) Núcleo de Reinserção (NR) Núcleo de Licenciamento e Fiscalização (NLF)</p> <p><u>Departamento de Planeamento e Administração Geral (DPAG):</u> Núcleo de Gestão Económica e Financeira (NGEF) Núcleo de Gestão de Recursos Humanos (NGRH) Núcleo de Informática (NI) Núcleo de Gestão e Planeamento (NGP)</p> <p><u>Departamento de Monitorização, Formação e Relações Internacionais (DMFRI):</u> Núcleo de Estatística (NE) Núcleo de Publicações e Documentação (NPD) Núcleo de Estudos e Investigação (NEI) Núcleo de Formação (NF) Núcleo de Relações Internacionais (NRI)</p> <p><u>Gabinete de Apoio à Dissuasão (GAD)</u></p> |

Fonte: Produzido pelo autor com base na legislação consultada.

No que diz respeito ao IDT,IP “os serviços centrais integram departamentos (...) e um gabinete”¹⁵⁸, sendo que “os departamentos podem ser desagregados em unidades funcionais, designados núcleos (...) cujo número não pode ser superior a quinze”¹⁵⁹. A estrutura dos serviços centrais do IDT,IP foi estabelecida pela conjugação de dois normativos, a Portaria n.º 648/2007, de 30 de maio¹⁶⁰ e o Despacho Normativo n.º 51/2008,

¹⁵⁸ Cfr. o disposto no n.º 2 do art.º 1.º do anexo à Portaria n.º 648/2007, de 30 de maio.

¹⁵⁹ Cfr. o disposto no n.º 3 do art.º 1.º do anexo à Portaria n.º 648/2007, de 30 de maio.

¹⁶⁰ Cfr. o disposto no n.º 2 e o n.º 3 do art.º 1.º conjugado com os arts.º 2.º a 7.º, todos do anexo à Portaria n.º 648/2007, de 30 de maio.

de 01 de outubro¹⁶¹. Mais uma vez, a Tabela 11 permite elucidar como foram organizados os serviços centrais do IDT,IP.

Continuando a análise dos serviços do IDT e do IDT,IP, focar-nos-emos agora nos serviços regionais, cujas respetivas estruturas podem ser observadas na Tabela 12.

Tabela 12 – Organização dos serviços regionais do IDT e do IDT, IP.

| IDT | IDT, IP |
|---|---|
| <p>Delegação Regional</p> <p>5 delegações regionais: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.</p> <p>Dirigida por um delegado regional coadjuvado na DRN, DRC e DRLVT por dois subdelegados regionais e na DRA e DRAL por apenas um subdelegado regional.</p> <p>Compreendem os seguintes serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Serviços de Coordenação e Apoio Técnico (SCAT) (b) Serviços de Apoio Administrativo (SAA) (c) Unidades Especializadas: <ul style="list-style-type: none"> i) Centros de Atendimento ao Toxicodependente (CAT) ii) Unidades de Desabilitação (UD) iii) Comunidades Terapêuticas (CT) iv) Unidades de Prevenção (UP) | <p style="text-align: center;">Serviços Regionais</p> |
| | <p>Delegação Regional</p> <p>5 delegações regionais: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.</p> <p>Dirigida por um delegado regional coadjuvado na DRN, DRC e DRLVT por dois subdelegados regionais e na DRA e DRAL por apenas um subdelegado regional.</p> <p>Compreendem os seguintes serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Núcleo de Apoio Técnico (NAT) (b) Núcleo de Apoio Geral (NAG) (c) Unidades de Intervenção Local: <ul style="list-style-type: none"> i) Centros de Respostas Integradas (CRI) ii) Unidades de Desabilitação (UD) iii) Comunidades Terapêuticas (CT) iv) Unidades de Alcoologia (UA) |

Fonte: Produzido pelo autor com base na legislação consultada.

Tanto os serviços regionais do IDT¹⁶² como do IDT,IP¹⁶³ encontram-se organizados em cinco delegações regionais: a Delegação Regional do Norte (DRN), a Delegação Regional do Centro (DRC), a Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo (DRLVT), a Delegação Regional do Alentejo (DRA) e a Delegação Regional do Algarve (DRAL).

A composição da direção de cada uma das cinco delegações regionais manteve-se inalterada do IDT¹⁶⁴ para o IDT,IP¹⁶⁵.

No IDT “as delegações regionais compreendem os seguintes serviços: a) serviços de coordenação e apoio técnico; b) serviços de apoio administrativo; c) unidades especializadas”¹⁶⁶. As unidades especializadas do IDT¹⁶⁷ são: os Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT), as Unidades de Desabilitação (UD), as Comunidades Terapêuticas (CT) e as Unidades de Prevenção (UP).

¹⁶¹ Cfr. o disposto nos arts.º 1.º a 4.º do anexo ao Despacho Normativo nº 51/2008, de 01 de outubro.

¹⁶² Cfr. o disposto no n.º 3 do art.º 1.º do anexo à Portaria nº 484/2003, de 15 de abril.

¹⁶³ Cfr. o disposto no n.º 3 do art.º 2.º do Decreto-Lei nº 221/2007, de 29 de maio.

¹⁶⁴ Cfr. o disposto no n.º 2 do art.º 25.º do anexo ao Decreto-Lei nº 269-A/2002, de 29 de novembro, conjugado com o disposto no n.º 2 do art.º 14.º do anexo à Portaria nº 484/2003, de 15 de abril.

¹⁶⁵ Cfr. o disposto no n.º 4 do art.º 1.º do anexo à Portaria nº 648/2007, de 30 de maio.

¹⁶⁶ Cfr. o disposto no art.º 17.º do anexo à Portaria nº 484/2003, de 15 de abril.

¹⁶⁷ Cfr. o disposto no n.º 1 do art.º 21.º do anexo à Portaria nº 484/2003, de 15 de abril.

Quanto ao IDT,IP, “as delegações regionais integram o núcleo de apoio geral e o núcleo de apoio técnico”¹⁶⁸. Dependentes das delegações regionais existem as Unidades de Intervenção Local¹⁶⁹, que podem assumir as seguintes formas: (i) Centros de Respostas Integradas – CRI; (ii) Unidades de Desabilitação – UD; (iii) Comunidades Terapêuticas – CT; e (iv) Unidades de Alcoologia – UA.

Para concluir a análise aos serviços do IDT e do IDT,IP falta detalhar os serviços locais de ambos. A Tabela 13 permite ilustrar, sinteticamente, a composição dos serviços locais do IDT e do IDT,IP.

Tabela 13 – Organização dos serviços locais do IDT e do IDT, IP.

| IDT | IDT, IP |
|---|---|
| <p>Delegação Regional do Norte (DRN): Unidades Especializadas: 13 CAT (Braga, Cedofeita, Bragança, Boavista, Conde, Gaia, Godomar, Guimarães, Matosinhos, Porto Ocidental, Porto Oriental, Viana do Castelo e Vila Real); 1 UD (Cedofeita); 1 CT (Ponte da Pedra); e 6 UP (Braga, Bragança, Porto Norte, Porto Sul, Viana do Castelo e Vila Real).</p> | <p>Delegação Regional do Norte (DRN): Unidades de Intervenção Local: 7 CRI (Braga, Bragança, Porto Oriental, Porto Central, Porto Ocidental, Viana do Castelo e Vila Real); 1 UD (UD do Norte); 1 CT (Ponte da Pedra); e 1 UA (UA do Norte).</p> |
| <p>Delegação Regional do Centro (DRC): Unidades Especializadas: 11 CAT (Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Covilhã, Figueira da Foz, Guarda, Leiria, Peniche, Pombal, Santa Maria da Feira e Viseu); 1 UD (Coimbra); 1 CT (Arco-Íris); e 6 UP (Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu).</p> | <p>Delegação Regional do Centro (DRC): Unidades de Intervenção Local: 6 CRI (Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu); 1 UD (Coimbra); 1 CT (Arco-Íris); e 1 UA (Coimbra)</p> |
| <p>Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo (DRLVT): Unidades Especializadas: 15 CAT (Abrantes, Almada, Amadora, Barreiro, Litoral Alentejano, Loures, Oeiras, Parede, Restelo, Santarém, Setúbal, Sintra, Taipas, Torres Vedras e Xabregas); 2 UD (Taipas e Xabregas); 1 CT (Restelo); e 3 UP (Lisboa, Santarém e Setúbal).</p> | <p>Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo (DRLVT): Unidades de Intervenção Local: 5 CRI (Lisboa Ocidental, Lisboa Oriental, Oeste, Ribatejo e Setúbal); 1 UD (Taipas); 1 CT (Restelo); e 1 UA (Lisboa).</p> |
| <p>Delegação Regional do Alentejo (DRA): Unidades Especializadas: 4 CAT (Beja, Elvas, Évora e Portalegre); e 3 UP (Beja, Évora e Portalegre).</p> | <p>Delegação Regional do Alentejo (DRA): Unidades de Intervenção Local: 3 CRI (Évora, Baixo Alentejo e Alentejo Litoral e Portalegre).</p> |
| <p>Delegação Regional do Algarve (DRAL): Unidades Especializadas: 2 CAT (Olhão e Portimão); 1 UD (Olhão); e 1 UP (Faro).</p> | <p>Delegação Regional do Algarve (DRAL): Unidades de Intervenção Local: 1 CRI (Algarve); e 1 UD (Algarve).</p> |

Fonte: Produzido pelo autor com base na legislação consultada.

No IDT, como referido anteriormente, os serviços locais denominam-se por Unidades Especializadas e exercem a sua atividade na dependência das respetivas delegações regionais, podendo assumir quatro tipologias distintas: CAT, UD, CT ou UP. Na Tabela 13 podemos observar a forma como foram organizados os serviços locais do IDT¹⁷⁰.

Quanto aos serviços locais do IDT,IP também já foi exposto que os mesmos denominam-se Unidades de Intervenção Local e podem ser de quatro tipos: CRI, UD, CT e UA, os quais são serviços desconcentrados dependentes das várias delegações regionais. O número

¹⁶⁸ Cfr. o disposto no n.º 5 do art.º 1.º do anexo à Portaria n.º 648/2007, de 30 de maio.

¹⁶⁹ Cfr. o disposto no n.º 1 do art.º 6.º do anexo ao Despacho Normativo n.º 51/2008, de 01 de outubro.

¹⁷⁰ Consequência direta da aplicação do disposto no n.º 1 do art.º 29.º do anexo ao DL n.º 269-A/2002, de 29 de novembro.

máximo de Unidades de Intervenção Local previstos foi de 22 CRI, 5 UD, 3 CT e 3 UA¹⁷¹. Novamente, pela observação da Tabela 13 consegue-se ter uma ideia da forma como os serviços locais do IDT,IP foram definidos¹⁷².

3.2.2. Análise comparativa aos dados do IDT e do IDT,IP

Neste ponto específico vamos apresentar uma análise comparativa para dezoito indicadores (ver Tabela 6) entre o IDT e o IDT,IP. Como mencionado, esses dezoito indicadores foram organizados em três grupos: (1) aos primeiros sete indicadores denominámos por “recursos”; (2) aos dois indicadores seguintes designámos por “instrumentos de gestão”; e (3) aos restantes nove indicadores apelidámos de “resultados”.

A Tabela 14 resume sucintamente os resultados obtidos para os sete indicadores definidos como “recursos”.

Tabela 14 – Análise comparativa aos recursos do IDT e do IDT, IP.

| Indicadores | | IDT | IDT,IP | Tx |
|---|--|-----------------|-----------------|----------------|
| | | 2006 | 2011 | Varição (1) |
| (i) | N.º unidades orgânicas independentes | 78 | 38 | -51% |
| (ii) | N.º estruturas de tratamento em ambulatório na rede pública | 78 | 74 | -5% |
| (iii) | N.º estruturas de tratamento em internamento na rede pública | 10 | 12 | 20% |
| (iv) | N.º camas nas estruturas de tratamento em internamento na rede pública | 142 | 212 | 49% |
| (v) | N.º dirigentes | 105 | 72 | -31% |
| (vi) | N.º profissionais | 1.656 | 1.583 | -4% |
| Recursos financeiros (por fonte de financiamento): | | | | |
| (vii) | Recursos Financeiros - OE (2) | 58.385.809,00 € | 43.590.403,00 € | -25% |
| | Recursos Financeiros - RP (3) | 13.847.836,00 € | 28.007.826,00 € | 102% |
| | Recursos Financeiros - Funcionamento (OE+ RP) | 72.233.645,00 € | 71.598.229,00 € | -1% |
| | Recursos Financeiros - PIDDAC (investimento) (4) | 4.573.173,00 € | 678.125,00 € | -85% |
| | Recursos Financeiros - Total (5) | 76.806.818,00 € | 72.276.354,00 € | -6% |

Legenda: (1) Taxa de Variação calculada da seguinte forma: (ano (n+1)-ano (n))/ano (n); (2) OE, verbas provenientes do orçamento de estado; (3) RP, verbas provenientes de receitas próprias; (4) PIDDAC, verbas provenientes do Programa de Investimentos e Despesas de Desenvolvimento da Administração Central; (5) Total dos recursos financeiros resulta da soma dos recursos financeiros de funcionamento e dos recursos financeiros PIDDAC.

Fonte: Produzido pelo autor.

¹⁷¹ Cfr. o disposto no n.º 6 do art.º 1.º do anexo à Portaria n.º 648/2007, de 30 de maio.

¹⁷² Cfr. o disposto no art.º 14.º do anexo ao Despacho Normativo n.º 51/2008, de 01 de outubro.

Detalhando cada um dos sete indicadores constantes na Tabela 14 temos que:

- (i) N.º unidades orgânicas independentes¹⁷³: este item refere-se aos serviços existentes tanto no IDT como no IDT,IP conforme foram descritos na Tabela 10.
- Os serviços do IDT encontram-se divididos em serviços centrais, serviços regionais (delegações regionais) e serviços locais (unidades especializadas dependentes das delegações regionais). Por sua vez, as unidades especializadas subdividem-se em CAT, UD, CT e UP. Por conseguinte o IDT é composto pelos seguintes serviços: 1 serviço central, 5 serviços regionais ou delegações regionais e 72 serviços locais ou unidades especializadas, perfazendo um total de 78. Por sua vez os serviços do IDT,IP repartem-se por serviços centrais e serviços desconcentrados, sendo que estes subdividem-se em serviços regionais e unidades de intervenção local. Finalmente, as unidades de intervenção local segmentam-se em CRI, UD, CT e UA. Deste modo, os serviços do IDT,IP no total são 38, distribuídos da seguinte forma: 1 serviço central, 5 serviços regionais ou delegações regionais e 32 unidades de intervenção local, dos quais, 22 CRI, 4 UD, 3 CT e 3 UA. Do exposto conclui-se que houve uma quebra no número de unidades orgânicas independentes de 51% do IDT para o IDT,IP.
- (ii) N.º estruturas de tratamento em ambulatório na rede pública¹⁷⁴: ou seja, todas as respostas assistenciais asseguradas pelo IDT e pelo IDT,IP em regime ambulatório. No IDT as estruturas de tratamento em ambulatório perfaziam um total de 78 distribuídas da seguinte forma: 45 CAT e 33 extensões de CAT ou outros locais de consulta. Quanto ao IDT,IP, estas mesmas estruturas totalizavam 74, repartidas por 46 ET e 28 extensões de ET ou outros locais de consulta. Conclui-se, assim, que ocorreu uma quebra de 5% no número de estruturas de tratamento em ambulatório do IDT para o IDT,IP.
- (iii) N.º estruturas de tratamento em internamento na rede pública¹⁷⁵: neste item enumeram-se o número de respostas de tratamento em internamento asseguradas pelo IDT e pelo IDT,IP. As estruturas de tratamento em internamento no IDT

¹⁷³ Fontes: IDT (2007a: 9; 99) e IDT, IP (2012b: 7; 105).

¹⁷⁴ Fontes: IDT, IP (2007: 17) e IDT, IP (2012d: 31).

¹⁷⁵ Fontes: IDT, IP (2007: 17), IDT, IP (2012b: 105) e IDT, IP (2012d: 31).

perfaziam um total de 10, subdivididas por 5 UD, 3 CT e 2 Centros de Dia¹⁷⁶. No IDT,IP estas mesmas estruturas ascendiam a 12, distribuídas da seguinte maneira: 4 UD, 3 CT, 2 Centros de Dia e 3 UA. Comparativamente observa-se que houve um acréscimo de 20% no número de estruturas de tratamento em internamento na rede pública entre o IDT e o IDT,IP.

- (iv) N.º camas nas estruturas de tratamento em internamento na rede pública¹⁷⁷: no IDT o número total de camas disponíveis nas estruturas de tratamento em internamento era de 142, distribuídas do seguinte modo: 46 em UD, 56 em CT e 40 em Centros de Dia. No que concerne ao IDT,IP o número de camas totalizava 212 repartidas por 63 em UD, 56 em CT, 39 em Centros de Dia e 55 em UA. Da comparação entre o IDT e o IDT,IP verifica-se que houve um acréscimo de 49% no número de camas disponíveis nas estruturas de tratamento em internamento na rede pública.
- (v) N.º dirigentes¹⁷⁸: este número decorre da aplicação de normativos legais, nomeadamente, no IDT do Despacho Conjunto nº 679/2003, de 02 de julho, e no IDT,IP do Despacho Normativo nº 51/2008, de 01 de outubro. No IDT o número de dirigentes totalizava 105, enquanto que no IDT,IP esse número perfazia 72. Conclui-se, deste modo, que houve um decréscimo de 31% no número de dirigentes do IDT para o IDT,IP.
- (vi) N.º profissionais¹⁷⁹: o número total de profissionais do IDT e do IDT,IP encontra-se contabilizado em termos de ETC (equivalências para tempo completo – 35 horas/semana), uma vez que, em ambos os organismos existiam profissionais a exercer funções em horário parcial e outros a exercer funções em horário acrescido. No IDT exerciam funções um total de 1.656 profissionais, já no IDT,IP o número de profissionais totalizava 1.583. Ou seja, em termos comparativos observa-se um decréscimo de 4% no número de profissionais a exercer funções do IDT para o IDT,IP.

¹⁷⁶ De acordo com IDT (2006c: 10), os Centros de Dia são “dispositivos não contemplados na lei orgânica, que promovem o processo de reinserção a par do processo de tratamento (...) dos toxicodependentes”.

¹⁷⁷ Fontes: IDT (2007a: 48-49) e IDT, IP (2012b: 105-106).

¹⁷⁸ Fontes: IDT (2007a: 9), IDT, IP (2012b: 168) e IDT, IP (2012c: 17; 22-23).

¹⁷⁹ Fontes: IDT (2007a: 9; 89-92) e IDT, IP (2012b: 167-168).

(vii) Recursos financeiros (por fonte de financiamento)¹⁸⁰: este item pode ser subdividido entre recursos de funcionamento e recursos de investimento (PIDDAC – Programa de Investimentos e Despesas de Desenvolvimento da Administração Central). Por sua vez, quanto à fonte de financiamento, os recursos de funcionamento podem ser repartidos entre o OE (verbas provenientes do Orçamento de Estado) e as RP (verbas provenientes de receitas próprias). No caso do IDT os recursos financeiros ascenderam a €76.806.818, repartidos da seguinte forma: €72.233.645 relativos a recursos de funcionamento e €4.573.173 relativos a recursos de investimento (PIDDAC). Quanto à fonte de financiamento os recursos de funcionamento do IDT subdividiam-se entre as verbas provenientes do Orçamento de Estado (OE), no valor de €58.385.809 (81% do total) e as verbas oriundas de Receitas Próprias (RP), no valor de €13.847.836 (19% do total). Quanto aos recursos financeiros do IDT,IP, estes totalizaram €72.276.354, distribuídos por €71.598.229 relativos a recursos de funcionamento e €678.125 relativos a recursos PIDDAC. No que concerne à fonte de financiamento dos recursos de funcionamento do IDT,IP, estes subdividiam-se entre as verbas provenientes do OE, no valor de €43.590.403 (61% do total) e as verbas oriundas de RP, no valor de €28.007.826 (39% do total). Da comparação realizada entre o IDT e o IDT,IP podemos concluir que: (i) quanto ao total de recursos financeiros verifica-se um decréscimo de 6% do IDT para o IDT,IP; (ii) quanto aos recursos de funcionamento apura-se um decréscimo de 1% do IDT para o IDT,IP; (iii) quanto aos recursos financeiros provenientes do OE afere-se um decréscimo de 25% do IDT para o IDT,IP; (iv) quanto aos recursos financeiros oriundos de RP comprova-se um acréscimo de 102% do IDT para o IDT,IP, e, finalmente (v) a composição dos recursos de funcionamento quanto às respetivas fontes de financiamento (OE e RP) altera-se significativamente do IDT para o IDT,IP (no IDT – 81% OE e 19% RP; no IDT,IP – 61% OE e 39% RP).

De seguida passamos a analisar os dois indicadores nomeados como “instrumentos de gestão”. A Tabela 15 ilustra, de forma simples, os resultados obtidos para estes dois indicadores.

¹⁸⁰ Fontes: IDT, IP (2007: 293) e IDT, IP (2012d: 297).

Tabela 15 – Análise comparativa aos instrumentos de gestão do IDT e do IDT, IP.

| Indicadores | | IDT | IDT,IP |
|-------------|--|---------------|---------------|
| | | 2006 | 2011 |
| (viii) | Plano e relatório de actividades: | | |
| | PA - Plano de Actividades | Sim | Sim |
| | RA - Relatório de Actividades | Sim | Sim |
| (ix) | SIADAP e QUAR: | | |
| | SIADAP | Sim | Não Aplicável |
| | SIADAP 1 | Não Aplicável | Sim |
| | SIADAP 2 | Não Aplicável | Sim |
| | SIADAP 3 | Não Aplicável | Sim |

Fonte: Produzido próprio autor.

Analisando os dois indicadores inseridos na Tabela 15 importa relatar o seguinte:

- (viii) Plano e relatório de actividades¹⁸¹: dando cumprimento ao disposto no DL n.º 183/96, de 27 de dezembro, tanto o IDT como o IDT,IP utilizaram o plano e o relatório de actividades como instrumentos de gestão essenciais. O plano de actividades tinha como objetivo “*definir a estratégia, hierarquizar opções, programar acções e afectar e mobilizar os recursos*”¹⁸². Por seu lado, o relatório de actividades visava “*relatar o percurso efectuado, apontar os desvios, avaliar os resultados e estruturar informação relevante para o futuro próximo*”¹⁸³. Refira-se que, em ordem ao disposto no DL n.º 183/96, de 27 de dezembro, ambos os serviços elaboraram os respetivos planos de atividade numa perspetiva de gestão por objetivos. Por fim, importa dizer que o IDT,IP, no estrito cumprimento da Lei n.º 66-B/2007¹⁸⁴, de 28 de dezembro, incorporou no plano de actividades e consequentemente no relatório de actividades o respetivo QUAR¹⁸⁵, uma vez que o mesmo relaciona-se com o ciclo anual de gestão do serviço¹⁸⁶.

¹⁸¹ Fontes: IDT (2006c), IDT (2007a), IDT, IP (2011b), IDT, IP (2012b) e IDT, IP (2012a).

¹⁸² Cfr. o disposto no preâmbulo do DL n.º 183/96, de 27 de dezembro.

¹⁸³ Idem.

¹⁸⁴ Estabelece o sistema integrado de gestão e avaliação de desempenho na Administração Pública.

¹⁸⁵ Quadro de Avaliação e Responsabilização: instrumento fundamental para a avaliação de desempenho de cada serviço – SIADAP 1 (cfr. o disposto no n.º 1 do art.º 10.º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro).

¹⁸⁶ Cfr. o disposto no n.º 2 do art.º 10.º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro.

- (ix) SIADAP¹⁸⁷: o IDT, na observância do estatuído na Lei nº 10/2004¹⁸⁸, de 22 de março, conjugada com o Decreto Regulamentar nº 19-A/2004¹⁸⁹, de 14 de maio, aplicou em 2006, pelo segundo ano consecutivo, o SIADAP (IDT, 2007b). Neste sentido, “do total de efectivos a 31/12/2006 (1771), foram sujeitos a avaliação 929 e destes foram avaliados em avaliação ordinária 900 profissionais” (IDT, 2007b: 6). Quanto ao IDT,IP, na execução do disposto na Lei nº 66-B/2007, de 28 de dezembro procedeu ao SIADAP 1, 2 e 3. Neste sentido, importa reter o seguinte: (i) quanto ao SIADAP 1 – QUAR, foi um processo partilhado entre todos os dirigentes do IDT,IP (SC e DR’s), desde a definição dos objetivos estratégicos, o respetivo desdobramento em objetivos operacionais, a criação de indicadores de desempenho e, finalmente, a definição das metas e fatores de ponderação, tanto nacionais como regionais. Para assegurar a monitorização do processo ao longo do ano o IDT,IP, criou um conjunto de instrumentos (IDT, IP, 2012b); e, (ii) quanto ao SIADAP 2 e 3 “foi integralmente aplicado a nível nacional no IDT, IP (serviços centrais e delegações regionais). Num total de 1128 profissionais passíveis de avaliação (...) foram avaliados pelos objectivos 1078” (IDT, IP, 2012b: 176).

Para concluir falta esmiuçar os nove indicadores referidos como “resultados”. Na Tabela 16 encontram-se elencados todos os dados apurados para o IDT e IDT,IP relativos aos indicadores definidos. Do exame à Tabela 16 importa reter as seguintes observações sobre cada um dos nove indicadores:

- (x) N.º de utentes em ambulatório na rede pública¹⁹⁰: o número total de utentes atendidos, pelo menos uma vez, durante o ano, nas unidades de tratamento em ambulatório cresceu 18% do IDT para o IDT,IP.
- (xi) N.º de primeiras consultas em ambulatório na rede pública ou N.º de novos utentes¹⁹¹: o número total de utentes que recorreu, durante o ano, pela primeira vez às unidades de tratamento em ambulatório aumentou 79% do IDT para o IDT,IP.

¹⁸⁷ Fontes: IDT (2007b), IDT, IP (2011b), IDT, IP (2012b: 176-177) e IDT, IP (2012a).

¹⁸⁸ Cria o sistema integrado de avaliação do desempenho da Administração Pública.

¹⁸⁹ Estabelece o regulamento de avaliação do desempenho dos trabalhadores e dirigentes intermédios da Administração Pública.

¹⁹⁰ Fontes: IDT (2007a: 44), IDT, IP (2007: 17), IDT, IP (2012b: 101) e IDT, IP (2012d: 32).

¹⁹¹ Fontes: IDT (2007a: 44), IDT, IP (2007: 17), IDT, IP (2012b: 101) e IDT, IP (2012d: 34).

Tabela 16 – Análise comparativa aos resultados do IDT e do IDT, IP.

| Indicadores | | IDT | IDT,IP | Tx |
|-------------|--|---------|---------|----------------|
| | | 2006 | 2011 | Varição (1) |
| (x) | N.º utentes em ambulatório na rede pública | 32.460 | 38.292 | 18% |
| (xi) | N.º primeiras consultas em ambulatório na rede pública | 4.745 | 8.492 | 79% |
| (xii) | N.º consultas de seguimento em ambulatório na rede pública | 428.855 | 469.678 | 10% |
| (xiii) | N.º total de consultas em ambulatório na rede pública | 433.600 | 478.170 | 10% |
| (xiv) | N.º total de utentes em tratamento com internamento na rede pública | 1.653 | 1.770 | 7% |
| (xv) | N.º total de utentes em ambulatório na rede pública rastreados para VIH | 13.048 | 19.872 | 52% |
| (xvi) | N.º total de utentes em ambulatório na rede pública rastreados para Hepatite B | 11.727 | 13.241 | 13% |
| (xvii) | N.º total de utentes em ambulatório na rede pública rastreados para Hepatite C | 12.723 | 14.229 | 12% |
| (xviii) | N.º total de processos de contraordenações | 6.216 | 6.898 | 11% |

Legenda: (1) Taxa de Variação calculada da seguinte forma: (ano (n+1)-ano (n))/ano (n).

Fonte: Produzido pelo autor.

- (xii) N.º de consultas de seguimento em ambulatório na rede pública¹⁹²: o número de consultas de seguimento realizadas durante o ano nas unidades de tratamento em ambulatório do IDT,IP cresceu 10% face aos números apurados para o IDT.
- (xiii) N.º total de consultas em ambulatório na rede pública¹⁹³: o número total de consultas realizadas durante o ano nas unidades de tratamento em ambulatório aumentou 10% do IDT para o IDT,IP.
- (xiv) N.º total de utentes em tratamento com internamento na rede pública¹⁹⁴: o número total de utentes internados durante o ano em UD, CT e Centros de Dia do IDT,IP cresceu 7% quando comparado com o IDT.
- (xv) N.º total de utentes em ambulatório na rede pública rastreados para VIH¹⁹⁵: o número de utentes rastreados durante o ano para o VIH nas unidades de tratamento do IDT,IP aumentou 52% comparativamente com os valores apurados para o IDT.
- (xvi) N.º total de utentes em ambulatório na rede pública rastreados para Hepatite B¹⁹⁶: o número de utentes rastreados durante o ano para a Hepatite B nas unidades de tratamento cresceu 13% do IDT para o IDT,IP.

¹⁹² Fontes: IDT (2007a: 44-45), IDT, IP (2007: 17) e IDT, IP (2012b: 101).

¹⁹³ Fontes: IDT (2007a: 44-45), IDT, IP (2007: 17) e IDT, IP (2012b: 101).

¹⁹⁴ Fontes: IDT (2007a: 48-49), IDT, IP (2007: 20), IDT, IP (2012b: 105-107) e IDT, IP (2012d: 33).

¹⁹⁵ Fonte: IDT, IP (2012d: 53).

¹⁹⁶ Fonte: IDT, IP (2012d: 54).

- (xvii) N.º total de utentes em ambulatório na rede pública rastreados para Hepatite C¹⁹⁷: o número de utentes rastreados durante o ano para a Hepatite C nas unidades de tratamento do IDT,IP aumentou 12% quando comparado com os valores apurados para o IDT.
- (xviii) N.º total de processos de contraordenações¹⁹⁸: o número total de processos de contraordenação por consumo de substâncias ilícitas abertos pela totalidade das CDT's durante o ano cresceu 11% do IDT para o IDT,IP.

3.2.3. Discussão dos resultados

Realizada a análise comparativa entre o IDT e o IDT,IP, tanto ao nível normativo como ao nível dos dezoito indicadores definidos, importa agora proceder à discussão dos resultados apurados.

Para concretizar esta tarefa vamos recorrer à matriz de trabalho descrita na Tabela 7. Nesse sentido, o raciocínio a seguir é o seguinte: partindo dos três vetores de mudança definidos (Políticas Públicas da Droga, NPM e PRACE), vamos examinar, para cada um desses vetores, as respetivas variáveis de análise. O estudo das variáveis de análise será realizado com o recurso aos resultados obtidos pelo estudo comparativo realizado entre o IDT e o IDT,IP tanto no que concerne à legislação como aos indicadores definidos para o efeito.

Posto isto, passemos então à discussão dos resultados:

A. Políticas Públicas da Droga – em relação a este vetor considerámos duas variáveis de análise (já escrutinadas em momento anterior desta dissertação) que no seu conjunto enquadram as grandes opções de políticas públicas tomadas nesta área pelo XVII Governo Constitucional durante o período temporal definido como referência para este estudo comparativo: (1) o PNLCDT 2005-2012, e (2) a decisão de integração dos PLA. De seguida analisamos cada uma delas.

O PNLCDT 2005-2012, aprovado pela RCM nº 115/2006, de 18 de setembro, corporiza o plano estratégico português de luta contra a droga e as toxicodependências para o período 2005-2012. De acordo com o articulado do referido normativo este

¹⁹⁷ Fonte: IDT, IP (2012d: 55).

¹⁹⁸ Fonte: IDT, IP (2012d: 65).

plano estratégico consubstanciava-se em dois planos de ação: o PACDT Horizonte 2008 e o PACDT 2009-2012. O mesmo diploma definia que no final do primeiro plano de ação seria realizado uma avaliação interna do mesmo cujos resultados, orientações e recomendações seriam tidos em conta na elaboração do segundo plano de ação. De facto, o PACDT 2009-2012 “aprofunda aspectos que complementam ou completam os objectivos e acções desenvolvidos durante o primeiro ciclo do Plano Nacional, cujos resultados a atingir se mantêm” (IDT, IP, 2010a: 10). Fica assim claro que o IDT e o IDT,IP planearam e operacionalizaram as suas atividades tendo em conta os princípios orientadores, os objetivos, as ações e as metas definidas no PNLCDDT 2005-2012, embora enquadrados em planos de ação diferentes, no caso do IDT, o PACDT Horizonte 2008 e no caso do IDT,IP o PACDT 2009-2012. Do exposto conclui-se que, no caso específico desta variável, nenhum impacto pode ser aferido, uma vez que, tanto os objetivos como as ações definidos para o IDT e para o IDT,IP, assentavam no PNLCDDT 2005-2012, independentemente de terem exercido a sua atividade em ciclos distintos do mesmo.

Quanto à decisão de integração dos PLA no IDT,IP decorre da publicação do DL n.º 212/2006¹⁹⁹, de 27 de outubro. De acordo com esse normativo o IDT,IP reforça as suas atribuições com a integração dos Centros Regionais de Alcoologia do Norte, Centro e Sul, que são extintos. Ou seja, o IDT,IP alarga a sua missão também para as drogas lícitas (álcool), que, entre outros aspetos, implicou a integração dos três CRA's (entretanto designadas por Unidades de Alcoologia). Por conseguinte, conclui-se que a decisão de incluir os PLA teve um impacto direto no organismo público cuja missão é operacionalizar as políticas públicas definidas para esta área, ou seja, originou, por si só, uma mudança na estrutura organizacional do IDT para o IDT,IP.

- B. NPM – para examinar este vetor definimos seis variáveis de análise (também já referidas neste trabalho, ver Tabela 5), cujo denominador comum assenta no facto de coincidirem com seis das sete componentes doutrinárias do NPM definidos por Hood (1991) e adaptados por Rocha (2011): (3) gestão profissional; (4) explicitação de medidas de performance; (5) ênfase nos resultados; (6) fragmentação das grandes unidades administrativas; (7) adoção de estilos de gestão empresarial; e, (8) fazer mais

¹⁹⁹ Estabelece, na sequência do PRACE, a nova lei orgânica do Ministério da Saúde.

com menos dinheiro. Apresentamos de seguida, para cada uma destas variáveis, a respetiva análise.

A variável gestão profissional tem por base dois pressupostos: (i) identificação clara dos dirigentes da organização; e (ii) autonomia dos dirigentes na gestão da organização. Da análise aos diplomas legais de referência tanto do IDT como do IDT,IP (ver Tabela 8) constatou-se que o cumprimento dos dois pressupostos referidos foi devidamente salvaguardado para ambos os organismos. Ou seja, não só todos os dirigentes e respetivos níveis de direção estão claramente identificados como o âmbito de intervenção de cada um deles está também devidamente balizado. Pode-se concluir assim que esta variável de análise não gerou, por si só, qualquer impacto distintivo entre o IDT e o IDT,IP.

Com a variável explicitação das medidas de performance pretende-se verificar se os objetivos da organização estão definidos de forma clara, se são mensuráveis e se foram definidas metas para os mesmos. Conforme mencionado, tanto o IDT como o IDT,IP elaboraram os respetivos Planos de Atividade numa perspetiva de gestão por objetivos. No caso concreto do IDT,IP o Plano de Atividades incorporava o QUAR. Do estudo realizado aos dois Planos de Atividade²⁰⁰ verificou-se que em ambos os casos os objetivos estabelecidos eram claros e mensuráveis, tendo também sido definidas metas para cada um deles. Refira-se, porém, que o facto do Plano de Atividades do IDT,IP integrar o QUAR permitiu reforçar todas essas dimensões. Não obstante esta última observação, conclui-se que o impacto desta variável de análise no quadro comparativo entre o IDT e o IDT,IP não foi significativo.

Pretende-se com a variável ênfase nos resultados analisar se a ação da organização está mais centrada nos resultados ou mais centrada nos processos. O exame realizado aos dois Relatórios de Atividades²⁰¹ permitiu apurar que as duas organizações centraram os seus esforços no sentido de conseguirem atingir ou superar os objetivos e metas planeadas. Em ambos os relatórios verificou-se um grande empenho no demonstrar do grau de execução dos respetivos objetivos planeados, assim como no justificar de todos os desvios apurados. Mais uma vez, importa mencionar que no caso do IDT,IP a inserção e avaliação do QUAR reforçou significativamente a centralidade da ação da organização nos resultados. Do exposto conclui-se, à semelhança do ponto anterior,

²⁰⁰ IDT (2006c) e IDT, IP (2011b).

²⁰¹ IDT (2006b) e IDT, IP (2012b).

que, apesar desta última observação, esta variável de análise não gerou impactos relevantes entre o IDT e o IDT,IP.

Quanto à variável de análise denominada fragmentação das grandes unidades administrativas, visa investigar a natureza jurídica da organização quanto ao modelo de estrutura organizacional adotada. Ou seja, trata-se de analisar se a organização é, ou não, uma estrutura mais autónoma, fora das estruturas hierarquizadas tradicionais da Administração Pública, de que é exemplo o instituto público. Decorrente da análise à Tabela 9 verificou-se que tanto o IDT como o IDT,IP assumiram a forma de institutos públicos integrados na administração indireta do Estado, dotados de autonomia administrativa e património próprio, que prosseguem atribuições do Ministério da Saúde sob superintendência e tutela do respetivo ministro. Neste sentido pode-se concluir que também esta variável de análise não é responsável por qualquer impacto relevante entre o IDT e o IDT,IP.

Com a variável adoção de estilos de gestão empresarial pretende-se analisar se a organização, enquanto entidade pública, adotou instrumentos de gestão provenientes do setor privado. Da análise à Tabela 15 foi possível aferir que no caso do IDT,IP os instrumentos de gestão utilizados foram claramente mais robustos, em resultado da aplicação do SIADAP 1 – QUAR, SIADAP 2 e SIADAP 3. De facto, com a aplicação deste instrumento, tanto a organização, como os dirigentes e funcionários, passaram a estar sujeitos a avaliação, o que não acontecia no IDT, onde apenas os dirigentes intermédios e os funcionários eram avaliados. Assim, conclui-se que esta variável teve um impacto importante ao nível do reforço da componente de gestão do IDT,IP, por contraponto com o IDT.

Finalmente, a variável fazer mais com menos dinheiro, ambiciona estudar a capacidade da organização de, num cenário com menor dotação financeira disponível, conseguir aumentar a eficácia da sua ação, traduzida numa melhoria dos seus resultados. A Tabela 16 ilustra um conjunto de resultados (nove indicadores) comparados entre o IDT e o IDT,IP. Numa análise da mesma constatou-se que os resultados alcançados pelo IDT,IP em todos os indicadores foram superiores, sendo que nalguns foram mesmo bastante superiores. Por outro lado, da observação da Tabela 14, especificamente, o indicador (vii) – Recursos Financeiros (por fonte de financiamento), apurou-se que do IDT para o IDT,IP houve, de facto, uma diminuição dos recursos financeiros disponíveis. Tendo a análise comparativa realizada demonstrado que os

resultados do IDT,IP, para os mesmos indicadores, são superiores aos alcançados pelo IDT, e que, simultaneamente, os recursos financeiros disponíveis pelo IDT,IP são inferiores aos tidos pelo IDT, pode-se então concluir que esta variável de análise teve, de facto, impacto no IDT,IP quando comparado com o IDT.

- C. PRACE – para investigar este vetor estabeleceu-se, em linha com o que foi já referido sobre esta matéria, quatro variáveis de análise, que serão analisadas de seguida: (9) redução do n.º de estruturas; (10) redução do n.º de dirigentes; (11) redução do n.º de profissionais; e (12) harmonização dos critérios de desconcentração.

Quanto à variável redução do n.º de estruturas pretende-se verificar dois pressupostos: (i) ao nível macro, redução do n.º de entidades ou organizações públicas; e (ii) ao nível micro, redução do n.º de estruturas internas da organização. Em relação ao primeiro pressuposto e, como já foi mencionado, na génese do IDT,IP está a fusão entre o IDT e os três Centros Regionais de Alcoologia, os quais foram, assim, extintos. Ou seja, na sequência do PRACE passa a existir um único organismo, em vez de quatro, com competências tanto ao nível das drogas ilícitas como também das drogas lícitas (álcool). Quanto ao segundo pressuposto, e tendo presente a Tabela 14, particularmente o indicador (i), é evidente o esforço de racionalização do número de estruturas orgânicas independentes ocorrida do IDT para o IDT,IP. De facto, do IDT para o IDT,IP o número de estruturas internas da organização decresceu 51%. Em conclusão podemos então afirmar que esta variável de análise teve um impacto bastante significativo no IDT,IP face ao IDT.

A variável redução do n.º de dirigentes visa estudar o número de dirigentes da organização. Recorrendo novamente à Tabela 14, indicador (v) – N.º dirigentes, constata-se que do IDT para o IDT,IP, verificou-se uma quebra de 31%. Neste sentido, conclui-se que o impacto desta variável de análise foi inequívoco no IDT,IP comparativamente com o IDT.

Com a variável redução do n.º de profissionais pretende-se investigar o n.º de profissionais a exercer funções na organização. Da observação, mais uma vez, da Tabela 14, indicador (vi) – N.º profissionais, verifica-se que o IDT,IP, por comparação com o IDT, apresenta um mapa de pessoal 4% inferior. Por conseguinte conclui-se que esta variável de análise gerou impacto no IDT,IP, por contraponto com o IDT.

Finalmente, com a variável de análise denominada harmonização dos critérios de desconcentração visa-se verificar que ou quais os critérios definidos pela organização no que concerne ao processo de desconcentração dos seus serviços regionais e locais. Da observação da legislação relevante tanto do IDT como do IDT,IP constatou-se que, no caso do IDT,IP, a desconcentração dos seus serviços pelo território nacional resultou da aplicação das NUTS II e que, no caso do IDT, essa mesma desconcentração correspondeu às regiões de saúde previstas no art.º 4.º do DL n.º 11/93, de 15 de janeiro, podendo ainda o Conselho de Administração propor ao Ministro da Saúde a definição de áreas de intervenção não coincidentes com a referida correspondência territorial. Do IDT para o IDT,IP foi necessário proceder a reajustamentos na distribuição territorial de alguns serviços, sobretudo ao nível de algumas Equipas de Tratamento que transitaram a sua dependência funcional para outras delegações regionais, situação que ocorreu em quatro das cinco delegações regionais (IDT,IP, 2008b). Pode-se então concluir que esta variável de análise teve um impacto importante no IDT,IP, por comparação com o IDT.

A Tabela 17 resume tudo quanto foi apurado pelo estudo realizado às doze variáveis de análise definidas, designadamente, estabelecendo para cada uma delas se terá ou não motivado impacto no IDT,IP, por comparação com o IDT.

Tabela 17 – Matriz de resultados da análise comparativa entre o IDT e o IDT, IP.

| VARIÁVEIS DE ANÁLISE | | VETORES DE MUDANÇA | ANÁLISE COMPARATIVA | | IMPACTO Sim / Não |
|----------------------|---|-----------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------|
| | | | IDT | IDT, IP | |
| | | | 2006 | 2011 | |
| 1 | PNLCDT 2005-2012 | POLÍTICAS PÚBLICAS DA DROGA | Legislação | Legislação | Não |
| 2 | Integração dos PLA | | Legislação | Legislação | Sim |
| 3 | Gestão profissional | NPM | Legislação | Legislação | Não |
| 4 | Explicitação das medidas de performance | | (vii) e (ix) | (viii) e (ix) | Não |
| 5 | Ênfase nos resultados | | (vii) e (ix) | (viii) e (ix) | Não |
| 6 | Fragmentação das grandes unidades administrativas | | Legislação | Legislação | Não |
| 7 | Adopção de estilos de gestão empresarial | | (vii) e (ix) | (viii) e (ix) | Sim |
| 8 | Fazer mais com menos dinheiro | | (vii) e (x) até (xviii) | (vii) e (x) até (xviii) | Sim |
| 9 | Redução do n.º de estruturas | PRACE | (i), (ii), (iii) e (iv) | (i), (ii), (iii) e (iv) | Sim |
| 10 | Redução do n.º de dirigentes | | (v) | (v) | Sim |
| 11 | Redução do n.º de profissionais | | (vi) | (vi) | Sim |
| 12 | Harmonização dos critérios de desconcentração | | Legislação | Legislação | Sim |

Fonte: Produzido pelo autor.

Numa análise da mesma podemos aferir o seguinte:

- Das doze variáveis de análise definidas e examinadas, sete provocaram impacto no IDT,IP e cinco foram neutras.
- Para as duas variáveis de análise correspondentes ao vetor de mudança denominado “Políticas Públicas da Droga” os resultados apurados repartem-se equitativamente, ou seja, uma causou impacto no IDT,IP e outra não causou impacto.
- Quanto às seis variáveis de análise definidas para o vetor de mudança designado por “NPM”, apurou-se que quatro dessas variáveis não causaram impacto no IDT,IP tendo as restantes duas causado impacto.
- Finalmente, das quatro variáveis de análise que constituem o vetor de mudança “PRACE”, concluiu-se que todas sem exceção causaram impacto no IDT,IP.

Correlacionando estes resultados com a questão de investigação que norteou toda esta dissertação podemos concluir o seguinte:

- A. Os impactos decorrentes da influência do NPM no IDT,IP manifestaram-se, sobretudo, a dois níveis: (1) adoção de estilos de gestão empresarial (ou privada), nomeadamente através da adoção de instrumentos de gestão mais robustos e, (2) melhoria da produtividade e eficácia, ou seja, “fazer mais com menos dinheiro”. Julgamos que os impactos apurados não foram maiores no IDT,IP por comparação com o IDT, porque este organismo público reunia já um conjunto de características influenciadas pelo paradigma do NPM.
- B. O PRACE originou um forte impacto no IDT,IP constituindo-se, assim, como o principal foco de distinção entre este e o IDT. Os impactos gerados expressaram-se não só ao nível da estrutura organizacional e da distribuição territorial dos serviços desconcentrados, mas também ao nível da redução do número de dirigentes e do número de profissionais que exercem funções.
- C. Finalmente, os impactos das Políticas Públicas da Droga no IDT,IP revelaram-se, sobretudo, ao nível das competências e da estrutura organizacional do IDT, IP. De facto, com a integração dos PLA no IDT,IP, este alargou não só as suas competências

também às drogas lícitas (álcool), como, simultaneamente, integrou nos seus serviços os três Centros Regionais de Alcoologia (entretanto denominados de Unidades de Alcoologia).

Resumindo, podemos então afirmar que o IDT,IP é um organismo público onde os impactos decorrentes do paradigma do NPM, do PRACE e das opções de Política Pública das Drogas se evidenciam a vários níveis: melhoria da produtividade e da eficácia das ações; simplificação da estrutura organizativa; redução do número de dirigentes e do número de profissionais; redistribuição territorial dos serviços desconcentrados com base nas NUTS II; e, finalmente, alargamento das competências aos Problemas Ligados ao Álcool.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação surge num contexto muito particular, coincidindo no tempo com um conjunto de fatores que, no seu todo, configuram um cenário de forte incentivo à mudança. De facto, decorrente do programa de assistência financeira a que Portugal está sujeito desde o início de 2011, a pressão para a reforma da administração pública tem sido enorme. Por outro lado, na sequência das eleições gerais de junho de 2011 ocorreu uma mudança política em Portugal que, necessariamente implicou uma nova orientação das políticas públicas nas várias áreas da governação e também na saúde, em particular nas drogas, destacando-se, desde logo, a decisão de extinção do IDT,IP, com efeitos a partir do final de 2012. Finalmente, o ano de 2012 marca também o fim de um ciclo estratégico no que às políticas públicas das drogas diz respeito (Plano Nacional de Luta Contra as Drogas e as Toxicodependências 2005-2012), estando atualmente o novo Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020 em discussão pública.

Julgamos que o tema apresentado é pertinente, uma vez que, num momento que se pressente de mudança a vários níveis, importava documentar o caso particular de um organismo público, o IDT,IP, que tinha como missão operacionalizar as políticas públicas de luta contra as drogas, lícitas e ilícitas, e as dependências. De facto, não podemos escamotear a relevância desse organismo enquanto elemento fundamental de uma estratégia inovadora que, nas palavras de Cardoso (2011: 4) “representa uma verdadeira mudança de paradigma na política internacional da droga”.

Neste sentido, ao longo desta dissertação procurámos compreender e enumerar que impactos podem ser aferidos no IDT,IP decorrentes não só das reformas administrativas experienciadas pela Administração Pública portuguesa, claramente inspiradas pelo paradigma do NPM, onde se destaca o PRACE, mas também das opções de Política Pública das drogas tomadas ao longo da primeira década do séc. XXI.

Com esse intuito iniciámos o estudo contextualizando as três dimensões fundamentais – Política Pública das Drogas, NPM e PRACE – cuja compreensão e entendimento eram

fulcrais para o desenrolar do trabalho. Ao longo desta fase foi também identificado e descrito o momento da criação do IDT,IP.

De forma a levarmos a cabo o trabalho a que nos propusemos decidimos enveredar por um estudo comparativo entre o IDT e o IDT,IP. Com esse intuito criámos uma matriz de análise assente em doze variáveis distribuídas pelos três vetores de mudança definidos (Política Pública das Drogas, NPM e PRACE). Para aferir essas doze variáveis recorreremos a um estudo, numa perspetiva comparativa, de todos os diplomas legais relevantes tanto do IDT como do IDT,IP, e a uma investigação, também numa perspetiva comparativa, de um conjunto de dezoito indicadores definidos para o efeito.

Tendo por base a matriz de análise referida foi possível obter um conjunto de respostas quanto à questão que norteou esta dissertação.

Deste modo, o presente trabalho permitiu concluir o seguinte:

1. O impacto das opções de Política Pública das drogas no IDT,IP, comparativamente com o IDT, decorre fundamentalmente da decisão de integração dos Problemas Ligados ao Álcool. De facto, o IDT,IP vê reforçado o seu mandato com a extensão da sua missão também às drogas lícitas (álcool), tendo, para o efeito, sido integrado na sua estrutura orgânica os três Centros Regionais de Alcoologia (que passam a denominar-se Unidades de Alcoologia), entretanto extintos;
2. Quanto ao impacto do paradigma do NPM no IDT,IP, por comparação com o IDT, este manifestou-se, sobretudo, ao nível da melhoria da produtividade e da eficácia na ação e ao nível da adoção de instrumentos de gestão mais modernos e robustos. Da investigação realizada foi ainda possível concluir que o impacto do NPM no IDT,IP não foi superior em virtude de o próprio IDT ser já um organismo público cujas características eram fortemente influenciadas pelas ideias do NPM;
3. Finalmente, os impactos gerados pelo PRACE no IDT,IP face ao IDT, permitem concluir que este fator em concreto foi o principal responsável pela distinção entre ambos. De facto, o PRACE gerou impactos ao nível da estrutura organizacional (mais simples e mais ágil), ao nível do número de dirigentes (redução superior a 30%), ao

nível do quadro de pessoal (redução de 4%) e ao nível da distribuição territorial dos serviços desconcentrados (passaram a ser estabelecidos de acordo com as NUTS II).

Sintetizando as conclusões acima elencadas, podemos então afirmar que as reformas administrativas ocorridas em Portugal, fortemente influenciadas pelo paradigma do NPM, de que se destaca o PRACE, assim como as opções de Política Pública das drogas adotadas, nomeadamente a decisão de alargar esse mandato também ao álcool, geraram um impacto claro e reconhecível no IDT,IP, quando comparado com o seu antecessor, o IDT.

Por fim, tendo em conta – (i) a decisão política de extinção do IDT,IP e a criação de um novo organismo, o SICAD, com competências ao nível do planeamento e acompanhamento de programas de redução do consumo de substâncias psicoativas, na prevenção dos comportamentos aditivos e na diminuição das toxicodependências, passando a componente de operacionalização das intervenções para a esfera de competência das ARS's; (ii) a aprovação breve do novo documento estratégico que norteará toda a intervenção na área dos comportamentos aditivos, denominado Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020; e, finalmente (iii) o processo acelerado de reforma da administração pública decorrente do programa de assistência financeiro em curso – julgamos que não faltará matéria para a realização de futuras investigações nesta área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, J. 2007. “Administrative Reform in Portugal: a brief state of the art”, paper presented at the COST Action ISO601 - Comparative Research into Current Trends in Public Sector Organization, Second Meeting of the Management Committee and Joint Meeting of the Working Groups, 18-19 September, INAP Madrid.

Araújo, J. 2013. “Da nova Gestão Pública à nova governação pública: pressões emergentes na Administração Pública”, in César Madureira & Maria Asensio, “Handbook de Administração Pública”. Lisboa: INA Editora, pp. 91-102.

Batista, J. & Silva, M. 2012. “Políticas públicas para a administração pública”, in Maria de Lurdes Rodrigues & Pedro Adão e Silva, Políticas Públicas em Portugal”. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda e ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa, pp. 223-230.

Bilhim, J.; Marques, C.; Cunha, A.; Pereira, P.; Antunes, E. & Barraquero, L. 2006. “Relatório Final da Comissão Técnica do PRACE”, in www.dgaep.gov.pt/, acesso em 15-Dezembro2012.

Cardoso, F. H. 2011. “Prefácio à edição portuguesa”, in Artur Domoslawski, “Política da Droga em Portugal – Os Benefícios da Descriminalização do Consumo de Drogas”. *Global Drug Policy Program*. Open Society Foundations, pp. 3-5.

Carvalho, E. 2013. “Redesenho da máquina administrativa em Portugal e racionalidade política: o caso do PRACE”, in César Madureira & Maria Asensio, “Handbook de Administração Pública”. Lisboa: INA Editora, pp. 227-248.

Corte-Real, I. 2008. “Public Management Reform in Portugal: Successes and Failures”, *The International Journal of Public Sector Management*, Vol. 21, Nº 2, pp. 205-229.

Costa, C. 2007. “A Droga, o Poder Político e os Partidos em Portugal”. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.

Dias, L. 2007. “As Drogas em Portugal: o Fenómeno e os Factos Jurídico-Políticos de 1970 a 2004”, 1.ª edição. Coimbra: Pé de Página Editores.

- D' Oliveira, T. 2007. "Teses e Dissertações", 2.^a edição. Lisboa: Editora RH, Lda.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions – EMCDDA. 2011. "Drug Policy Profiles – Portugal". *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Ferraz, D. 2010. "The Impact of the Managerial Reform in Portugal: What's next?", artigo apresentado na 23rd *Annual Conference of Public Administration Theory Network*, Nebraska, Omaha, USA, de 20 a 23 de maio.
- Ferraz, D. 2013. "Política, Administração e responsabilização de dirigentes públicos: implicações das teorias, dos modelos e reformas da Administração", in César Madureira & Maria Asensio, "Handbook de Administração Pública". Lisboa: INA Editora, pp. 173-185.
- Figueiredo, J. 2007. "Intervenção do Secretário de Estado da Administração Pública na Sessão de Encerramento", in J. M. Moreira, C. Jalali & A. Azevedo Alves, "*Estado, Sociedade Civil e Administração Pública. Para um Novo Paradigma no Serviço Público*". Coimbra: Almedina, pp. 205-213.
- Gesaworld, SA. 2013. "Sumário Executivo – Avaliação Externa do Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012 (PNCDDT)". Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD).
- Goulão, J. 2013. "As Políticas Portuguesas na Área das Drogas". *Le Monde Diplomatique – Edição Portuguesa*. Edição de janeiro, pp. 14-15.
- Greenwald, G. 2009. "Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies". Washington, DC: CATO Institute.
- Hood, C. 1991. "A Public Management for all Seasons?" *Public Administration*, 69, pp. 3-19.
- Instituto Nacional de Administração – INA. 2004. "Avaliação Externa e Independente da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga 1999-2004 e do Plano de Ação Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência – Horizonte 2004". Oeiras: INA.

Jalali, C. & Silva, P. 2013. “Novos dilemas, velhas soluções? A complexa relação entre governos partidários e administração pública”, in César Madureira & Maria Asensio, “Handbook de Administração Pública”. Lisboa: INA Editora, pp. 125-143.

Madureira, C. & Ferraz, D. 2010. “The Need of a XXI Century Governance Paradigm for Public Administrations – The Specific Case of Portugal”, *Public Policy and Administration*, Nº 31, pp. 35-48.

Madureira, C. & Asensio, M. 2013. “Introdução”, in César Madureira & Maria Asensio, “Handbook de Administração Pública”. Lisboa: INA Editora, pp. 11-12.

Malinowska-Sempruch, K. 2011. “Prefácio à edição portuguesa”, in Artur Domoslawski, “Política da Droga em Portugal – Os Benefícios da Descriminalização do Consumo de Drogas”. *Global Drug Policy Program*. Open Society Foundations, pp. 7-9.

Moreira, M.; Trigueiros, F. & Antunes, C. 2007. “Avaliação da Política Nacional Contra a Droga e a Toxicodependência 1999-2004 – O Processo e o Impacto na Nova Política”. *Revista Toxicodependências*, Vol. 13, Nº 3, pp. 69-81.

Mozzicafreddo, J. & Gouveia, C. 2011. “Contextos e Etapas de Reforma na Administração Pública em Portugal”, in Juan Mozzicafreddo & J. Salis Gomes, “Projetos de Inovação na Gestão Pública”. Lisboa: Editora Mundos Sociais, pp. 5-62.

Neves, A. 2010. “Governança Pública em Rede – Uma aplicação a Portugal”. 1.^a edição. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Poiares, C. 1995. “A Legislação Penal da Droga – Contribuição para uma análise do discurso do legislador”. *Revista Toxicodependências*, Ano 1, Nº 3, pp. 17-29.

Poiares, C. 1999. “Contribuição para uma Análise Histórica da Droga”, *Revista Toxicodependências*, Ano 5, Nº 1, pp. 3-12.

Poiares, C. 2002. “A descriminalização do consumo de drogas: abordagem juspsicológica”, *Revista Toxicodependências*, Ano 2002, Volume 8, Nº 2, pp. 29-36.

Poiares, C. 2007. “Prefácio”, in Lúcia Nunes Dias, *As Drogas em Portugal: o Fenómeno e os Factos Jurídico-Políticos de 1970 a 2004*, 1.^a edição. Coimbra: Pé de Página Editores, pp. 9-12.

Poiares, C. 2009. “A Descriminalização do Consumo de Drogas: Um Caso de Sucesso”, *Revista Toxicopendências*, Vol. 15, Nº 2, pp. 85-88.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. 1998. “Manual de Investigação em Ciências Sociais”, 2.^a edição. Lisboa: Gradiva Publicações, Lda.

Rocha, A. J. 2011. “Gestão Pública: Teorias, Modelos e Práticas”. Lisboa: Escolar Editora.

Rocha, A. J. 2013. “Mudança do Estado e mudança da Administração Pública: a história duma disciplina”, in César Madureira & Maria Asensio, “Handbook de Administração Pública”. Lisboa: INA Editora, pp. 75-90.

Serrão, J. 2005. “Prefácio”, in Gonçalo de Vasconcelos e Sousa “Metodologia da Investigação, Redação e Apresentação de Trabalhos Científicos. Porto: Livraria Civilização Editora, pp. 15.

Toscano, S. 2012. “Como reformar a administração pública”, in Maria de Lurdes Rodrigues & Pedro Adão e Silva, *Políticas Públicas em Portugal*. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda e ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa, pp. 231-238.

Relatórios e Documentos Oficiais Consultados:

Instituto da Droga e da Toxicodependência – IDT. 2003a. “A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências 2002”. Lisboa: IDT.

Instituto da Droga e da Toxicodependência – IDT. 2003b. “Relatório de Atividades 2002”. Lisboa: IDT.

Instituto da Droga e da Toxicodependência – IDT. 2004. “Relatório de Atividades 2003”. Lisboa: IDT.

Instituto da Droga e da Toxicodependência – IDT. 2005a. “A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências 2004”. Lisboa: IDT.

Instituto da Droga e da Toxicodependência – IDT. 2005b. “Relatório de Atividades 2004”. Lisboa: IDT.

Instituto da Droga e da Toxicodependência – IDT. 2005c. “Sumário Executivo do Coordenador Nacional do Combate à Droga e à Toxicodependência – Avaliação da Estratégia Nacional da Luta Contra a Droga 1999-2004”. Lisboa: IDT.

Instituto da Droga e da Toxicodependência – IDT. 2006a. “A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências 2005”. Lisboa: IDT.

Instituto da Droga e da Toxicodependência – IDT. 2006b. “Relatório de Atividades 2005”. Lisboa: IDT.

Instituto da Droga e da Toxicodependência – IDT. 2006c. “Plano de Atividades 2006”. Lisboa: IDT.

Instituto da Droga e da Toxicodependência – IDT. 2007a. “Relatório de Atividades 2006”. Lisboa: IDT.

Instituto da Droga e da Toxicodependência – IDT. 2007b. “Relatório dos Resultados da Avaliação de Desempenho 2006”. Lisboa: IDT.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. – IDT,IP. 2007. “A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências 2006”. Lisboa: IDT,IP.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. – IDT,IP. 2008a. “A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências 2007”. Lisboa: IDT,IP.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. – IDT,IP. 2008b. “Relatório de Atividades 2007”. Lisboa: IDT,IP.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. – IDT,IP. 2009a. “A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências 2008”. Lisboa: IDT, IP.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. – IDT,IP. 2009b. “Relatório de Atividades 2008”. Lisboa: IDT,IP.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. – IDT,IP. 2010a. “Plano de Ação Contra as Drogas e as Toxicodependências 2009-2012”. Lisboa: IDT,IP.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. – IDT,IP. 2010b. “Plano de Ação – Horizonte 2008: Relatório de Avaliação Interna”. Lisboa: IDT,IP.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. 2011a. – IDT,IP. “A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências 2010”. Lisboa: IDT,IP.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. – IDT,IP. 2011b. “Plano de Atividades 2011”. Lisboa: IDT,IP.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. – IDT,IP. 2012a. “Relatório da Avaliação do Desempenho 2011 (SIADAP 2 e 3). Lisboa: IDT,IP.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. – IDT,IP. 2012b. “Relatório de Atividades 2011”. Lisboa: IDT,IP.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. – IDT,IP. 2012c. “Balanço Social 2011”. Lisboa: IDT,IP.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. – IDT,IP. 2012d. “A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências 2011 - Anexo”. Lisboa: IDT,IP.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência – OEDT. 2003. “Relatório Anual 2003: A Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia e na Noruega”. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência – OEDT. 2004. “Avaliação da estratégia e do plano de ação da União Europeia (2000-2004)”. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

Legislação Consultada:

Declaração de Retificação nº 79/2006, de 17 de novembro. Republicação do Plano de ação contra as drogas e as toxicodependências – Horizonte 2008.

Decreto-Lei nº 420/70, de 03 de setembro. Insere várias disposições sobre a produção, o tráfico e o uso de drogas.

Decreto-Lei nº 745/75, de 31 de dezembro. Cria, na Presidência do Conselho de Ministros, o Centro de Estudos da Juventude (CEJ) e o Centro de Investigação Judiciária da Droga (CIJD).

Decreto-Lei nº 790/76, de 05 de novembro. Cria o Gabinete Coordenador de Combate à Droga (GCCD).

Decreto-Lei nº 791/76, de 05 de novembro. Estrutura o Centro de Investigação e Controle da Droga (CICD), em substituição do CIJD.

Decreto-Lei nº 792/76, de 05 de novembro. Estrutura o Centro de Estudos da Profilaxia da Droga (CEPD), em substituição do CEJ.

Decreto-Lei nº 365/82, de 08 de setembro. Reorganiza o GCCD, criando o Gabinete de Planeamento e de Coordenação de Combate à Droga (GPCCD).

Decreto-Lei nº 430/83, de 13 de dezembro. Altera o regime em vigor, tipifica novos ilícitos penais e contravencionais e define novas penas ou modifica as atuais em matéria de consumo e tráfico ilícito de drogas.

Decreto-Lei nº 20-A/87, de 14 de outubro. Cria o Centro das Taipas.

Decreto-Lei nº 83/90, de 14 de março. Cria o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicod dependência (SPTT).

Decreto-Lei nº 248/92, de 11 de novembro. Aprova uma nova estrutura orgânica para o Projeto Vida.

Decreto-Lei nº 15/93, de 22 de janeiro. Revê a legislação do combate à droga.

Decreto-Lei nº 43/94, de 17 de fevereiro. Altera a orgânica do SPTT.

Decreto-Lei nº 127/94, de 19 de maio. Reformula o Projeto Vida.

Decreto-Lei nº 67/95, de 08 de abril. Procede ao reforço das competências do SPTT.

Decreto-Lei nº 183/96, de 27 de setembro. Plano e do Relatório de Atividades.

Decreto-Lei nº 193/96, de 15 de outubro. Reformula o Projeto Vida.

Decreto-Lei nº 266/98, 20 de agosto. Revoga o DL nº 193/96, de 15 de outubro e define a natureza e finalidades do Projeto Vida.

Decreto-Lei nº 31/99, de 05 de fevereiro. Procede à criação do Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT).

Decreto-Lei nº 88/2000, de 18 de maio. Aprova a criação de um Conselho Coordenador da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga.

Decreto-Lei nº 89/2000, de 18 de maio. Aprova a criação de Conselho Nacional da Droga e da Toxicodependência.

Decreto-Lei nº 90/2000, de 18 de maio. Aprova uma nova estrutura orgânica para o IPDT.

Decreto-Lei nº 120/2002, de 03 de maio. Aprova a lei orgânica do XV Governo Constitucional.

Decreto-Lei nº 269-A/2002, de 29 de novembro. Criação do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT).

Decreto-Lei nº 1/2003, de 06 de janeiro. Reorganiza as estruturas de coordenação de combate à droga e à toxicodependência.

Decreto-Lei nº 172/2005, de 14 de outubro. Procede a alterações ao Decreto-Lei nº 269-A/2002, de 29 de novembro.

Decreto-Lei nº 212/2006, de 27 de outubro. Lei orgânica do Ministério da Saúde que determina a criação do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (IDT, IP).

Decreto-Lei nº 221/2007, de 29 de maio. Estabelece a orgânica do IDT, IP.

Decreto-Lei nº 124/2011, de 29 de dezembro. Lei orgânica do Ministério da Saúde que determina a extinção por fusão do IDT, IP e cria o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD).

Decreto Regulamentar nº 41/88, de 21 de novembro. Criação dos Centros Regionais de Alcoologia do Porto, Coimbra e Lisboa.

Decreto Regulamentar nº 19-A/2004, de 14 de maio. Regulamento de avaliação de desempenho dos trabalhadores e dirigentes intermédios da Administração Pública.

Despacho n° 3228/1998 (2ª série), de 16 de fevereiro. Cria a comissão para a estratégia nacional de combate à droga.

Despacho n° 11255/2004 (2ª série), de 04 de junho. O Ministro da Saúde incumbe o Presidente do IDT de promover a avaliação externa da ENLCD.

Despacho Conjunto n° 679/2003, de 02 de julho. Define o regulamento do pessoal dirigente do IDT.

Despacho Normativo n° 51/2008, de 01 de outubro. Define o regulamento de organização e funcionamento do IDT, IP.

Lei n° 7/97, de 08 de março. Alarga a rede de serviços públicos para o tratamento e a reinserção de toxicodependentes.

Lei n° 30/2000, de 29 de novembro. Aprova a lei de descriminalização do consumo de drogas.

Lei n° 16-A/2002, de 31 de maio. Alteração ao Orçamento de Estado para 2012 – Extinção, reestruturação e fusão de organismos.

Lei n° 10/2004, de 22 de março. Cria o sistema integrado de avaliação do desempenho da Administração Pública.

Lei n° 66-B/2007, de 28 de dezembro. Estabelece o sistema integrado de gestão e avaliação de desempenho na Administração Pública.

Portaria n° 74/89, de 02 de fevereiro. Cria os CAT's de Cedofeita (Porto) e do Algarve.

Portaria n° 484/2003, de 15 de abril. Define a estrutura e a organização interna do IDT.

Portaria n° 648/2007, de 30 de maio. Define a estrutura e a organização interna do IDT, IP.

Portaria n° 925/2010, de 20 de setembro. Procede a alterações à Portaria n° 648/2007, de 30 de maio.

Resolução do Conselho de Ministros n° 23/87, de 21 de abril. Aprova o plano integrado de combate ao tráfico ilícito e uso indevido de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas.

Resolução do Conselho de Ministros nº 17/90, de 21 de abril. Reforça o programa nacional de combate à droga, através da reformulação do Projeto Vida.

Resolução do Conselho de Ministros nº 3/96, de 08 de janeiro. Determina a unificação num único diploma do estatuto normativo do Projeto Vida.

Resolução do Conselho de Ministros nº 46/99, de 26 de maio. Aprova a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga.

Resolução do Conselho de Ministros nº 30/2001, de 13 de março. Aprova os 30 principais objetivos da luta contra a droga e a toxicodependência – Horizonte 2004.

Resolução do Conselho de Ministros nº 39/2001, de 09 de abril. Aprova o Plano de ação nacional de luta contra a droga e a toxicodependência – Horizonte 2004.

Resolução do Conselho de Ministros nº 95/2003, de 30 de julho. Aprova o conjunto das grandes linhas de orientação que presidirão à reforma da Administração Pública.

Resolução do Conselho de Ministros nº 53/2004, de 21 de abril. Aprova a operacionalização da reforma da Administração Pública.

Resolução do Conselho de Ministros nº 124/2005, de 04 de agosto. Estabelece o Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE).

Resolução do Conselho de Ministros nº 39/2006, de 30 de março. Aprova as orientações gerais e especiais para a reestruturação dos ministérios no âmbito do PRACE.

Resolução do Conselho de Ministros nº 115/2006, de 18 de setembro. Aprova o Plano nacional contra a droga e as toxicodependências 2012 e o Plano de ação contra as drogas e as toxicodependências – Horizonte 2008.