

dependências

Set 2012

SÓ PARA PROFISSIONAIS



**Inquérito Nacional em
Meio Escolar:**

**Jovens consomem
mais álcool,
tabaco e cannabis**

**Encontro das Taipas:
25 anos de
evolução**



**CRI não serão desmantelados com a
ancoragem das dependências nas ARS**

Sabia que a água desempenha um papel fundamental no nosso organismo?

A água tem funções importantes na manutenção da nossa saúde já que esta ajuda na concentração de sais, na regulação da temperatura do corpo, nas funções intestinais e no transporte de nutrientes no organismo.

Não deixe que a carência de água leve a uma falha na sua saúde, beba pelo menos 2 litros por dia.

Beba água da torneira



Índice

Editorial.....	3
Sociedade Portuguesa de Adictologia.....	4
Inquérito Nacional em Meio Escolar.....	8
XXV Encontro das Taipas ..	22
Irefrea	25
SPESM.....	28
Opinião.....	31

FICHA TÉCNICA:

Propriedade, Redacção e
Direcção:
News-Coop - Informação e
Comunicação, CRL
Rua António Ramalho, 600E
4460-240 Senhora da Hora
Matosinhos
Publicação periódica mensal
registada no ICS
com o nº 124 854.
Tiragem: 12 000 exemplares
Contactos: 22 9537144
91 6899539
info@dependencias.pt
www.dependencias.pt

Director: Sérgio Oliveira
Editor: António Sérgio
Colaboração: Mireia Pascual
Produção Gráfica: Ana Oliveira
Impressão: Multitema

Fotos Fórum Álcool e Saúde cedidas
por Manuel Duarte
Fotos XX Jornadas Portuguesas
de Alcoologia cedidas
por Salvador Rocha



Muita gente ficou preocupada com as conclusões resultantes do Inquérito Nacional em Meio Escolar, a partir das quais se percebeu que os consumos de álcool, de tabaco e de cannabis apresentaram significativas e preocupantes subidas...

Mas de que estávamos à espera? Um país que se mostra indiferente a agressivas campanhas de marketing, promovendo o consumo de álcool nas festas académicas, em contextos recreativos... que, por detrás da sua cultura, continua a motivar o consumo do tabaco como forma de emancipação social e independência... que vulgariza os danos causados pelo uso da cannabis como se de uma vulgar droga “leve e verde” se tratasse!

Vivo num país de leigos, com escolas tipo armazéns, onde os alunos dos 9 aos 18 anos são despejados, onde os mais velhos ameaçam os mais novos e os consumos são “o pão nosso de cada dia”, porque ninguém vê ou não quer ver, onde a participação dos encarregados de educação é praticamente nula, onde a instabilidade dos professores não lhes permite uma maior intervenção e, claro está, uma escola sem formação não faz prevenção nem prepara os alunos para uma intervenção de cidadania. Por isso, os resultados de um maior consumo por parte dos jovens já tem culpados. A culpa é da escola, dos professores, da sociedade. E cada um de nós não é culpado de nada!

Tenhamos em atenção este estudo, façamos dele um instrumento de trabalho e de reflexão, analisemos com detalhe as suas conclusões, façamos a comparação com o que se está a passar na Europa e pensemos a relação do ministério da saúde com o da educação, o das finanças com o da economia, a relação dos pais com os professores, da escola com a família, da sociedade com o meio envolvente e facilmente concluímos que todos somos culpados pelo comportamento e pelo aumento do consumo de algumas substâncias. Sim, é verdade que diminuiu o número de embriaguezes e que baixou o consumo das restantes drogas mas estamos hoje a viver um momento em que as redes sociais estão a servir como fonte de desinformação para o consumo de substâncias. E o aparecimento de pontos de venda de novas e perigosas drogas a que dão o nome de smart shops, muitas delas ilegais, deve envolver uma campanha muito grande de informação junto dos jovens e suas famílias, com o objetivo final do seu encerramento.

Até lá, deixemo-nos da crítica fácil e que atire a primeira pedra quem ache que já fez tudo o que havia para fazer.

CRI não serão desmantelados com a ancoragem das dependências nas ARS

A Associação Portuguesa de Adictologia promoveu o seu segundo encontro no passado dia 21 de setembro. O Auditório do Conservatório de Música de Coimbra foi o palco escolhido para a realização de um evento que decorreu num formato informal, preenchido por debates e apelando à participação do público presente.

Num momento marcado por algumas indefinições em torno da reestruturação dos serviços na área das dependências, surgiram algumas orientações que permitem perspetivar como passará a orientar-se a prática e as intervenções no terreno. A escolha dos participantes no primeiro painel não terá sido alheia ao objetivo de clarificar um futuro que ainda permanece confuso e, para o efeito, marcaram presença o diretor geral do SICAD, João Goulão, o vogal da ARS do Centro, Fernando Almeida, o presidente da Associação Portuguesa Medicina Geral e Familiar, Rui Nogueira, o Diretor do Serviço de Psiquiatria do CHUC, Reis Marques e Indalecio Carrera, da Faculdade de Medicina da Universidade de Santiago de Compostela.

Desde logo, como já havia sido anunciado, ficou a saber-se que cabe às ARS a definição do modelo a adotar em cada território sob a sua tutela mas que não serão desmanteladas as estruturas dos CRI. A garantia dada traduz-se na integração dessas estruturas, intactas, na própria estrutura das ARS, a par da continuidade de funções e da necessária definição de articulações com os centros de saúde e com as estruturas da saúde mental. Colocada a ancoragem estratégica das dependências nas ARS, surge a mais do que provável ancoragem da intervenção na saúde mental... O tempo o confirmará ou desmentirá... João Goulão garante continuar a haver espaço para a integração e articulação de respostas.

Ora, assumindo as ARS a coordenação e elaboração de estratégias nos eixos do tratamento, prevenção, redução de riscos e reinserção, resta ao SICAD a responsabilidade da re-

colha e compilação de dados e da satisfação dos compromissos nacionais com organismos externos. A boa novidade, em princípio, resultará da atribuição de um orçamento ao SICAD para aplicação em projetos que serão executados por instituições da sociedade civil, com monitorização e avaliação das ARS... A cobertura dependerá do orçamento e da disponibilidade de recursos.

Dependências esteve presente no evento e entrevistou João Goulão e João Curto, presidente da Associação Portuguesa de Adictologia.

João Goulão



Numa altura em que se perfilam as principais consequências práticas em termos estruturais das alterações orgânicas promovidas, parece resultar um retorno – para não dizer retrocesso – ao nível da ancoragem na saúde mental da intervenção em dependências...

João Goulão (JG) – Diria que não temos nenhuma experiência prévia comparável com a situação atual... Num passado já longínquo, tivemos uma recusa da saúde mental em assumir esta problemática. Entretanto, os tempos mudaram e as dimensões e contornos do fenómeno toxicodependência também se alteraram significativamente em Portugal. A integração da problemática do álcool no mandato do IDT também veio introduzir novas componentes... Tentámos encontrar respostas melhorando as arti-

culações institucionais, inter-ministério da saúde, passando pelo desenho de uma rede de referência para os problemas do álcool, que poderia também servir de modelo para a abordagem das ilícitas e outras dependências. Mas a articulação nunca foi muito fácil. Diria que tem geometria variável nos diversos territórios do país. Aquilo que aqui se passou hoje correspondeu a uma reafirmação de que não há intenção de desmantelar as equipas e pulverizar os profissionais para acorrerem a outros tipos de necessidades da população. Discutiu-se um modelo que está a ser preparado pela ARS do Centro e, embora o meu mandato não tenha propriamente a ver com esse tipo de exercício, estou a tentar promover uma reunião com todos os presidentes das ARS para tentar perceber estratégias e orientações. O modelo de integração das respostas, da prevenção, da redução de danos, do tratamento e da reinserção social terá, provavelmente, geometria variável de acordo com as estratégias das ARS...

Mas serão sempre áreas sob a égide das ARS...

JG – Em princípio sim. Há algumas afinações que serão necessárias, como a criação de circuitos de informação. O SICAD mantém a responsabilidade da recolha e compilação de dados e da satisfação dos compromissos nacionais em matéria de Observatório, Nações Unidas e outros organismos, teremos que criar mecanismos expeditos para isso; há alguns problemas práticos, que poderão parecer questões menores mas que não o são, como a gestão do programa de metadona, o Sistema de Informação Multidisciplinar, as convenções... Há várias coisas que precisamos de afinar no que toca ao assegurar da continuidade.

Sendo o SICAD um organismo basicamente normativo, em que medida estarão as ARS moralmente obrigadas a acatar as diretivas produzidas?

JG – Há legislação à qual todos temos que nos submeter. Está determinado, na forma de diplomas legais, portanto não há nada que te-



nhamos que pedir... Apenas teremos que negociar formas de fazer. Quanto à organização dos serviços, insisto na ideia que cada uma das ARS terá que encontrar o seu modelo organizativo. Considero desejável que sejam tão próximos quanto possível uns dos outros, no sentido de se tornarem congruentes e de favorecerem articulações. Mas devo dizer que, face à postura e à tranquilidade que começa a sentir-se nos profissionais, fruto das declarações públicas dos responsáveis e pelo conhecimento mútuo que vai sendo aprofundado, creio que as coisas poderão traduzir-se num maior entrosamento entre os diversos serviços e estruturas.

Acredita haver espaço para a continuidade do modelo de respostas integradas?

JG – Penso que sim. Ainda hoje foi dito que os CRI serão integrados, intactos, na estrutura da ARS, manterão a sua identidade e funções, farão as necessárias articulações, quer com os centros de saúde, quer com as estruturas da saúde mental, algo que já preconizávamos na tal rede de referênciação.

Até há bem pouco tempo, imperou em alguns eixos de intervenção como a prevenção e a redução de danos, uma lógica de delegação de respostas, em que o Estado financiava a execução de projetos por parte de organizações da sociedade civil a partir de um caderno de encargos. Serão, no futuro, as ARS as entidades responsáveis pela execução desses projetos?

JG – Mantendo-se a lógica dos CRI e da responsabilidade territorial dessas unidades, continuará a haver a necessidade de elaborar diagnósticos territoriais, identificação de necessidades e definição de estratégias e programas de intervenção. Para já, o que está combinado é que a gestão de verbas para esse tipo de programas ficará a cargo do SICAD...

E será o próprio SICAD a promover os concursos?

JG – Sim, será o SICAD. Teremos conhecimento das verbas disponíveis para o todo na-

“Ainda hoje foi dito que os CRI serão integrados, intactos, na estrutura da ARS, manterão a sua identidade e funções, farão as necessárias articulações, quer com os centros de saúde, quer com as estruturas da saúde mental, algo que já preconizávamos na tal rede de referênciação.”

cional e, em colaboração com os serviços das ARS, estabeleceremos os critérios para o ranking dos projetos e apoiá-los-emos de acordo com isso. O feedback e acompanhamento técnico terá que ser necessariamente feito pelas ARS.

Quer dizer então que está colocado de parte o risco de haver perda de trabalho de proximidade?

JG – Estamos perante uma grande condicionante que tem a ver com o momento que o país vive em termos orçamentais e, seguramente, não conseguiremos manter todas as intervenções que tínhamos desenvolvido noutras alturas. Terá que haver uma retração mas não haverá certamente extinção desses programas. Esperemos que, num futuro mais ou menos próximo, haja um relançamento e aumento da capacidade de estabelecer estes programas de proximidade e ver-se-á também a capacidade de absorção pelas próprias estruturas das ARS, com os seus meios próprios, para dar resposta às necessidades identificadas.

Face aos contactos que vai estabelecendo com o Ministério da Saúde, como avalia o interesse e comprometimento do atual Governo face a esta área?

JG – Creio que quer ao Sr. ministro, quer à nossa tutela direta, exercida pelo secretário de estado Leal da Costa, é uma área que suscita interesse. Por um lado, há um follow up de toda esta decisão que foi tomada e, naturalmente, alguma preocupação em torno da forma como as coisas decorrerão. Depois, há alguns fenó-

menos importantes, emergentes na sociedade portuguesa e algumas decisões ao nível político, em que o Sr. Secretário de Estado se tem envolvido pessoalmente, como seja a discussão do diploma do álcool no que respeita à idade e às formas de comercialização, como seja a problemática das smart shops e das novas substâncias psicoativas... Diria que há interação e uma acessibilidade cada vez maior à tutela.

Em que medida poderá o facto de os indicadores sobre consumos terem resultado numa menor preocupação dos portugueses face à problemática da toxicod dependência dar origem a um desinvestimento neste setor?

JG – Na crueza dos números ainda não temos reflexo de alguma realidade que, de forma empírica, vamos conhecendo no terreno, como seja, alguma deslocação do contexto de uso. Durante muito tempo, tivemos consumos muito ligados à marginalidade e à exclusão, depois subiram os consumos em contextos festivos, muito marcados pela presença de estimulantes e, agora, vamos vendo outra vez um aumento dos consumos para alívio do sofrimento. Ainda não conseguimos objetivá-lo mas já existem relatos das nossas equipas no terreno acerca disto e a tutela tem sido particularmente sensível a esta informação que vamos veiculando.

A fundamentação cerebral é a mesma e o que procuramos é resolver a questão de definir isto como um processo mental que potencialmente existe no ser humano afetado por estas situações. E preocupa-nos dar resposta a esse desafio, produzindo material informativo para o público em geral e formativo para os técnicos e profissionais que intervêm nesta área.

João Curto



O que pretendeu em concreto a Associação Portuguesa de Adictologia ao colocar em confrontação responsáveis de diferentes estruturas da saúde que parecem estar agora envolvidas na conceção das estruturas de intervenção em dependências?

João Curto (JC) – A ideia não passou propriamente por uma confrontação mas mais por uma troca de opiniões entre pessoas potencialmente envolvidas no processo. Procurámos particularmente informar os técnicos e profissionais interessados sobre o que se está a desenvolver. Porque esta espera, como diria o Dr. João Goulão, é o pior. Esta indefinição das coisas que correm e decorrem não só desmoraliza muitas vezes os próprios profissionais como o cidadão e o doente, que fica indeciso. E não tendo nós ainda uma resposta definitiva, há que clarificar, evidenciar para onde se caminha e precaver-nos para que o acúmulo da experiência que foi realizado sirva. Há muito trabalho feito, muito know how adquirido, muita credibilidade conquistada e não se deve deixar desperdiçar este historial.

O Dr. João Goulão lançou à Associação Portuguesa de Adictologia o desafio de contribuir com propostas para a definição de uma estratégia de intervenção e de estruturação dos serviços...

JC – Estamos a pensar nisso e, aliás, uma das propostas que entrará hoje na nossa as-

sembleia prende-se exatamente com a realização de manuais, de guidelines e critérios sobre o que deve ser definido em relação à toxicod dependência ou às adições em geral. Historicamente, herdámos uma tendência para nos debruçarmos mais sobre as adições com substância mas também temos que nos preocupar com as condutas aditivas de outra natureza. A fundamentação cerebral é a mesma e o que procuramos é resolver a questão de definir isto como um processo mental que potencialmente existe no ser humano afetado por estas situações. E preocupa-nos dar resposta a esse desafio, produzindo material informativo para o público em geral e formativo para os técnicos e profissionais que intervêm nesta área.

Existe hoje um novo problema face ao qual os profissionais terão que saber atuar, o recurso crescente aos produtos comercializados nas smart shops, que, de acordo com vários relatos, poderá originar sequelas graves face à falta de informação ou até desinformação sobre as substâncias a quem consome...

JC – Diria que existe mesmo falta de forma-

ção específica sobre o conhecimento dessas substâncias. O que sabemos é que estamos a ser confrontados com casos complicados sob o ponto de vista da afetação cerebral e de comportamento. Posso adiantar que “apanhei” três indivíduos com o chamado blow, um estimulante como o ecstasy com efeito duradouro, vendido como fertilizante de plantas nessas smart shops, mais barato e acessível. E não sabendo nós nitidamente qual o mecanismo que os torna tão tóxicos, sabemos que, em doses mais elevadas e frequentes, produz sintomatologia que se aproxima muito de perturbações psicóticas cerebrais...

Que balanço faz um ano volvido após a criação da Associação?

JC – Acima de tudo, pretendemos que a Associação retome um caminho mais ativo. Notámos um grande entusiasmo e mobilização inicial mas depois constatámos alguma desmobilização. Claro que a sobrecarga associada à nossa profissão e à atividade que temos nem sempre ajuda a darmos resposta a tudo... Seguramente, não perdemos o rumo e temos objetivamente projetos que estão em andamento.



MUDANÇA...

IV ENCONTRO CRI LISBOA OCIDENTAL • I ENCONTRO ET AGUALVA CACÉM

Dia 16 de Novembro de 2012 • Hotel Pestana Sintra Golf Resort & Spa, Beloura

PROGRAMA PROVISÓRIO

09h00 – Abertura do secretariado

09h30 – Sessão de abertura

Presidente da Câmara Municipal de Sintra

Dr. João Goulão (SICAD)

Dr. António Maia (DRLVT)

Dr. João Ribeiro (CRI Lisboa Ocidental)

Dr. Rui Lopes (ET Agualva-Cacém)

10h00 – 10h15 – Uma Equipe de tratamento

Dr.ª. Susana Caessa (ET Agualva-Cacém)

Moderador: Dr. Rui Lopes (ET Agualva-Cacém)

10h20 – 11h30 – O Álcool nas Dependências

Caracterização do consumo de álcool em utentes integrados em programa de Manutenção com Buprenorfina na ET de Sintra

Dr.ª. Amélia Pimenta, Dr.ª. Marina Maia (ET Agualva-Cacém)

Avaliação do padrão de consumo de álcool (PCA) em heroíno-dependentes no PSM na ET de Sintra

Dr.ª. Cristina Fiuza, Dr.ª. Magda carvalho (ET Agualva-Cacém)

Moderador: Dr. Rodrigo Coutinho (ET Xabregas)

11h30 – 12h00 Intervalo

12h00 – 13h00 Smartshop, A dissimulação (quase) perfeita

Situação não tão Smart

Dr. Nuno Eloc (Comunidade terapêutica Lugar da Manhã)

Banalização dos danos (ir)reversíveis

Dr.ª Sónia Antunes (Comunidade terapêutica Lugar da Manhã)

Moderador: Dr. Carlos Fugas (ET Agualva-Cacém)

13h00 – 14h30 Almoço (livre)

14h30 – 15h30 - Intervenção e articulação com a Comunidade.

Exemplos de experiências.

Projecto ACES Dr.ª Carla Frazão (CRI Lisboa Ocidental)

PRI de Prevenção Dr.ª Rosa Moniz (ACAS)

PRI RDMR (VITAE)

Moderador: Dr.ª. Marina Maia (ET Agualva-Cacém)

15h30 – 16h00 intervalo

16h00 – 16h30 Hepatite C

Dr. Ayres Figueiredo (Hospital Fernando da Fonseca)

16h30 – 17h30. Quem não tem história não tem nada...

Dr.ª. Gorete Leme, Dr.ª. Marina Maia (ET Agualva-Cacém)

Moderador: Dr. Rui Lopes (ET Agualva-Cacém)

17h30 – Sessão de Encerramento

Dr. João Ribeiro (CRI Lisboa Ocidental)

Dr. Rui Lopes (ET Agualva-Cacém)

Dr.ª Emília Leitão (DRLVT)

Dr. Ângelo de Sousa (DRLVT)

Dr.ª Elsa Coutinho (DRLVT)



Comunidade
Vida e Paz

X Jornadas da Saúde e Toxicodependências

9 de Novembro de 2012

Auditório da Escola Superior de Saúde de Leiria

“VIRAR A PÁGINA”

Programa

9:00 - Abertura do secretariado

9:30 - Sessão de abertura

- Dr. José Carlos Gomes (Escola Superior de Saúde de Leiria)
- Dr. João Goulão (SICAD)
- Dr. Raúl Miguel de Castro (Presidente da Câmara de Leiria)
- Dr. Henrique Joaquim (Presidente da Direção da Comunidade Vida e Paz)

10:00 - Comunidade Terapêutica – Centro de Fátima: 15 anos de História

- Dra. Renata Alves (Diretora do Centro de Fátima da Comunidade Vida e Paz)

11:15 - Coffee – Break

11:30 - A atualidade das dependências

- Moderador: Sr. Sérgio Oliveira (Diretor da Revista Dependências)
- Dr. Félix Carvalho (Professor Doutor na Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto)
- Dr. Fernando Mendes (Representante em Portugal do IREFREA – Rede Europeia de Prevenção)
- Dr. Elísio Barros (Presidente da Direção da Comunidade Terapêutica Centro Jovem Tejo)

13:00 - Almoço

14:30 - A família do adito em Comunidade Terapêutica

- Moderador: Dr. Armando Leandro (Presidente da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco)
- Dra. Fernanda Lopes (Terapeuta do Aconselhamento no Centro de Fátima da Comunidade Vida e Paz)
- Dr. António Coelho (Diretor da Casa da Barragem)
- Dra. Margarida Beja (Psicóloga, Equipa de Tratamento de Coimbra)

15:45 - Coffee – Break

16:00 - A doença psiquiátrica associada à adição

- Moderador: Dr. Rui Seco (Médico-psiquiatra do Centro de Fátima da Comunidade Vida e Paz)
- Dr. Domingos Neto (Médico Psiquiatra, fundador da empresa Princípio – Atividade médicas)
- Dr. Nuno Eloc (Psicólogo Clínico, Coordenador Técnico do Lugar da Manhã)
- Dr. Mário David (Médico-psiquiatra e Grupalista da Sociedade Portuguesa de Grupalise)

17:00 - Sessão de Encerramento

Alunos do 3º Ciclo e Secundário consomem mais tabaco, álcool e cannabis

O auditório das instalações do IPDJ, em Lisboa, serviu de palco para a apresentação do mais recente estudo desenvolvido em Portugal, subordinado ao consumo de drogas e outras substâncias psicoativas por parte dos alunos frequentadores do terceiro ciclo do ensino básico e do ensino secundário público. O estudo, realizado por Fernanda Feijão para o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências foi aplicado separadamente nestas duas amostras e apresenta como principais conclusões o aumento das percentagens de consumidores de bebidas alcoólicas, de tabaco e de cannabis, apontando, no entanto, por uma descida da prevalência da embriaguez.

O Inquérito Nacional em Meio Escolar é um estudo periódico que foi iniciado em 2001 (IPDT/PCM), sucedendo aos “Estudos em Meio Escolar” do anterior GPCCD/MJ, e repetido em 2006 (IDT/MS) e em 2011 (IDT, IP/MS). Tem como alvo a população dos alunos do ensino público, engloba dois inquéritos (3.º Ciclo e Secundário) e tem como objetivo a caracterização (aos níveis nacional, regional e local), quer do consumo de substâncias psicoativas quer dos respetivos consumidores, e o acompanhamento, periódico, da evolução deste fenómeno permitindo a análise de tendências e a identificação de necessidades de intervenção preventiva.

Do ponto de vista do enquadramento teórico, foi concebido numa perspetiva integrada, juntando as perspetivas epidemiológica, psicológica e sociológica.

Este estudo tem contado, desde o início, com o apoio e a colaboração do Ministério da Educação, quer através do GEPE e do DIDC, quer através das escolas de todo País.

O INME é um inquérito por questionário auto preenchido pelos alunos, em ambiente de sala de aula, sendo que o questionário tem duas partes: a primeira com questões sobre a epidemiologia dos consumos, e a segunda com as outras questões. A primeira parte tem-se mantido constante desde 2001 e na segunda, a maioria das perguntas também se tem mantido mas algumas têm sido alteradas de modo a permitir a introdução de questões relevantes no momento em que o estudo ocorre.

A população alvo do INME - 3.º Ciclo - alunos do 3.º Ciclo do ensino básico público (a frequentarem o ensino regular, profissional ou artístico especializado) - era, em 2011, de cerca de 330.000 jovens.

A população alvo do INME - Secundário - alunos do ensino secundário público a frequentarem os cursos gerais, tecnológicos, profissionais ou artísticos especializados - era, em 2011, de cerca de 250.000 jovens. Globalmente, foram inquiridos cerca de 32000 alunos do ensino secundário público.

Os dois estudos têm representatividade assegurada para Portugal e para as regiões do Continente, Regiões Autónomas da Madeira e Açores (NUT I), Regiões Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve (NUT II), para as 28 sub-regiões, do Continente, que constituem as NUT III, e para os concelhos das regiões da Grande Lisboa e do Grande Porto. Para cada nível de representatividade foram construídas amostras aleatórias, estratificadas por área geográfica e ano de escolaridade.

Globalmente, foram inquiridos cerca de 33000 alunos do 3.º Ciclo do ensino básico público.

O procedimento é o mesmo que vem sendo utilizado desde o início



O INME é um inquérito por questionário auto preenchido pelos alunos, em ambiente de sala de aula, sendo que o questionário tem duas partes: a primeira com questões sobre a epidemiologia dos consumos, e a segunda com as outras questões. A primeira parte tem-se mantido constante desde 2001 e na segunda, a maioria das perguntas também se tem mantido mas algumas têm sido alteradas de modo a permitir a introdução de questões relevantes no momento em que o estudo ocorre.

dos estudos e garante o anonimato e a confidencialidade das respostas. A recolha de dados decorreu em Maio de 2011, e foi precedida do pedido de consentimento parental. A aplicação dos questionários foi coordenada pelos professores da disciplina do tempo letivo em que os questionários foram aplicados.

Conclusões

No que concerne ao INME 2011 – 3º Ciclo, globalmente, os resultados mostram que, nos últimos 5 anos, houve aumento das percentagens de consumidores de bebidas alcoólicas, tanto ao nível da experimentação como dos consumos recentes e atuais, acompanhado no entanto, pela descida da prevalência da embriaguez. Também aumentaram as percentagens de consumidores de tabaco e, em menor grau, as de cannabis, tendo-se mantido (com tendência para descida) as prevalências das “outras drogas”.

Já o INME 2011 – Secundário revela, em traços gerais, que desde 2001 as prevalências de consumo de bebidas alcoólicas têm estado sempre a aumentar, e que relativamente ao tabaco e à cannabis houve diminuição de 2001 para 2006 e aumento desde então. Ao nível dos consumos recentes, as diferenças de género, são mínimas relativamente ao tabaco, aumentando relativamente ao álcool e atingindo a maior diferenciação quanto à cannabis. Além disso, nos últimos 10 anos, esbateram-se algumas das assimetrias geográficas inicialmente encontradas.





No final da sessão que serviu para a apresentação do estudo, Dependências ouviu a autora, Fernanda Feijão, e o Secretário de Estado da Saúde Fernando Leal da Costa.

O que significa em concreto o esbatimento que referiu entre as assimetrias geográficas relativamente aos consumos?

Fernanda Feijão (FF) – Quer dizer que a diferença entre o valor mínimo e o máximo de uma prevalência, numa percentagem de consumidores, diminuiu. Em 2001, as assimetrias eram, por exemplo, de 10 por cento numa região e de 15 por cento noutra, o que representa uma diferença de dez pontos. Atualmente, haverá uma diferença de 15 para 20, o que traduz uma diferença de apenas 15 pontos, portanto, as regiões que tinham menores percentagens de consumidores e as que apresentavam maiores percentagens estão a convergir para o mesmo número de consumidores. A tendência, nos casos do álcool, do tabaco e das outras substâncias psicoativas aponta para que haja uma percentagem similar de consumidores em todas as regiões do país. Recordo que, em 2001, quando começámos a fazer o estudo, havia ainda grandes consumos nas grandes regiões urbanas da Grande Lisboa e Grande Porto. 2006 mostrou-nos que já havia consumos muito elevados em algumas regiões do interior do país. E agora o país está quase todo ao mesmo nível, uma tendência que, em estatística, se designa como evolução para a média.

Essa tendência aplica-se a praticamente todas as substâncias?

FF – A tendência é generalizada. Ao nível das NUT III, constata-se uma aproximação dos resultados entre todas as regiões do país.

O que está a acontecer relativamente aos consumos do álcool, da cannabis e das outras drogas?

FF – Relativamente ao álcool e à cannabis, em Portugal, tal como noutros países da Europa, estão a surgir tendências semelhantes de desenvolvimento do consumo de cannabis. De 2001 para 2006, tinha havido uma descida enquanto de 2006 para 2011 se verifica uma subida. De qualquer forma, estão mais ou menos ao nível de 2001 e em percentagens bem mais baixas quando comparadas com as de outros países da Europa. Digamos que a nossa evolução não tem nada de dramática quando comparada com a de outros países. Além disso, o consumo de droga entre os adolescentes, tanto no 3º Ciclo como no Secundário, resume-se praticamente à cannabis. A percentagem de alunos que consumiu outras drogas anda entre 1 e 2 por cento e, embora os efeitos possam ser graves, a dimensão do problema não é significativa. E lembro que nos EUA, a percentagem de consumidores de cannabis no Secundário já é superior à percentagem de consumidores de tabaco.

Recordo que, em 2001, quando começámos a fazer o estudo, havia ainda grandes consumos nas grandes regiões urbanas da Grande Lisboa e Grande Porto. 2006 mostrou-nos que já havia consumos muito elevados em algumas regiões do interior do país.

Como está a situação portuguesa em termos de consumo de álcool?

FF – Os consumos de álcool têm vindo a aumentar desde 2001, tanto nas prevalências ao longo da vida como nos últimos 30 dias e nos últimos 12 meses. A embriaguez, no último ano, desce em todas as regiões...

Na prática, os jovens bebem mais mas embriagam-se menos?

FF – Não. Temos que distinguir o número de consumidores do padrão de consumo. Estamos a falar do aumento do número de consumidores e concluímos que há mais pessoas a beber mas, quanto aos padrões de consumo, temos imensa informação sobre as frequências de consumo mas ainda não chegámos à análise... Na apresentação que fiz, apenas explicitiei as frequências de consumo da cannabis e concluímos que, tanto no 3º Ciclo como no Secundário, 75 por cento dos alunos que consumiram no último ano (5% no 3º Ciclo e 23% no Secundário) declararam que apenas consumiram uma vez por outra, ou seja, experimentação pura, cerca de 12 por cento declaram terem consumido em muitas semanas e 10 por cento dizem ter consumido todas as semanas. Estes valores têm que ser postos em contexto e digamos que os que consomem habitualmente são 10 por cento dos 5% do 3º Ciclo que consumiram e 10% do global de 23% do Secundário. Em relação aos locais de consumo, o álcool consome-se fundamentalmente nas discotecas, nas festas e festivais.

Que dado considera mais preocupante entre as conclusões do estudo?

FF – O esbatimento da assimetria entre os géneros parece-me um indicador significativo. Se o mesmo fosse para baixo, ou seja se os rapazes comessem a consumir ao nível das raparigas, seria positivo mas o que temos é o contrário. As diferenças de género são quase inexistentes no consumo de tabaco, um pouco mais acentuadas no consumo de álcool e maiores relativamente à cannabis.

Têm surgido alguns alertas relativamente ao consumo de psico-fármacos em contexto escolar...

FF – A prevalência do consumo desse tipo de medicamentos é muito baixa, rondando os 4 por cento. De qualquer forma, creio que os alunos devem entender a pergunta que formulámos no questionário no contexto do consumo sem receita médica porque estes valores são próximos dos que obtivemos no estudo da ESPAD, em que temos a diferenciação entre consumo com e sem receita médica. E aí, conjugando os dois, há cerca de 16 por cento de consumos, níveis que me parecem preocupantes, independentemente de serem com ou sem receita porque significam que os alunos precisam de ajuda para fazerem face à vida.



Fernando Leal da Costa

Têm surgido vários alertas em torno de uma oferta de acesso fácil por parte de jovens a psicotrópicos, que recorrem às smart shops para consumirem produtos cujos efeitos podem ser muito lesivos... Que pretende fazer o Governo relativamente a este tipo de comércio?

Fernando Leal da Costa (FLC) - Nós próprios entendemos que preferimos a designação de pontos de venda de novas drogas psicoativas em vez de smart shops. De smart, em termos de inteligentes, têm pouco; em termos de fashionable, vão tendo alguma coisa mas creio que a designação é demasiado benévola para o que estas lojas representam. Estamos a falar de pontos de venda de novas drogas psicoativas, todas elas muito tóxicas e perigosas, algumas delas já proibidas, outras não, de maneira que, em relação às chamadas drogas legais, prefira dizer que estamos perante substâncias que ainda não são proibidas. Porque, obviamente, o nosso objetivo, que é igualmente um objetivo internacional, é proibir a comercialização de substâncias psicoativas que sejam perigosas, como é o caso destas. Estamos a trabalhar com um grupo concentrado a partir do SICAD, que envolve as forças policiais, o ministério da justiça e um conjunto de atores que estão normalmente a trabalhar no conselho nacional para a prevenção do consumo das drogas e do álcool. E estamos a trabalhar em três frentes que têm que ver, em primeiro lugar, com um monitorização muito rigorosa, que já estamos a fazer no terreno junto dos serviços de urgência para apreender a dimensão da perigosidade do fenómeno. Por outro lado, tenho estado a trabalhar com a ASAE, que já no ano passado fez intervenções e apreensões na ordem dos 410 mil euros de material em lojas deste tipo e só no primeiro semestre deste ano já vamos em mais de 120 mil euros de material apreendido; e a ASAE irá continuar a desempenhar as suas funções no sentido de verificar tudo aquilo que tem que ver com a licitude, ainda que residual, deste fenómeno. Ao mesmo tempo, em conjugação com o Parlamento, estamos a propor uma série de alterações legislativas que permitem a identificação de um conjunto de substâncias que são consideradas as mais tóxicas e atuar sobre elas, incluindo-as progressivamente nas listas das substâncias psicotrópicas.

O problema é que mesmo isso poderá traduzir-se numa eterna luta entre o gato e o rato... Sinalizam-se e catalogam-se substâncias mas outras surgem a um ritmo alucinante...

FLC - Nós sabemos que esse é o grande desafio da química moderna. Infelizmente, estamos a ser alvos de uma evolução tecnológica perniciososa que leva a que bioquímicos menos escrupulosos vão inventando substâncias sucessivamente mais tóxicas, com maior comodidade de toma e maior rapidez de início de efeito. Infelizmente, os produtores e os traficantes

dessas substâncias andaram a aprender com aqueles que fazem medicamentos lícitos. Estamos a lidar com um problema que é universal, que resulta do mau uso da bioquímica mas acreditamos ser possível do ponto de vista da tipologia química encontrar enquadramento naqueles que são os grandes grupos de forma a, progressivamente, como já fizemos relativamente a outras substâncias, alargar o âmbito da definição da lei para que possamos cobrir um conjunto mais alargado de substâncias. Agora, é evidente que, se de hoje para amanhã, alguém inventar uma nova substância psicotrópica, enquanto não se demonstrar que a mesma é tóxica, lesiva e caracterizada por determinada forma, não a podemos proibir. Essa é, no fundo, a história do LSD... A dietilamina do ácido lisérgico, quando foi investigada, até tinha uma bondade na sua intenção de existência... Mais tarde, descobriu-se que era um agente psicotrópico altamente tóxico e, como tal, acabou por ter que ser proibida a sua venda. Vamos ter que seguir o mesmo caminho com estas drogas mas aceito o comentário de que, dado o desenvolvimento galopante da bioquímica moderna e havendo gente menos escrupulosa a trabalhar em química de síntese, há sempre o risco de amanhã, pelas más razões, inventarem uma nova substância.

Pelo que é possível aferir, o Governo produzirá nova legislação que regule as smart shops e que proíba a comercialização e uso de grupos de drogas que incluam determinadas moléculas na sua composição e não drogas designadas individualmente...

FLC - Ainda não sabemos qual será o melhor caminho do ponto de vista da caracterização bioquímica mas é verdade que produziremos legislação que limite o âmbito do comércio, por um lado, obrigando-as a ter um tipo de licenciamento para um determinado tipo de comércio, que não poderá ser lesivo para as pessoas; por outro lado, tentaremos progressivamente redefinir o âmbito das substâncias psicotrópicas e da sua perigosidade. É estranho que parte destas lojas acabem por ser concorrentes de drogarias porque o que dizem vender até são substâncias que, para se protegerem, na própria rotulação, até escrevem impróprio para uso humano. Tenho dificuldade em perceber como se vendem pacotes em quantidades que são claramente unidose para fins que, na sua essência, seriam de carácter industrial - estamos a falar de fertilizantes - e, ao mesmo tempo quererem convencer-nos a todos que aqueles pacotes não são para uso humano... É sobre essa matéria que, em primeiro lugar, estamos particularmente atentos e o apelo que fazemos aos jovens é que, de todo, não acreditem que aquelas drogas não fazem mal. Fazem muitíssimo mal e penso que nenhum deles estaria na disposição de ir à drogaria da esquina comprar um qualquer produto para tirar nódoas ou fertilizar as plantas do jardim e consumi-lo como se tratasse de uma droga recreativa. Parece-me uma insensatez enorme.

Panorama no Ensino Secundário

Nos últimos 10 anos, entre os alunos do ensino secundário, o consumo de álcool, tabaco, medicamentos (do tipo antidepressivos, ansiolíticos, hipnóticos ou estimulantes), inalantes ou solventes e esteroides anabolizantes, apresenta algumas variações, ao nível da experimentação.

As mais relevantes traduzem descidas seguidas de subidas e ocorreram nos consumos de bebidas destiladas e de tabaco.

Há, ainda, a salientar a subida de 34 para 42% da ocorrência de situações de embriaguez, de 2006 para 2011.

Relativamente aos consumos recentes (últimos 12 meses antes da recolha de dados) destas substâncias, há que salientar o aumento contínuo das prevalências de consumo de cerveja e vinho.

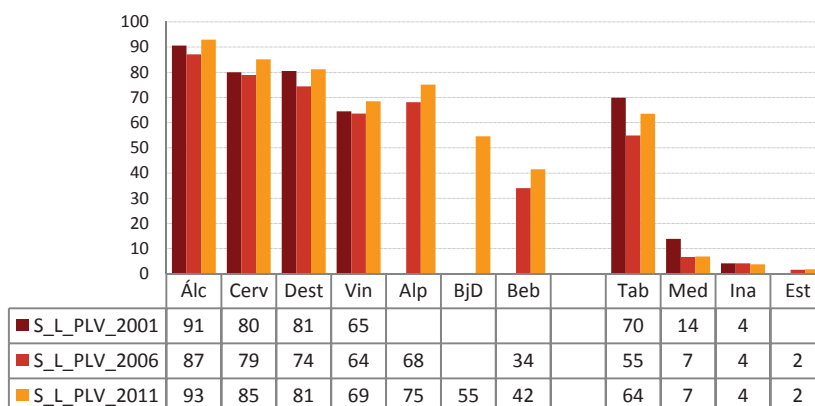
Nos últimos 5 anos aumentaram também as prevalências de consumo de bebidas destiladas/espirituosas e dos alcoolops e diminuíram as situações de embriaguez que, em 2011, ocorreram em ¼ dos alunos (25%), ou seja, cerca de 60 000 alunos.

A prevalência de consumo recente de tabaco, após uma acentuada descida (2001/6) voltou aos níveis anteriores (2006/11).

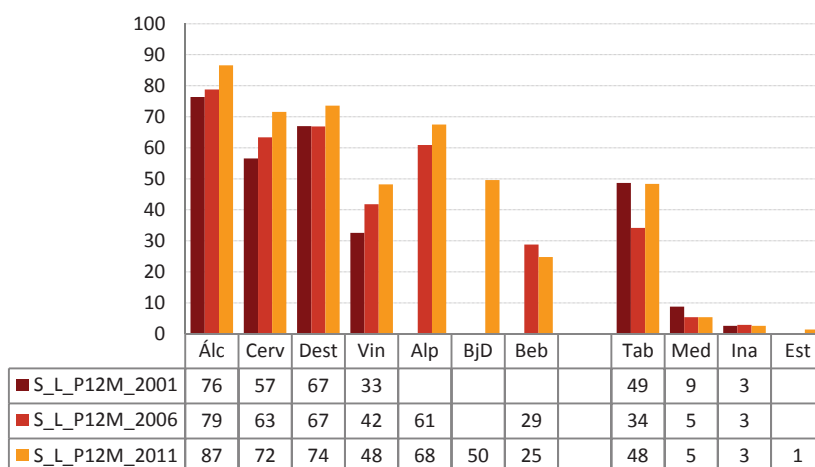
Quanto à evolução dos consumos atuais à data da recolha de dados (últimos 30 dias antes), são de destacar os aumentos, contínuos e relevantes, das prevalências de consumo de todas as bebidas alcoólicas.

Em 2011, neste período, metade dos alunos do secundário público, bebeu cerveja ou bebidas destiladas, mais de ¼ bebeu vinho e 1/5 embriagou-se (ou seja, cerca de 50 000 alunos). Mais de 1/3 dos alunos (cerca de 90 000) fumaram tabaco. Esta prevalência já é superior à que ocorreu em 2001.

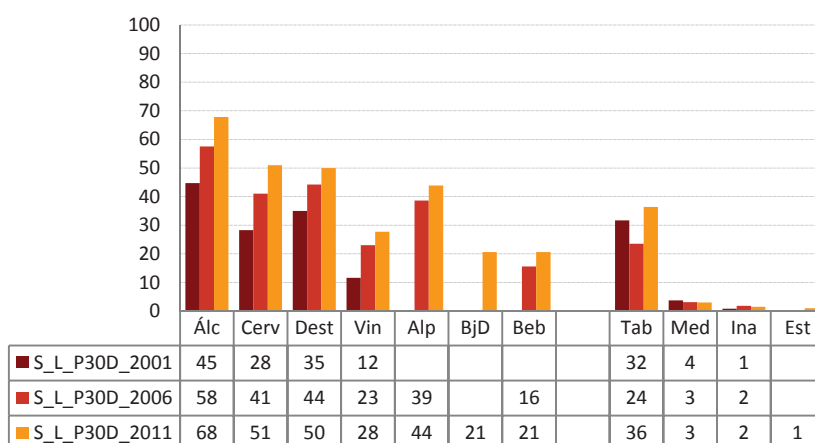
INME - 2001/2006/2011 - Secundário: Portugal
Álcool-Tabaco-Medicamentos-Inalantes-Esteroides
Prevalências ao Longo da Vida - PLV (%) - (experimentação)



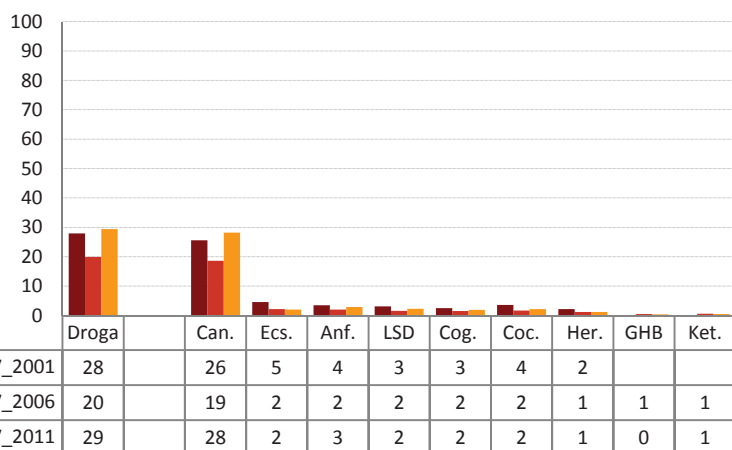
INME - 2001/2006/2011 - Secundário: Portugal
Álcool-Tabaco-Medicamentos-Inalantes-Esteroides
Prevalências Últimos 12 Meses - P12M (%) - (consumo recente)



INME - 2001/2006/2011 - Secundário: Portugal
Álcool-Tabaco-Medicamentos-Inalantes-Esteroides
Prevalências Últimos 30Dias - P30D (%) - (consumo atual)



INME - 2001/2006/2011 - Secundário: Portugal
Drogas - Prevalências ao Longo da Vida - PLV (%)
 (experimentação)



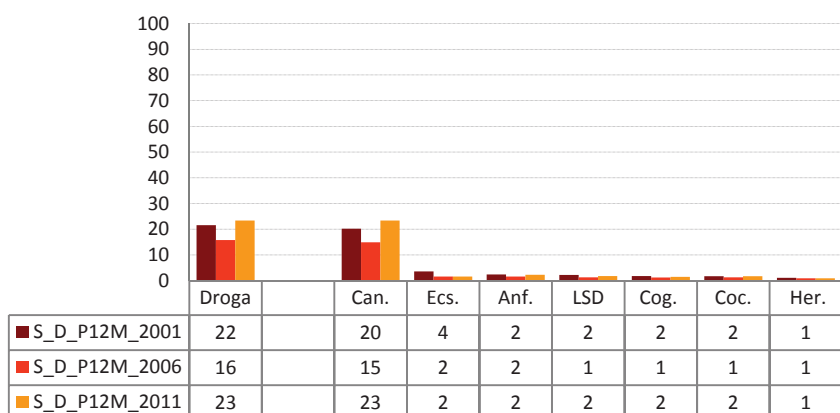
Relativamente ao consumo de drogas, salienta-se o aumento da experimentação que, depois de uma descida, voltou a atingir os valores de 2001.

A cannabis continua a ser a única substância psicoativa de consumo ilícito com percentagens relevantes de consumo.

Em 2011, mais de 1/4 dos alunos do secundário (28%), já tinha experimentado cannabis.

Cada uma das “outras drogas” mais vulgares, foi experimentada por cerca de 2% dos alunos, enquanto o GHB, a cetamina e a metadona, quase não foram usadas (0.5%).

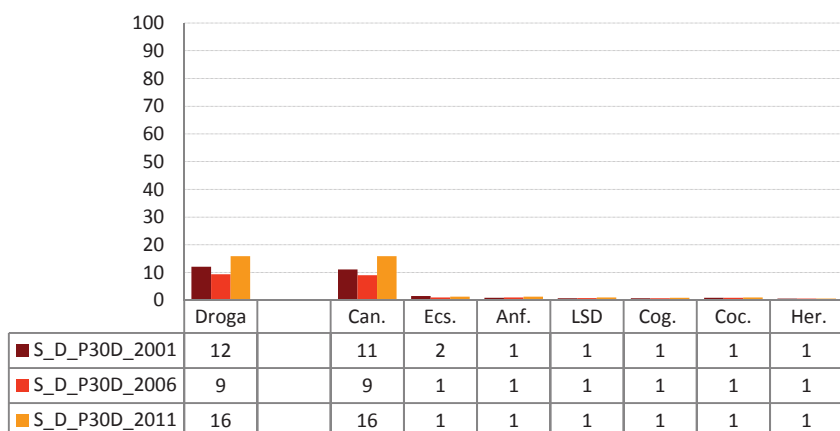
INME - 2001/2006/2011 - Secundário: Portugal
Drogas - Prevalências nos Últimos 12 Meses - P12M (%)
 (consumo recente)



Relativamente ao consumo recente de drogas (nos últimos 12 meses antes do estudo), constata-se que menos de 1/4 dos alunos do Secundário (23%) terão, neste período, consumido pelo menos uma vez, cannabis (menos de 60 000).

O consumo das “outras drogas”, que não a cannabis, foi de 2%, ou seja, cada uma delas foi consumida, pelo menos uma vez, por cerca de 5 000 alunos do secundário.

INME - 2001/2006/2011 - Secundário: Portugal
Drogas - Prevalências nos Últimos 30 Dias - P30D (%)
 (consumo atual)



Também quanto aos consumos atuais (nos 30 dias que antecederam o estudo), a única droga com percentagens relevantes de consumidores, e com variações significativas desde 2001, foi a cannabis, salientando-se a subida recente, que aponta para a existência de um número de consumidores “habituais” superior ao que existia em 2001.

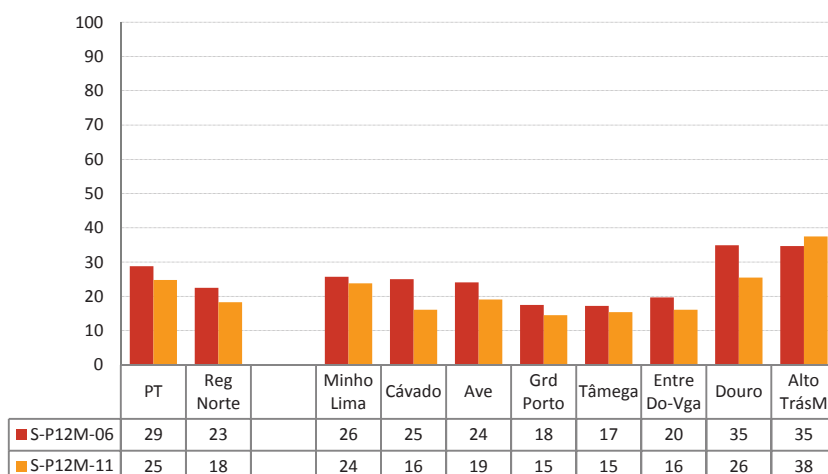
Cerca de 40 000 alunos do ensino secundário público (16%), terão consumido cannabis, nesse período, e cada uma das outras drogas terá sido consumida por cerca de 2500 desses alunos (1%).

Na região Norte, em 2011 com 89000 alunos, a prevalência da ocorrência, recente, (P12M) de situações de embriaguez (18%) é bastante inferior à média nacional (25%).

As maiores percentagens de embriaguez ocorreram na NUT de Alto Trás-os-Montes (38%) e as menores no Cávado, Grande Porto e Tâmega (15%).

De 2006 para 2011, a tendência na evolução foi de descida, em especial, nas NUT do Cávado e no Douro, onde os decréscimos foram mais acentuados. Apenas na NUT de Alto Trás-os-Montes, houve uma ligeira subida.

INME-Secundário: 2006/2011
NUT3_Norte: Embriaguez - P12M (%) - Consumo recente

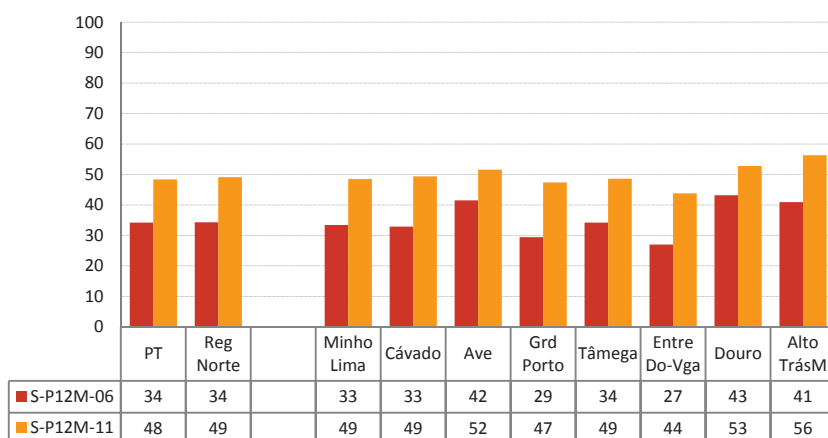


Em 2011, o consumo recente de tabaco na região Norte (49%) estava ao nível da média nacional (48%).

A maior prevalência ocorreu na NUT de Alto Trás-os-Montes (56%) e a menor em Entre Douro e Vouga (44%).

Quanto à evolução de 2006 para 2011, destacam-se os aumentos destas prevalências, (P12M) em todas as NUT3 desta região, em particular na NUT de Entre Douro e Vouga e Grande Porto (maiores acréscimos).

INME-Secundário: 2006/2011
NUT3_Norte: Tabaco - P12M (%) - Consumo recente

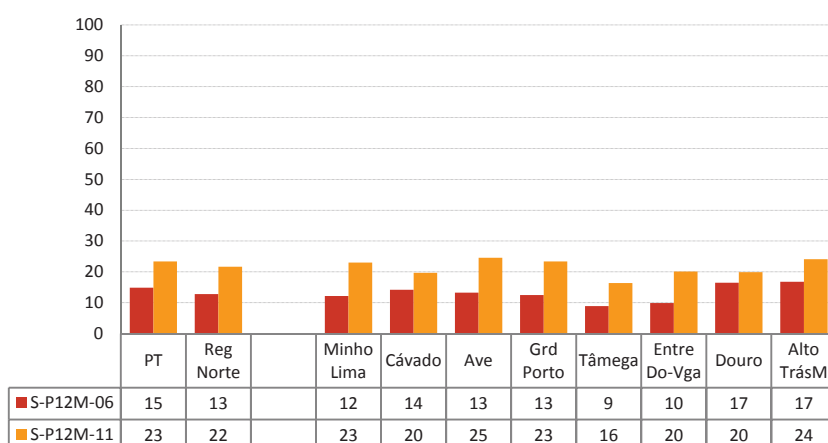


Quanto ao consumo recente de cannabis, (P12M) a região Norte (22%) situa-se ligeiramente abaixo da média nacional (24%).

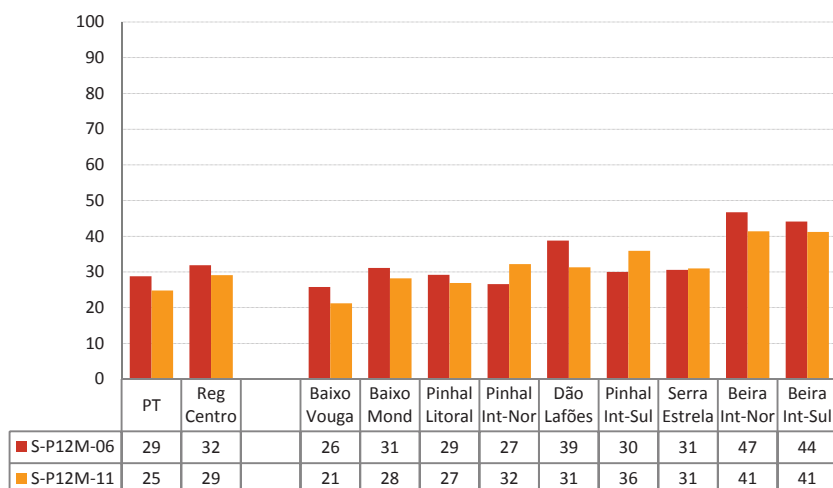
A maior prevalência situa-se na região do Ave (25%) e a menor no Tâmega (16%).

Quanto à evolução nos últimos 5 anos, as menores subidas ocorreram nas regiões que, em 2006, já tinham os valores mais elevados (Douro e Alto Trás-os-Montes), sendo os acréscimos nas outras regiões mais ou menos da mesma ordem de grandeza.

INME-Secundário: 2006/2011
NUT3_Norte: Cannabis - P12M (%) - Consumo recente



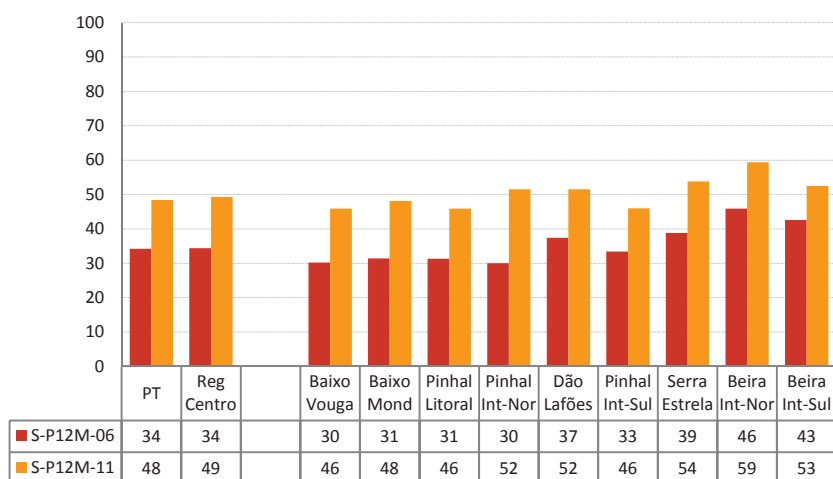
INME-Secundário: 2006/2011

NUT3_Centro: Embriaguez - P12M (%) - Consumo recente

Na região Centro – que, em 2011, tinha 55000 alunos – a ocorrência recente de situações de embriaguez foi de (30%), situando-se acima da média nacional (25%). A prevalência mais elevada (41%) ocorreu nas NUT da Beira Interior Norte e da Beira Interior Sul, e a mais baixa no Baixo Vouga (21%).

A evolução de 2006 para 2011, traduziu-se em variações, em geral, não muito grandes e maioritariamente no sentido da descida, sendo as exceções o Pinhal Interior Norte e Sul, onde houve aumento destas prevalências.

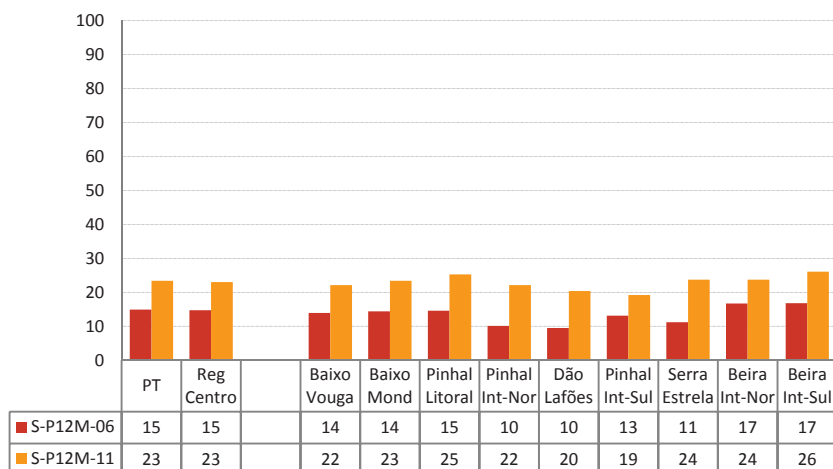
INME-Secundário: 2006/2011

NUT3_Centro: Tabaco - P12M (%) - Consumo recente

Em 2011, o consumo recente de tabaco na região Centro (48%) está ao nível da média nacional (48%). A prevalência mais elevada (59%) situa-se na Beira Interior Norte e a mais baixa (46%) situa-se no Baixo Vouga, Pinhal Litoral e Pinhal Interior Sul.

Quanto à evolução desde 2006 além da subida generalizada há a referir que os maiores acréscimos ocorreram nas regiões com prevalências mais baixas em 2006 (Baixo Vouga, Baixo Mond, Pinhal Litoral e Pinhal Interior Norte).

INME-Secundário: 2006/2011

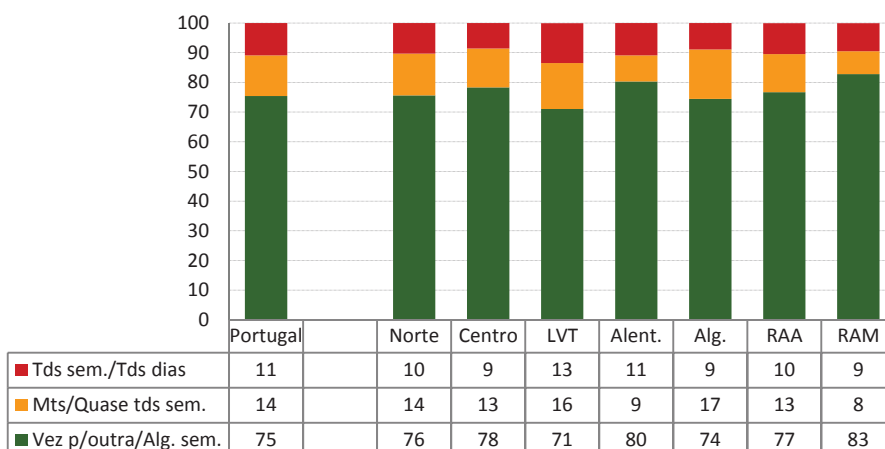
NUT3_Centro: Cannabis - P12M (%) - Consumo recente

Quanto ao consumo recente de cannabis (P12M), a região Centro (23%) situa-se dentro da média nacional (23%). A maior prevalência situa-se na região da Beira Interior Sul (26%) e a menor no Dão Lafões (19%).

Quanto à evolução nos últimos 5 anos, com exceção da Cova da Beira, onde há um ligeiro decréscimo (em 2006 tinha uma das maiores prevalências a nível nacional), há subidas em todas as outras regiões, com os maiores acréscimos a ocorrerem nas regiões do Pinhal Interior Norte e Sul, onde os valores eram os mais baixos em 2006.

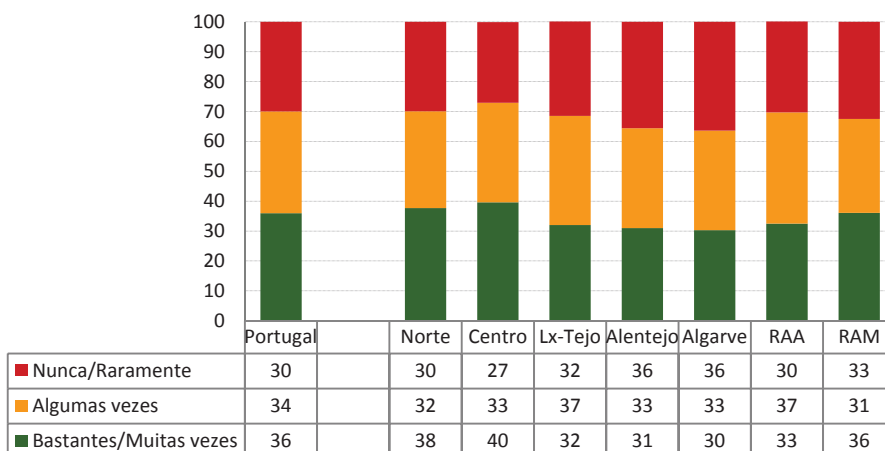
A análise das frequências de consumo, em 2011, mostra que, dos cerca de 60 000 alunos do secundário que declararam consumos recentes de cannabis, 75% o fizeram apenas “uma vez por outra” ou em “algumas semanas”; cerca de 14% fizeram-no em “muitas semanas” ou em “quase todas as semanas” e cerca de 11%, consumiram “todas as semanas” ou “todos os dias”

INME-Secundário: 2011 - Portugal e Regiões - Cannabis
Últimos 12 Meses - Frequência de consumo, entre os que consomem (%)



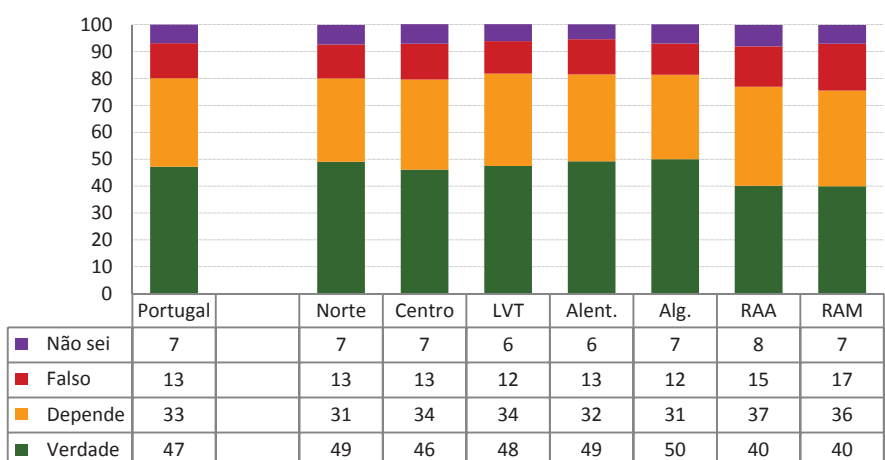
Entre as questões relativas à escola, a análise da perceção que os alunos do Secundário têm sobre a visibilidade da presença das forças policiais por perto das escolas, mostra que menos de 1/3 refere que essa presença ocorre “nunca ou raramente” (30%), 1/3 refere-a como ocorrendo “algumas vezes” (34%) e mais de 1/3, como sendo muito frequente, ou seja, “bastantes vezes ou muitas vezes (36%).

INME-Secundário: 2011 - Portugal e Regiões - Segurança na Escola
Há por perto da escola, Polícia, GNR, etc. (ex. "Escola Segura")? (%)



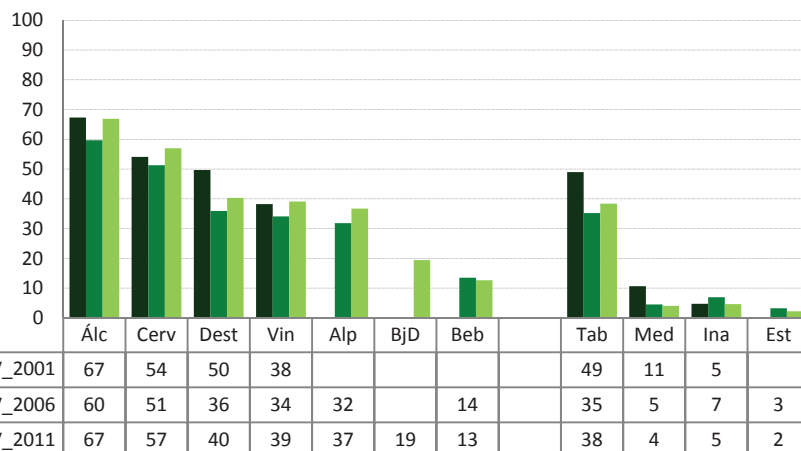
Relativamente ao conhecimento do estatuto legal do consumo de drogas, os resultados evidenciam que apenas cerca de 50% dos alunos do secundário sabem que o consumo de drogas é proibido (47%). Para além disto, 33% dos alunos pensam que a proibição depende ou da droga ou da quantidade, havendo também cerca de 13% que estão convencidos que esse consumo é permitido e cerca de 7% “não sabe”.

INME-Secundário: 2011 - Portugal e Regiões - Drogas - Legislação:
O consumo de drogas é proibido? (%)



Panorama no 3º ciclo

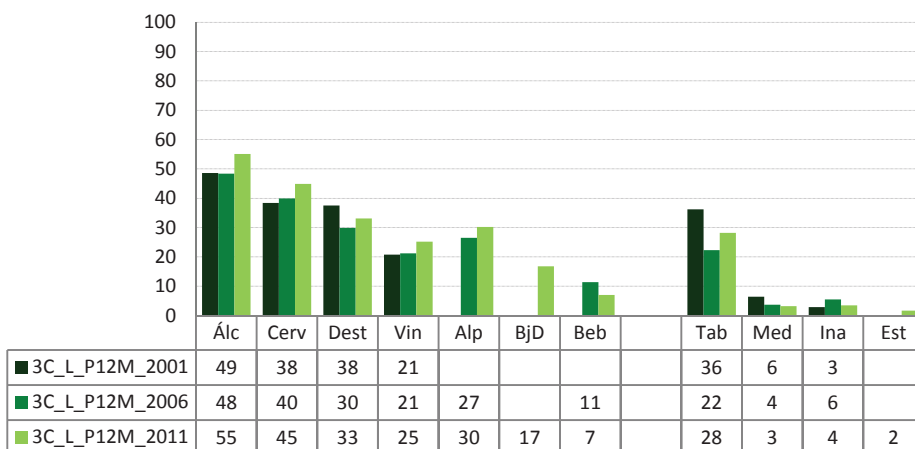
INME-2001/2006/2011 - 3.º Ciclo: Portugal
Álcool-Tabaco-Medicamentos-Inalantes-Esteroides
Prevalências ao Longo da Vida - PLV (%) - (experimentação)



Nos últimos 10 anos, entre os alunos do 3.º Ciclo, a experimentação de álcool e tabaco, variou de modo idêntico (embora com dimensão diferente), tanto para as bebidas alcoólicas como para o tabaco: descidas seguidas de subidas. Há, porém, a salientar a estabilidade da percentagem da ocorrência de situações de embriaguez (2011 □ 13%).

Quanto aos medicamentos (do tipo antidepressivos, ansiolíticos, hipnóticos ou estimulantes), inalantes ou solventes e esteroides anabolizantes, as variações foram pequenas.

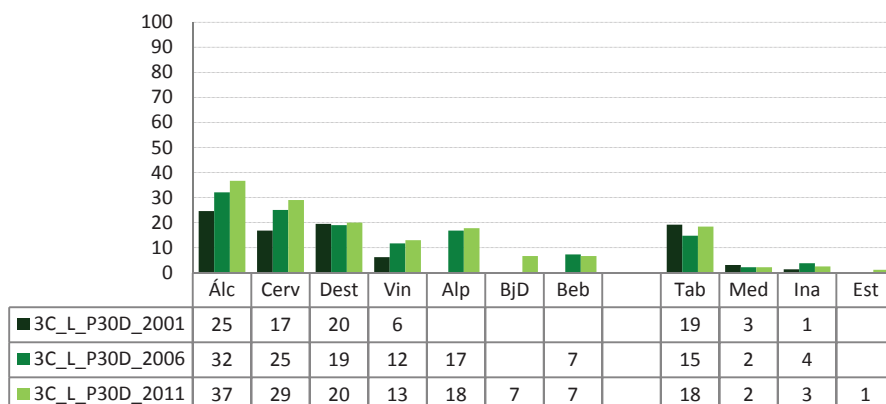
INME-2001/2006/2011- 3.º Ciclo: Portugal
Álcool-Tabaco-Medicamentos-Inalantes-Esteroides
Prevalências nos Últimos 12 Meses - P12M (%) - (consumo recente)



Relativamente aos consumos recentes (últimos 12 meses antes da recolha de dados) destas substâncias, há que destacar o aumento das prevalências de consumo de todas as bebidas alcoólicas; porém, este foi acompanhado, por uma descida da percentagem de alunos que se embriagaram, neste período, que, em 2011 foi de 7% (cerca de 23 000 alunos).

A prevalência de consumo recente de tabaco, após uma acentuada descida (2001/6) voltou a subir (2006/11), situando-se atualmente nos 28% (cerca de 92 000 alunos). (

INME-2001/2006/2011- 3.º Ciclo: Portugal
Álcool-Tabaco-Medicamentos-Inalantes-Esteroides
Prevalências nos Últimos 30 Dias - P30D (%) - (consumo atual)



Quanto à evolução dos consumos atuais à data da recolha de dados (últimos 30 dias) são de destacar, o aumento contínuo de consumidores de cerveja, a estabilidade quanto às bebidas destiladas ou espirituosas e, também, a estabilidade □ apenas nos últimos 5 anos □ do vinho.

A percentagem de alunos que se tinham embriagado na altura dos estudos manteve-se (7%) e, em 2011, é igual à dos últimos 12 meses (cerca de 23 000).

Em 2001, tinham consumos atuais de tabaco, perto de 60 000 alunos do 3.º ciclo.

Relativamente ao consumo de drogas, depois de uma descida, nos primeiros 5 anos, ocorreu um aumento da experimentação situando-se atualmente nos 10% (cerca de 33 000 alunos).

Em 2011, 9% dos alunos já tinha experimentado cannabis (cerca de 30 000), continuando esta a ser a droga dominante. A experimentação das “outras drogas” manteve-se aos níveis de 2006 (menor que há 10 anos): ecstasy, anfetaminas e cocaína, 2% e as restantes 1%, cada

Relativamente ao consumo recente de drogas (últimos 12 meses antes do estudo), mantém-se, desde 2001, a dimensão do consumo de cannabis (com descida em 2006), tendo diminuído ligeiramente o de “outras drogas”.

Globalmente, a prevalência de consumo recente de drogas foi de 9%, sendo 8% a da cannabis; para as “outras drogas” situou-se no 1% (exceto ecstasy – 2%).

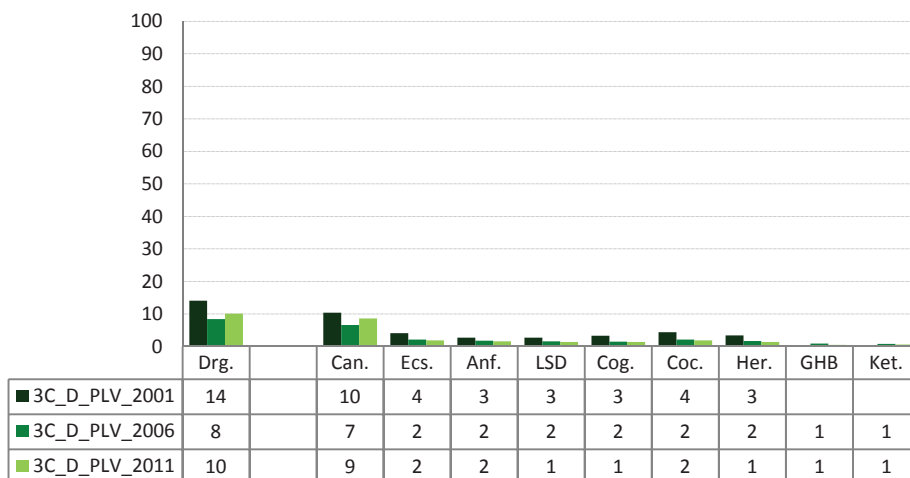
O consumo de droga é, assim, basicamente, consumo de cannabis.

A dimensão dos consumos atuais de drogas (nos 30 dias que antecederam o estudo), entre os alunos do 3.º Ciclo, não apresenta variações relevantes, nos últimos 10 anos.

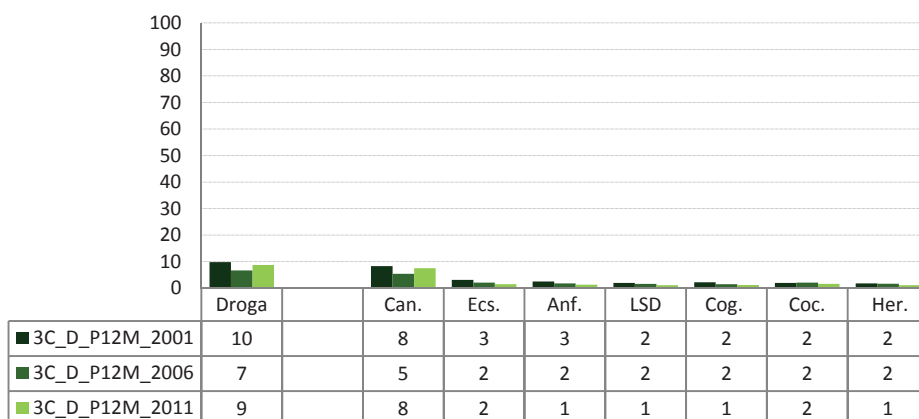
Globalmente, situa-se nos 6% (que, em 2011, correspondem a cerca de 23 000 alunos), sendo os consumidores de cannabis 5%, ou seja, cerca de 20 000 alunos, valor que constitui uma aproximação, por excesso, do número de consumidores “habituais”.

Cada uma das outras drogas terá sido consumida por cerca de 3 300 dos alunos do 3.º Ciclo (1%).

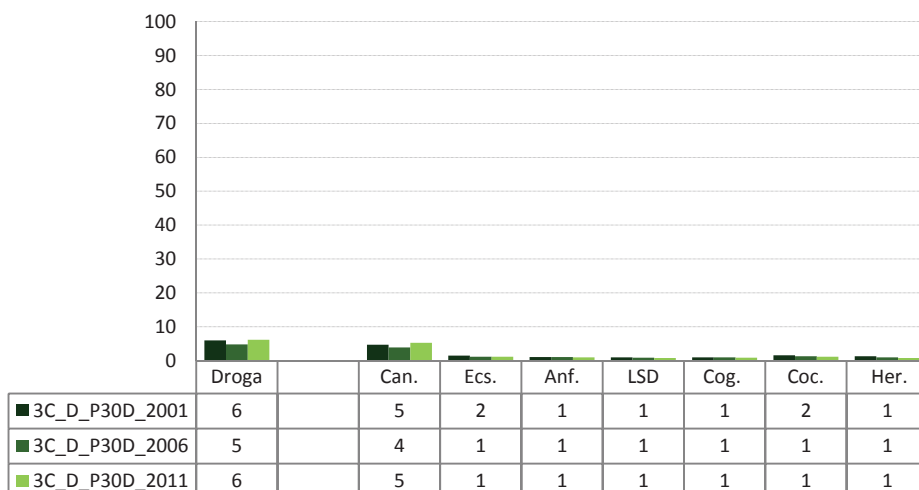
INME - 2001/2006/2011 - 3.º Ciclo: Portugal
Drogas - Prevalências ao Longo da Vida - PLV (%)
(experimentação)



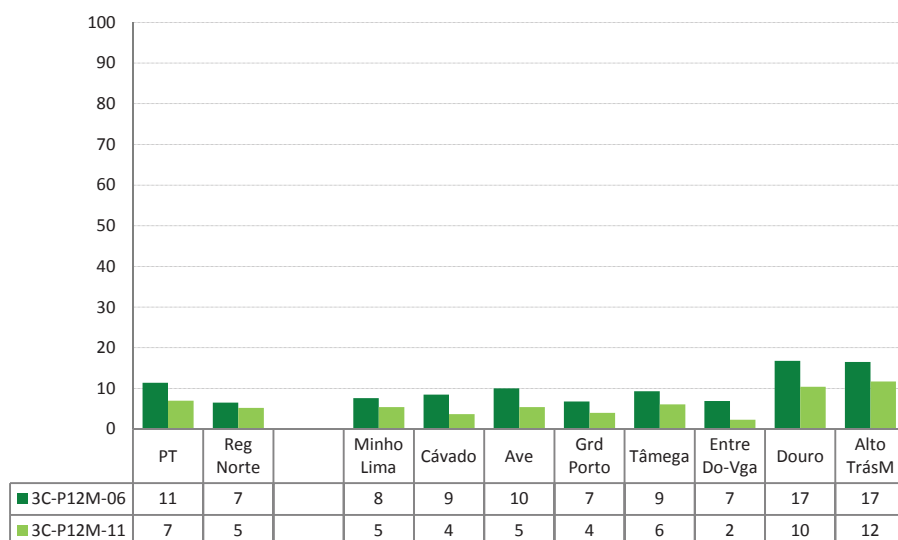
INME - 2001/2006/2011 - 3.º Ciclo: Portugal
Drogas - Prevalências nos Últimos 12 Meses - P12M (%)
(consumo recente)



INME-2001/2006/2011 - 3.º Ciclo: Portugal
Drogas - Prevalências nos Últimos 30 Dias - P30D (%)
(consumo atual)



INME - 3.º Ciclo: 2006/2011
NUT3_Norte: Embriaguez - P12M(%) - Consumo recente



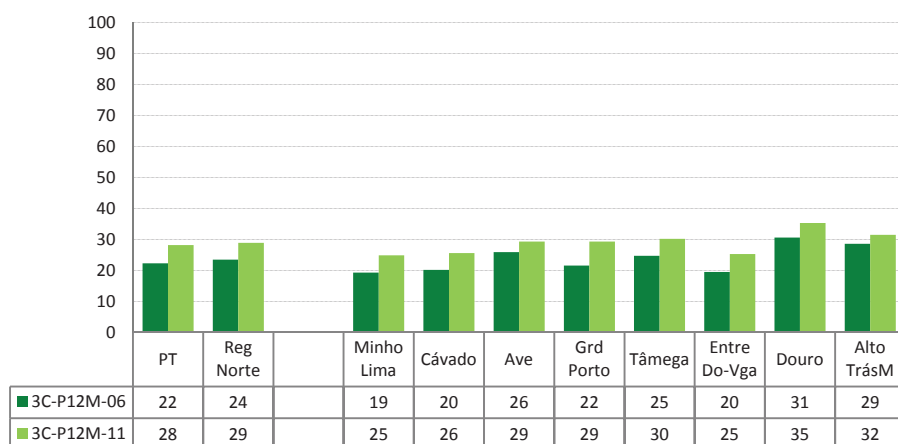
Na região Norte, em 2011 com 120 000 alunos, a prevalência da ocorrência recente (P12M), de situações de embriaguez (5%) é inferior à média nacional (7%).

As maiores percentagens de embriaguez ocorreram na NUT de Alto Trás-os-Montes (12%) e as menores no Entre Douro e Vouga (2%).

De 2006 para 2011, a tendência na evolução foi de descida em todas estas NUT 3.

Globalmente, nos últimos 12 meses, ter-se-iam embriagado, cerca de 5 000 alunos do 3.º Ciclo.

INME - 3.º Ciclo: 2006/2011
NUT3_Norte: Tabaco - P12M (%) - Consumo recente



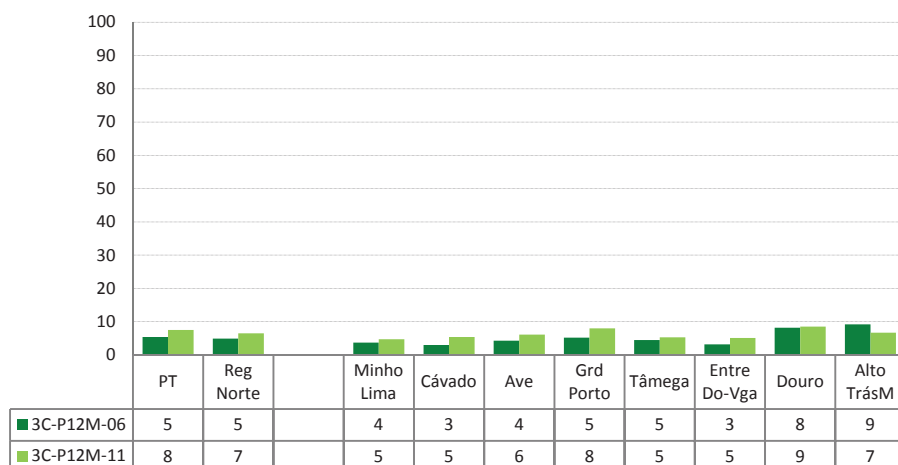
Em 2011, o consumo recente de tabaco na região Norte (29%) estava ao nível da média nacional (28%).

A maior prevalência ocorreu na NUT do Douro (35%) e a menor (25%) no Minho Lima e em Entre Douro e Vouga.

Quanto à evolução de 2006 para 2011, destacam-se os aumentos destas prevalências (P12M), em todas as NUT3 desta região.

Em 2011, tinham consumos recentes de tabaco, cerca de 35000 alunos do 3.º Ciclo

INME - 3.º Ciclo: 2006/2011
NUT3_Norte: Cannabis - P12M (%) - Consumo recente



O consumo recente de cannabis (P12M), na região Norte (7%) situava-se na média nacional (8%). As maiores prevalências ocorreram no Douro (9%) e no Grande Porto (8%) e a menor (5%) em várias destas NUT3.

Quanto à evolução nos últimos 5 anos, ocorreu uma ligeira subida em todas as

NUT, com exceção do Douro e Alto Trás-os-Montes, onde a prevalência já era a mais elevada, em 2006.

Em 2011, tiveram consumos recentes de cannabis, cerca de 8500 alunos do 3.º Ciclo.

Na região Centro que, em 2011, tinha cerca de 65000 alunos, a ocorrência recente de situações de embriaguez, foi de (8%), situando-se na média nacional (7%).

A prevalência mais elevada ocorreu nas NUT da Beira Interior Norte (12%) e a mais baixa no Baixo Mondego (5%).

De 2006 para 2011, houve descida generalizada, sendo a mais acentuada no Baixo

Mondego (descida de 8 pontos percentuais, decréscimo de 62%).

A embriaguez recente ocorreu para 5 200 alunos do 3.º Ciclo.

Em 2011, o consumo recente de tabaco na região Centro (26%) está ao nível da média nacional (28%). A prevalência mais elevada (34%) situou-se na Beira Interior Sul e a mais baixa (20%) no Baixo Mondego.

Quanto à evolução desde 2006, a tendência foi de subida generalizada, com exceção do Pinhal Interior Sul, (descida de 3 pontos percentuais, decréscimo de 15%).

Tinham consumos recentes de tabaco, cerca de 17 000 alunos do 3.º Ciclo.

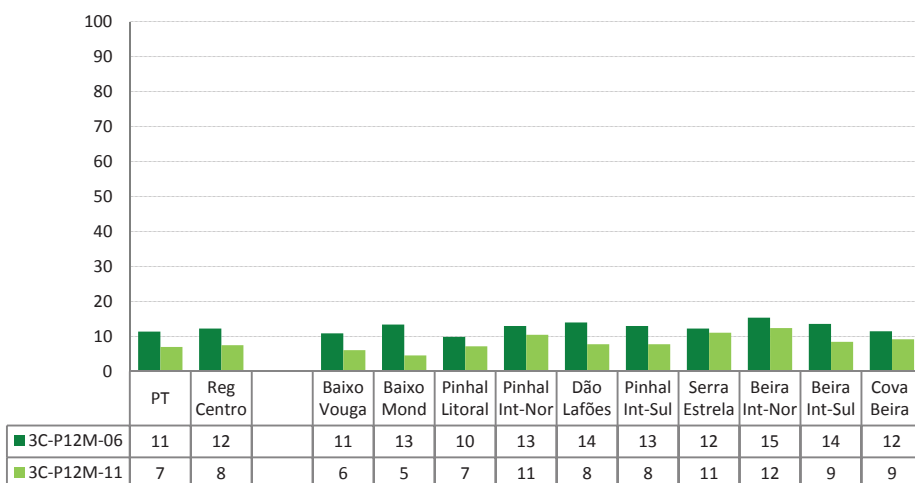
Quanto ao consumo recente de cannabis (P12M), a região Centro (7%) situa-se dentro da média nacional (8%).

A maior prevalência (9%) ocorreu no Pinhal Litoral e na Beira Interior Sul, e a menor (3%) no Pinhal Interior Sul.

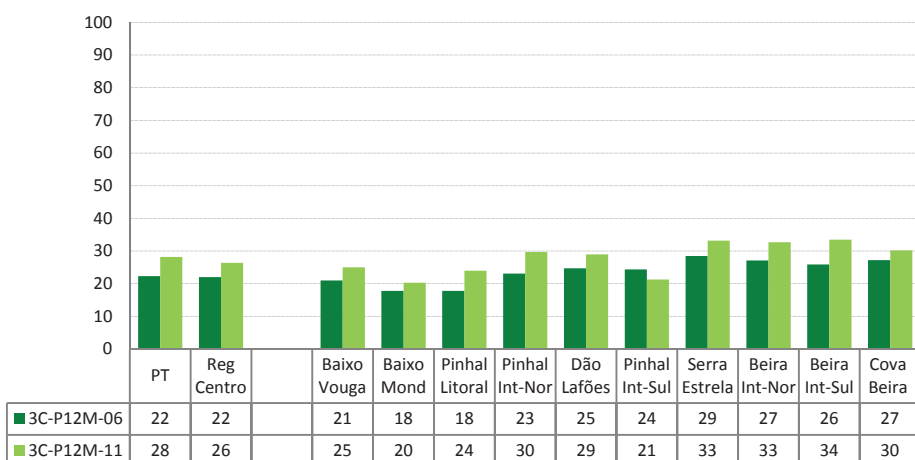
Com exceção do Dão Lafões (que em 2006, tinha o valor mais elevado), a evolução nos últimos 5 anos, foi de subida.

Declaram consumo recente de cannabis, cerca de 4500 alunos do 3.º Ciclo.

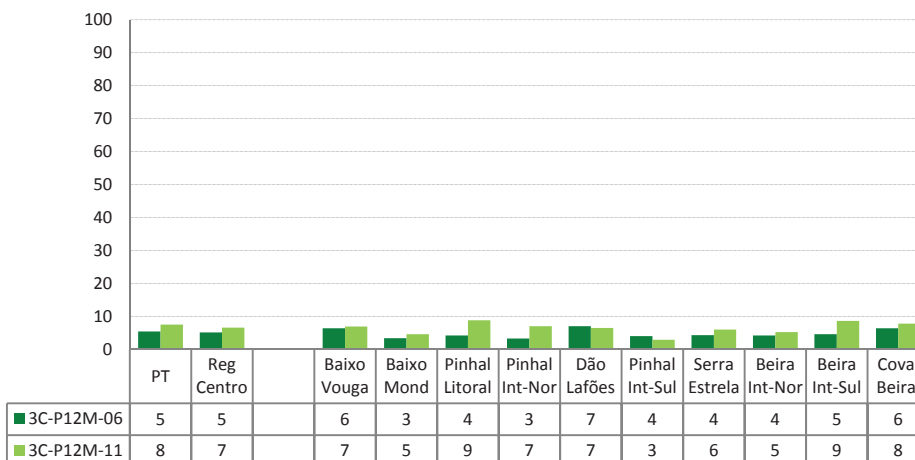
INME - 3.º Ciclo: 2006/2011
NUT3_Centro: Embriaguez - P12M (%) - Consumo recente



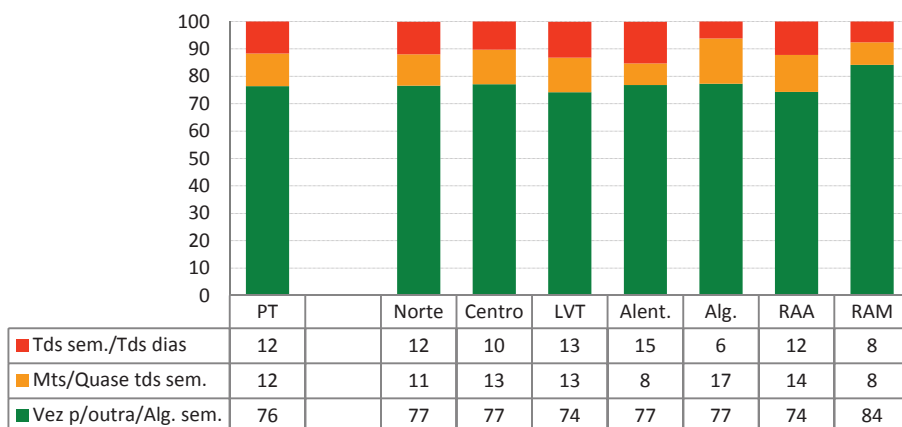
INME - 3.º Ciclo: 2006/2011
NUT3_Centro: Tabaco - P12M (%) - Consumo recente



INME - 3.º Ciclo: 2006/2011
NUT3_Centro: Cannabis - P12M (%) - Consumo recente

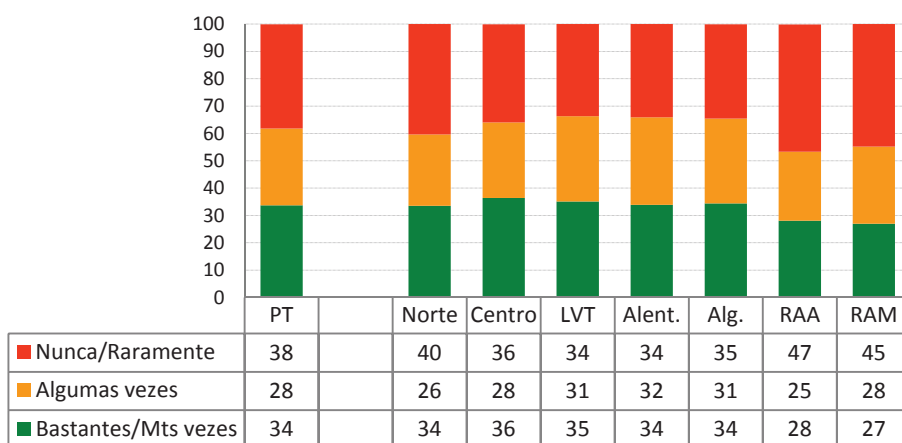


INME-3.º Ciclo: 2011 - Portugal e Regiões - Cannabis
Últimos 12 Meses - Frequência de consumo, entre consumidores (%)



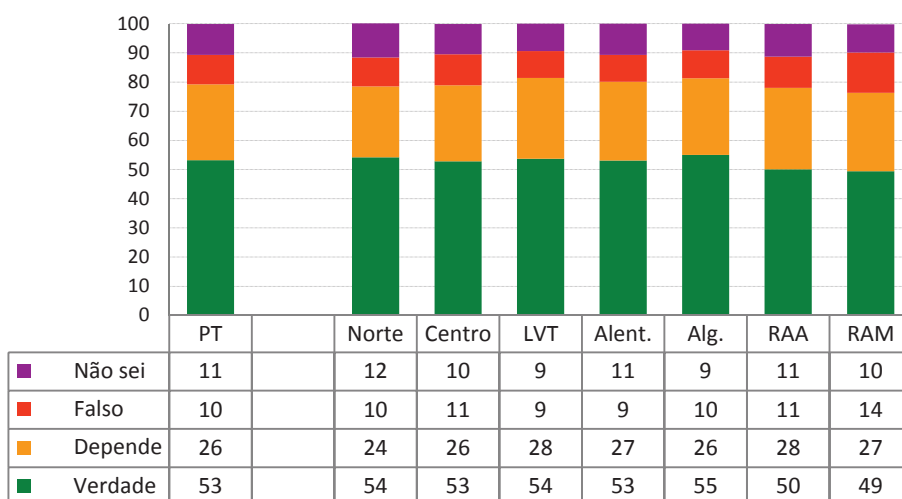
A análise das frequências de consumo mostra que, dos cerca de 30 000 alunos do 3.º Ciclo que consumiram cannabis nos últimos 12 meses antes do estudo, 76% o fizeram apenas “uma vez por outra” ou em “algumas semanas”; cerca de 12% consumiram em “muitas semanas” ou em “quase todas as semanas” cerca de 12%, fizeram-no “todas as semanas” ou “todos os dias”.

INME-3.º Ciclo: 2011 - Portugal e Regiões - Segurança na Escola:
Há por perto da escola, Polícia, GNR, etc. (ex. "Escola Segura")? (%)



Entre as questões relativas à escola, a análise da percepção que os alunos do 3.º Ciclo têm sobre a visibilidade da presença das forças policiais por perto das escolas, mostra que mais de 1/3 refere que essa presença ocorre “nunca ou raramente” (38%), menos de 1/3 refere-a como ocorrendo “algumas vezes” (28%) e cerca de 1/3, como sendo muito frequente, ou seja, “bastantes vezes ou muitas vezes” (34%).

INME-3.º Ciclo: 2011 - Portugal e Regiões - Drogas - Legislação:
O consumo de drogas é proibido? (%)



Relativamente ao conhecimento do estatuto legal do consumo de drogas, os resultados evidenciam que apenas 53% dos alunos do 3.º Ciclo sabem que o consumo de drogas é proibido.

Para além disto, 26% dos alunos pensam que a proibição depende (da substância, quantidade, etc.) havendo ainda, 10% que estão convencidos que esse consumo é permitido e 11% que diz que “não sabe”.

Na comemoração das bodas de prata do Encontro das Taipas... revelou-se a prata da casa

Aquele que é considerado por muitos o grande encontro nacional de cariz técnico e científico na área das dependências tem vindo a assumir, ao longo das últimas edições, um cariz mais multidisciplinar e a dedicar, ao nível dos conteúdos, um espaço que extravasava cada vez mais a área do tratamento. A edição que celebrou os 25 anos do Encontro das Taipas decorreu no Anfiteatro do Colégio S. João de Brito, em Lisboa, nos dias 23, 24 e 25 de Outubro. Sob o lema Taipas 25 anos de evolução, o evento, servido quase na totalidade pela prata da casa, contemplou uma revisão às práticas clínicas nas várias áreas de intervenção das Taipas. Recapitular o que foi feito e, acima de tudo, recordar a razão das principais mudanças ocorridas, com o intuito de evitar que os mais novos cometam os erros cometidos foi um dos desideratos almejados pela organização, num contexto de mudança na constituição do grupo de intervenientes em toxicodependência, ao longo do país.

O evento serviu ainda para debater as atuais práticas com a assistência, procurando as

respostas mais adequadas através da análise da multiplicidade de experiências de todos os presentes, não descurando um olhar sobre o futuro. Um momento de partilha e de visitação de memórias correspondentes a um quarto de século, com vários registos audiovisuais que perpetuaram memórias dos que colaboraram e colaboram com os serviços da UD Centro das Taipas, realizado com o préstimo de uma equipa à dimensão pluridisciplinar...

Dependências esteve presente no Encontro e entrevistou António Costa, Diretor da UD Centro das Taipas, António Costa.



Ao fim de 25 anos, pergunto-lhe se o modelo preconizado e hoje implementado estará adequado à realidade atual ou será ainda demasiado focalizado naqueles consumos e perfis mais tradicionais e se con-

sidera necessário inovar face aos novos perfis de consumo e substâncias que vão surgindo

António Costa (AC) – Creio que o modelo em si, o modelo integrado de intervenção, está ainda adequado aos consumos que nos aparecem... Obviamente, tivemos que fazer adaptações mas a base do modelo integrado mantém-se e é adequado. Como deve ter reparado aqui no Encontro, não surgem grandes referências a estas substâncias de síntese, que vão grassando no nosso país já há uns anos a esta parte. Não é por acaso que não fizemos aqui referência: a questão é que elas raramente aparecem nos nossos serviços.

Não aparecem porque as pessoas pensam que o serviço ainda não está preparado para tratar esse tipo de problemas ou porque não encaram esse tipo de consumos como um problema?

AC – Muitas vezes, estes consumos, que são feitos em contextos festivos, correspondem a abusos de substância e não a dependências de substância. No entanto, não tenho dúvidas nenhuma, até porque já me apareceram casos, de que algumas destas substâncias, muito em particular aquelas que são vendidas nas smart shops, dão direito a dependências. Estamos a pensar seriamente se não devemos adaptar os nossos serviços para receber estas pessoas que, embora tenham uma dependên-





cia de substâncias, tal como outras pessoas têm dependência de outras substâncias, têm uma linha cultural diferente das outras. E poderão não aceder aos nossos serviços por não os acharem adequados e não se sentirem bem nos mesmos...

Passados 25 anos, ainda existe um rótulo e um estigma?

AC – Sim, existe. Mesmo entre a população dependente de substâncias, há uns mais dependentes do que outros. Há algum tempo, brincávamos afirmando que existe a cocaína e a *cocaine*... A cocaína era aquilo que os nossos utilizadores injetavam e a *cocaine* era aquilo que se sniffava nas festas das pessoas mais abastadas. Na realidade, quando as pessoas desenvolviam dependências, a dependência era exatamente a mesma. Mas, se calhar, as pessoas da *cocaine* não iam às consultas da cocaína. O problema que se colocará quando começarmos a repensar os serviços nesta linha prende-se com o facto de estarmos em crise e podemos estar a sentir a necessidade de apontar para um novo grupo tendo no horizonte o fantasma dos recursos a serem reduzidos.

Algo semelhante ao que já aconteceu aquando da integração da intervenção em alcoologia...

AC – Pois... mas apesar de tudo, com o álcool conseguimos digerir as coisas, até porque

já se ia verificando uma diminuição da procura dos consumidores de heroína... Neste momento não. Pelo que vou constatando, existem equipas de tratamento que estão inundadas de alcoólicos. Pôr-lhes mais esta sobrecarga num momento em que podem estar prestes a verem os meios reduzidos é complicado. Vamos esperar que tudo corra pelo melhor e que consigamos adequar os serviços ao que parecem ser os novos problemas e que possamos reunir meios para fazermos esse trabalho.

Têm surgido alguns ecos do terreno relativamente a um recrudescimento dos consumos de heroína... Têm sentido isso nas Taipas?

AC – Um pouco... Não tanto como temíamos. Constatamos um aumento do consumo de álcool, o que é por vezes dramático porque temos uma população muito afetada pelo vírus da Hepatite C e as pessoas a beberem em cima

de uma Hepatite é precisamente o que não precisamos. No entanto, no que respeita à heroína, há indicadores que começam a preocupar-nos, ainda mais do que o aumento dos consumos, nomeadamente o aparente aumento dos consumos por via injetável. Era algo que tínhamos visto a diminuir continuamente desde a epidemia de Sida e da infeção pelo VIH e que, neste momento, parece estar em recrudescimento.

Isso poderá ter uma vez mais a ver com a crise, uma vez que com o mesmo dinheiro os utilizadores poderão ter efeitos mais rápidos e intensos?

AC – Poderá ter a ver com a crise... É evidente que, quando se injeta, o produto é mais bem aproveitado e, se até agora, as pessoas equacionavam os riscos e tinham aprendido a pôr esses consumos de parte, neste momento esse é um risco que nos preocupa. Até porque começamos a apanhar uma geração que

Constatamos um aumento do consumo de álcool, o que é por vezes dramático porque temos uma população muito afetada pelo vírus da Hepatite C e as pessoas a beberem em cima de uma Hepatite é precisamente o que não precisamos.





No que respeita à heroína, há indicadores que começam a preocupar-nos, ainda mais do que o aumento dos consumos, nomeadamente o aparente aumento dos consumos por via injetável.

já não passou pela infeção VIH nem foi sujeita àquelas campanhas de educação para a saúde e de redução de riscos. Na altura, fez-se muito trabalho nessa área e as pessoas deixaram de injetar. Repare que este recrudescimento de um comportamento de risco surge numa altura em que também está no horizonte o final do protocolo com as farmácias... É um pouco como lançar gasolina no fogo...

Tal como muitos projetos de redução de riscos implementados por algumas organizações da sociedade civil estão neste momento em risco...

AC – Exatamente! Não quero estar a ser pessimista, vamos ver o que acontecerá... É evidente que o futuro ainda está a ser trabalhado, tal como a fusão dos serviços, o orçamento ainda não existe e espero que o bom senso impere e que tudo corra pelo melhor. Mas é necessário dizer que há riscos no horizonte que parecem estar a perfilar-se.

Se tivesse que definir momentos chave ao longo destes 25 anos na evolução do serviço das Taipas, o que destacaria?

AC – O primeiro foi, claramente, a introdução das terapias co-agonistas opióides. Permitiu-nos ter os nossos utentes funcionantes, tanto a nível socioprofissional e apercebermo-nos da psicopatologia que estava por baixo dos consumos – as pessoas passaram a falar normalmente nas consultas em vez de adormecerem à nossa frente – e tratar a perturbação psiquiátrica que estava por detrás. Ao mesmo tempo, permitiu também que os psicólogos pudessem intervir numa linha psicoterapêutica junto dessas pessoas, que agora sim, estavam despertadas para partilharem os seus conteúdos mentais. Essa foi provavelmente a grande alteração do próprio serviço. Depois, obviamente que viemos também a partilhar as alterações que, ao nível do país, houve nos serviços. Alargámos as nossas funções às outras áreas de missão, beneficiámos, em Lisboa, do fim dos hipermercados das drogas...

... Isso foi claramente positivo?

AC – Sim, foi claramente positivo! É evidente que se pode dizer que o fenómeno se espalhou um pouco por toda a cidade mas aqueles focos não eram apenas de tráfico mas igualmente de degradação humana e de doença, não só para a população consumidora mas também para os que viviam naquelas paragens e que não eram consumidores. Isso representou um aumento do bem-estar para muitas pessoas que nada tinham a ver com o comércio e uso de substâncias e uma grande melhoria para a saúde e a reinserção e tratamento de pessoas que ali estavam, completamente desconhecidas. Como aqui se disse, antes de se proceder a esse desmantelamento, não se tinha ideia da insalubridade e dos riscos para a saúde pública que ali estavam.

Como avalia a organização deste XXV Encontro das Taipas e o que fica após mais esta realização?

AC – Fica um grande orgulho na minha equipa. Este congresso foi feito praticamente na íntegra com base nos elementos da equipa e só tenho que me orgulhar. As mesas estão a correr muito bem e creio que este não fica nada atrás dos anteriores encontros que organizei. Há uns tempos confidenciava a alguém que este encontro ia ser organizado com a prata da casa e respondiam-me que não tinha nada que me queixar pois a minha prata é a melhor que existe no país... E sim, estou muito orgulhoso com a prata da casa, que é muito importante.



Investigação ação participativa em saúde treinada em Coimbra



Profissionais de saúde, educação ou apoio social e jovens voluntários com experiência em intervenção comunitária e promoção da saúde estiveram reunidos, durante os dias 15, 16 e 17 de Outubro, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra num workshop de Investigação Participativa em Saúde. Como elo comum entre os destinatários da ação de formação encontrámos o interesse e a dotação de conhecimentos em metodologias de investigação. Sob coordenação de Irma Brito e Fernando Mendes, docentes da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Brasil (UNOCHAPECÓ), do Instituto Superior de Ciências da Saúde da Universidade Agostinho Neto, da capital angolana, Luanda, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, da Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis e da Escola de Enfermagem de Vila Real, UTAD, entre outros, reuniram-se para consolidar o trabalho em parceria entre universidades promotoras de saúde.

A investigação-ação participativa emerge, no âmbito das ciências sociais, da necessidade de provocar mudança com a investigação. A exigência de qualidade máxima nos serviços de

saúde, combinada com a necessidade de uso racional de recursos públicos e privados, tem contribuído para aumentar a pressão sobre os profissionais de saúde e de desenvolvimento social no sentido de assegurar a implementação de uma prática baseada em evidência científica. A prática baseada em evidências significa integrar na experiência individual o melhor da evidência externa disponível oriunda de pesquisa sistemática.

Em saúde comunitária, a experiência engloba o conhecimento e o julgamento provenientes da prática e as evidências externas deveriam derivar da pesquisa clínica sistemática, às vezes inexistente, sobretudo quando se trata de grupos ou comunidades. Acresce ainda que a aplicação de evidência científica nem sempre é congruente com os valores e cultura da comunidade ou grupo-alvo. Surge então a necessidade de utilizar a investigação-ação como processo de melhoria do estado de saúde e bem-estar de grupos ou comunidades.

Mas, ainda assim, o discurso científico apresenta-se como uma barreira para as pessoas, grupos e comunidades assumirem a responsabilidade de participarem na resolução dos seus próprios problemas de saúde e sociais.

A investigação-ação participativa em saúde tem demonstrado ser uma abordagem de investigação colaborativa que é delineada para garantir e estabelecer estruturas para a participação das comunidades afectadas pela questão em estudo, representantes de organizações e pesquisadores em todos os aspectos do processo de pesquisa para melhorar a saúde e bem-estar através da acção, incluindo a mudança social (Viswanathan et al. 2004).

Trata-se de uma abordagem colaborativa e de investigação que envolve equitativamente todos os parceiros no processo de pesquisa e reconhece os pontos fortes únicos que cada um traz. Começa com um tema de pesquisa com importância para a comunidade alvo e tem o objectivo de combinar conhecimento com a acção e alcançar a mudança social para melhorar os resultados de saúde e diminuir as desigualdades em saúde (Minkler & Wallerstein 2008). Trata-se de dar voz e reconhecer a credibilidade a quem está no terreno e implementa intervenções de melhoria do estado de saúde e bem-estar de grupos e comunidades, permitindo também a expressão das suas necessidades. Esta abordagem de investigação assume uma forma sequencial e cíclica de diagnóstico, planeamento, acção e reflexão, conduzida com e pelas pessoas visadas no programa, em cujo processo o poder é partilhado, o que constitui, per si, diferença para com as metodologias de investigação tradicionais (Cornwall e Jewkes, 1995).

Através da consolidação do conhecimento existente e consenso sobre a terminologia e princípios comuns, o International Collaboration on Participatory Health Research (ICPHR, 2009) procura reforçar o papel da investigação-ação participativa no processo de tomada de decisão e de intervenção comunitária em questões de saúde. A missão deste grupo inclui: desenvolver directrizes para a concepção e avaliação de PHR, descrevendo as teorias e as evidências produzidas com esta abordagem, definir critérios para a realização de revisões sistemáticas de literatura sobre investigação-ação participativa, a fim de contribuir para au-



mentar o corpo internacional de conhecimentos sobre saúde comunitária. Mas para a consolidação dos critérios de qualidade de uma abordagem de investigação é crucial utilizar a metodologia de revisão sistemática da literatura, contudo, poucos estudos em língua portuguesa têm sido feitos usando este método (Martins, Simões e Brito, 2012).

PEER integra o ICPHR desde 2010 e propôs-se a colaborar no levantamento sistemático do conhecimento e da experiência nacional em investigação-ação participativa com o propósito de conhecer a sua qualidade, credibilidade e impacte nas políticas e nas práticas relacionadas com a saúde comunitária. A realização de workshops insere-se nesta estratégia de desenvolver directrizes para a concepção e avaliação de PHR e aumentar o corpo de conhecimentos sobre saúde comunitária.

Dependências esteve presente neste evento e, no final, entrevistou Maria Janota Cintra e Joaquim Taiengo, do Instituto Superior de Ciências da Saúde, de Luanda.

Começava por pedir que se apresentassem aos nossos leitores...

Maria Janota (MJ) - Eu sou a Maria Janota, sou docente no Instituto Superior de Ciências da Saúde, da Universidade Agostinho Neto, em Luanda...

Joaquim Taiengo (JT) - Eu sou o Joaquim Taiengo, trabalho no Departamento de Saúde Pública do Instituto Superior de Ciências da Saúde, da Universidade Agostinho Neto, em Luanda...

Que importância atribuem à investigação participativa no domínio da saúde pública?

JT - A investigação participativa na saúde pública é hoje um novo paradigma que olha para a comunidade como agente ativo. Estávamos habituados a olhar a comunidade enquanto agente passivo e, com esta abordagem, baseada na investigação ação, atribui-se maior importância à comunidade, ou seja, o investigador trabalha em conjunto com a população alvo ou os utentes, que evidenciam os seus proble-

mas no dia-a-dia. Tornam-se participantes do processo, desde a sua concepção inicial até ao final. Por isso acreditamos que este novo paradigma serve para a resolução dos problemas com maior brevidade e mais eficácia.

MJ - Este novo paradigma reveste-se de uma enorme importância... Em qualquer parte do mundo, entende-se que a universidade serve para resolver problemas da sociedade em que estiver inserida. A nossa experiência fez-nos constatar que estávamos passivos. Estávamos a formar mas não estávamos a resolver os problemas sociais que afetavam as próprias comunidades. Com base neste workshop, concluímos que há muito a fazer em torno da investigação participativa, que é muito abrangente e potencia que a própria comunidade, que tem problemas, seja empoderada e tome poder e aptidões para, por si própria, buscar soluções, tomar decisões e sentir-se útil. No fundo, tornar-se parte integrante na resolução dos seus próprios problemas. Com base nisto, temos atualmente na nossa instituição dois projetos em carteira: um relacionado com o cancro do útero, que o meu colega explicará, e outro com o VIH, de que sou autora. Este projeto surge na sequência do meu doutoramento na área da saúde pública, mais concretamente na intervenção em pessoas infetadas com VIH. Quando realizei intervenção para o doutoramento, constatei

que a taxa de prevalência mais alta se situava nas mulheres, algo que senti como uma preocupação. Questionei-me sobre os motivos de os mesmos vírus afetarem de forma abismal o sexo feminino quando comparado com o masculino. Essa motivação levou-me a pensar num projeto de intervenção dirigido às mulheres. Assim, elaborei o *Desperta-te Mulher*, cujo objetivo consiste em dar empoderamento à mulher, despertá-la e libertá-la através do conhecimento e da verdade. Embora se constatem atualmente algumas diferenças e evoluções no nosso país, antigamente, a mulher era apenas preparada pela família para casar, procriar e cuidar dos filhos. A escola era um exclusivo para os homens, o que faz com que o nível de analfabetismo entre as mulheres ainda prevaleça hoje bem alto. E as mulheres casadas não têm independência económica nem poder aquisitivo que lhes permita, por exemplo, tomar uma decisão no lar ou ter a iniciativa de usar um preservativo. Tudo porque não conhecem os seus direitos.

Na sua investigação, além de diagnosticar a situação relacionada com a infeção VIH, envolveu as mulheres nesse projeto e capacitou-as... Qual tem sido o impacto desse trabalho?

MJ - O primeiro impacto resultou da intervenção que fiz para o meu doutoramento, di-





rigida às pessoas com VIH. Apliquei vários instrumentos, de escala de atitudes, questionários de satisfação, escala de auto-valorização, escala de depressão e de ansiedade... Em todos os homens e mulheres encontrei elevados índices de depressão e ansiedade e uma auto-valorização inadequada, por excesso ou defeito. A partir daí, conheci a situação e elaborei o programa de intervenção. Devo dizer que o mesmo surtiu grande efeito. Quatro meses depois, voltei a fazer o controle, com os mesmos instrumentos e pessoas, separando-as em dois grupos, um que tinha recebido a intervenção e outro que não tinha sido alvo da mesma. Então, constatei uma eficácia muito significativa e mudança comportamental. A intervenção dirigiu-se a pessoas infetadas mas igualmente a enfermeiros e todo o restante pessoal clínico que os atendia, que também denotava comportamentos de discriminação, estigma e rejeição. Muita gente afirmava que preferia morrer em casa do que ir ao hospital e estar com um médico que nem sequer olhava para as suas caras... A partir da intervenção, constatei que as pessoas começavam a apresentar-se no hospital, enquanto outras ficavam em casa, sem sequer irem buscar os medicamentos. Com base nisso, começámos a visitar essas mulheres, um projeto cujos resultados ainda não podemos medir uma vez que ainda se encontra numa fase inicial. Mas, em traços genéricos, devo dizer que muitos dos participantes daquela intervenção inicial se ofereceram para serem agentes promotores e sensibilizarem os outros, criando assim o desejado efeito bola de neve. Começaram a ir ao encontro de pessoas infetadas, a explicar-lhes que, mesmo sendo seropositivos, a utilização do preservativo é importante para evitar futuras infeções... no fundo, trata-se de um trabalho de educação pelos pares, que teve um eco muito significativo na nossa sociedade. Tenho muitas promotoras que levam amigas a minha casa, dizendo-me que devo falar com elas porque se sentem deprimidas... Gente de todo o país... Promovemos efetivamente a mudança!



Além deste projeto, existe outro relacionamento com o cancro do colo do útero...

JT – Sim, além deste projeto em carteira que a Maria Janota acabou de apresentar, temos um projeto que já está em curso no Instituto Superior de Ciências da Saúde, que consiste no rastreio do cancro do colo do útero. Nasceu a partir do Departamento de Saúde Pública e do Departamento de Ciências de Base. Começámos com as trabalhadoras não docentes da nossa instituição e, depois, extrapolámo-lo para a comunidade, onde realizamos as nossas atividades no âmbito da saúde comunitária. A primeira fase serviu para testarmos os seus conhecimentos, atitudes e práticas sobre o cancro do colo do útero e obtivemos uma resposta que consideramos satisfatória. Muitas mulheres não sabiam que deviam fazer periodicamente o exame Papa Nicolau no centro de saúde nem que o mesmo era grátis. Muitas já aderiram e convidam outras a aderirem. Neste momento, os resultados convencem-nos e encorajam-nos a prosseguirmos com o projeto.

Calculo que essas mulheres também não conheciam os fatores de risco...

JT – Não conheciam. Não obstante a “explosão” escolar atual, ainda temos muita mulher fora do sistema de ensino e o índice de analfabetismo é alto. Com estas atividades vamos certamente potenciar que muita gente saiba auto-protger-se. Participar neste workshop é mais uma alavanca que levaremos para a nossa instituição. E sentimo-nos privilegiados por sermos os únicos representantes dos PALOP presentes.

Numa sociedade em que o modelo biomédico tem imperado na definição do bem-estar e saúde das pessoas, como se venderá esta ideia aos profissionais da saúde, nomeadamente aos médicos, que sempre foram uma espécie de donos da razão neste tipo de questões?

JT – No nosso país, com a criação do Instituto Superior de Ciências da Saúde e a adoção de novas abordagens, estamos a promover uma grande mudança. Claro que é importante mostrar trabalho para convencermos as pessoas a transita-



rem de um modelo biomédico para outro mais participativo. Embora ainda ténues, já começámos a notar alguns frutos e, na classe médica, já vemos profissionais com predisposição para essa mudança. Hoje, a interdisciplinaridade é, mais do que nunca, um imperativo para que o sistema de saúde funcione, especialmente num país como o nosso, que tem carência de quadros em todas as áreas. Mas reafirmo que já vamos colhendo alguns frutos e continuaremos a trabalhar neste sentido, incutindo, por exemplo no “novo tipo” de enfermeiro uma cultura de não subserviência, de competência e criatividade.

MJ – Neste momento, estamos a iniciar a intervenção participativa. No nosso país, temos que obedecer a vários critérios e superar algumas barreiras, como a vontade política, governamental e cultural. Temos que fazer algo porque esta não é a tradição. Como primeiro instituto superior nas ciências da saúde, temos que dar o exemplo, com o pontapé de saída, para demonstrarmos ao Governo, à população e sociedade em geral que vale a pena. Somos privilegiados e vamos tentar multiplicar e partilhar estes conhecimentos que demonstram competência.





Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermeiros de Saúde Mental alerta:

“Qualquer outra pessoa chega a uma manifestação e grita; se for um doente mental, internam-no”

O alerta foi dado por Carlos Sequeira, que durante o III Congresso Internacional da SPESM, evento que decorreu durante três dias na cidade do Porto e contou com a presença de mais de 200 participantes, a maioria dos quais enfermeiros e estudantes de enfermagem.

O III Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental inseriu-se no âmbito das atividades regulares da SPESM, e um dos âmbitos do encontro prendia-se com a discussão do “estado da arte” em saúde mental. No evento foi dada ênfase à investigação e à sua utilização na prática clínica por enfermeiros e outros profissionais de saúde. Discutir o contributo da investigação na implementação de práticas de qualidade foi um dos objetivos definidos pela organização que, ao longo de três dias, disponibilizou uma viagem pela investigação realizada em saúde mental e pelos padrões de qualidade que se traduzem em ganhos em saúde para as pessoas e pelas novas áreas emergentes que requerem cuidados de enfermagem. No primeiro dia do evento, proporcionaram-se cursos de curta duração que visavam a aquisição ou aperfeiçoamento de competências transferíveis para a prática de cuidados. Neste dia, discutiu-se em formato de debate em torno das questões emergentes em saúde mental em termos internacionais, no que se reporta ao estado da arte em termos de investigação, de forma a comemorar o dia mundial da saúde mental. Almejou-se ainda a criação de um espaço com as diferentes associações que se interessam por esta área, num formato de mesa redonda, que potenciou um debate interativo sobre o futuro da saúde mental em Portugal. Os dias 11 e 12 foram preenchidos por conferências, mesas redondas e debates por em que vários peritos nacionais e internacionais partilharam conhecimentos que visam a melhoria das práticas de cuidados. De modo a permitir a divulgação de um maior número de experiências e conhecimentos, a organização possibilitou ainda a criação de um espaço de debate, através de comunicações livres e posters que

complementaram o programa científico. Será ainda elaborado um E-book, com ISBN, em formato papel, com os textos (formato de artigo) sobre os trabalhos apresentados (comunicações livres, posters, conferências,...). O E-book, será oferecido a todos os inscritos juntamente com a documentação, de forma a disseminar pela comunidade profissional os conhecimentos partilhados e os consensos produzidos neste encontro.

Como foi possível à equipa de reportagem de Dependências testemunhar, os principais objetivos definidos pela organização do Congresso Internacional da SPESM foram alcançados. Em entrevista no final do evento, Carlos Sequeira regozijava-se com os principais desígnios alcançados: “A reflexão em torno de estratégias promotoras de saúde mental, como pilar fundamental para a Qualidade de Vida das pessoas; a divulgação de práticas de cuidados numa perspectiva multidisciplinar, de modo a envolver as pessoas, as famílias, os cuidadores informais e a comunidade, na prevenção da doença, no tratamento, na reabilitação, na reinserção e na promoção da saúde mental; e a partilha de experiências e projectos de intervenção dirigidos a pessoas e grupos específicos e contextos que estimulem e promovam as capacidades individuais de modo a melhorar a funcionalidade, a autonomia e a saúde mental.

Que balanço faz deste III Congresso Internacional da SPESM?

Carlos Sequeira (CS) – O balanço é bastante positivo. Estiveram aqui mais de 200 participantes, dos quais mais de metade realizaram conferências e comunicações e apresentaram posters, debateram... Paralelamente, alguns projetos e sinergias no âmbito da investigação nasceram a partir deste congresso. Vamos construir uma rede de investigação para que os projetos passem a ser mais multi-cêntricos.

Que aspetos destaca do programa científico do congresso?

CS – O programa estava muito centrado na

investigação. Pretendíamos que a investigação passasse a ser mais consumida por quem trabalha com a doença mental. Temos novas estratégias de intervenção mas, nos campus, continuam a fazer-se as mesmas coisas que se faziam há 20 anos atrás, que ao nível de atos simples, como a comunicação, a relação, o acolhimento ou as entrevistas. A ideia era começarmos a passar do que se investiga para o contexto da prática, tentando que a inovação não fique apenas nas universidades.

Quer dizer que em Portugal se investiga mas que depois não se disseminam nem aplicam os conhecimentos produzidos?

CS – Esse é efetivamente o grande problema. Muita investigação é feita que depois fica na biblioteca da universidade e não há nenhuma ligação entre a investigação e a prática. E as pessoas continuam nos mesmos ritmos, a fazerem as mesmas coisas sem que apliquemos os novos achados provenientes da investigação.

Uma profissional de um centro de saúde de presente na plateia queixava-se que as chefias não concediam às suas equipas o tempo suficiente para exercerem investigação... É isso que sucede?

CS – É... nos contextos clínicos, um dos graves erros é entender-se a investigação como algo fora do contexto da prática. Ainda não se vê a investigação como uma mais-valia. Entendo que os enfermeiros e até outros profissionais deveriam ter horas específicas para desenvolverem o trabalho de investigação. Por vezes, pensa-se que investigar se resume à realização de estudos experimentais muito longos, o que é errado. Investigar pode traduzir-se por exemplo na realização de uma pesquisa sobre aquilo que é a evidência científica noutros países, transpor essa informação para relatórios e trazer isso para um contexto de trabalho. Mas há outro problema que se prende com o fato de não termos nenhuma rede. Não temos ninguém que controle a investigação. A título de exemplo, existem várias pessoas a traduzir o mesmo instrumento em vários contextos, o que resulta



em desperdícios de recursos. Devia existir uma entidade que tutelasse o que foi feito, o que está a ser feito e o que falta fazer.

A SPESM poderia assumir esse desígnio?

CS – A SPESM podia mas debate-se com o problema da falta de recursos para trabalhar. A maioria dos elementos que trabalham na SPESM fá-lo em regime de voluntariado, uma vez que têm empregos noutros locais e que a maioria das instituições dispensam cada vez menos tempo para este tipo de atividades. A SPESM poderá dinamizar mas, sem o apoio de outras instituições, é completamente impossível, uma vez que obriga a uma logística de que, neste momento, não dispomos. Repare que nem sequer dispomos de verbas para usufruirmos de um secretariado profissional para organizarmos um congresso como este. Mas bastaria uma coisa tão simples como a construção de uma plataforma onde ficassem documentados instrumentos que estão validados para a população portuguesa evitaria que andássemos todos a fazer a mesma coisa sem qualquer ganho para os doentes.

Este encontro contou com a participação de profissionais do Brasil, Espanha e França... O que trouxeram de novo?

CS – No caso do Brasil, deparam-se com uma realidade completamente diferente. O problema deles está muito centrado no álcool e nas drogas, como o crack e os seus programas de intervenção estão muito focalizados nesse tipo de problemáticas. Estão também numa fase de desinstitucionalização dos doentes mentais mas enfrentam contextos particularmente complicados, como o grande número de sem-abrigo e a sua transferência para a comunidade. A ver vamos se, dentro de alguns tempos, não passaremos por esse tipo de problemática... Os espanhóis estão mais organizados ao nível das intervenções. Já beneficiam de uma linha comunitária de apoio que me parece bastante interessante, ao nível do que nós tínhamos há uns anos atrás com os centros de saúde mental, que estão atualmente contemplados no pla-

no mas sem que saibamos ainda onde vão ser instaladas as unidades locais de saúde mental. França tem uma realidade um pouco distinta... mas a nossa ideia passava por podermos aprender um pouco com todos e que isto não ficasse apenas por aqui... Que houvesse algum sítio que agregasse aquilo que vai sendo consensual e que, a partir daí, começássemos a evoluir.

Pelas práticas que foi conhecendo a partir dos testemunhos dos representantes de outros países, que diferenças encontra ao nível da autonomia das unidades portuguesas, espanholas, brasileiras e francesas?

CS – Sim, existem muitas diferenças. Desde logo porque as organizações são totalmente diferentes; depois, porque as próprias profissões também têm organizações e dinâmicas distintas. No Brasil, a enfermagem é muito diferente, uma vez que ainda têm os técnicos auxiliares de enfermagem, sendo que os enfermeiros acabam por se dedicar quase exclusivamente às questões da gestão; A realidade espanhola também é diferente... No entanto, os problemas são muito similares. O fato de irmos beber às outras não significa que façamos copy paste. Podemos sim, aprender com os outros nalguns aspetos para adaptarmos à nossa prática.

Face às medidas preconizadas pelo atual Governo, o SNS está na iminência de perder uma quantidade muito significativa de enfermeiros, além de outros profissionais de saúde, ação facilitada pelo fato de esses profissionais não serem atualmente quadros do Estado... Que consequências poderão advir para o país?

CS – Esse é um enorme erro e temo que trará consequências irreparáveis. Estamos a desaproveitar um recurso enorme no caso concreto dos enfermeiros e mesmo dos enfermeiros de saúde mental. Investiu-se tanto dinheiro em formação e não se aproveitar isto em prol das pessoas será péssimo. Por outro lado, isto não traz economia nenhuma. Não se vai ganhar nada com isto. Os enfermeiros poderiam ser a

primeira porta, por exemplo, para uma pessoa que apresente problemas de ansiedade. Um dos objetivos do plano era facilitar o acesso e existem muitas situações que não precisam da intervenção nem de um psiquiatra nem de um psicólogo. Um enfermeiro, particularmente da saúde mental, poderia perfeitamente ajudar as pessoas a resolverem a situação e assim evitar a longo prazo um internamento, o consumo de psico-fármacos e uma série de intervenções que terão um custo maior do que o investimento num enfermeiro. Ainda acredito que o caminho não passe por aí mas se for vamos ter consequências não só para os enfermeiros mas igualmente para as pessoas.

Pelo que foi possível atestar neste encontro, o papel do enfermeiro ultrapassa hoje em larga medida as tradicionais intervenções e funções... Fala-se atualmente em relação, afetos, motivação, facilitar acesso, intervenção em problemas de saúde mental quase ao nível da psicologia...

CS – Sim, sem dúvida... Muitos governantes da saúde têm cometido o erro de porem todos os enfermeiros no mesmo "bolo". Há que pensar que existem enfermeiros que têm formações específicas e diferenciadas. Se falarmos no enfermeiro especialista em saúde mental, estamos perante alguém que tem um conjunto de intervenções que vai muito além das do enfermeiro de cuidados gerais. O enfermeiro de saúde mental está habilitado para fazer relaxamento e para ajudar a pessoa a ser ela própria a fazer o auto-relaxamento; está habilitado para ajudar as pessoas a resolverem melhor os seus problemas, através da relação de ajuda e da técnica de resolução de problemas; tem outros domínios de intervenção como o da escutação cognitiva... temos um manancial de intervenções que estão catalogadas, por exemplo, na catalogação das intervenções de enfermagem que vão muito além das intervenções básicas do enfermeiro. Considerarmos os enfermeiros todos iguais é um erro enorme. E o Plano Na-



cional de Saúde Mental tem esse erro...

A organização do congresso distribuirá um e-book a cada congressista... O que parece ir de encontro à necessidade que referiu de partilharem e disseminarem os conhecimentos e práticas...

CS – Sim, um dos nossos objetivos consistia em que o conhecimento aqui produzido extravase o contexto do congresso. Todas as conferências e comunicações que foram aqui proferidas serão compiladas num e-book e distribuídas pelos participantes, colocadas no nosso site e divulgadas na nossa rede de contactos de enfermeiros de saúde mental. A ideia é replicar. Claro que seria muito útil que uma entidade triasse tudo isto e definisse o que já é consensual, até porque houve aqui muitos estudos apresentados cuja amostra é muito pequena.

Houve algum conteúdo programático que o surpreendesse neste encontro?

CS – Sim, houve. Os problemas relacionados com a depressão e o suicídio foram aqui debatidos e concluímos que poderemos estar a criar aqui um panorama que poderá revelar-se muito complicado se não intervirmos já. A incidência conhecida na população é altíssima...

E ainda assim estará sub-diagnosticada...

CS – Sim e há muita população que, até devido aos problemas relacionados com a crise ficam em casa em vez de irem a uma consulta. E, no futuro, são problemas que funcionam como uma bola de neve, tendo repercussões não só no indivíduo como também nos outros elementos da família. Seria importante que todos os agentes começassem a divulgar esta situação e a exercerem alguma pressão, até porque o doente mental tem um problema: não pode reclamar. Qualquer outra pessoa chega a uma manifestação e grita; se for um doente mental, internam-no. Não se vêem doentes mentais a reivindicarem direitos. Não se vêem manifestações de pessoas com esquizofrenia, com depressão, com dependência de álcool... E é preciso que a sociedade comece a tomar

consciência disto. Pode fazer-se um conjunto de intervenções, por exemplo ao nível dos cuidados de saúde primários, que não fica caro. O custo de uma consulta de enfermagem de uma pessoa que começa, por exemplo, a ficar com tristeza, a isolar-se, a perder produtividade no local de trabalho e prazer nas atividades é irrisório...

Está a referir-se a intervenções breves, por exemplo?

CS – Por exemplo... Por vezes, um mero aconselhamento, permitir que a pessoa vá lá, partilhe o seu problema e que tenha alguém qualificado que a ajude a pensar numa estratégia para melhorar a sua situação e minimizar o seu problema. Os contextos de vida a que as pessoas estavam habituadas mudam e é preciso reaprender a lidar com estes novos contextos. Um profissional, como acontece no caso do enfermeiro de saúde mental, pode desempenhar essa função. Um enfermeiro de saúde mental, que ganha entre mil e 1500 euros por mês, pode fazer oito consultas por dia. Imagine-se quantas pessoas poderia ajudar num mês... Se 1 por cento destas pessoas recorrerem ao internamento teremos um custo muito superior.

Além dos temas da depressão e do suicídio, que outros destacaria?

CS – Houve um tema que tem a ver com os idosos. Temos quase 20 por cento da nossa população idosa, 50 por cento dos quais vivem sós. E há um problema significativo com que nos deparamos relativamente a esta população: quando as pessoas vão para a reforma, pensam que não necessitam de fazer mais estimulação cognitiva. Já vai havendo alguma sensibilidade para a estimulação física mas para a cognitiva quase não há formação. E faz algum sentido que os profissionais comecem a sensibilizar-se para este problema, associado ao défice cognitivo, que depois está associado às demências. E que comecem a fazer algum trabalho cognitivo para prevenirem as demências no futuro. Fala-se muito em envelhecimento ativo mas esse não existe sem estimulação

das cognições, um trabalho que também se pode fazer nos centros de saúde, alertando a família e as próprias pessoas, sabendo que atividades o idoso fez no último mês e propondo exercícios que estimulem a cognição. Intervenções no âmbito da prevenção e da promoção teriam ganhos a longo prazo mas, como estas populações não reclamam, não se investe. É preciso que comecemos a apostar definitivamente na prevenção e na promoção através de mensagens e ações concretas: intervir num doente que tenha um défice cognitivo ligeiro, fazer sensibilização nas escolas para as questões do álcool e das drogas. Se não fizermos isto, teremos que tratar no futuro, o que sai muito mais caro. A grande mais-valia deste evento é promover que se passe do papel para a prática em aspetos concretos.

Choca-o não ter visto aqui decisores políticos da área da saúde?

CS – Choca-me mas confesso que não me surpreende. A perceção que tenho é que é difícil aos políticos chegarem hoje às populações porque estão praticamente fora das mesmas. E por isso têm dificuldades em compreendê-las. Creio que é necessária uma maior proximidade entre os políticos e as comunidades para que possam ser também eles atores de mudança. Agora, se não têm consciência dos problemas, se vivem quase numa cápsula, com motorista, com secretárias para as agendas... não sentem nem vivem os problemas.

Como tentarão passar essas mensagens aos decisores políticos?

CS – Iremos fazer uma sinopse, um relatório sucinto onde constem as conclusões geradas no encontro e enviá-la para o Alto Comissariado e para o Ministério da Saúde para, pelo menos, desempenharmos o nosso papel de sensibilização. Claro que, depois, lhes competirá decidir o que irão fazer. Tivemos informações que apontam para a definição de alguns projetos mas também recebemos que os mesmos sejam canalizados para entidades que farão mais do mesmo e não projetos novos...

Espacio para la reflexión y aprendizaje

* Mireia Pascual, correspondente em Espanha

La Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España, FARE, celebró un año más su congreso nacional. En esta XLI edición fueron cerca de 400 personas de toda España las que se acercaron a Mojácar, Almería, en el puente de octubre, con el fin de aprender, compartir y pasar buenos momentos con lo que muchos consideran ya su gran familia.

Fueron cuatro jornadas de convivencia, aprendizaje e intercambio de conocimientos que funcionaron a la perfección y resultaron ser un completo éxito.

En el congreso se pudieron conocer interesantes datos sobre el alcoholismo en la conducción de la mano de Perfecto Sánchez, que vino como representante de la Dirección General de Tráfico (DGT). De su exposición se extrajeron escalofriantes datos, como que 10.000 muertes al año están producidas por causas relacionadas directamente con el consumo de alcohol al volante, mientras que el número de heridos asciende hasta 32.000. Ambos datos consecuencia de que las bebidas alcohólicas producen un retraso en la toma de decisiones, una alteración del pensamiento, descoordinación de las acciones motoras y un aumento del tiempo de reacción.

La conferencia sobre sexualidad con el sexólogo Pedro Lucas, tuvo una gran afluencia de gente, que se acercó para asistir a una desmitificación de creencias sociales y para recibir consejos para mejorar en este aspecto.

Pero en general todas las charlas tuvieron una gran aceptación por parte del público. Hay que destacar la conferencia del psicólogo José A. Giménez, que de un modo muy ameno presentó las bases fundamentales para una buena comunicación entre padres e hijos y en general dentro de la familia o de la vida en pareja.

El doctor Francisco Pascual hizo un repaso al al-



coholismo como la droga que más problemas provoca sobre el entorno o contexto social del individuo enfermo. Reveló interesantes datos publicados por la revista LANCET que elaboró una investigación sobre los daños propios y ajenos que provoca cada una de las diferentes sustancias tóxicas consumidas.

No pudo faltar el espacio para los verdaderos protagonistas de la federación nacional, los enfermos rehabilitados

que expusieron sus casos y vivencias hasta emocionar al público y hacerlo sentir orgulloso de la recuperación y del inicio de lo que muchos llaman ‘una nueva vida al volver a nacer’.

También hubo espacio para otros grandes profesionales como la vicedecana de la facultad de psicología de la Universidad de Valencia, Maite Cortés, con un gran bagaje en investigaciones y trabajos sobre drogodependencias y botellón en jóvenes. Cortés habló de las adicciones en general.

Juan Carlos Álvarez, trabajador social en San Juan de Dios de Palencia, quien versó su exposición sobre patología dual. O Margarita Alloza, trabajadora social de ABATTAR, quien expuso el trabajo desarrollado desde esta asociación en las mujeres dependientes.

La tarde del sábado se destinó a la realización de los talleres con un perfil más práctico y de diversa temática. (nutrición, género, alcoholismo y procrastinación, sexualidad o mindfulness). Incluso los más pequeños tuvieron, por primera vez, un espacio de entretenimiento con un taller en el que pudieron pintar y recortar con la ayuda de una maestra de infantil.

Con esto, un año más, FARE pone punto y final a un evento que anualmente reúne al colectivo de alcohólicos rehabilitados con el fin de aprender y compartir todo lo que la vida les enseña día a día.

Buprenorfina Azevedos MG



Tratamento de substituição
em caso de dependência de opiáceos

Disponível nas dosagens de 2mg e 8mg

AZEVEDOS
Genéricos
Qualidade por Princípio

Laboratórios Azevedos - Indústria Farmacêutica, S.A.

Sede: Estrada Nacional 117 - 2, Alfragide, 2614-503 Amadora Serviços centrais: Estrada da Quinta, 148, Manique de Baixo, 2645-436 Alcáideche
Tel.: 21 472 59 00 | Fax: 21 472 59 95 | E-mail: mail@azevedos-sa.pt Matrícula na C.R.C. da Amadora Contribuinte nº 507474287

MSRM. Especial. Escalão de comparticipação C.

RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO 1. NOME DO MEDICAMENTO Buprenorfina Azevedos 2 mg comprimidos sublinguais, Buprenorfina Azevedos 8 mg comprimidos sublinguais **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Cada comprimido de Buprenorfina Azevedos 2 mg contém 2,16 mg de Cloridrato de buprenorfina equivalente a 2 mg de buprenorfina base. Cada comprimido de Buprenorfina Azevedos 8 mg contém 8,64 mg de Cloridrato de buprenorfina equivalente a 8 mg de buprenorfina base. Excipientes: Lactose mono-hidratada, manitol, amido de milho, povidona (Plasdone K29/32), ácido cítrico anidro, citrato de sódio, ácido ascórbico, EDTA e estearato de magnésio. **FORMA FARMACÊUTICA:** Comprimidos sublinguais. **INFORMAÇÕES CLÍNICAS: Indicações terapêuticas:** Tratamento de substituição em caso de toxicod dependência maior de opiáceos, no âmbito de um programa detalhado de acompanhamento terapêutico do ponto de vista médico, social e psicológico. **Posologia e modo de administração:** O tratamento destina-se a adultos e crianças a partir dos 15 anos de idade que acederam ao tratamento da sua toxicod dependência. Ao instituir o tratamento com buprenorfina, o médico deverá ter presente o perfil agonista parcial da molécula para os receptores μ dos opiáceos, que pode precipitar uma síndrome de privação em doentes dependentes de opiáceos. O resultado do tratamento depende da posologia prescrita assim como do conjunto de medidas médicas, psicológicas, sociais e educacionais tomadas na monitorização do doente. A via de administração é sublingual: Os médicos devem advertir os doentes de que a via sublingual é a única via de administração eficaz e bem tolerada para a administração do medicamento. O comprimido deve ser mantido debaixo da língua até se dissolver, o que ocorre normalmente entre 5 a 10 minutos. **Terapêutica de iniciação:** a dose inicial varia entre 0,8 e 4 mg, administrada numa dose diária única. Toxicod dependentes de opiáceos não submetidos a uma fase de privação: quando se inicia o tratamento, a dose de buprenorfina deve ser tomada, pelo menos 4 horas após o último consumo de opiáceo ou quando surgem os primeiros sintomas de privação. Doentes medicados com metadona: antes de iniciar a terapêutica com buprenorfina, deve reduzir-se a dose de metadona até um máximo de 30 mg/dia; contudo a buprenorfina pode precipitar uma síndrome de privação. Ajuste da posologia e manutenção: a posologia deve ser progressivamente aumentada, dependendo da necessidade de cada doente; a dose diária máxima não deve ser superior a 16 mg. A posologia é titulada de acordo com a reavaliação do estado clínico e situação global do doente. Recomenda-se uma prescrição diária de buprenorfina, particularmente durante a fase de iniciação. Em seguida, após estabilização, pode dar-se ao doente um quantidade de medicamento suficiente para vários dias de tratamento. Contudo, recomenda-se que a quantidade de medicamento dispensada se limite, no máximo, a 7 dias. Redução da posologia e suspensão do tratamento: após um período satisfatório de estabilização e se o doente concordar, a posologia de buprenorfina pode ser gradualmente reduzida; em alguns casos favoráveis, o tratamento pode ser interrompido. A disponibilidade dos comprimidos sublinguais nas doses de 0,4 mg, 3mg e 8 mg, respectivamente, permite efectuar uma titulação decrescente da posologia. Os doentes devem ser mantidos sob vigilância após a suspensão do tratamento com buprenorfina devido ao potencial de recaídas. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade à buprenorfina ou a qualquer dos excipientes. Crianças com idade inferior a 15 anos. Insuficiência respiratória grave. Insuficiência hepática grave. Alcoolismo agudo ou delirium tremens. **Efeitos indesejáveis:** O aparecimento de efeitos secundários depende do limiar de tolerância do doente, que é mais elevado nos toxicod dependentes do que na população em geral. O quadro 1 inclui efeitos indesejáveis durante os ensaios clínicos. **Quadro 1: Efeitos indesejáveis relacionados com o Tratamento Notificados por Sistema Orgânico** Muito frequentes (>1/10); Frequentes (>1/100, <1/10); Pouco frequentes (>1/1.000, <1/100); Raros (>1/10.000, <1/1.000); Muito Raros (<1/10.000) incluindo notificações isoladas (CIOMS III) **Perturbações do foro psiquiátrico** Raras Alucinações **Doenças do sistema nervoso** Frequentes Insónia, cefaleias, desmaio, tonturas **Vasculopatias** Frequentes Hipotensão ortostática **Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino** Raras Depressão respiratória **Doenças gastrointestinais** Frequentes Obstipação, náuseas, vômitos **Perturbações gerais e alterações no local de administração** Frequentes Astenia, sonolência, sudorese **Outros efeitos indesejáveis notificados durante o período de pós-comercialização:** **Doenças do sistema imunitário** Reações de hipersensibilidade tais como rash, urticária, prurido, broncoespasmo, edema angioneurótico, choque anafilático. **Afeções hepatobiliares:** Em condições normais de utilização: raros aumentos das transaminases e hepatite icterícia que geralmente se resolvem favoravelmente Em caso de utilização incorrecta por via IV, hepatite aguda potencialmente grave **Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos:** Em caso de utilização incorrecta por via IV: reações locais, por vezes sépticas Em doentes que apresentam toxicod dependência marcada, a administração inicial de buprenorfina pode provocar em efeito de privação semelhante ao associado à naloxona. **INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

DISPONÍVEIS A PEDIDO