



Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde

Mestrado Integrado em Ciências farmacêuticas

Dissertação de Mestrado – 5º ano – 2º Semestre

“Estratégias da promoção da saúde em escolares do grupo etário 15-19 anos”

Aluna:

Ana Patrícia Quendera da Silva

Nº 2400673

Professor Orientador:

Prof. Doutor Cipriano Justo

Outubro, 2013

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde

Mestrado Integrado em Ciências farmacêuticas

Dissertação de Mestrado – 5º ano – 2º Semestre

“Estratégias da promoção da saúde em escolares do grupo etário 15-19 anos”

*Monografia apresentada para a obtenção do
grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas
pela Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde
da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias*

Aluna:

Ana Patrícia Quendera da Silva

Nº 2400673

Email: ana.quendera@live.com.pt

Telf: 96 419 23 45

Professor Orientador:

Prof. Doutor Cipriano Justo

Outubro, 2013

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar a colaboração, o apoio, a orientação e disponibilidade por parte do meu orientador de tese, o Professor Doutor Cipriano Justo.

Aos meus pais, agradeço o seu carinho, motivação e apoio durante este percurso assim como todos os esforços e sacrifícios feitos para eu poder terminar o curso. Apesar das dificuldades, apoiaram-me até ao fim. Nunca esquecerei isso e espero poder um dia recompensa-los por tudo.

À minha irmã, agradeço todo o apoio psicológico que me deu nos momentos difíceis, agradeço também o carinho, amizade eterna e o companheirismo.

Aos meus familiares e amigos, agradeço todo o apoio que me deram ao longo destes anos. Uma palavra de motivação num momento difícil faz muita diferença, assim como comemorar as vitórias ao longo deste percurso.

Resumo

Este trabalho teve por base a promoção da saúde em escolares dos 15 aos 19 anos e estudar as possíveis estratégias a aplicar para se atingir este fim.

Dentro deste tema analisaram-se os níveis de alcoolismo, tabagismo e drogas tanto a nível nacional como internacional com o fim de perceber a dimensão destes riscos assim como elaborar possíveis programas para diminuir os consumos destas substâncias.

Os principais problemas na adolescência são as dependências tais como o alcoolismo, tabagismo e drogas que levam muitas vezes também a acidentes rodoviários. Existem também muitos problemas de saúde associados à imagem física tais como a obesidade, a anorexia e a acne. Além destes problemas, há também alguma falta de educação sexual de maneira a prevenir as doenças sexualmente transmissíveis e as gravidezes indesejáveis, assim como, mais recentemente, o bullying e cyberbullying.

Dentro destes possíveis problemas que podem ocorrer na adolescência, aprofundou-se neste trabalho as dependências do álcool, tabaco e drogas por parte dos adolescentes dos 15 aos 19 anos. Dentro deste tema analisaram-se as razões do aparecimento destes problemas nos adolescentes, porque começam o consumo destas substâncias, quais as suas motivações e quais as estratégias a adotar para prevenir este tipo de consumos e posteriores consequências físicas e mentais no futuro.

Palavras-Chave: promoção da saúde, jovens, dependências, alcoolismo, tabagismo, drogas

Abstract

This work was based on the promotion of health in schoolchildren aged 15 to 19 years and analyze the possible strategies to be implemented to achieve this end.

Within this theme we analyzed the levels of alcoholism, smoking and drugs both national and internationally in order to realize the scale of these risks as well as possible develop programs to reduce the consumption of these substances.

The main problems in adolescence are dependencies such as alcoholism, smoking, and drugs that often also lead to road accidents. There are also many health problems associated with physical image such as obesity, anorexia and acne. Besides these problems, there is also a lack of sex education in order to prevent sexually transmitted diseases and unwanted pregnancies, as well as, more recently, bullying and cyberbullying.

Within these possible problems that may occur in adolescence, deepened this work dependencies on alcohol, tobacco and drug use in adolescents 15 to 19 years. Within this theme we analyzed the reasons for the emergence of these problems in teenagers, as they begin the consumption of these substances, what their motivations and what strategies to adopt to prevent this kind of consumption and subsequent physical and mental consequences in the future.

Keywords: health promotion, young, dependencies, alcoholism, smoking, drug

Símbolos e Abreviaturas

CAD – Comportamentos Aditivos e Dependências

CPT – Centro de Produtos de Tabaco

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECADT – Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas

EMCDDA – *European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction*

ESPAD – *The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*

EUA – Estados Unidos da América

FDA – *Food and Drug Administration*

IDT – Instituto de Drogas e Toxicodependências

LSD – Dietilamina do ácido lisérgico

NSP – Novas substâncias psicoativas

OMS (ou WHO) – Organização Mundial da Saúde

PNRCAD 2013-2020 – Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020

PORI – Plano Organizacional de Respostas Integradas

PRI – Programa de Respostas Integradas

SICAD – Serviço de Intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências

SIDA – Síndrome da imunodeficiência adquirida

SNC – Sistema Nervoso Central

SNS – Sistema Nacional da Saúde

UE – União Europeia

VIH (ou HIV) – Vírus da Imunodeficiência Humana

Índice Geral

Agradecimentos	3
Resumo	4
Abstract	5
Símbolos e Abreviaturas	6
Índice Geral	7
Índice de Gráficos	8
Índice de Tabelas	9
1. Introdução	10
2. Metodologia	11
3. Enquadramento teórico das dependências	12
3.1. Álcool	13
3.2. Tabaco	15
3.3. Drogas	16
4. Estatísticas da distribuição das dependências	19
4.1. Nível internacional	19
4.1.1. Álcool	19
4.1.2. Tabaco	21
4.1.3. Drogas	23
4.2. Nível nacional	26
4.2.1. Álcool	26
4.2.2. Tabaco	29
4.2.3. Drogas	30
5. Estratégias para a promoção da saúde nos jovens dos 15-19 anos	36
5.1. Álcool	39
5.2. Tabaco	42
5.3. Drogas	46
6. Conclusão	49
7. Bibliografia	51
8. Anexos	54

Índice de Gráficos

Ilustração 1 - Consumo de álcool puro no mundo em 2005 [13]	19
Ilustração 2 - Consumo de cerveja pelos jovens a nível mundial em 2008 [14]	20
Ilustração 3 - Consumo de bebidas espirituosas pelos jovens a nível mundial em 2008 [15]	20
Ilustração 4 - Consumo de vinho pelos jovens a nível mundial em 2008 [16].....	20
Ilustração 5 - Políticas de controlo do tabagismo em 2010 - WHO [18].....	21
Ilustração 6 - Prevalência do uso do tabaco em 2010 [19].....	22
Ilustração 7 - Ambientes livres de fumo a nível mundial em 2010 [19]	22
Ilustração 8 - Consumo de álcool pelos jovens com mais de 15 anos em 2005 [23] ...	26
Ilustração 9 - Consumo de álcool pelos jovens com mais de 15 anos de 1961 a 2005 [23]	26
Ilustração 10 - Consumo de álcool por jovens com mais de 15 anos per capita - 2000 a 2005 [23].....	27
Ilustração 11 – Prevalência do consumo de drogas ao longo da vida em adultos (15-64 anos), por tipo de droga [25]	30
Ilustração 12 - Taxa de continuidade do consumo em adultos (15-64 anos), por tipo de droga [25]	30
Ilustração 13 - Prevalência de consumo de qualquer droga ao longo da vida e nos últimos 30 dias, por região em 2007 [25]	31
Ilustração 14 - Consumo de drogas ao longo da vida na população escolar (6º, 8º e 10º ano), por tipo de droga [25].....	32
Ilustração 15 - Prevalência do consumo de drogas ao longo da vida (3º ciclo e secundário) [25]	32
Ilustração 16 - Consumo de drogas ao longo da vida na população escolar (13-18 anos) [25].....	32
Ilustração 17 - Relação dos jovens com meio envolvente [1]	36
Ilustração 18 - Algoritmo para tratar a dependência do tabaco [9]	43

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Consumo de substâncias psicoativas em estudantes de 15-16 anos na Europa - ESPAD 2011 [21]	24
Tabela 2 - Prevalência do consumo de substâncias psicoativas no último mês em jovens escolares do ensino público dos 17-18 anos (2012/2013) - EMCDDA - [22]....	25
Tabela 3 - Pessoas com mais de 15 anos que não consomem bebidas alcoólicas de 2003 a 2005 [23].....	27
Tabela 4 - Taxas de mortalidade em pessoas com mais de 15 anos derivadas do excesso de álcool (por 100 mil habitantes) [23]	28
Tabela 5 - Prevalência do consumo de bebidas alcoólicas em jovens dos 15-24 anos [3]	28
Tabela 6 - Prevalência do consumo de tabaco em jovens dos 15-24 anos [3].....	29
Tabela 7 - % de fumadores com mais de 15 anos em 2011 [24].....	29
Tabela 8 - Consumos de Cannabis na População escolar (%) [25].....	33
Tabela 9 - Consumos de Heroína na População escolar (%) [25].....	34
Tabela 10 - Consumos de Cocaína na População escolar (%) [25]	34
Tabela 11 - Consumos de Ecstasy na População escolar (%) [25]	35
Tabela 12 - Produtos para TSN versus % de cessação absoluta de fumar com produtos com nicotina e produtos com placebo [11]	45

Índice de Anexos

Anexo 1 - Efeitos específicos do álcool consoante a concentração alcoólica no sangue (%) [9].....	54
Anexo 2 - Doenças causadas pela exposição ao fumo [19]	55
Anexo 3 - Consumo de canábis em escolares dos 15-16 anos na Europa em 2009/2010 [20].....	55
Anexo 4 – Prevalência de substâncias psicoativas em condutores em 2008/2009 [25]	56
Anexo 5 - Prevalência de substâncias psicoativas em condutores mortos em acidentes de viação em 2008/2009 [25].....	56
Anexo 6 – Casos de infeção pelo VIH associados à toxicodependência por zona geográfica de residência de 1983 a 2011 [26].....	57
Anexo 7 - Mortes por overdose, por grupo etário [26]	57
Anexo 8 - Casos de infeção pelo VIH em 2011 [26].....	58
Anexo 9 - Esquema operacional do PORI - Fonte: IDT [25].....	58
Anexo 10 – Media usados para campanhas anti-tabágicas [19]	59
Anexo 11 – Vantagens de deixar de fumar – Panfleto da CUF Saúde [34]	59

1. Introdução

A escola é um ambiente específico na promoção da saúde, pois é na idade escolar que se está mais receptivo a ter novos conhecimentos e a por em prática os mesmos. [1]

A adolescência é um período fértil em mudanças físicas tais como o crescimento físico, alterações hormonais e desenvolvimento cerebral assim como em mudanças comportamentais devido ao aumento do interesse pelo convívio com os amigos e desapego aos pais tornando este ciclo da vida complexo devido à formação da sua identidade individual. [2]

Ao longo da adolescência, a promoção da saúde vai sendo feita de forma diferente consoante a faixa etária específica de atuação (10-14 anos, 15-19 anos e 20-24 anos). Neste caso, a faixa etária estudada foi dos 15 aos 19 anos sendo este um período onde começa maioritariamente o consumo de substâncias psicoativas. [2]

Atualmente, as dependências químicas são um flagelo a nível nacional e mundial alcançando proporções massivas sendo então pertinente o esclarecimento a cerca desta problemática assim com atuar preventivamente. [2]

Tanto o alcoolismo, como o tabagismo e as drogas estão associados a variadas consequências adversas tanto a nível biológico como psicossocial nomeadamente doenças agudas e crónicas, assim como à exclusão social, a situações de negligência na vida quotidiana e profissional, a comportamentos agressivos e desviantes e ainda à marginalidade. Assim sendo torna-se imperativo adotar medidas preventivas e de promoção da saúde nos jovens de forma a evitar possíveis danos futuros. [2,3]

A promoção da saúde em escolares dos 15 aos 19 anos deve centrar-se sobretudo no seu desenvolvimento psíquico, ou seja ajuda-los a saber lidar com as suas emoções e sentimentos assim como orientá-los, capacitá-los e sensibilizá-los para um bom percurso escolar/ universitário afastando-os da procura de substâncias psicoativas. Neste percurso devem intervir não só os pais e amigos, mas também profissionais capacitados e sensibilizados para o problema tais assim como psicólogos e professores, por exemplo. [2]

2. Metodologia

O principal objetivo desta monografia foi identificar os malefícios do alcoolismo, tabagismo e das variadas drogas mais consumidas para aprofundar conhecimentos acerca desta temática.

Posteriormente foi-se ver a dimensão do problema estatisticamente, tanto a nível nacional como mundial, em ambos os sexos, na faixa etária dos 15 aos 19 anos com a finalidade de ver a progressão dos consumos e permanência das dependências ao longo dos últimos anos.

No fim, a partir de todo o material de pesquisa recolhido, procurou-se formas de promover a saúde para a faixa etária referida, tendo em conta as intervenções em curso mediadas pela organização mundial de saúde, os meios bibliográficos disponíveis, as fontes informáticas relevantes e os conceitos aprendidos ao longo da vida.

3. Enquadramento teórico das dependências

Durante a adolescência verificam-se grandes mudanças físicas e psíquicas o que levam os adolescentes a terem algumas crises de adaptação, depressão e ansiedade passageiras. Estas crises podem dar um sentimento de inferioridade e alguma desorientação o que leva os jovens a estarem mais próximos dos seus amigos e colegas que dos pais. [4]

De maneira a sentirem-se mais integrados num grupo de colegas, muitos adolescentes acabam por experimentar substâncias proibidas para a sua idade, tais como álcool, tabaco e drogas. Estas substâncias são nocivas para a saúde, causam grandes dependências e perturbações psíquicas a curto prazo, e problemas cardiovasculares, hepáticos e cancros a médio/longo prazo. [5,6]

Verifica-se que uma pessoa tem uma dependência quando esta só pensa em tomar uma dada substância, tem dificuldade em não a tomar regularmente e precisa de doses cada vez maiores da substância. Em detrimento destes fatores, o interesse da pessoa por outras atividades de lazer (ex. fazer desporto ou ir ao cinema) diminuem e a única preocupação da pessoa passa a ser consumir a substância regularmente. [6]

Apesar da decisão de tomar certas substâncias seja algo que a própria pessoa decide por vontade própria, o seu uso repetido leva a uma dependência que poderá também estar relacionada com fatores genéticos, ambientais e fisiológicos, sendo que também é muito difícil verificar quando uma pessoa se torna dependente. [6]

O tabaco e o álcool são substâncias de fácil acesso pois na maioria dos casos consegue-se adquirir mesmo por crianças e jovens sem que as suas identificações sejam requeridas assim como as novas drogas “legais” estão disponíveis nas smart shops e na internet tornando o controlo destas substâncias mais difícil e insuficiente. Apesar de muitas drogas “legais” serem recentemente proibidas devido aos seus graves efeitos fisiológicos, muitas mais surgem todos os dias no mercado sendo muito difícil criar legislação atempadamente para estas. Quanto às drogas ilegais, estas tem o acesso mais restrito devido a uma maior fiscalização e penalização da vendas o que as torna mais caras e de mais difícil acesso, porém não é difícil conseguir consumi-las em certos meios urbanos. [3]

Face aos obstáculos já referidos existe ainda uma diminuição gradual do investimento em políticas contra as dependências devido à crise económica vigente o que promove as desigualdades sociais e dificulta a reabilitação dos jovens. [3]

3.1. Álcool

O álcool é uma substância que é produzida a partir de um processo de destilação ou pela fermentação de açúcares presentes em matérias vegetais, frutos, caules ou raízes atuando como um depressor do sistema nervoso central que atua nos recetores do ácido aminobutírico (GABA) sendo a substância mais usada abusivamente pelos jovens. Na maioria dos casos, o consumo de álcool começa no início da adolescência mas aumenta mais a partir dos 20 anos de idade. [5,7,8]

A absorção do álcool inicia-se no estômago passado 5 a 10 minutos da sua ingestão e as suas concentrações séricas máximas são obtidas entre 30 a 90 minutos depois da última bebida. Os efeitos do consumo de álcool no organismo aumentam com o aumento da concentração alcoólica no sangue (*Anexo 1*). Mais de 90% do álcool no plasma é metabolizado no fígado sendo que o restante é excretado pelos pulmões, urina e suor. [9]

Segundo Balsa.C, o primeiro contato com as bebidas alcoólicas começa aos 12 anos mas o seu consumo intensifica-se entre os 15 e os 18 anos (57%). Estima-se que 86% dos jovens entre os 12 e os 20 anos já tenham consumido bebidas alcoólicas. A idade média de iniciação dos consumos dá-se por volta dos 16 anos. [10]

Esta substância prejudica a saúde do consumidor assim como altera o desempenho das suas tarefas tanto a nível escolar, como no lar ou até na condução podendo causar acidentes, pois conduzir sob o efeito do álcool ou drogas reduz os reflexos do condutor, principalmente à noite. Este problema associado a uma falta de maturidade por parte dos adolescentes e a conduzir na presença de amigos e a altas velocidades aumenta o número de acidentes. [5]

Mais de metade dos acidentes rodoviários e cerca de um terço dos acidentes de trabalho, crimes e delitos são sob o efeito do álcool. E cerca de metade dos adolescentes alcoólicos são de famílias de alcoólicos. [4]

Segundo Klerman e Weissman (1989), o uso de álcool e drogas tem vindo a aumentar principalmente devido à crescente destruturação familiar (aumento do número de divórcios) e devido a uma maior mobilidade e independência dos jovens. [5]

A dependência alcoólica tem um risco aumentado em pessoas com distúrbios de personalidade tais como impulsividade, agressividade, depressão e familiares de alcoólicos e a nível ambiental são mais suscetíveis as pessoas que moram em meios urbanos, que tenham um histórico de abuso sexual e cujos pais estejam separados. A nível genético estão mais predispostas ao álcool pessoas com genes que codificam

para ALDH₂ (aldeído desidrogenase 2) e 5HTTLPR (5 transportador hidroxytriptamina) assim como regiões dos cromossomas 1 e 4 que codificam para os receptores GABA (Ácido gama aminobutírico), seretonina, DRD₄ (Gene recetor da dopamina tipo 4), Triptofano hidroxilase e Neuropeptido Y. [9]

Quantidades de álcool superiores a 2g/ Kg/ 24 horas causam perturbações fisiológicas acentuadas em indivíduos saudáveis e em quantidades menores causam também perturbações a alcoólicos e desnutridos. De entre os possíveis efeitos estão complicações neurotóxicas (ex. convulsões e delírios), gastrointestinais (ex. gastrite), cardiovascular (ex. hipertensão), hematológicas (ex. trombocitopenia), endócrinos (ex. infertilidade), esqueléticos (ex. fraturas) e variados tipos de cancro. [4,7]

O abuso de álcool leva também a uma diminuição da resistência às infeções, falta de coordenação motora, tremores, ataxia, confusão, coma e até morte. O consumo excessivo de álcool pode ser resultante de um processo de escape a uma autodestruição física, a uma fixação oral ou até a uma homossexualidade latente ou reprimida. [4,7]

Segundo Jellinek, nos alcoólicos a frequência de cirrose hepática é de 9% e nos não-alcoólicos é de 1% [4]

As bebidas alcoólicas são mais comercializadas e também mais consumidas na Europa em detrimento dos países do médio oriente e de alguns países da Europa Oriental devido às religiões locais. O seu consumo tem aumentado em algumas regiões em desenvolvimento, principalmente nas populações indígenas de todo o mundo. Isto deve-se a rituais locais que usam o álcool como analgésico e como desinfetante local (pele e boca). [4,6]

O consumo de álcool e tabaco na adolescência pode levar mais facilmente os jovens a consumirem drogas ilícitas posteriormente. [6]

Segundo os dados disponíveis, correspondentes aos utilizadores dos centros de saúde, 25% das pessoas que consomem álcool em excesso são dependentes [6].

A dependência alcoólica causa, em caso de privação do álcool, nervosismo e tremores que aparecem cerca de 5-10 horas após a última bebida. Posteriormente, passado 24-48 horas o alcoólico começa a ter convulsões precisando então de ser medicado com anti convulsivantes. A privação de bebidas alcoólicas pode ainda dar origem a sudação, hipertensão, taquicardia, febre, insónias, pesadelos, ansiedade e sintomas gastrointestinais. [7]

Passado 3-5 dias do consumo da última bebida o dependente alcoólico começa a manifestar o “*Delirium tremens*” (DTs) que se caracteriza por uma profunda hiperatividade, convulsões, delírios e alucinações. A mortalidade neste caso é de 5-15%. [7]

A nível laboratorial pode-se detetar uma possível situação de alcoolismo devido a: uma anemia leve com macrocitose, deficiência de ácido fólico, trombocitopenia, provas de função hepática anormal, hiperuricemia e triglicéridos elevados. [7]

3.2. Tabaco

O tabaco é muito consumido em todo o mundo, principalmente nos países ricos, e os cuidados de saúde relacionados com este problema correspondem a 6 a 15% dos custos anuais dos estados. [6]

O tabaco tem na sua composição um alcaloide, a nicotina, que é um agonista do recetor colinérgico ganglionar, responsável em grande parte pela dependência provocada por este produto. A nicotina é produzida pela espécie *Nicotiana glauca* da família das Solanaceae e tem como efeitos a estimulação do sistema nervoso central e periférico, depressão, estimulação respiratória, relaxamento do músculo esquelético, libertação de catecolamina pela medula suprarrenal, vasoconstricção periférica, aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca. [9,11]

O uso de tabaco pode ser letal se a dose administrada por via oral for superior a 30g, sendo que a sua toxicidade aguda pode ser calculada a partir do peso corporal do indivíduo correspondendo então a um intervalo de 0,5 e 1mg/Kg. A dose letal exata depende assim também de patologias que o consumidor de tabaco possua. [11]

Hoje em dia, um em cada quatro adultos fuma, porém as taxas de tabagismo tendem a diminuir sendo que hoje em dia há mais raparigas adolescentes a fumar. Cerca de 4 milhões de pessoas morreram em 1998 devido a este problema e estima-se que em 2020 este número suba para os 8,4 milhões de óbitos. [6]

Algumas substâncias do tabaco provocam uma maior coagulação do sangue, dos níveis de monóxido de carbono no sangue e, por consequência, diminui os níveis de oxigénio. Esta dependência, para além de potenciar o aparecimento do cancro do pulmão, também promove o aparecimento de carcinomas no esófago e na nasofaringe assim como agrava problemas cardíacos, asma, bronquite crónica, enfisema e a DPOC. (*Anexo 2*) [5,9]

Como a nicotina tem propriedades vasoconstritoras, o risco de enfarte do miocárdio em fumadores é duas vezes maior que em não fumadores e a dependência que esta substância causa nos fumadores crónicos dificulta o abandono deste hábito. [5,6]

Segundo a Organização Mundial de Saúde e a Surgeon General dos EUA, a maioria dos casos de cancro no pulmão podem ser prevenidos. Segundo estas

entidades, em 1964 o risco de cancro no pulmão nos fumadores era cerca de 11% mais elevado do que nos não fumadores. [5]

Estima-se que 25% dos casos de cancro dos pulmões, problemas cardiovasculares e respiratórios sejam derivados do fumo do tabaco. [7]

Na Suécia, muitas pessoas usam o “snus”, um produto com nicotina que tem por finalidade cessar o consumo de tabaco por parte dos indivíduos dependentes dele. [11]

Este produto é usado na Suécia por 21% dos homens entre os 16 e os 84 anos e por 3% das mulheres, sendo que apenas 12% fumam o tabaco tradicional. Este produto reduz em muito o aparecimento do cancro de pulmão na Suécia sendo que nos homens a mortalidade por este cancro encontra-se na 33^o posição na Europa e na 4^a posição em Portugal. [11]

Quanto às patologias provocadas pelo consumo regular de “snus” não há certezas pois apesar de já haver vários estudos a respeito desta substância, as conclusões a que os investidores chegaram são contraditórias principalmente no que toca a doenças cardiovasculares, não se podendo então assegurar com certeza a segurança deste produto. [11]

Cerca de 90% dos casos de cancro pulmonar e 50% dos casos de enfarte do miocárdio aparecem em fumadores. [5]

As pessoas que já tenham algum problema psíquico têm duas vezes mais probabilidades de fumar que as pessoas sem problemas mentais, sendo que nos EUA, cerca de 41% das pessoas com problemas mentais fumavam e na população em geral apenas 22,5% no ano 2000. [6]

Os adolescentes do sexo masculino com défices de atenção começam a fumar mais cedo que os outros jovens assim como os jovens com depressão. [6]

3.3. Drogas

Os narcóticos ou opiáceos ligam-se aos recetores opióides específicos do SNC e em outros recetores no corpo. Estes recetores vão mediar a analgesia, euforia, sedação, depressão respiratória, vômitos e prisão de ventre. Em altas doses, os narcóticos provocam também bradicardia, miose pupilar, letargia e coma. [7]

O consumo de drogas, segundo Balsa.C, inicia-se em 75% dos casos no fim da adolescência ou início da idade adulta (15-20 anos). A idade média de iniciação dos consumos dá-se por volta dos 17 anos. [10]

O fenómeno da toxicodependência surge principalmente devido a problemas de socialização na adolescência, abrange todas as classes sociais e deve-se em parte a problemas de personalidade. Os consumos, no início pontuais e às escondidas, servem assim para suprimir depressões latentes, dificuldades escolares e/ou laborais, problemas de socialização com colegas de escola, para tornar os jovens mais desinibidos e até para experimentarem novas sensações (alucinações), porém isto não passa de uma ilusão e os consumos passado algum tempo passam a ser diários caindo os jovens numa dependência que não tem noção, negando-a à partida e que se vai prolongando no tempo.

O consumo de drogas prejudica a saúde dos consumidores, tanto a nível psíquico como físico. O seu feito pode dever-se tanto à droga consumida como à sua forma de administração sendo que uma droga injetável causa euforia muito mais rapidamente enquanto uma droga administrada por outra via (ex. oral ou nasal) tem um efeito mais lento. [5]

Os jovens dos 15 aos 24 anos têm uma perceção dos riscos relativos ao uso de drogas diferente consoante a droga em causa, ou seja, eles associam um maior risco ao consumo ocasional de cocaína (65%), depois ecstasy (51%) e por fim a canábis (24%). [2]

Segundo os especialistas em drogas e toxicodependência, as pessoas sentem uma necessidade inata de euforia e o uso de drogas é visto também como uma fuga da realidade. Elevadas doses de drogas estupefacientes baixam o limiar da dor. [4,5]

O uso continuado de opiáceos produz tolerância que se traduz numa necessidade aumentada de consumir doses cada vez mais elevadas para alcançar o mesmo efeito psicotrópico assim como uma maior dependência física. [7]

Na ausência do consumo de drogas, o corpo começa a manifestar alguns sintomas de abstinência tais como náuseas, diarreia, tosse, lacrimejar, sudação, contrações musculares, febre, hipotermia, taquipneia, hipertensão, dores corporais e insónias assim como a nível psicológico surgem de novo as angústias e o sentimento de solidão que sentiam antes de consumir as drogas. Para suprir estes sintomas o dependente de drogas deve usar uma droga mais leve (longa ação), mas isto também o leva a consumir com maior frequência não sendo portanto uma alternativa fiável. [7]

Os opiáceos podem ser de curta duração tais como a heroína e a morfina sendo que a síndrome de abstinência começa passado 8-12 horas do último consumo ou podem ser de longa duração como a metadona cuja abstinência se começa a sentir apenas passado 2-4 dias do último consumo, sendo por isso usada do desmame de outras drogas de curta duração. [7]

As crianças que têm famílias disfuncionais, pais toxicodependentes ou residam em casa de pessoas com este problema, têm maior probabilidade de vir a consumir drogas ilegais, sendo que a maioria dos jovens, por questões económicas, tendem cada vez mais a consumir as drogas mais baratas. [5]

As drogas mais baratas normalmente são “cortadas”, ou seja, não são puras e contém na sua constituição, para além do opiáceo, excipientes tais como a quinina, fenacetina, estricnina, antipirina, cafeína e até leite em pó. Estes excipientes podem produzir danos maiores que o uso da droga pura sendo que entre esses efeitos adversos estão a neuropatia periférica, ambliopia, mielopatia e leucoencefalopatia. [30]

As drogas mais utilizadas em Portugal são os canabinóides (ex. marijuana e haxixe), as anfetaminas, os hipnóticos, os opiáceos e a cocaína. [4]

Em 1986 nos EUA, a violência nas ruas aumentou devido ao aparecimento do *crack*. Esta droga deriva da cocaína sendo administrada por inalação ou fumada. [5]

Uma pessoa viciada em *crack* é normalmente muito violenta pois esta droga é um forte estimulante ao contrário da heroína, por exemplo, que é um sedativo. Esta pode provocar também paranoia, perigo de enfarte do miocárdio, derrames ou convulsões. [5]

A mistura do pó da cocaína com a heroína é a chamada *spedd-ball* pois a cocaína é estimulante e a heroína depressora do SNC, sendo que as duas drogas juntas deprimem também o sistema respiratório. [5]

As drogas injetáveis aumentam o risco de possíveis infeções, principalmente quando há partilha de seringas já usadas, tais como a hepatite B, C, VIH, endocardite aguda e infeções cutâneas sendo que no ano 2000, havia cerca de 5 milhões de pessoas no mundo a usar este tipo de drogas. Cerca de 25% dos consumidores de drogas injetáveis morrem entre 10 a 20 anos depois de iniciar o seu consumo. [4,6,7]

Os toxicodependentes, para além de correrem maior risco de vir a contrair as doenças infecto-contagiosas já referidas, têm também a sua saúde mental alterada devido ao consumo das drogas psicoativas o que leva posteriormente o doente a ter atividades criminosas, problemas pessoais, laborais e familiares. A médio/longo prazo estes problemas evoluem para a delinquência como forma de assegurar os consumos diários. [6]

4. Estatísticas da distribuição das dependências

4.1. Nível internacional

4.1.1. Álcool

Morrem por ano cerca de 2,5 milhões de pessoas devido ao consumo de álcool incluindo 320 000 jovens entre 15 e 29 anos de idade e cerca de 31 países tem um consumo excessivo de álcool sendo que cerca de 58% das pessoas não beberam álcool no último ano. [12]

Segundo os dados disponíveis na ilustração 1, o consumo de álcool é maior na Europa e no norte da Ásia. [13]

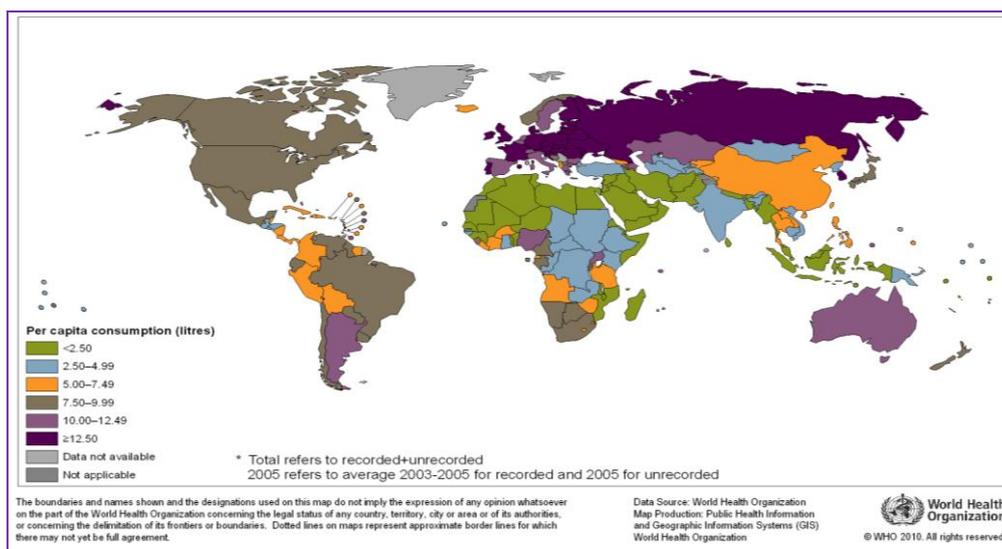


Ilustração 1 - Consumo de álcool puro no mundo em 2005 [13]

Segundo os dados disponíveis nas ilustrações seguintes, em Portugal os jovens consomem mais cerveja, bebidas espirituosas e vinho nos 17 aos 18 anos. O início do consumo de álcool desde a infância até aos 16 anos é mais precoce na Índia e China principalmente. De seguida temos consumos de álcool dos 15 aos 16 anos na Europa e em alguns países de África. No Canadá, América do Sul, África, norte da Ásia e Austrália o consumo de álcool inicia-se dos 17 aos 18 anos e por fim, o consumo de álcool depois dos 21 anos já só acontece nos EUA. [14,15,16]

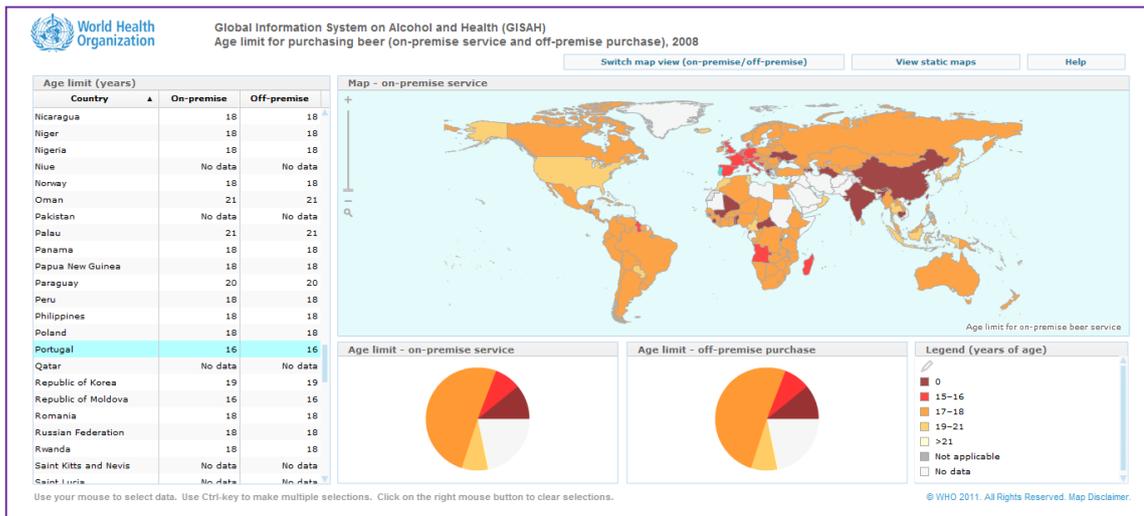


Ilustração 2 - Consumo de cerveja pelos jovens a nível mundial em 2008 [14]

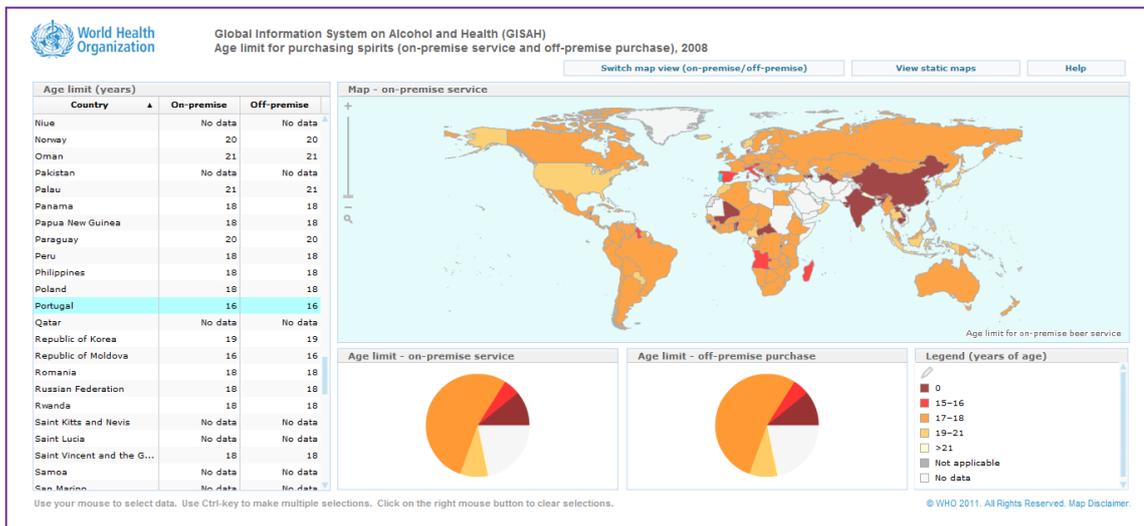


Ilustração 3 - Consumo de bebidas espirituosas pelos jovens a nível mundial em 2008 [15]

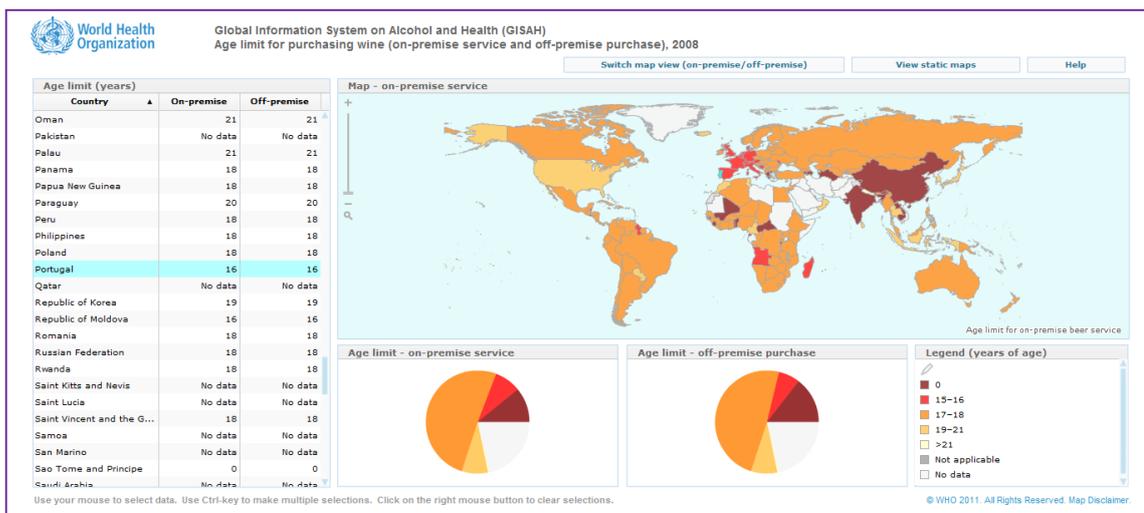


Ilustração 4 - Consumo de vinho pelos jovens a nível mundial em 2008 [16]

4.1.2. Tabaco

Segunda a OMS, cerca de 6 milhões de pessoas já fumaram tabaco ou já estiveram expostas ao fumo deste sendo que o tabaco provoca uma morte a cada 6 segundos. Cerca de 78% das pessoas não fumam hoje em dia, muito por causa das medidas restritivas de consumo de tabaco em espaços fechados, tendo levado 10% dos fumadores a deixarem de o ser. Porém, cerca de 22% da população mundial ainda fuma sendo que este consumo começa, em média, por volta dos 15 anos de idade. [17]

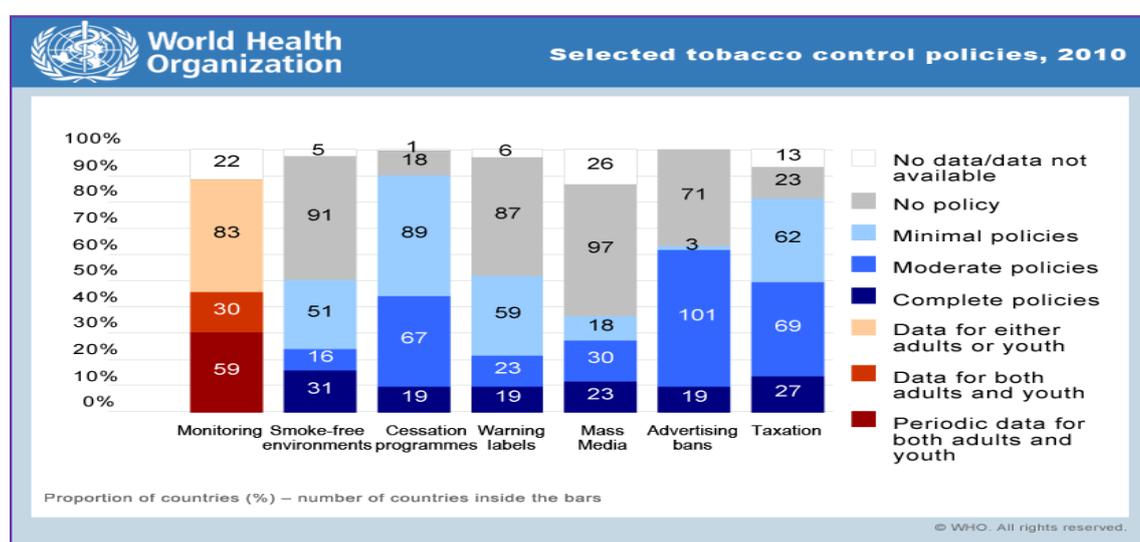


Ilustração 5 - Políticas de controlo do tabagismo em 2010 - WHO [18]

Como se pode ver pela ilustração 6, a maioria dos países adotaram em 2010 medidas restritivas ao consumo de tabaco sendo que as medidas que mais contribuíram para a diminuição do tabagismo foram os programas de cessação tabágica e o aumento do preço do tabaco. Os ambientes livres de fumo, especialmente os espaços públicos fechados assim como as constantes publicidades nos media aos malefícios do tabaco têm contribuído para uma redução eficaz do tabagismo. [18]

O consumo de tabaco tem maior prevalência na América do Norte, sul e centro da Europa, sul da Ásia e Austrália principalmente, ou seja, nos países mais desenvolvidos pois estes têm maior poder de compra. [19]

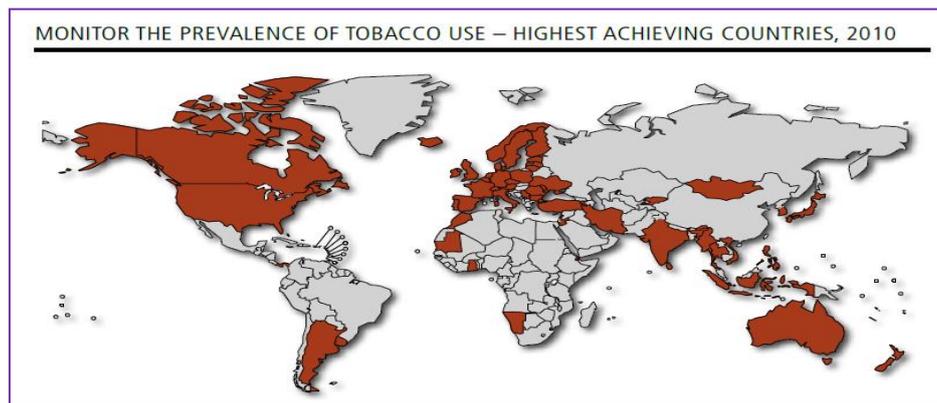


Ilustração 6 - Prevalência do uso do tabaco em 2010 [19]

Os ambientes livres de fumo tem aumentado em todo o mundo nos últimos anos. Os países com legislação antitabágica mais restrita são o Canadá, alguns países da América do Sul, o continente australiano e na Europa destacam-se a Espanha e Reino Unido. Alguns países de África e dos Emirados Árabes também proibiram o fumo em locais públicos fechados. [19]



Ilustração 7 - Ambientes livres de fumo a nível mundial em 2010 [19]

4.1.3. Drogas

O consumo de drogas em Portugal é inferior à média Europeia com exceção da heroína, sendo que a canábis é a droga mais consumida pelos jovens dos 15 aos 19 anos tanto em Portugal como em toda a Europa. [3]

Segundo inquéritos realizados pela EMCDDA (*Anexo 3*) em jovens escolares dos 15-16 anos em vários países europeus pode-se verificar que o país onde há mais um uso descontinuado de canábis (9.6) e onde há mais jovens que a experimentam é na República Checa (11.2). O uso de canábis é feito de modo mais regular em Espanha (7.9) e também de forma mais intensiva (3.5). Quanto à Roménia foi o país onde mais jovens nunca usaram canábis (92.2). [20]

No seguimento do estudo anterior, pode-se verificar que o país onde houve menos uso descontinuado de canábis foi na Finlândia (1.2), o país onde houve menos experimentadores de canábis foi na Grécia (2.4), o país onde houve um uso menos regular de canábis (1.3) e menor uso intensivo de canábis foi na Roménia (0.3). Quanto à República Checa foi o país onde menos jovens revelaram que nunca consumiram drogas (70.8). [20]

Como já foi referido anteriormente, a canábis é a droga mais consumida pelos jovens em toda a Europa sendo o seu consumo maior na República Checa (42) e menor na Noruega (5) segundo os dados do ESPAD 2011 para os jovens dos 15-16 anos. Posteriormente, as segundas drogas mais consumidas são substâncias voláteis apresentando estas um maior consumo na Croácia (28) e menor na Itália (3). [21]

Analisando os números de consumos das drogas com menos expressão na Europa pode-se verificar que as anfetaminas são mais consumidas na Bulgária (7), o LSD na República Checa (5), a Cocaína no Reino Unido (5) e a Heroína no Chipre (3). Quando aos consumos de ecstasy, estes são muito semelhantes em toda a Europa. [21]

Tabela 1 - Consumo de substâncias psicoativas em estudantes de 15-16 anos na Europa - ESPAD 2011 [21]

País	Amostra total	Canábis	Substâncias voláteis	Anfetaminas	Ecstasy	LSD e outros alucinogénios	Cocaína	Heroína
Bélgica	1798	24	7	5	4	3	4	1
Bulgária	2217	24	4	7	4	3	4	2
Croácia	3002	18	28	2	2	2	2	1
Chipre	4243	7	8	4	3	4	4	3
República Checa	3913	42	8	2	3	5	1	1
Dinamarca	2181	18	4	2	1	1	2	1
Estónia	2460	24	15	3	3	2	2	1
Finlândia	3744	11	10	1	1	1	1	1
França	2572	39	12	4	3	3	4	2
Alemanha	2796	19	10	4	2	2	3	1
Grécia	5908	8	14	2	2	2	1	1
Hungria	3063	19	10	6	4	3	2	2
Irlanda	2207	18	9	2	2	2	3	1
Itália	4837	21	3	2	2	3	3	2
Látvia	2622	24	23	4	4	4	4	2
Lituânia	2476	20	7	3	2	2	2	2
Malta	3377	10	14	3	3	2	4	1
Holanda	-	27	7	1	4	2	2	1
Noruega	2938	5	5	1	1	1	1	0
Polónia	5933	23	8	4	2	3	3	2
Portugal	1965	16	6	3	3	3	3	2
Roménia	2770	7	7	2	2	2	2	1
Eslováquia	2009	27	10	2	4	4	2	2
Eslovénia	3186	23	20	2	2	2	3	1
Suécia	2569	9	11	1	2	1	1	1
Reino Unido	1712	25	10	4	4	2	5	2

As prevalências de consumo de substâncias psicoativas na Europa varia pouco entre os jovens dos 15-16 anos relativamente aos jovens da faixa etária dos 17-18 anos, porém existem algumas diferenças. Nos jovens dos 17-18 anos o consumo de canábis é maior na República Checa (56) e menor no Chipre (7), as substâncias voláteis ou inaláveis são mais consumidas na Grécia (13) e menos na Espanha (2). As anfetaminas são mais consumidas na Áustria e Bulgária (10) e menos na Grécia e Itália (1). Quanto ao ecstasy, este é mais consumido na República Checa (11) e menos na Suécia (1), O LSD e a Heroína são mais consumidas na República Checa (12 e 3 respetivamente) e a Cocaína é mais consumida na Espanha (7). [22]

Tabela 2 - Prevalência do consumo de substâncias psicoativas no último mês em jovens escolares do ensino público dos 17-18 anos (2012/2013) - EMCDDA - [22]

País	Ano	Tamanho amostra	Canábis	Substâncias voláteis	Anfetaminas	Ecstasy	LSD	Cocaína	Heroína
Áustria	2007	529	39	-	10	7	6	6	1
Bélgica	2009/2010	1560	44	-	5	7	5	5	1
Bulgária	2011	2178	33	4	10	4	-	5	2
Chipre	2004	-	7	-	-	3	-	-	-
República Checa	2003	3388	56	6	8	11	12	2	3
França	2003	16833	54	12	2	5	1	2	2
Grécia	2003	6408	10	13	1	2	2	1	1
Itália	2012	15034	27	3	1	2	3	3	1
Látvia	2007	3492	27	12	8	9	6	3	2
Holanda	2011	646	45	-	4	8	1	4	1
Polónia	2010	-	36	3	7	4	3	3	2
Portugal	2011	4115	27	6	3	3	3	4	2
Eslováquia	2011	4838	42	10	3	5	6	2	1
Espanha	2010	8860	49	2	5	4	6	7	1
Suécia	2011	3596	16	4	2	1	1	1	0

4.2. Nível nacional

4.2.1. Álcool

Segundo os dados da Organização mundial de saúde em 2005, a bebida alcoólica mais consumida pelos jovens com mais de 15 anos era o vinho (55%), de seguida era a cerveja (31%) e em menor quantidade as bebidas brancas (10%). [23]

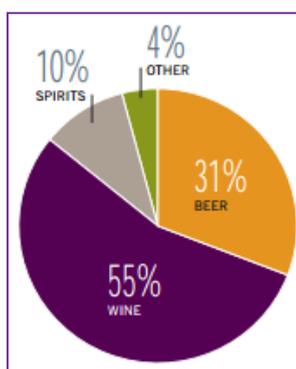


Ilustração 8 - Consumo de álcool pelos jovens com mais de 15 anos em 2005 [23]

O consumo de álcool de 1961 a 1991 foi muito irregular, principalmente o consumo de vinho, mas os consumos de cerveja e bebidas brancas foram aumentando ligeiramente. Nos últimos anos, de 1991 a 2006, o consumo de bebidas alcoólicas pelos jovens com mais de 15 anos tem diminuído e tem-se mantido regular. Nos últimos 13 anos tem-se verificado que os jovens têm começado a beber novas bebidas alcoólicas. [23]

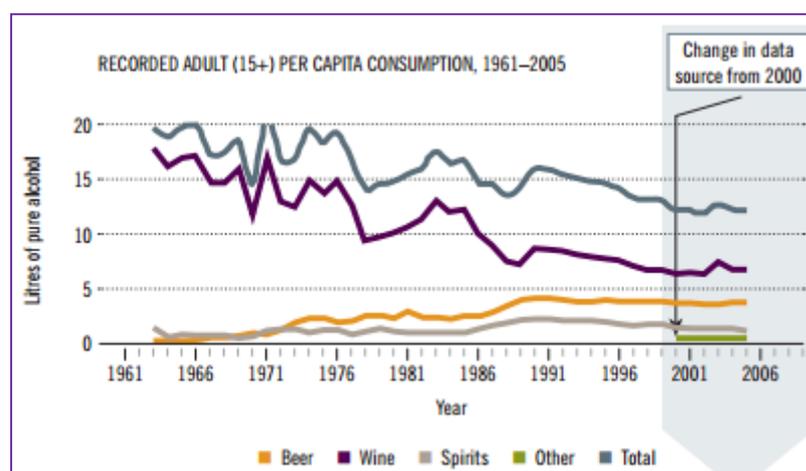


Ilustração 9 - Consumo de álcool pelos jovens com mais de 15 anos de 1961 a 2005 [23]

Entre o ano 2000 e o ano 2005, o consumo de álcool em pessoas com mais de 15 anos de idade tem-se mantido regular sendo que a bebida mais consumida é o vinho seguida da cerveja. O consumo de álcool puro é de 12,2 litros em média na Europa. [23]

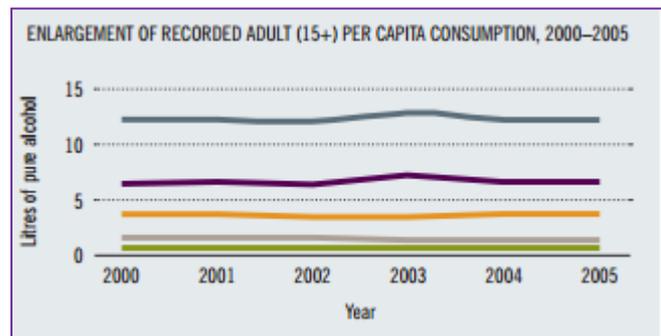


Ilustração 10 - Consumo de álcool por jovens com mais de 15 anos per capita - 2000 a 2005 [23]

Como se pode verificar na tabela 3, a percentagem de mulheres em Portugal que não consomem álcool é muito superior à percentagem de homens. Segundo o estudo da Organização Mundial da Saúde, entre 2003 e 2005, cerca de 47% das pessoas não consumiam bebidas alcoólicas há mais de 12 meses. [23]

Tabela 3 - Pessoas com mais de 15 anos que não consomem bebidas alcoólicas de 2003 a 2005 [23]

	Homens	Mulheres	Total
Não consomem álcool nunca	18,6%	32,0%	26,0%
Ex-consumidores de álcool	16,0%	26,2%	21,0%
Não bebem álcool á mais de 12 meses	34,6%	58,2%	47,0%

Em Portugal, entre 2003 e 2005, cerca de 27,45% da população consumia bebidas alcoólicas, sendo que 32,26% eram homens e 19,86% eram mulheres. Em 2004, a prevalência de homens com problemas alcoólicos era cerca de 4,07% e nas mulheres era de 0,95%. [23]

As taxas de mortalidade em pessoas com mais de 15 anos devido ao excesso de álcool são maiores nos homens regra geral. As mortes por cirrose hepática têm diminuído ao longo dos anos (2001 a 2003) em ambos os sexos, porém as mortes provocadas por acidentes rodoviários aumentaram de 2000 a 2002 tendo depois um decréscimo em 2003. [23]

Tabela 4 - Taxas de mortalidade em pessoas com mais de 15 anos derivadas do excesso de álcool (por 100 mil habitantes) [23]

	2000		2001		2002		2003	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Cirrose	27,1	8,2	28,9	8,5	24,1	7,5	22,7	7,3
Hepática								
Acidentes Rodoviários	26,1	5,2	33,4	8,3	38,0	8,5	34,0	7,7

Segundo o plano estratégico 2013-2015, entre 2001 e 2007 o consumo de bebidas alcoólicas nos jovens da população em geral dos 15 aos 24 anos aumentou significativamente, sendo maior nos homens em relação às mulheres. As bebidas mais consumidas por estes jovens foram o vinho (47%), a cerveja (42%) e as bebidas espirituosas (26%). [3]

Tabela 5 - Prevalência do consumo de bebidas alcoólicas em jovens dos 15-24 anos [3]

	Ao longo da Vida	Último ano	Último mês
População 2001	66,0%	59,6%	49,0%
População 2007	74,3%	68,3%	51,7%

No seguimento do estudo anterior, em 2011 verificou-se que na população escolar o consumo de bebidas alcoólicas diminuiu, em todas as idades referidas, em relação a 2007. Esta diminuição da prevalência de consumo de álcool deu-se em ambos os sexos, nos consumos ao longo da vida, no consumo recente (último ano) e no consumo atual (último mês). A par desta diminuição de consumo, houve um aumento dos episódios em embriaguez, em ambos os sexos dos 15 aos 18 anos o que pode ser explicado pelo fato dos jovens consumirem menos vezes bebidas alcoólicas mas quando o fazem, bebem sem qualquer moderação. [3]

Associado aos episódios de embriaguez grave ocorrem as hospitalizações sendo que em 2011, cerca de 2% dos estudantes com 16 anos já tinham recorrido às urgências (média europeia: 3%) e cerca de 4% dos estudantes embriagados com a mesma idade apresentavam ferimentos ou tinham tido acidentes decorrentes do episódio de embriaguez (média europeia: 11%). [2]

A prevalência de consumo de álcool em 2012 era de 69% ao longo da vida e de 57% no último ano para a população dos 15 aos 24 anos. Quanto aos valores exatos de prevalência de consumo de álcool, os valores foram de 72% para os jovens

de 15 anos e 91% para os jovens de 18 anos para o consumo ao longo da vida e para o consumo nos últimos 12 meses foi de 63% e 86% respetivamente. Neste mesmo ano, cerca de 24% dos jovens dos 15 aos 19 anos tiveram pelo menos um episódio de embriaguez forte (ex. cambalear, vômitos e dificuldades de fala) e cerca de 43% teve pelo menos um episódio de embriaguez leve (ex. ficar “alegre”). [2]

Em Portugal a idade legal para se consumir bebidas alcoólicas era a partir dos 16 anos, mas a partir de 1 de Maio de 2013 é a partir dos 18 anos e a taxa máxima permitida de álcool no sangue é de 0,05% para os condutores. [23]

4.2.2. Tabaco

Segundo o plano estratégico 2013-2015, entre 2001 e 2007 a prevalência do consumo de tabaco nos jovens da população em geral dos 15 aos 24 anos subiu em ambos os sexos tanto no consumo ao longo da vida como no consumo do último ano, sendo que os principais consumidores são os homens. [3]

Tabela 6 - Prevalência do consumo de tabaco em jovens dos 15-24 anos [3]

	Ao longo da Vida	Último ano	Último mês
População 2001	44,5%	34,5%	34,2%
População 2007	50,9%	36,5%	34,3%

No seguimento do estudo anterior, em 2011 verificou-se que na população escolar o consumo de tabaco diminuiu em relação a 2007 no que diz respeito à prevalência ao longo da vida. Quanto ao consumo recente de tabaco, este aumentou em toda a faixa etária dos 15-24 anos em ambos os sexos. [3]

A 31 de Dezembro de 2012, a percentagem de fumadores em Portugal era de 18,7% da população total sendo que destes, 27,5% eram homens e 10,6% eram mulheres. [24]

Tabela 7 - % de fumadores com mais de 15 anos em 2011 [24]

	Tabaco	
	Atualmente	Diariamente
Homens	30	26
Mulheres	15	12
Total	22	19

4.2.3. Drogas

O consumo de drogas, tanto na população total como na população jovem, aumentou consideravelmente entre 2001 e 2007 sendo que os homens são os maiores consumidores. [3,25]

A droga mais consumida é a canábida tendo o seu consumo aumentado de 12.4% para 17.0% entre 2001 e 2007 na população jovem. A par deste aumento, verificou-se também um acréscimo no consumo de cocaína e de ecstasy na população jovem assim como o aparecimento recente dos cogumelos mágicos (1.4% do consumo de drogas em 2007). [25]

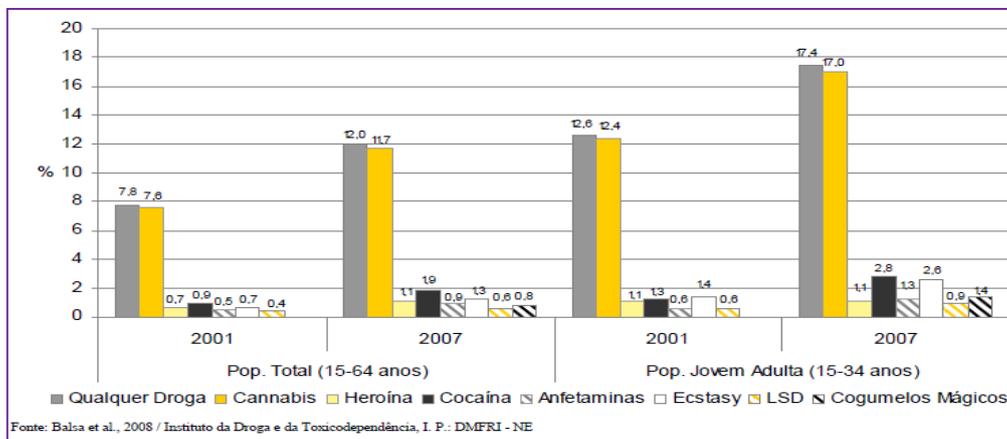


Ilustração 11 – Prevalência do consumo de drogas ao longo da vida em adultos (15-64 anos), por tipo de droga [25]

Quanto á continuidade do consumo de drogas na população jovem, verificou-se que o consumo ao longo dos anos, de 2001 a 2007, diminuiu em geral, com exceção do consumo de heroína, anfetaminas e cogumelos mágicos que aumentaram. [3,25]

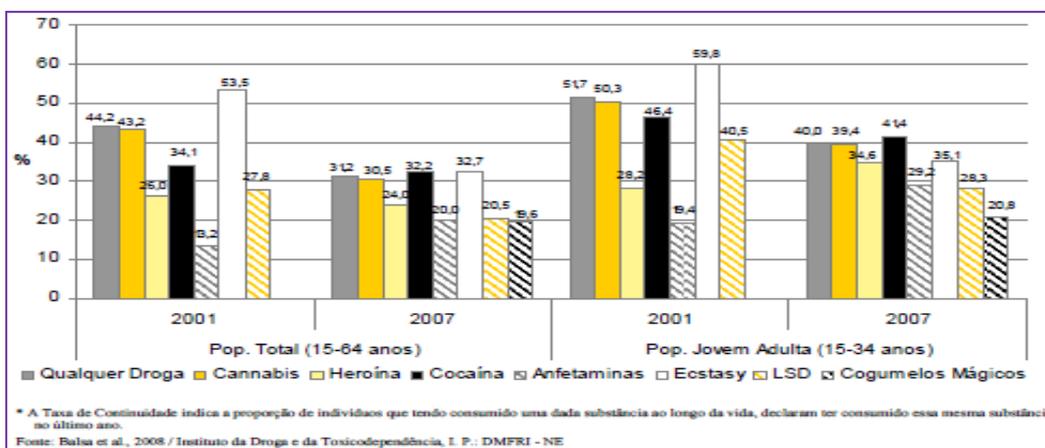


Ilustração 12 - Taxa de continuidade do consumo em adultos (15-64 anos), por tipo de droga [25]

A prevalência do consumo de drogas ao longo da vida assim como a prevalência de consumo nos últimos 30 dias, em geral, é maior na população jovem adulta em relação à população em geral. [25]

Na população jovem (15-34 anos) verifica-se que há um maior consumo de drogas na região do Algarve (25.7%) e há um menor consumo na região da Madeira (8.2%). Quanto à população total (15-64 anos) verifica-se que há um maior consumo de drogas em Lisboa e no Algarve (ambas com 16.0%) e menor na região da Madeira (5.2%) [25]

Segundo dados do ESPAD, ECADT e IDT, em 2006 o consumo de drogas em geral diminuiu à exceção do consumo de cannabis pelos jovens do 3º ciclo e ensino secundário com estatuto socioeconómico inferior. Em 2007 o consumo seguiu a mesma tendência de 2006, porém de 2007 para 2011 houve um aumento das prevalências de consumo, principalmente na cannabis, LSD e estimulantes. [3]

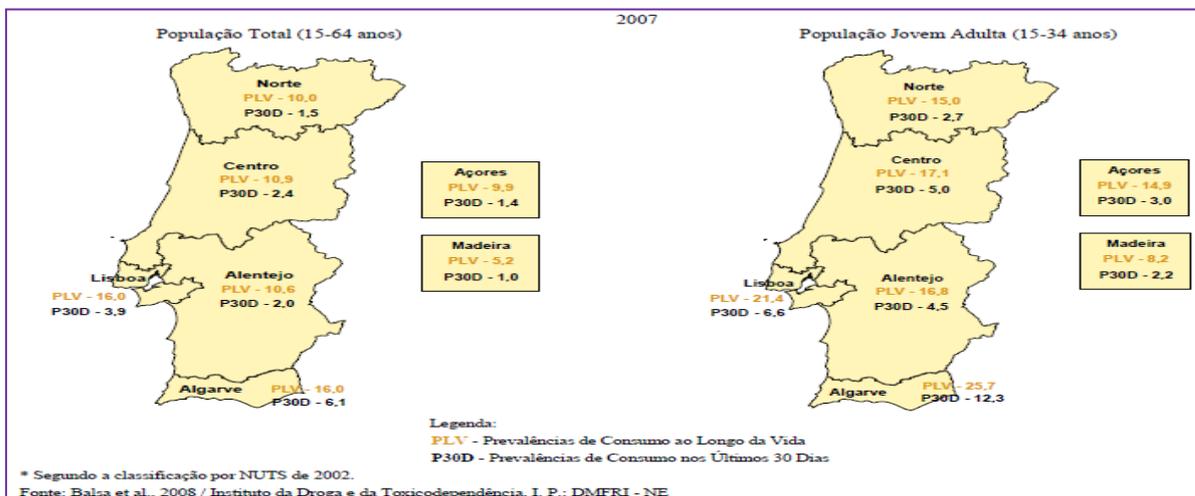


Ilustração 13 - Prevalência de consumo de qualquer droga ao longo da vida e nos últimos 30 dias, por região em 2007 [25]

A droga mais consumida pelos jovens do 6ºano (2ºciclo), 8ºano (3ºciclo) e 10º ano (secundário) é sem dúvida a canábis, em segundo lugar estão os estimulantes e por último a heroína. [25]

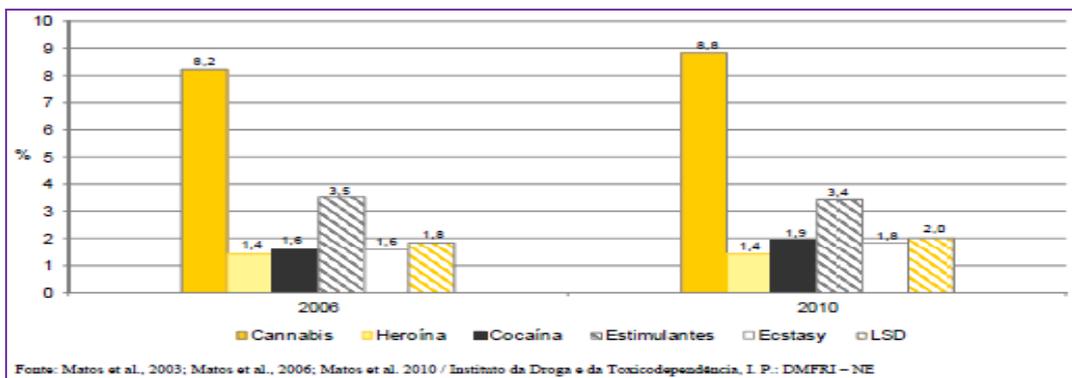


Ilustração 14 - Consumo de drogas ao longo da vida na população escolar (6º, 8º e 10º ano), por tipo de droga [25]

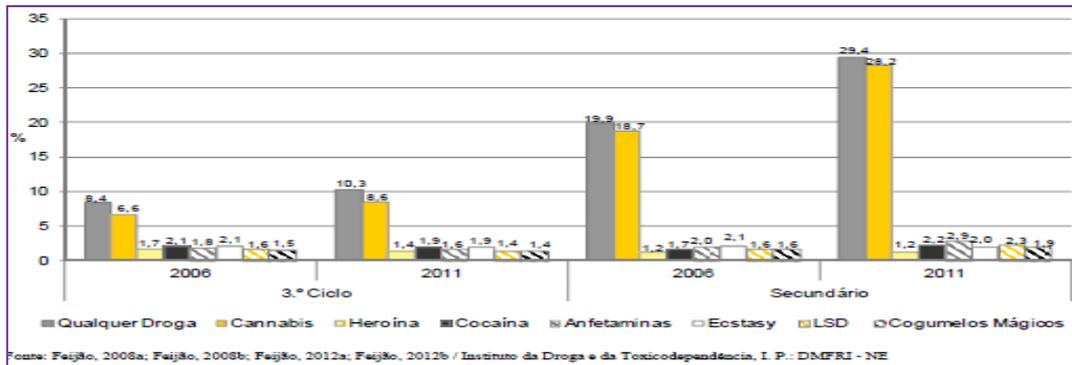


Ilustração 15 - Prevalência do consumo de drogas ao longo da vida (3º ciclo e secundário) [25]

O consumo de drogas tem vindo a aumentar de 2007 a 2011 e verifica-se um claro acréscimo com a idade da população escolar. [25]

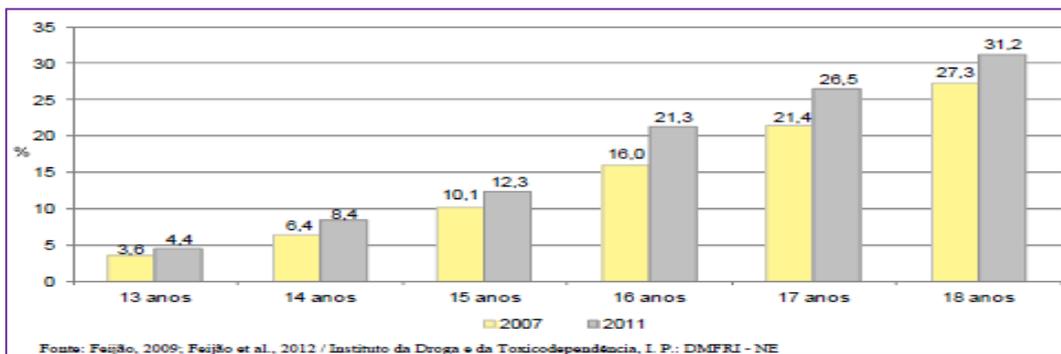


Ilustração 16 - Consumo de drogas ao longo da vida na população escolar (13-18 anos) [25]

Nos jovens do 3º ciclo verifica-se que há um maior consumo de drogas na região do Açores (14.7%) e há um menor consumo na região do norte (9.0%). Quanto aos jovens do ensino secundário verifica-se que há um maior consumo de drogas no Algarve (33.6%) e menor na região da Madeira (20.8%) sendo que estes valores de prevalência de consumo ao longo da vida acompanham os valores de prevalência de consumo nos últimos 30 dias de 2011. [25]

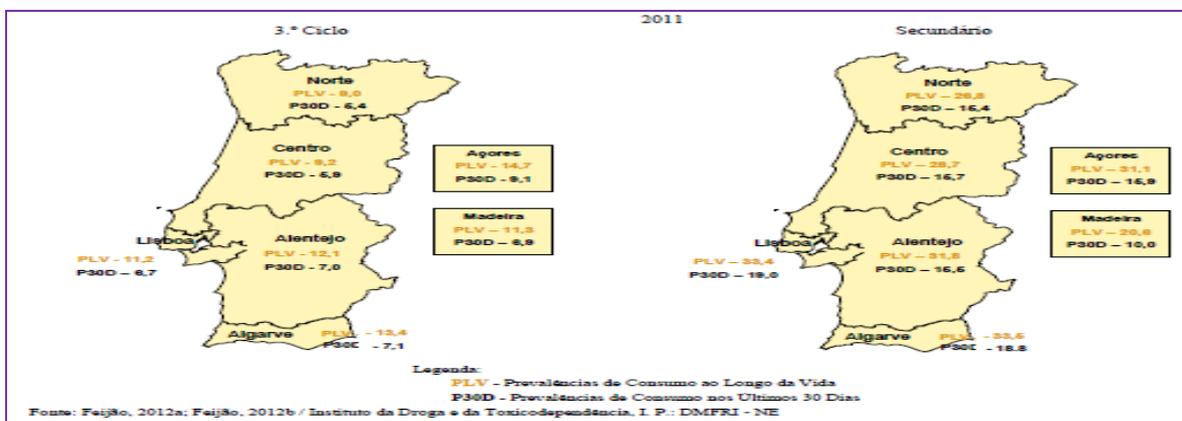


Ilustração 15 - Prevalência do consumo de drogas ao longo da vida, por região em 2011 [25]

O consumo de drogas ilícitas é claramente superior na Europa do sul sendo as drogas mais consumidas a canábis e depois a cocaína, tanto em Portugal como nos restantes países da Europa. (*Anexo 4*) [25]

Nos países nórdicos (Finlândia, Noruega e Suécia) verifica-se um maior consumo de anfetaminas em detrimento do consumo de cocaína e canábis em óbitos provocados por acidentes rodoviários. Já em Portugal, o consumo de anfetaminas era nulo em 2008/2009 enquanto a canábis foi a drogas mais consumida pelos sinistrados nesse período. (*Anexo 5*) [25]

A toxicodependência está associada a um maior número de casos de infeção pelo VIH nas regiões do Porto, Lisboa, Setúbal e Algarve. Este fato deve-se principalmente ao número de toxicodependentes ser maior nessas zonas como já foi referido anteriormente (*Anexo 6*). Nos anos de 2010 e 2011 não houve registo de mortes por overdose em jovens menores de 19 anos (*Anexo 7*). [26]

Os casos por infeção pelo VIH tendem a aparecer com o abuso de drogas continuado e prolongado assim devido a relações sexuais desprotegidas. Segundo os dados do *Anexo 8*, verifica-se que em 2011, a grande maioria dos casos de infeção pelo VIH (87%) que não estavam associados à toxicodependência deviam-se a uma transmissão do vírus recente (2007-2011) e que os casos associados à toxicodependência deviam-se na sua maioria a infeções originadas antes de 2002 (43%). [26]

Como se pode verificar pela tabela 8, o consumo de Canábis em Portugal na população escolar tende a aumentar com o avançar da idade sendo a droga mais consumida no país. O consumo de Canábis desceu de 2003 a 2007, mas a tendência inverteu-se de 2007 a 2011. Segundo os dados do IDT, este aumento do consumo deve-se em parte à facilidade em comprar esta droga apesar das apreensões desta droga terem aumentado também nos últimos anos. [25]

Tabela 8 - Consumos de Cannabis na População escolar (%) [25]

Consumos de Cannabis na população escolar ao longo da vida (%)	2003	2007	2011
15 anos	11.0	8.3	10.1
16 anos	17.3	14.1	19.1
17 anos	23.6	19.6	24.4
18 anos	29.1	26.1	29.7

Como se pode verificar pela tabela 9, o consumo de Heroína em Portugal na população escolar tende a diminuir com o avançar da idade. O consumo de Heroína aumentou de 2003 a 2007, mas a tendência inverteu-se de 2007 a 2011. Na população em geral o consumo de heroína também tem baixado nos últimos anos, sendo que o consumo desta droga é maior por parte dos homens. Esta diminuição do consumo de heroína deve-se sobretudo aos efeitos provocados pela droga assim como a um aumento da procura de tratamentos de desabituação da droga por parte dos toxicodependentes. [25]

Tabela 9 - Consumos de Heroína na População escolar (%) [25]

Consumos de Heroína na população escolar (%)	2003	2007	2011
15 anos	1.7	1.8	2.5
16 anos	1.4	2.3	2.1
17 anos	1.0	2.5	2.0
18 anos	0.8	2.0	1.7

Como se pode verificar pela tabela 10, o consumo de cocaína em Portugal na população escolar tende a diminuir ligeiramente com o avançar da idade, porém é a terceira droga mais consumida no país. O consumo de cocaína aumentou de 2003 a 2007, mas a tendência inverteu-se de 2007 a 2011. Esta diminuição de consumo deve-se sobretudo ao aumento do número de apreensões desta droga assim com das quantidades apreendidas e também devido ao aumento do preço da droga nos últimos anos. [25]

Tabela 10 - Consumos de Cocaína na População escolar (%) [25]

Consumos de Cocaína na população escolar (%)	2003	2007	2011
15 anos	2.4	3.3	3.3
16 anos	2.5	3.3	2.8
17 anos	1.6	3.9	2.6
18 anos	1.4	3.8	2.4

Como se pode verificar pela tabela 11, o consumo de Ecstasy em Portugal na população escolar tende a aumentar com o avançar da idade, pois esta droga é de fácil acesso aos jovens, sendo que é a segunda droga mais consumida no país porém o consumo continuado de Ecstasy tem vindo a diminuir na população de 2003 a 2011. O consumo desta droga é maior por parte dos homens e o aumento do consumo por parte dos jovens deve-se em muito ao decréscimo de preço da droga nos últimos anos (de 2002 a 2011). [25]

Tabela 11 - Consumos de Ecstasy na População escolar (%) [25]

Consumos de Ecstasy na população (%)	de 2003	2007	2011
15 anos	2.5	2.5	2.7
16 anos	3.7	2.3	3.0
17 anos	3.5	3.3	2.7
18 anos	4.3	4.0	2.9

Segundo dados do ESPAD, ECADT e IDT, em 2006 o consumo de drogas em geral diminuiu à exceção do consumo de canábis pelos jovens do 3º ciclo e ensino secundário com estatuto socioeconómico inferior. Em 2007 o consumo seguiu a mesma tendência de 2006, porém de 2007 para 2011 houve um aumento das prevalências de consumo, principalmente na cannabis, LSD e estimulantes. [3]

A prevalência de consumo de substâncias ilícitas em 2012, dos 15 aos 24 anos, foi de 13,1% relativamente aos consumos ao longo da vida e 5,8% no consumo nos últimos 12 meses (consumo recente). A prevalência específica de consumo de drogas ao longo da vida é de 12,3% aos 15 anos subindo para 31% aos 18 anos. [2]

5. Estratégias para a promoção da saúde nos jovens dos 15-19 anos

As escolas devem desde cedo promover ações de educação para a saúde envolvendo para tal organizações (ex. “Geração Saudável” organizada pela ordem dos farmacêuticos), professores da escola, funcionários e profissionais de saúde locais (ex. dos centros de saúde e farmácias). [5]

De forma a promover uma vida saudável junto dos jovens deve-se tocar em 3 pontos-chave:

- Intervenções integradas e holísticas, ligando a escola aos setores envolvidos com a saúde:
 - A interação de conhecimentos entre amigos, vizinhos e familiares podem fazer uma capacitação dos jovens para agirem sobre a sua saúde.
- Intervenções relevantes para a realidade das crianças e adolescentes e a longo prazo:
 - A promoção da saúde deve existir desde o 1º ciclo até ao fim da faculdade. Esta promoção da saúde deve então adaptada ao grupo etário em que nos encontramos. A idade mais importante para receber a promoção da saúde é dos 6 aos 15 anos.
- Capacitação dos professores e provisão de recursos:
 - O ambiente escolar deve ser bom em termos de alimentação, lazer, ambiente e em termos de relações. [1]

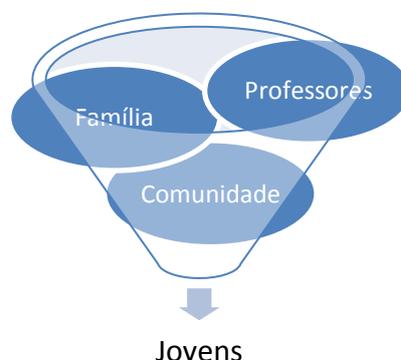


Ilustração 17 - Relação dos jovens com meio envolvente [1]

Segundo o PNRCAD 2013-2020 os principais objetivos para esta faixa etária são:

- *Reduzir o impacto dos riscos resultantes da exposição aos CAD no desenvolvimento do adolescente e retardar o início dos CAD, identificando precocemente padrões de comportamento desadaptativo predisponentes ao desenvolvimento de CAD, nomeadamente comportamentos de consumo de substâncias psicoativas como o binge drinking e/ou embriaguez.*
- *Reduzir comportamentos de risco associados aos CAD (policonsumo de substâncias psicoativas, jogo em linha, condução sob o efeito de substâncias psicoativas, comportamentos sexuais de risco, violência, bullying, entre outros)*
- *Diminuir o risco de infeção por VIH/SIDA, e a vulnerabilidade a esta infeção (em colaboração com o programa nacional para a infeção VIH/SIDA.*
- *Reduzir os comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias psicoativas, fornecendo aos jovens as competências e informação necessárias para evitar ou retardar a iniciação ao consumo de substâncias. (PNRCAD 2013-2020, p.80) [2]*

No seguimento dos objetivos atrás referidos pretende-se garantir respostas preventivas, sensibilizar o adolescente, amigos e familiares mais próximos para as toxicodependências, responsabilizar os pais ou encarregados de educação, capacitar os profissionais de saúde para identificarem os primeiros comportamentos de risco e dar a conhecer aos adolescentes os riscos inerentes aos comportamentos aditivos, deve-se adequar as mensagens preventivas de acordo com a motivação do adolescente e com a sua idade, identificar os fatores que promovam os comportamentos aditivos, atuar junto dos jovens com dependências e sobretudo ajudá-los a suprimir essa necessidade de consumo de substâncias psicoativas. [2]

Para promover a saúde nos jovens dos 15 aos 19 anos em relação ao consumo de álcool, tabaco e drogas há que:

- Sensibilizar a população alvo mostrando as patologias físicas e psíquicas inerentes ao consumo destas substâncias, seja curto, médio ou longo prazo
- Prevenir e desmotivar desde cedo o consumo de álcool, drogas e tabaco
- Alertar a população alvo para os riscos inerentes ao consumo destas substâncias
- Informar os jovens para os possíveis problemas económicos, sociais e físicos decorrentes da sua utilização
- Promover hábitos saudáveis que desviem a atenção dos jovens para estas dependências

Possíveis ações de promoção da saúde:

- Pressionar cafés e restaurantes próximos das escolas a aumentarem os preços das bebidas alcoólicas assim como proibir a sua venda a menores de 16 anos e desmotivar os jovens de idade superior a comprarem álcool dando a opção de sumos ou cervejas sem álcool.
- Promover uma fiscalização mais acentuada para locais de venda de tabaco para este não ser vendido a menores de 18 anos.
- Fazer palestras nas escolas acerca destas problemáticas.
- Fazer uma semana dedicada à saúde dos jovens nas escolas.
- Distribuir folhetos acerca dos malefícios do tabaco, álcool e drogas nas escolas, regularmente, tanto aos alunos como aos pais que os levarem à escola ou nas reuniões de pais no fim de cada período letivo.
- Sensibilizar os professores e funcionários da escola para este problema de maneira a ajudarem os jovens a levar uma vida mais saudável.
- Promover uma maior fiscalização do consumo de álcool, tabaco e drogas por parte das autoridades policiais perto das escolas e de centros de diversão noturna com vista a dissuadir o consumo destas substâncias nos jovens.
- Colocar panfletos nas escolas e nas ruas a desmotivar o consumo destas substâncias.
- Nas redes sociais, promover os hábitos de vida saudáveis e mostrar as consequências das dependências químicas

Como se pode ver pelo esquema operacional do PORI (*Anexo 8*), para fazer a promoção da saúde nos jovens à que delimitar as zonas mais problemáticas (ex. bairros) ao longo de todo o país selecionando os territórios a atuar com maior urgência. Posteriormente deve-se averiguar quais as causas para o início dos consumos, como é o ambiente dos bairros a nível social e económico e as drogas mais consumidas, entre outros fatores. Seguidamente, os dados obtidos devem ser divulgados para se constituir o PRI tendo este programa por finalidade selecionar um programa de atuação, definir as ações de promoção da saúde a por em prática e procurar financiamento para o fazer. Depois do plano posto em prática à que monitorizar, supervisionar e avaliar os resultados obtidos. [25]

5.1. Álcool

Para evitar o consumo de álcool deve-se promover desde cedo, por parte das famílias e cuidadores, uma vida saudável e com bons hábitos de alimentação e socialização. Para tal a família deve evitar ou, no mínimo controlar, o consumo de álcool em casa e não deixar que os filhos consumam álcool até terem idade para o fazer com moderação e responsabilidade. [5]

A limitação legal do consumo de álcool por parte dos menores e a limitação da publicidade a esta substância parece surtir maior efeito que as regras impostas pelos familiares assim como o aumento do preço das bebidas alcoólicas reduz em parte o consumo de álcool pelas pessoas menos favorecidas. [5]

Quando há uma dependência alcoólica grave, não se consegue prevenir o consumo de bebidas alcoólicas por parte dos jovens, logo à que tratar dos efeitos provocados por essa substância pois as secções de aconselhamento por si só não são suficientes. Neste caso à que fazer tratamentos em ambulatório, medicação para tratar os sintomas de abstinência e, em último caso, internar o doente. Durante a terapêutica do alcoolismo à que haver também acompanhamento psicológico, entrevistas motivacionais, deve-se dar a conhecer ao doente a terapêutica dos “Doze passos” abordado nos alcoólicos anónimos e contar como acompanhamento da família. [5,6]

O alcoólico perante a **Teoria dos 12 passos** da associação dos alcoólicos anónimos deve:

- 1) Admitir que é dependente de bebidas alcoólicas
- 2) Acreditar que é possível recuperar a sanidade mental
- 3) Ter fé que vai largar o vício (evitar o primeiro copo)
- 4) Fazer um inventário moral de si mesmo

- 5) Admitir os seus erros
- 6) Tentar libertar-se dos defeitos de carácter
- 7) Corrigir os seus erros ou imperfeições
- 8) Fazer uma lista das pessoas que magoaram
- 9) Pedir desculpa às pessoas que magoaram
- 10) Tentar admitir os erros assim que os cometam
- 11) Meditar e buscar força para mudar a sua vida
- 12) Procurar ajudar outros alcoólicos com os mesmos ensinamentos aprendidos neste processo. [27]

Nos jovens pode-se tentar quebrar alguns mitos (ex. o álcool é um bom alimento, aquece, ajuda a socializar e dá força) que existe muito nos meios rurais principalmente, pode-se dar maior acompanhamento psicológico a jovens provenientes de famílias de alcoólicos, pode-se propor medidas para baixar o teor alcoólico de algumas bebidas assim como impedir o acesso de crianças e jovens aos locais onde se vendem bebidas alcoólicas (ex. bares e discotecas). Quando o consumo de álcool pelos jovens não é controlado há que tentar afastá-los do álcool por outras medidas mais restritivas, os serviços de proteção de menores devem atuar e reeduca-los para que futuramente não se tornem dependentes crónicos de álcool. [4]

A dependência de álcool por parte dos jovens pode ser reduzida tomando medidas para reduzir a morbilidade e mortalidade provocadas por esta substância assim como atuar a nível educacional, social, económico e legislativo para que o seu consumo não se torne habitual e em grandes quantidades. [4,6]

Há que reconhecer que se tem uma dependência em relação às bebidas alcoólicas, deve-se procurar apoio psicológico, tratar dos sintomas de abstinência provocados por esta substância (ex. agressividade e ansiedade) e sobretudo contar com o apoio da família e amigos na reabilitação do jovem alcoólico. O ensino de uma profissão (ex. cursos profissionais com equivalência ao 12º ano) ou dar início a um hobby nas horas livres parece desviar os jovens do consumo excessivo de álcool que tinham anteriormente pois desviam a sua atenção para algo que lhes dá mais prazer e que lhe poderá dar um melhor futuro. [6]

Quando se quer atuar ao nível do alcoolismo à que ter em conta a frequência com que o jovem consome bebidas alcoólicas, ou seja, se é um consumidor esporádico (ex. fins de semana ou ocasiões especiais) ou se é um consumidor crónico (ex. bebe álcool todos os dias às refeições) e também a quantidade de álcool que costuma beber (ex. se bebe só um copo ou se bebe até ficar embriagado). [6]

O alcoolismo nos jovens pode ser prevenido, desde cedo, por atividades de aconselhamento nas escolas acerca desta problemática com duração de pelo menos

60 minutos. Nestas actividades deve-se abordar os perigos do alcoolismo a curto e a longo prazo, deve-se dar conselhos práticos de como evitar o consumo exagerado de álcool e promover a realização de atividades lúdicas nos tempos livres (ex. desporto) em detrimento do consumo de álcool. Estas pequenas intervenções reduzem até 30% o consumo de álcool e não são muito dispendiosas. [6]

Segundo o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos das Dependências 2013-2012, pretende que a prevalência de embriaguez seja reduzida de 5,1% em 2012 para 4,6% em 2016. Este plano pretende também passar a idade média do início do consumo de álcool dos 16 para os 17 anos até 2016. [2]

A supressão do consumo de álcool deve-se fazer sempre em comunidade preferencialmente, ou seja, com a ajuda de familiares e amigos especialmente se o jovem alcoólico tiver outros problemas associados ao alcoolismo. O tratamento forçado, especialmente nos jovens, não parece ser muito eficaz. [6]

A medicação associada ao acompanhamento psicológico reduz também as taxas de recorrência do alcoolismo. [6]

A dependência alcoólica pode ser tratada com um complexo de vitaminas B incluindo a tiamina com uma dose de 50-100mg por via IV ou oral, sendo a via IV preferida pois este fármaco é pouco absorvido a nível intestinal. As vitaminas são aconselhadas especialmente em casos de desnutrição e a dose pode ser administrada diariamente ou semanalmente. Para diminuir a ansiedade gerada pela dependência alcoólica, o doente pode tomar benzodiazepinas tais como 5-10mg de diazepam, 0,5-2mg de lorazepam, 0,5-2mg de clonazepam ou clordiazepóxido 5-25mg por via oral de 1-4 por dia consoante o grau de dependência. Posteriormente, quando controlada a ansiedade e nervosismo, o doente deve ir reduzindo a dose de fármacos gradualmente dentro 7 a 10 dias após o início das tomas. [7,9]

O baclofeno (relaxante muscular de ação central) de 200mg é atualmente usado em Portugal para tratar a dependência alcoólica pois inibe o consumo de álcool, não há síndrome de privação e não é necessário internamento. Este medicamento reduz a dependência de álcool em cerca de 2 meses, gradualmente e também está a ser testado para diminuir a dependência de cocaína já tendo demonstrado alguns resultados positivos. [28]

O dissulfuram (250-500mg/dia), a naltrexona (50-100mg/dia) e a acamprosato (1-2mg/dia) estão também aprovados para o tratamento do alcoolismo durante 12 semanas aproximadamente sendo que o dissulfuram também ajuda a deixar de fumar e a naltrexona e acamprosato evitam a reincidência nos alcoólicos abstinentes. [7,9,29,30]

A clonidina, via oral (0,05-0,3mg durante 3 dias) ou transdérmica (1 semana), é indicada nos casos de hiperatividade, hipertensão e tremores causados pelo alcoolismo. Em caso de hipertensão grave é aconselhada a administração de labetalol (20mg IV) no hospital. [9]

Os episódios de alcoolismo causam muitas vezes delírios que podem ser amenizados pela administração de quetiapina sendo a dose monitorizada mediante o estado do doente (25-200mg). [9]

5.2. Tabaco

O tabaco hoje em dia é comercializado por todo o mundo, sob diferentes formas e “largar o vício” torna-se difícil não só pela facilidade de acesso que as pessoas têm a esta substância assim como pelo preço e também pela dependência física e mental que provoca a curto prazo. [31]

Os objetivos da FDA são essencialmente prevenir que as pessoas comecem a fumar, incentivar os atuais fumadores a cessarem o hábito e diminuir com isso os danos provocados pelos produtos do tabaco. Para além destas medidas a FDA recomenda que se regule o fabrico, comercialização e distribuição de tabaco assim como estabelecer normas mais rígidas para proteger a saúde pública em relação aos produtos de tabaco. [32]

Segundo a FDA, dever-se-ia exigir às empresas tabaqueiras que estas peçam por escrito autorização para comercializar novos produtos derivados do tabaco, os novos produtos de tabaco devem ter menores riscos e doenças associadas em relação aos produtos já existentes no mercado e devem conter na embalagem todos os constituintes do produto inclusive os potencialmente prejudiciais à saúde. [32]

A eliminação dos locais fechados para fumadores parece ter reduzido as taxas de cancro do pulmão sendo que este aparece cerca de 20 anos depois da pessoa começar a fumar (período de latência), logo há que investir desde cedo em programas antitabágicos para daqui a 20 anos termos um menor nº de casos de cancro pulmonar. Ficar 12 horas sem fumar também reduz também a taxa de monóxido de carbono no organismo. [5,31]

As campanhas antitabágicas promovidas pelos media parecem surtir efeito junto dos jovens. Os media que parecem ter maior visibilidade são a televisão, a rádio e a internet. (Anexo 9) [19]

As taxas de tabagismo tem vindo a diminuir nos últimos anos, porém o número de mulheres jovens fumadores tem vindo a aumentar. Como o consumo de tabaco

começa, na maioria das vezes, na adolescência, logo a prevenção do tabagismo deve então começar na infância criando-se ambientes públicos (ex. cafés e restaurantes) e privados (ex. casa de habitação) livres de fumo assim como proibir a venda de tabaco a menores de 18 anos, algo que já está em prática mas ainda é pouco fiscalizado. [5]

A proibição da publicidade ao tabaco assim como a promoção da saúde por parte dos médicos de família e higienistas orais parece promover a desistência deste hábito tabágico por parte dos jovens (*Anexo 10*). Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO) a taxa de sucesso das consultas antitabágicas é cerca de 84%. [5,31]

Parar de fumar deve ser um ato isolado, ou seja, um jovem quando quer parar de fumar deve-o fazer de um dia para o outro para evitar que esse hábito se torne crónico pois quanto mais tempo fumar, maiores serão as dificuldades para largar o vício depois, mas isto raramente acontece. Geralmente os fumadores não conseguem deixar de fumar logo na 1ª tentativa logo à que aplicar medidas para ajudar o jovem a deixar o tabaco e a diminuir os sintomas de privação que se inicia passado 24 horas do último cigarro e pode durar dias, semanas ou até mesmo anos consoante o nível de dependência do fumador. [9,31]

Antes de se iniciar uma terapêutica deve-se então ver qual o grau de dependência do fumador (nº de cigarros diários) e o grau de motivação para deixar a dependência. [9]

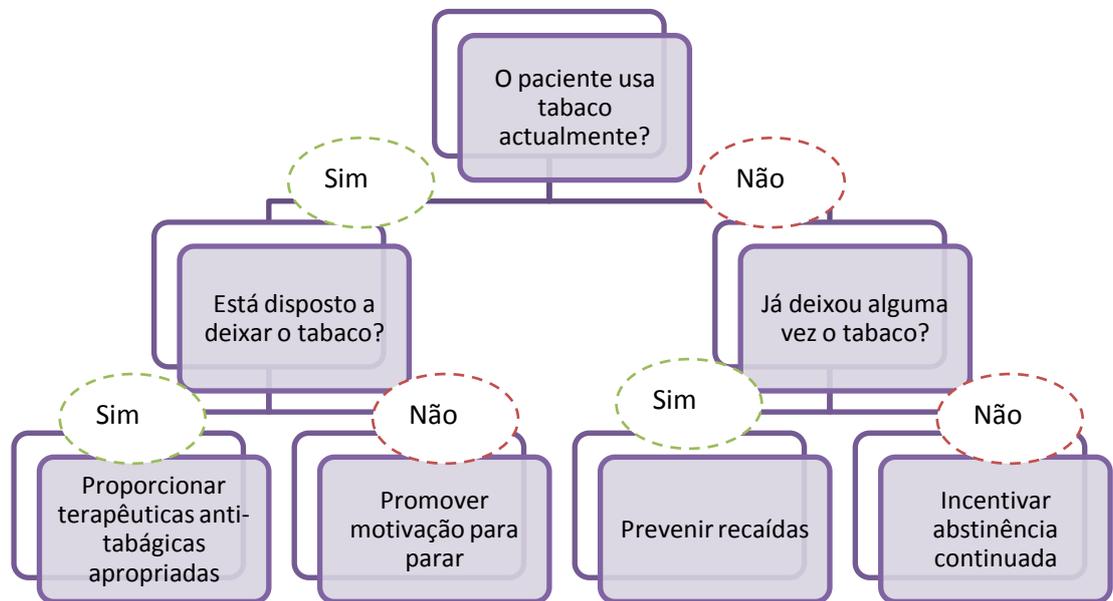


Ilustração 18 - Algoritmo para tratar a dependência do tabaco [9]

Para suprir a necessidade de fumar, existem no mercado diversos produtos para fazer a terapia de substituição de nicotina (TSN) tais como sistemas transdérmicos (adesivos), sprays orais e nasais, pastilhas, gomas de mascar, pastilhas moles assim como comprimidos sublinguais com nicotina. [11,33]

Os adesivos de nicotina (Nicopatch®, NiQuitin®, NiQuitin clear®, Nicorette®, Nicotinell®) inibem a síndrome de abstinência do tabaco e são tão mais eficazes quanto maior for o período pelo qual são usados. Cada adesivo deve ser usado por um período de 16 ou 24 horas durante cerca de 8 semanas pelo menos sendo que a dosagem diária depende em muito da quantidade de tabaco fumada e do grau de dependência do indivíduo. O adesivo deve ser colocado preferencialmente em zonas com poucos pêlos (ex. barriga, antebraço ou costas) e pode causar irritação a longo prazo se a pessoa tiver alergias de contato. Estes adesivos estão disponíveis em 3 dosagens: 14mg/24h, 21mg/24h e 7mg/24h para os adesivos da NiQuitin®, NiQuitin clear® e Nicopatch® e em 3 dosagens de 15mg/16h, 10mg/16h e 5mg/16h para os adesivos Nicorette® e Nicorette Inisipacht® [9,33]

O spray nasal de nicotina consiste num pulverizador de 0,5mg de nicotina por cada inalação para cada narina. Inicialmente deve-se fazer uma a duas inalações por hora sendo que o mínimo diário são 8 doses por dia e o máximo diário de 40 doses. Este tratamento pode durar 3 a 6 meses. [9]

As pastilhas de nicotina (Nicopass®) numa primeira fase de cerca de 3 meses podem ser usadas sempre que a pessoa sinta necessidade de fumar. Podem ser consumidas 8-12 pastilhas por dia, num máximo de 20. Posteriormente deve-se reduzir o número de pastilhas por dia até 1-2pastilhas/dia num prazo de 6 meses. Estas pastilhas estão disponíveis em 2 dosagens: 1,5 e 2,5mg. [33]

As gomas de mascar medicamentosas (Nicorette®, Nicorette mint®, Nicotinell classic®, Nicotinell Freshmint®, Nicotinell Fruit®) podem ser de 2mg para jovens que fumem menos de 25 cigarros por dia ou 4mg para quem fume mais de 25 cigarros por dia podendo as gomas ser usadas até 24 por dia até 12 semanas. Cerca de 15 minutos antes de mastigar estas gomas não se deve beber bebidas ácidas (ex. café e sumos) pois estas diminuem a absorção bucal da nicotina. Dentro das dosagens referidas para as gomas de mascar, existem ainda pastilhas moles de nicotina Nicotina Actavis® nos sabores de café, limão e menta e comprimidos para chupar (NiQuitin®). [9,33]

A nicotina também pode ser consumida em comprimidos para chupar (NiQuitin Menta®) que existem nas dosagens de 1,5 e 4mg. Estes comprimidos deve-se dissolver na boca em 10 minutos e devem ser usados 8-12 por dia num máximo de 20 comprimidos por dia durante um período máximo de 9 meses. [33]

Dentro das possíveis TSN, a que parece ter maior adesão, 19,5% de cessação absoluta de fumar, são os aerossóis nasais em associação aos adesivos com nicotina. [11]

Tabela 12 - Produtos para TSN versus % de cessação absoluta de fumar com produtos com nicotina e produtos com placebo [11]

Produto	% de cessação absoluta de fumar	% de pacientes tratados com placebo
Goma de mascar	9,3%	3,4%
Aerossol para inalação	9,5%	3%
Aerossóis nasais		
+	19,5%	14%
Adesivos		

A terapêutica anti-tabágica faz-se com uma associação da nicotina, o “bupropion SR” e a “varenicline”. [11]

O uso de nicotina (ex. adesivos) serve apenas como um primeiro passo para o indivíduo banir o ato de fumar do seu quotidiano. Para o indivíduo perder a dependência da nicotina a longo prazo, à que tomar outros produtos em associação. [11]

O bupropiona é um anti-depressivo que tem como função ser antagonista dos receptores nicotínicos acetilcolina. As doses diárias de bupropiona variam dos 100 aos 300mg/dia. Segundo um estudo, depois da toma de 150mg/dia deste anti-depressivo durante um ano, 22% dos fumadores ficaram abstinentes permanentes, porém este produto tem inúmeros efeitos adversos nomeadamente a nível psíquico (ex. alterações comportamentais e depressão) e a nível cutâneo (ex. urticária e prurido). Para parar de fumar recomenda-se que a dose diária seja de 150mg durante 3 dias e depois 300mg durante 7 a 12 semanas. A duração máxima deste tratamento é de cerca de 6 meses e no período de tratamento deve-se monitorar a pressão arterial. [7,9,11]

A vareniclina é um medicamento de 1ª linha para a cessação tabágica atuando nos recetores $\alpha 4\beta 2$ – nicotínico acetilcolina como agonista parcial inibindo a ativação dopaminérgica induzida pela nicotina. Segundo um estudo, 36,7% dos fumadores ficaram abstinentes permanentes com a toma de vareniclina durante 52 semanas. Quanto aos efeitos adversos, estes são muito semelhantes aos provocados pelo bupropiona e inclui ainda perturbações gastrointestinais. A dose indicada deste fármaco é de 1mg/dia durante 6 meses no máximo e no período de tratamento deve-se monitorar a função renal. [9,11]

Como tratamento de segunda linha, pode-se recomendar a clonidina (anti-hipertensor) e a nortriptilina (anti-depressivo tricíclico), embora esta terapêutica não esteja aprovada para esta indicação clínica pela FDA. [11]

A clonidina pode ser usada por via oral (0,15-0,75mg/dia) ou por via transdérmica (0,1-0,2mg/dia) durante 3 semanas a 12 meses. Esta substância tem uma incidência alta de efeitos secundários dependentes da dose tais como boca seca e sedação sendo necessária também a monitorização da pressão arterial e da função renal. Este medicamento deve ser retirado gradualmente pois a sua interrupção abrupta causa nervosismo, agitação, cefaleias, tremores e hipertensão. [9]

O tratamento com nortriptilina deve ser iniciado com uma dose de 25mg/dia que deve ser aumentada gradualmente até 75-100mg/dia durante 12 semanas. Este medicamento tem como efeitos colaterais a sedação, boca seca, visão turva, retenção urinária e tonturas. A duração máxima deste tratamento é de cerca de 12 meses [9]

5.3. Drogas

A prevenção para o uso de drogas pode ter um carácter universal se for dirigido a toda a população, pode ser seletiva se tiver por base a atuação num grupo restrito de pessoas em risco ou pode ter um carácter individual. [2]

Recentemente surgiu também o conceito de “Prevenção Ambiental” que engloba estratégias de prevenção que incidem na alteração dos ambientes das populações em risco. Esta alteração pode dar-se a nível cultural (ex. expor mensagens publicitárias para dissuadir o uso de drogas), social (ex. atuar no ambiente escolar), económico (ex. taxação fiscal dos produtos) e físico. [2]

Segundo o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos das Dependências 2013-2012, pretende que a prevalência de consumo de canábis entre os jovens passe dos 16% em 2011 para os 14% em 2016 e para os 13% em 2020 assim como se pretende que a prevalência do consumo de drogas ilícitas em geral diminua de 2,3% em 2012 para 1,8% em 2020 na população da faixa etária 15-74 anos. A idade média do início do consumo de drogas também deve passar dos 17 para os 18 anos de idade até 2016. [2]

Quando se usa drogas injetáveis, a probabilidade do toxicodependente ser contaminado por vírus, bactérias ou infeções é grande. Para se evitar isto, o toxicodependente deve usar sempre seringas, agulhas e restante material descartável. [5]

Os programas de troca de seringas, feito em farmácias até á poucos meses atrás, diminuíram as taxas de contaminação dos toxicodependentes pelo VIH, principalmente nas regiões urbanas. [5]

Uma maior fiscalização por parte da polícia poderá diminuir o consumo de drogas, travando as vendas nas ruas assim como impedindo a sua importação. [5]

De forma a avaliar o tratamento que um toxicodependente precisa para sair das drogas à que avaliar o seu estado físico e psicológico, iniciar a abstinência das drogas, prevenir possíveis reincidências e segui-lo durante todo o processo. [5]

A dependência das drogas requer um tratamento com suporte cardiorrespiratório e também a administração de um opiáceo antagonista, como por exemplo a naloxona com uma dose de 0,4mg repetida em 3-10 minutos pois este opiáceo tem o seu efeito diminuído em 2-3 horas após a administração. Além desta terapêutica, o doente pode também fazer o desmame da droga com metadona numa dose de 80 a 120mg por dia, em toma única, sendo esta posteriormente diminuída. Depois do doente estar estabilizado, a dose do opiáceo antagonista deve ser diminuído em 10 a 20% da dose inicial em cada dia seguinte. [7]

Quando a heroína é a droga utilizada, por exemplo, a dose de naltrexona a usar é 50mg por dia para antagonizar 15mg de heroína durante 24 horas, sendo que a naltrexona consegue ter um maior efeito em doses de 125-150mg (dura 3 dias). Porém, antes de iniciar o tratamento com naltrexona, o doente deve suprimir o consumo de heroína pelo menos 5 dias antes. [7]

Para aliviar as dores sentidas ao longo do processo de abstinência, o doente pode tomar ibuprofeno assim como 0,3mg de clonidina administrada 2 a 4 vezes por dia para diminuir a hiperatividade do doente. [7]

A maioria dos doentes necessitam de, pelo menos, 3 meses de tratamento contra os opiáceos para suprimirem o seu vício ou evitar, pelo menos, a sua recorrência a curto/médio prazo. [6]

O tratamento referido anteriormente deve ser seguido pelo médico responsável que deve fazer um plano de tratamento individualizado consoante a dependência do jovem em questão e também deve ir vigiando a pressão arterial do doente. Este tratamento deve incluir também psicoterapia individual no início e posteriormente uma terapia de grupo para que a longo prazo não volte para as drogas. [5]

As terapias de grupo podem ser feitas nos narcóticos anónimos (“abordagem dos 12 passos”). [5]

Várias medidas podem ser tomadas para se evitar que os jovens comecem a consumir drogas à que educar as crianças sobre esta problemática desde a escola primária, deve-se proibir o consumo de álcool e drogas nos locais de trabalho, deve-se suspender a carta de condução a qualquer pessoa sob o efeito do álcool ou drogas. [5]

A dependência de drogas por parte dos jovens pode ser prevenida se diagnosticar-se desde cedo o seu consumo (ex. pais pode fazer o teste rápido das

drogas aos filhos), à que identificar as substâncias que tomam, controlar o risco de doenças infecciosas, identificar possíveis problemas de saúde e de exclusão social. Para tal os jovens com este problema devem fazer farmacoterapia para tratar as dependências de opiáceos, devem ser aconselhados e devem ter acesso a novas oportunidades de estudo e trabalho depois de superarem a dependências de drogas. [6]

As pessoas dependentes de drogas podem sofrer com frequência de problemas físicos e mentais relacionados com o consumo de uma dada substância e assim envolveram-se em atividades criminais, tem problemas com os familiares e até no trabalho (falta de produtividade e aumento do sedentarismo laboral). Para resolver estes problemas, ou possíveis problemas futuros à que haver acompanhamento pelos profissionais de saúde e pelos serviços sociais assim como ter um sistema de justiça criminal mais dinâmico e rápido. [6]

Os médicos de clinica geral, para além de poderem tratar os episódios agudos de intoxicação, podem promover a imunização dos jovens contra alguns vírus (ex. hepatite B), podem referenciar os jovens para fazer testes de VIH, exame cervical e até encaminhar os jovens para consultas de planeamento familiar nos centros de saúde. [6]

As pessoas que administram a si próprias drogas injetáveis e que não se tratam correm maiores riscos de vir a contrair a infeção pelo VIH, em relação às pessoas que iniciam e continuam depois os tratamentos. [6]

Os tratamentos efetuados para tratar dependências de drogas são eficazes pois recuperam 40-60% das pessoas com este problema. Estas taxas de êxito assemelham-se atualmente à dos tratamentos de outras doenças crónicas (ex. diabetes, hipertensão e coma). [6]

6. Conclusão

O tabagismo, alcoolismo e o uso de drogas tem vindo a evoluir muito nos últimos anos nos jovens escolares dos 15 aos 19 anos, contudo os programas de promoção da saúde, organizados por várias entidades, tem acompanhado essa tendência procurando minorar o impacto destas dependências na população juvenil tanto atualmente como nas possíveis consequência futuras que estas dependências possam provocar. [2]

Os consumos destas substâncias começam geralmente na faixa etária estudada devendo-se sobretudo o seu início ao incentivo de amigos ou familiares que já consomem, a depressões, a destruturações familiares e sobretudo à curiosidade dos jovens pelo desconhecido e à vontade de experimentarem sensações novas. [4]

Como se verificou ao longo deste trabalho monográfico, muitos estudos foram efetuados no decorrer dos últimos anos o que demonstra bem o impacto destas dependências tanto a nível nacional como internacional.

A nível mundial verifica-se que o consumo de álcool é maior na Europa e norte da Ásia e que o consumo de tabaco predomina no continente Americano, Europa central, sul da Ásia e Austrália. [13]

Quanto ao uso de drogas, só se obteve dados a nível Europeu que demonstram prevalências semelhantes nos vários países. A droga mais consumida é sem dúvida a Canábis e de seguida as substâncias voláteis e as menos consumidas, porém mais recentes, são as anfetaminas. [3,21]

A nível nacional, o consumo de álcool apresentou algumas flutuações ao longo dos últimos anos tendo diminuído recentemente o seu consumo nos jovens escolares dos 15-19 anos. Os rapazes tendem a consumir mais álcool que as raparigas e as bebidas mais consumidas são o vinho, depois a cerveja e em menor número as bebidas espirituosas. [23]

O consumo de tabaco em Portugal, na população escolar, tem vindo a diminuir quanto ao consumo ao longo da vida e a aumentar quanto ao consumo recente. Estas tendências tem se verificado em ambos os sexos. [3,24]

O consumo de drogas tem aumentado, nos jovens escolares dos 15-19 anos, ao longo destes últimos em Portugal sendo a droga mais consumida a canábis e depois a cocaína. Regra geral, o consumo das drogas aumenta gradualmente ao longo desta faixa etária sendo os homens os seus maiores consumidores. O Algarve é a região em que se verifica um maior consumo por parte dos jovens e a Madeira um menor consumo. [25]

A promoção da saúde nesta faixa etária, tendo em conta os dados já referidos, deve então ser intensiva de forma a sensibilizar os jovens para este problema promovendo hábitos saudáveis, deve-se tentar prevenir e desmotiva-los a consumir estas substâncias informando-os de todos os malefícios a curto, médio e longo prazo. A televisão e a internet (ex. redes sociais) têm muita visibilidade junto dos jovens podendo ser grandes formadores de opinião para esta temática. [2]

As escolas, tendo um papel fulcral nesta faixa etária, deveriam colaborar mais nesta temática colocando cartazes nas vitrines, distribuindo panfletos informativos aos alunos e pais, os professores poderiam fazer palestras sobre esta temática (ex. anualmente) ou então convidando entidades credenciadas que o façam como a “Geração Saudável” organizada pela Ordem dos Farmacêuticos.

A polícia poderia fiscalizar mais as vendas de tabaco e álcool nos estabelecimentos de restauração junto das escolas e centros de diversão noturna, principalmente, de forma a inibir a venda de álcool e tabaco a menores.

A mudança de hábitos e comportamentos é um processo gradual, progressivo e lento, logo à que educar de forma saudável os jovens desde a primeira infância promovendo uma alimentação saudável, cuidados de higiene, bons comportamentos, boa educação e sobretudo, bons princípios para que estes fenómenos de tabagismo, alcoolismo, drogas sejam cada vez mais raros e para que a saúde das novas gerações se prolongue por muito mais anos. Os jovens são o futuro da nação, logo à que apostar neles promovendo a sua saúde para que no futuro os gastos com as problemas e doenças daí decorrentes sejam menores.

7. Bibliografia

- [1] Justo, Cipriano – *Aulas de Saúde Pública da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias* – 2011
- [2] **Plano Nacional para a Redução dos dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020:** http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/E920478E-66F7-4083-8D09-3BED11A012B1/0/PNRCAD_2013_2020.pdf (consultado a 6 de Setembro de 2013)
- [3] **Plano Estratégico 2013-2015, SICAD, IDT:** http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Documents/2013/PE_2013_2015.pdf (consultado a 11 de Setembro de 2013)
- [4] Ferreira, F – *Moderna saúde pública* – 6ªed, Fundação Calouste Gulbenkian, 1990
- [5] Jenkel, J; Elmore, J; Katz, D – *Epidemiologia bioestatística e medicina preventiva* – Editora Artmed, 2002
- [6] OMS – *Relatório mundial da saúde 2001 – Saúde mental: Nova compreensão, nova esperança* – Ministério da Saúde e Direcção geral de Saúde, 2001
- [7] kasper at all - *Harrison – Manuel of medicine*, McGraw-Hill – Medical Publishing Division, 16ªedição, 2005 [versão electrónica]
- [8] **Caracterização do álcool – IDT** - <http://www.idt.pt/PT/Substancias/Alcool/Paginas/Historico.aspx> (consultado a 24 de Setembro)
- [9] Dipiro, J.T. at all - *Pharmacotherapy APathophysiologic Approach* – McGraw Hill Medical, 7ª edição, 2008 [versão eletrónica]
- [10] Balsa, C., Vital, C., Urbano, C. e Pascueiro, L.- *Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral Portugal 2007* (Coleção Estudos – Universidades) – IDT, IP, Lisboa, 2008
- [11] Roberto, A. – “*Com fumo ou sem fumo*” não é a questão! *Dependência da nicotina, que tratamento?* - Revista Lusófona de ciências e tecnologias da saúde, 2010, (7) 1: 11-20
- [12] **Sistema de informação global sobre o álcool e saúde (GISAH)** - <http://www.who.int/gho/alcohol/en/index.html> (consultado a 9 de Março de 2013)
- [13] **Consumo de álcool em adultos per capita (em litros) em 2005** - http://gamapserver.who.int/gho/static_graphs/gisah/Global_adult_percapita_consumption_2005.png (consultado a 16 de Março de 2013)
- [14] **Sistema de informação global sobre o álcool e saúde (GISAH) – Consumo de cerveja em 2008** -

http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/gisah/agelimit_beer/atlas.html

(consultado a 16 de Março de 2013)

[15] **Sistema de informação global sobre o álcool e saúde (GISAH) – Consumo de bebidas espirituosas em 2008** -

http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/gisah/agelimit_spirits/atlas.html

(consultado a 16 de Março de 2013)

[16] **Sistema de informação global sobre o álcool e saúde (GISAH) – Consumo de vinho em 2008** -

http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/gisah/agelimit_wine/atlas.html

(consultado a 16 de Março de 2013)

[17] **Observatório Mundial da Saúde (GHO) – Controlo Tabágico** -

<http://www.who.int/gho/tobacco/en/index.html> (consultado a 9 de Março de 2013)

[18] **Políticas de controlo tabágico em 2010 – WHO** -

http://www.who.int/gho/tobacco/Tobacco001_2.gif (consultado a 16 de Março)

[19] **Tabaco – Epidemia Global 2011 – OMS, 2011** -

http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf (consultado a 6 de Setembro)

[20] **Consumo de canábis em estudantes dos 15-16 anos em 2009/2010 – EMCDDA** -

<http://www.emcdda.europa.eu/stats12#display:/stats12/eyetab9a>
(consultado em 13 de Setembro de 2013)

[21] **Inquéritos escolares: prevalência ao longo da vida do uso de substâncias psicoativas entre estudantes de 15-16 anos – EMCDDA** -

<http://www.emcdda.europa.eu/stats13#display:/stats13/eyetab20a> (consultado em 13 de Setembro de 2013)

[22] **Pesquisas escolares entre 2003 e 2012: Percentagem do consumo de substâncias psicoativas em estudantes dos 17-18 anos – EMCDDA** -

<http://www.emcdda.europa.eu/stats13#display:/stats13/eyetab30> (consultado em 13 de Setembro de 2013)

[23] **Dados demográficos da WHO sobre o consumo de álcool na Europa** -

http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsreur.pdf

(consultado a 26 de Fevereiro de 2013)

[24] **Relatório da WHO sobre a epidemia global do tabaco em 2013 em Portugal** -

http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/prt.pdf (consultado a 26 de Fevereiro de 2013)

[25] I.D.T - *Relatório Anual de 2011 – A Situação do país em matéria de drogas e toxicodependências*, 1ª ed, 2012 [versão eletrónica]

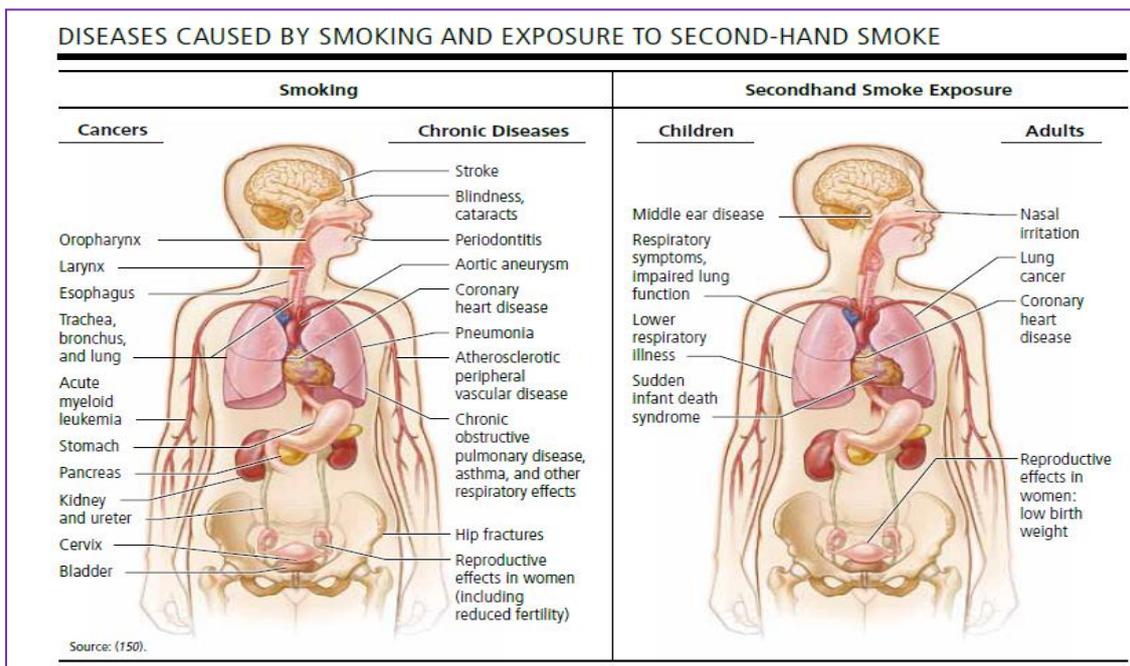
- [26] **Caracterização e evolução da situação – Consumos: doenças infecciosas – IDT -**
http://www.idt.pt/PT/Estatistica/Documents/2012/REDUCAO_PROCURA_CONSUMOS/2_RA_2011_RRMD.pdf (consultado a 14 de Abril de 2013)
- [27] **“O que são os doze passos?” – Alcoólicos Anónimos – Portugal -**
<http://www.aaportugal.org/44-perguntas/485-o-que-sao-os-doze-passos.html>
(consultado a 24 de Setembro)
- [28] **Tratamento com baclofeno inibe vontade de beber álcool – Netfarma -**
http://farmacia.netfarma.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=13509&Itemid=1 (consultado a 2 de Setembro de 2013)
- [29] Addolorato, G., Mirijello, A., Leggio, L. – *Alcohol addiction: toward a patient-oriented pharmacological treatment* – Expert Opin Pharmacother, 2013 Agosto 29
- [30] Laaksonen, E., Vuoristo-Myllys, S., Koski-Jannes, A., Alho, H. – *Combining Medical Treatment and CBT in treating Alcohol-dependent patients: Effects on life quality and general well-being* – Alcohol Alcohol, 2013 Junho 28
- [31] **“Parar de fumar” – WHO -** <http://www.who.int/tobacco/quitting/en/> (consultado a 16 de Março)
- [32] **”Proteger a saúde pública através da regulamentação do tabaco” – FDA -**
<http://www.fda.gov/TobaccoProducts/Labeling/TobaccoProductReviewEvaluation/ucm313854.htm> (consultado a 17 de Setembro de 2013)
- [33] **Infomed – Base de dados de medicamentos – Infarmed -**
www.infarmed.pt/infomed/lista.php (consultado a 16 de Setembro de 2013)
- [34] **“Quando deixo de fumar...” (Infografia) – Hospital Cuf Descobertas -**
[https://www.hospitalcufdescobertas.pt/MaisReceita/Quandodeixodefumar...\(Infografia\)/3228](https://www.hospitalcufdescobertas.pt/MaisReceita/Quandodeixodefumar...(Infografia)/3228) (consultado a 18 de Setembro de 2013)

8. Anexos

Anexo 1 - Efeitos específicos do álcool consoante a concentração alcoólica no sangue (%) [9]

Concentração alcoólica no sangue % (g de álcool etílico por 100ml de sangue)	Efeitos específicos do álcool
0,02 – 0,03	Sem perda de coordenação Ligeira euforia Perda de Timidez
0,04 – 0,06	Sensação de bem-estar Relaxamento Sensação de calor Euforia Menor raciocínio e memória Diminuição da cautela
0,07 – 0,09	Leve desequilíbrio Perturbações na fala, visão e audição Diminuição do tempo de reação Autocontrolo e memória reduzidos Não pode conduzir veículos a motor com esta % ou superior
0,10 – 0,125	Perda significativa da coordenação motora e da confiança Perturbações na fala, visão e audição Diminuição do tempo de reação Euforia
0,13 – 0,15	Grave descoordenação motora Visão Turva Perda de equilíbrio Euforia é reduzida Ansiedade e agitação começam a surgir
0,16 – 0,2	Ansiedade e agitação predominam Náuseas
0,25	Não consegue estar de pé sem ajuda Confusão mental total Ansiedade e agitação predominam Náuseas e vômitos
0,3	Perda de consciência
≥ 0,4	Início de coma Possível morte causada por paragem respiratória

Anexo 2 - Doenças causadas pela exposição ao fumo [19]

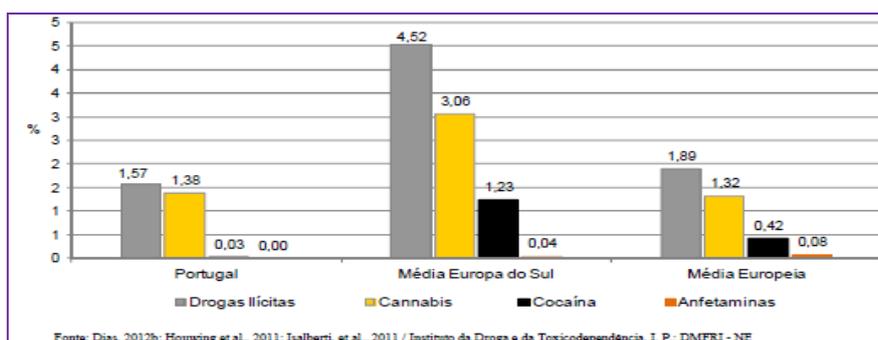


Anexo 3 - Consumo de canábis em escolares dos 15-16 anos na Europa em 2009/2010 [20]

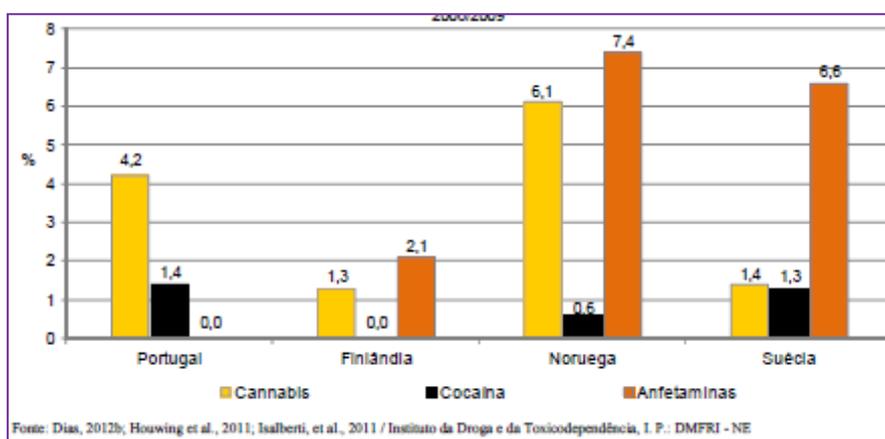
País	Amostra total	Uso descontinuado	Experimentador	Uso regular	Uso pesado	Nunca usou
Áustria	1820	3.3	4	3.1	1.8	87.9
Bélgica (Flamengo)	1226	4.5	6.9	5.5	1.3	81.7
Bélgica (Francês)	1341	5	5.6	4.9	3.1	81.4
Croácia	2424	3.3	5.6	2.7	1.2	87.2
República Checa	1522	9.6	11.2	6.2	2.2	70.8
Dinamarca	1226	4.1	5.5	3.1	1	86.3
Inglaterra	1118	4.7	7.2	5.1	1.9	81
Estónia	1398	7.3	8.4	3.9	0.9	79.5
Finlândia	2110	1.2	5.3	1.4	0.6	91.5
França	1906	4.6	9.3	7.6	2.7	75.8
Alemanha	1640	3.1	4.6	2.1	0.8	89.5
Grécia	1648	1.3	2.4	1.6	1	93.7
Hungria	1733	4.8	5.6	2.5	0.8	86.3
Irlanda	1695	2	5.1	3.9	2	86.9
Itália	1546	2.9	6	6.6	1.9	82.7

Látvia	1375	7	10.9	3.7	1.1	77.2
Lituânia	1792	7.6	9	3.4	0.7	79.3
Luxemburgo	1382	4.1	5.4	4.9	2.9	82.6
Holanda	1457	3.8	6.9	6.2	1.6	81.5
Polónia	1410	4.2	7	4.7	1	83
Portugal	1553	2.4	3.8	2.6	1.1	90
Roménia	2002	2.6	3.7	1.3	0.3	92.2
Escócia	2567	3.5	6.6	4.7	2.2	83
Eslováquia	1914	4.4	6.9	3.6	0.8	84.3
Eslovénia	1815	5.7	8.1	4.5	2.9	78.7
Espanha	2003	4	10.4	7.9	3.5	74.4
País de Gales	1637	2.4	6.9	5.2	3	82.6

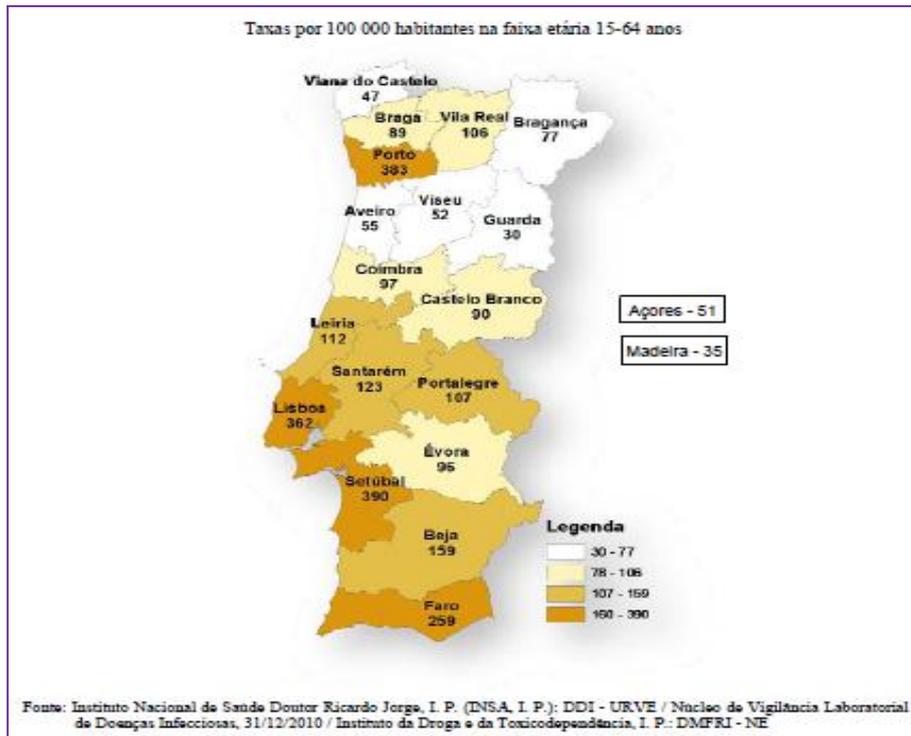
Anexo 4 – Prevalência de substâncias psicoativas em condutores em 2008/2009 [25]



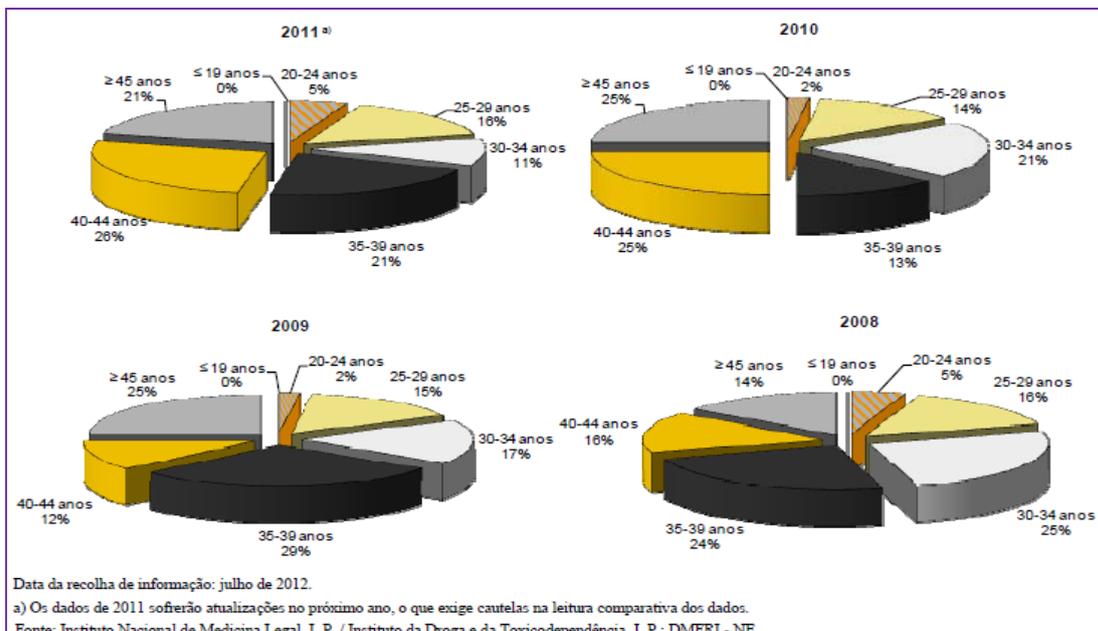
Anexo 5 - Prevalência de substâncias psicoativas em condutores mortos em acidentes de viação em 2008/2009 [25]



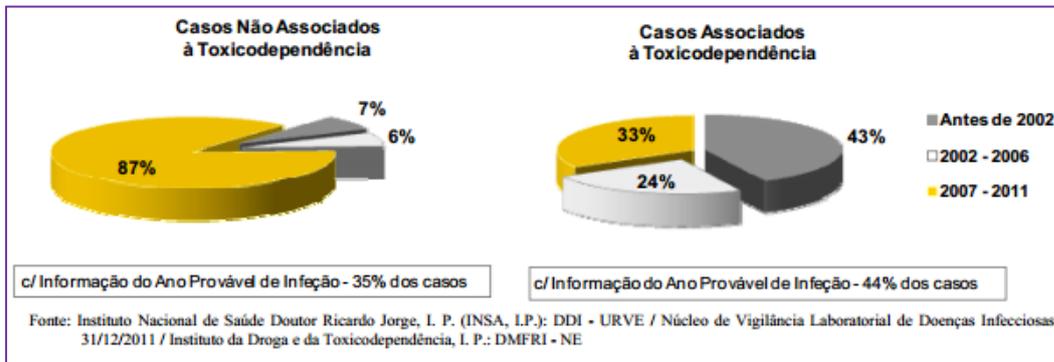
Anexo 6 – Casos de infeção pelo VIH associados à toxicod dependência por zona geográfica de residência de 1983 a 2011 [26]



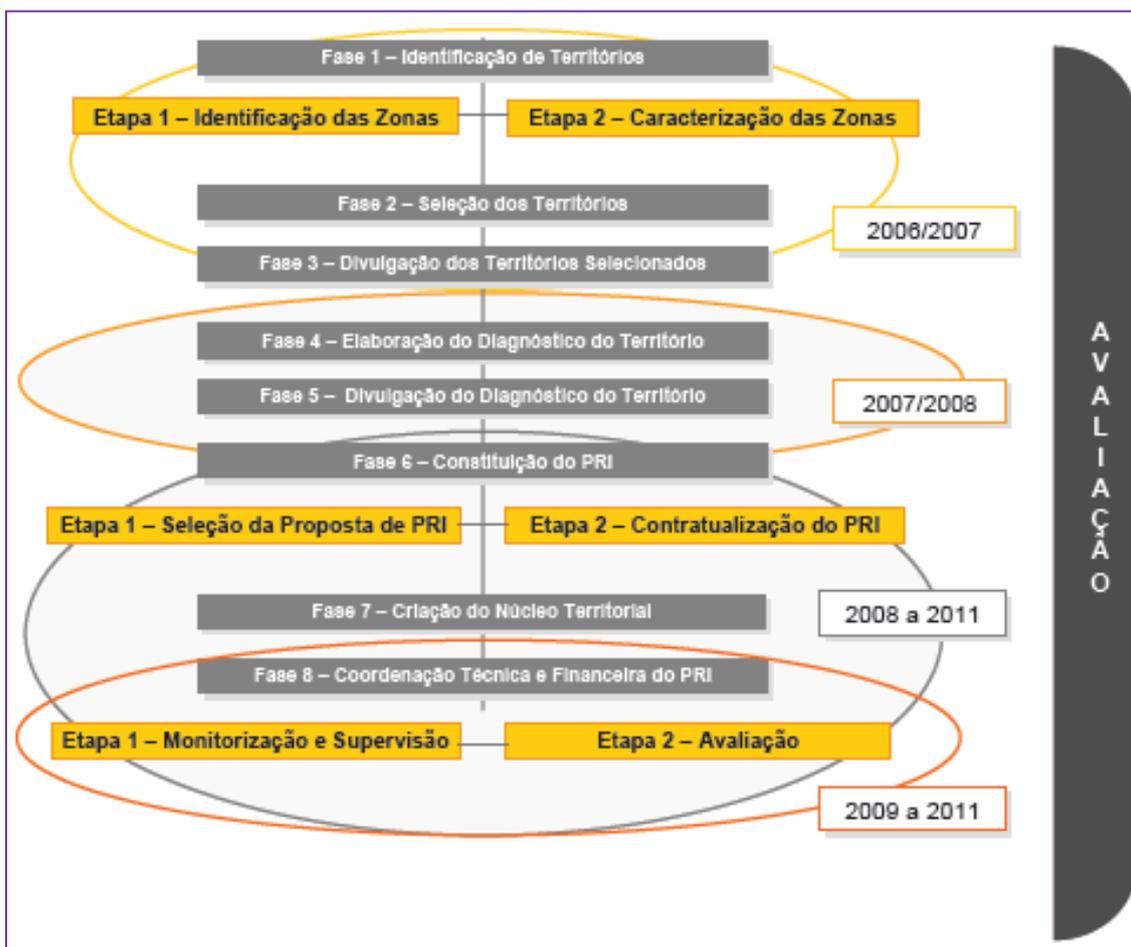
Anexo 7 - Mortes por overdose, por grupo etário [26]



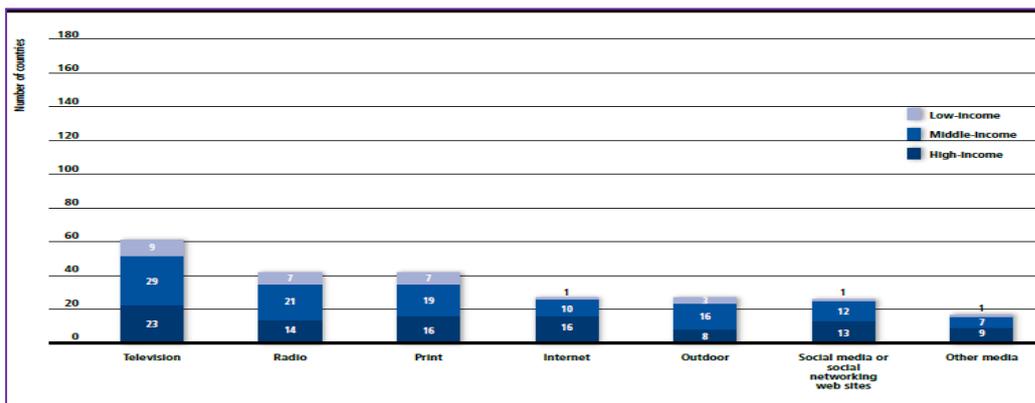
Anexo 8 - Casos de infeção pelo VIH em 2011 [26]



Anexo 9 - Esquema operacional do PORI - Fonte: IDT [25]



Anexo 10 – Media usados para campanhas anti-tabágicas [19]



Anexo 11 – Vantagens de deixar de fumar – Panfleto da CUF Saúde [34]

