EM DISCUSSÃO PÚBLICA

Francisco Henrique Moura George
Digitally signed by Francisco Henrique Moura George
DN: c=PT, o=Ministério da Saúde, ou=Direcção-Geral da Saúde, cn=Francisco Henrique Moura George
Date: 2012.12.30 20:22:23 Z

1999-2012 112 anos

Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt

Ministério da Saúde

NORMA
DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

NÚMERO:	**036/2012**
DATA:	**30/12/2012**

ASSUNTO:	**Diagnóstico de Policonsumos em Adolescentes e Jovens**
PALAVRAS-CHAVE:	**Adolescência, Jovens, Substâncias Psicoativas, Uso, Abuso, Dependência, ASSIST**
PARA:	**Profissionais de Saúde do Sistema Nacional de Saúde**
CONTACTOS:	**Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)**

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde e da Ordem dos Médicos, emite a seguinte

I – NORMA

1. O diagnóstico clínico de abuso de substâncias ou dependência de substâncias é realizado segundo os critérios da ICD10 (F10 a F19) / DSM-IV-TR (*Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I*), considerando-se para o efeito:
    a) no caso de abuso de substâncias, pelo menos, um dos critérios listados em Anexo II-A, reportado na história clínica durante um período continuado de doze meses;
    b) no caso de dependência de substâncias, três ou mais dos sintomas listados em Anexo II-B, reportado na história clínica a qualquer altura e num período continuado de doze meses.
2. A avaliação do nível de risco abrange, pelo menos, as seguintes substâncias (*Nível de Evidência B, Grau de Recomendação II*), com registo no processo clínico:
    a) tabaco;
    b) álcool;
    c) cannabis;
    d) cocaína;
    e) estimulantes do tipo anfetaminas;
    f) inalantes;
    g) benzodiazepinas;
    h) alucinogénios e opiáceos.
3. O algoritmo clínico referente à presente Norma encontra-se em Anexo I.
4. As exceções à presente Norma são fundamentadas clinicamente, com registo no processo clínico.
5. A atual versão da presente Norma poderá ser atualizada de acordo com os comentários recebidos durante a discussão pública.

II – CRITÉRIOS

A. A presenta Norma aplica-se ao grupo etário de adolescentes e jovens entre os 10 e os 24 anos, com experiência de consumo de substâncias psicoativas e que recorram aos serviços de saúde.

B. Aos adolescentes e jovens a quem tenha sido diagnosticado abuso de substâncias ou dependência de substâncias é garantido o seguimento anual após os 24 anos de idade.

C. As chamadas "novas drogas" são substâncias sintéticas que se enquadram nos grupos de substâncias referidas no ponto 2 da presente Norma.

D. Os adolescentes e jovens com condutas ou fatores de risco para o consumo de substâncias psicoativas são avaliados anualmente (*Nível de Evidência B, Grau de Recomendação II*).

E. Adolescentes e jovens com idades inferiores aos 18 anos e/ou grávidas que consumam substâncias são considerados consumidores de risco. (*Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I*).

F. A intervenção deve ser diferenciada através da identificação do padrão de consumo e do nível de risco (*Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I*).

G. Se preenche os critérios determinados pelo ICD-10/DSM-IV para abuso de substâncias psicoativas deve-se intervir recorrendo às intervenções breve, médica, psicológica e social, no sentido de retardar, diminuir ou parar os consumos (*Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I*).

H. Se após as referidas intervenções não se obtiverem resultados positivos, ou seja mudança de comportamentos relativamente ao abuso de substâncias, deve-se referenciar para projetos locais de prevenção seletiva/indicada, enquadrados pelas equipas locais especializadas em comportamentos aditivos e dependências (*Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I*).

I. Se preenche os critérios determinados pelo ICD-10/DSM-IV TR para a dependência de substâncias, deve ser referenciado para as equipas locais de tratamento especializadas em comportamentos aditivos e dependências, Psiquiatria ou Pedopsiquiatria conforme a avaliação clínica (*Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I*).

J. Os adolescentes e jovens com doença mental que apresentem consumos nocivos ou dependência de substâncias devem ter o mesmo tratamento que os doentes sem patologia aditiva, devendo ser integrados num plano individual com apoio das especialidades de psiquiatria ou pedopsiquiatria (*Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I*).

K. Deve ser garantida a privacidade das consultas aos adolescentes e jovens (*Nível de Evidência A, Grau de Recomendação* I).

L. Recomenda-se a utilização do questionário "Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test", designado abreviadamente por ASSIST. É um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde útil para avaliar a situação dos indivíduos em relação ao consumo de substâncias psicoativas (SPA). Tem como objetivo pôr à disposição dos profissionais dos Serviços de Saúde, um instrumento breve, de fácil aplicação e que proporcione informação sobre: consumo de SPA pelo menos uma vez na vida, as substâncias consumidas nos últimos três meses,

problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas, risco de dano atual e futuro e uso de substâncias por via parentérica [23-26,60]

M. A aplicação do ASSIST tem as seguintes vantagens: [23-26,60]

i. é composto por 8 questões com resultados de pontuação numérica;

ii. investiga um leque alargado de SPA: tabaco, álcool, cannabis, cocaína, estimulantes/anfetaminas, inalantes, ansiolíticos/sedativos/hipnóticos, alucinogénios e opiáceos;

iii. foca-se no uso recente de SPA;

iv. identifica os vários níveis de risco associados ao padrão de uso de cada uma das substâncias avaliadas: abstinência, baixo risco, risco moderado e alto risco;

v. recolhe informação e permite dar *feedback* aos utentes sobre a sua situação;

vi. recomenda o tipo de intervenção necessária;

vii. permite estabelecer objetivos;

viii. é um instrumento consistente com as classificações presentes na ICD-10;

ix. está validado em diferente países e disponível em diferentes línguas;

x. para além da sua aplicação nos Cuidados dos Saúde Primários, o ASSIST pode ser igualmente administrado noutros contextos e por outros profissionais de saúde desde que devidamente formados para a sua utilização;

xi. o ASSIST tem uma versão de tradução brasileira para utentes com idade superior a 18 anos;

xii. o serviço australiano Drug, and Alcohol Services - South Australia tem duas versões adaptadas para adolescentes, uma para o grupo etário dos 10 aos 14 anos e outra para o dos 15 aos 18 anos, denominadas ASSIST – Y

N. As questões formuladas no ASSIST abordam as seguintes informações: [23-26,60]

i. questão 1: as substâncias usadas ao longo da vida;

ii. questão 2: a frequência do consumo substâncias, nos últimos três meses;

iii. questão 3: a frequência da necessidade ou vontade de consumir para cada uma das substâncias, nos últimos três meses;

iv. questão 4: a frequência de problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros causados pelo consumo de substâncias, nos últimos três meses;

v. questão 5: a frequência com que o consumo de substâncias interferiu no cumprimento de responsabilidades, nos últimos três meses;

vi. questão 6: se alguma vez ao longo da vida, alguém expressou preocupação sobre o uso de substâncias pelo indivíduo e quando tal ocorreu;

vii. questão 7: se o indivíduo alguma vez ao longo da vida, tentou parar ou diminuir o uso de substâncias e quando tal ocorreu;

viii. questão 8: se o indivíduo alguma vez na vida injetou SPA.

O. A pontuação final do ASSIST é calculada através do somatório das questões. [23-26,60]

P. O ASSIST permite determinar o nível de risco do utente para cada substância e preconizar a intervenção: [23-26,60]

Tabela 1 - Resultados do ASSIST associados aos níveis de risco e intervenção preconizada

Álcool	Todas as outras substâncias	Nível de risco	Intervenção
0-10	0-3	Baixo risco	Informação, conselhos no âmbito da educação e promoção para a saúde
11-26	4-26	Risco moderado	Intervenção breve, entrega de folhetos informativos sobre SPA e suas consequências
27+	27+	Alto risco	Intervenção breve, entrega de folhetos informativos sobre SPA e suas consequências, encaminhamento para avaliação e tratamento em equipas especializadas
Drogas injetáveis nos últimos 3 meses		Moderado e alto risco [a]	Intervenção breve, entrega de folhetos informativos sobre SPA e suas consequências, pedido de marcadores de VIH, Hepatite B e C encaminhamento para avaliação e tratamento em equipas especializadas

a) É importante determinar se o consumo é feito por via injetável. A utilização de SPA por esta via, superior a 4 vezes por mês (em média) nos últimos 3 meses, é um indicador de dependência que requer encaminhamento, avaliação e tratamento em equipas especializadas

Q. A avaliação do nível de risco deve ser realizada pela anamnese: padrão de consumo atual, antecedentes familiares com consumo de substâncias, fatores de risco e proteção para o consumo de substância psicoativas, em conjugação com instrumento próprio para deteção do risco de consumo de substâncias [1,3-6,33,41,43,46,49,56]

Devem ser pedidos exames complementares de diagnóstico aos adolescentes e jovens que apresentem consumo de risco, nocivo ou dependência de substâncias: hemograma, VS, bioquímica, função hepática, marcadores de hepatite B e C, VDRL e VIH

Ressalve-se que as diretrizes relativas à prescrição de fármacos contidas não são aplicáveis ao grupo etário mais jovem (menores de 18 anos), em particular no que concerne aos psicofármacos. A generalidade destes fármacos não se encontra licenciada para esta faixa etária e/ou a condição clínica em questão, e os perfis de eficácia e segurança observados no adulto não

são diretamente extrapoláveis para crianças e adolescentes, pelo que a prescrição e monitorização devem ser sempre supervisionados por um especialista da respetiva área clínica

As manifestações clínicas do uso de cada substância psicoativa exigem diagnóstico e tratamento próprios:

i. Manifestações clínicas do uso de álcool: alterações psicomotoras e do comportamento, euforia, distimia, verborreia ou discurso lentificado, alterações de humor, transtornos de ansiedade, alterações do sono. Em grávidas pode haver síndrome fetal alcoólico.

   A abordagem em adolescentes e jovens com consumos de álcool deve incluir: 1) anamnese - tipo de bebida, quantidade ingerida, contexto, tipologias de consumo, uso de outras substâncias, ocorrências de traumatismos e acidentes, comorbilidades, interação com outras substâncias; 2) exames auxiliares de diagnóstico: hemograma com valorização do aumento do volume globular médio, VS, VIH, VDRL e função hepática, com valorização da elevação da GGT e outros enzimas hepáticos.

   Após estabilização do quadro clínico da síndrome de privação alcoólica nas unidades especializadas em comportamentos aditivos e dependências, deve-se utilizar *acamprosato*, que tem importância nas alterações neurobiológicas associadas ao álcool ou a *naltrexona* que reduz o consumo de álcool ou o *dissulfiram* que se emprega como interditor e aversivo.

ii. Manifestações clínicas do uso de benzodiazepinas: efeitos ansiolítico, miorelaxante, anticonvulsivo e hipnótico. No seu consumo sem prescrição médica o efeito procurado é ansiolítico e hipnótico.

   A abordagem em adolescentes e jovens com consumos de benzodiazepinas deve incluir 1) anamnese, via de administração (oral, sublingual, intravenosa), quantidade consumida, contexto, comorbilidades, interação com outras substâncias; 2) exames auxiliares de diagnóstico: hemograma, VS, VIH, VDRL, função hepática.

   O tratamento farmacológico fundamental passa pela substituição de benzodiazepinas de semi vida curta por outras de semi vida longa e pela redução progressiva da dose.

iii. No caso de consumos de álcool e benzodiazepinas a prescrição de fármacos deve ser feita com muita precaução devido à interação destas substâncias. A medicação recomendada em caso de dependência é a gestão de clordiazepóxido durante alguns dias e depois convertida para diazepam que será reduzido gradualmente de acordo com a capacidade do indivíduo tolerar os sintomas.

iv. Manifestações clínicas do uso de cannabinóides: euforia, lentificação psicomotora, modificação dos padrões habituais do pensamento, aumento da perceção sensorial, auditiva e do apetite. Pode haver também taquicardia, ansiedade, pensamentos obsessivos, alterações de memória a curto prazo, patologia respiratória frequente e quadros psiquiátricos em jovens com pré disposição.

   A abordagem em adolescentes e jovens com consumos de cannabinóides deve incluir 1) anamnese, vias de administração (fumadas, inaladas ou outras), quantidade consumida

contexto, comorbilidades, interação com outras substâncias; 2) exames auxiliares de diagnóstico: hemograma, VS, VIH, VDRL, função hepática.

A intervenção terapêutica para o uso de cannabinóides consiste no uso de benzodiazepinas e intervenções psicológicas e sociais nas crises de ansiedade, que são frequentes ou o uso de antipsicóticos se houver aparecimento de psicose tóxica aguda, que também pode ocorrer nestas situações.

v. Manifestações clínicas do uso de cocaína e anfetaminas: euforia, excitabilidade, hiperatividade, sociabilidade, elevação do auto estima, insónia e perda de apetite. Pode também haver sudação, midríase, hipertensão, arritmia e nos casos mais graves edema agudo do pulmão. São ainda descritos casos com hipervigilância, ideação paranóide, alucinações e crises de pânico. O consumo na grávida pode provocar situações de placenta prévia, malformações e abortos.

A abordagem em adolescentes e jovens com consumos de cocaína e anfetaminas deve incluir: 1) anamnese, via de administração (fumadas, inaladas, endovenosas), quantidade consumida, contexto, comorbilidades, interação com outras substâncias; 2) exames auxiliares de diagnóstico: hemograma, marcadores de hepatite B e C, VIH, VDRL, função hepática e Rx tórax.

A intervenção terapêutica para a privação de cocaína e anfetaminas consiste no uso de benzodiazepinas para o tratamento sintomático da ansiedade, estabilizadores de humor (*topiramato, lamotrigina, carbamazepina*) para redução do "craving" e controlo dos impulsos. Deve prescrever-se antidepressivo, em caso de diagnóstico de depressão e antipsicótico se aparecimento de surto psicótico agudo, agressividade ou ideação suicida.

vi. Manifestações clínicas do uso de heroína: miose puntiforme, apatia, disforia, bradicardia e hipotensão. São também descritos situações de anóxia e casos de síndrome de dependência neo natal e aborto.

A abordagem em adolescentes e jovens com consumos de heroína deve incluir: a) anamnese, via de administração (fumada, inalada, injetável), quantidade consumida, contexto, comorbilidades, interação com outras substâncias; b) exames auxiliares de diagnóstico – hemograma, marcadores de hepatite B e C, VIH, VDRL, função hepática, Rx tórax.

A intervenção terapêutica para a síndrome de privação de heroína consiste no uso de agonistas alfa2 adrenérgico (*clonidina*), benzodiazepinas, antipsicóticos quando houver necessidade de induzir sedação e controlo das impulsos, nomeadamente *olanzapina*. Os tratamentos de manutenção com metadona ou buprenorfina devem ser monitorizados pelas unidades especializadas em comportamentos aditivos. De salientar que a buprenorfina não está recomendada para jovens com menos de 15 anos.

vii. Manifestações clínicas do uso de tabaco: aumento da frequência cardíaca, bronquite crónica, enfisema pulmonar, neoplasias do pulmão, da cavidade oral, da laringe, do esófago e da mama.

A abordagem em adolescentes e jovens com consumos de tabaco deve incluir a) anamnese, via de administração (fumada, intranasal, oral), quantidade consumida, associação de anti contracecionais orais, que aumentam o risco de enfarte do miocárdio e doença tromboembólica na mulher; b) exames auxiliares de diagnóstico: hemograma, função hepática, rx tórax, ECG, medição de monóxido de carbono do ar expirado, caso seja possível.

A intervenção terapêutica para o abuso de tabaco deve consistir na intervenção psicoterapêutica e farmacológica, nomeadamente, *bupropiom* ou *vareniclina* associados aos substitutos de nicotina.

R. A intervenção breve e a terapia cognitivo comportamental são eficazes na redução do consumo de risco ou nocivo de SPA [13,36,39,52]

S. As abordagens multidimensionais, a família, a escola, grupos de pares, comunidade e crenças e valores do individuo face às substâncias, são eficazes na redução de consumos de SPA [5,6,16-18,27,42,44,53]

T. Conceitos aplicáveis nesta Norma:

i. abuso de SPA: padrão desadaptativo de utilização da substância manifestado por consequências adversas, recorrentes e significativas, relacionadas com a utilização repetida das substâncias (Anexo II-A) [11,12,16,17]

ii. *binge drinking:* consumo de 5 ou mais bebidas para o género masculino e 4 ou mais bebidas para o género feminino numa única ocasião [62]

iii. consumo de risco: um tipo ou padrão de consumo que pode resultar em dano se o presente tipo de consumo persistir, aumentando o risco de doenças, acidentes, lesões e perturbações mentais [11,12,16,17]

iv. consumo nocivo: um padrão de consumo que provoca dano para a saúde, quer física ou mental. Em contraste com consumo de risco, o diagnóstico de consumo nocivo requer que haja dano para o próprio [11,12,16,17]

v. *craving* : é a mudança no comportamento devido a uma necessidade imperiosa de consumir uma determinada substância, com o desejo subjetivo de experimentar os seus efeitos [11,12,16,17]

vi. dependência de SPA: consiste num conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicativos de que o sujeito continua a utilizar a substância apesar dos problemas significativos relacionados com esta. Existe um padrão de auto administração repetida que resulta geralmente da tolerância, abstinência e comportamento compulsivo quanto ao consumo de substâncias psicoativas (Anexo II-B). [11,12,16,17]

vii. prevenção seletiva/indicada: dirigida a indivíduos que apresentam sinais e sintomas relacionados com o uso/abuso de SPA e a coocorrência de vários fatores individuais relacionados com o uso de SPA, tais como insucesso escolar, envolvimento com sistema judicial, problemas de saúde física e ou mental, violência ou agressividade, *binge drinking* ou uso abusivo de SPA mas que não cumprem os critérios de dependência do DSM-IV e ICD-10, caracterizados por aspetos como o *craving* e a tolerância. [18,35]

viii. substâncias psicoativas: todas as substâncias que quando ingeridas afetam os processos mentais como por exemplo a cognição ou os afetos. Esta terminologia descreve toda a classe de substâncias, legais ou ilegais, que atuam no SNC, independentemente de produzirem dependência ou não. [11,12,16,17]

ix. síndrome de privação: conjunto de sintomas que aparecem aquando da paragem ou redução de consumos de uma substância psicoativa que foi consumida de forma repetida durante um período prolongado de tempo e em doses elevadas. [11,12,16,17]

x. tolerância: necessidade de quantidades crescentes da substância para atingir a intoxicação (ou o efeito desejado) ou uma diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substância.

III – AVALIAÇÃO

A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa.

B. A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e das direções dos hospitais.

C. A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.

D. A Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde, elabora e divulga relatórios de progresso de monitorização.

E. A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:

i. Percentagem de adolescentes e jovens, dos 10 aos 24 anos, utilizadores da consulta, nos últimos 12 meses, rastreados para o consumo de substâncias psicoativas

(i). Numerador: número de adolescentes e jovens utilizadores da consulta, nos últimos 12 meses, rastreados para o consumo de substâncias psicoativas

(ii). Denominador: número de adolescentes e jovens, dos 10 aos 24 anos, utilizadores da consulta, nos últimos 12 meses

ii. Percentagem de adolescentes e jovens, dos 10 aos 24 anos, rastreados na consulta, nos últimos 12 meses, com resultados positivos para consumo de substâncias psicoativas e que foram alvo de uma intervenção breve e intervenções psicológicas e sociais

(i). Numerador: número de adolescentes e jovens rastreados na consulta, nos últimos 12 meses, com resultados positivos para consumo de substâncias psicoativas

(ii). Denominador: número de adolescentes e jovens, dos 10 aos 24 anos, que foram alvo de uma intervenção breve e intervenções psicológicas e sociais

iii. Percentagem de adolescentes e jovens, dos 10 aos 24 anos, rastreados na consulta, nos últimos 12 meses, com resultados positivos para consumo de substâncias psicoativas e que foram referenciados para unidades especializadas em comportamentos aditivos e dependências

(i). Numerador: número de adolescentes e jovens rastreados na consulta, nos últimos 12 meses, com resultados positivos para consumo de substâncias psicoativas

(ii). Denominador: número de adolescentes e jovens, dos 10 aos 24 anos, que foram referenciados para unidades especializadas em comportamentos aditivos e dependências

IV – FUNDAMENTAÇÃO

A. O uso e abuso de substâncias psicoativas pelos adolescentes e jovens têm vindo a aumentar, expondo-os a elevados riscos e comprometendo o processo de desenvolvimento nesta etapa da vida. Assim, o diagnóstico clínico revela-se da maior importância, tendo como objetivo uma intervenção precoce para a redução ou paragem dos consumos de substâncias psicoativas.

B. A adolescência é um período caracterizado por um período de mudanças, físicas e psicológicas, marcado por conflitos e transformações perante si próprio e os múltiplos contextos sociais em que se encontra inserido. Caracteriza-se por uma procura de autonomia, identidade, prazer, de delimitação de capacidades e respeitos, onde o confronto com a mudança de estatuto e de papéis é inevitável. [20,40,42,48]

C. A fase do ciclo de vida com maior probabilidade de ocorrência de problemas relacionados com o uso de substâncias é a adolescência. O risco associado a esta etapa da vida prende-se, por um lado, com o facto do indivíduo se confrontar com características de instabilidade emocional, polarização de sentimentos, necessidade de criação de uma identidade própria, diferenciação através da transgressão à norma, ter como principal modelo de referência o grupo de pares, dificuldade em fazer frente ao grupo de pares e treinar a tolerância à frustração. Por outro lado, pela associação estabelecida entre o uso de substâncias e a diversão e, pelo facto do consumo de substâncias entre pares também se assumir como uma via do jovem se integrar no grupo, de reafirmar a sua identidade e sentir-se adulto. [36,38,40,42,46]

D. O consumo de substâncias psicoativas é o resultado da interação de múltiplos fatores. Trata-se de um fenómeno multifatorial, visto não haver uma causa única, mas sim múltiplas causas, muito diversas entre si e com explicações não lineares. [14-19,33,42,57]

E. A predisposição para o consumo de SPA assenta no tipo de relação que o indivíduo estabelece com os outros indivíduos e com o meio que o rodeia. Nesta relação estão implicadas dimensões ambientais (família, pares, escola, comunidade, sociedade) e individuais (biológicos/genéticos, personalidade e comportamento). [6,14-19,21,26-28,41]

F. Os antecedentes e determinantes psicossociais podem aumentar a probabilidade do jovem incorrer em condutas de risco. Jessor[31] conceptualiza cinco domínios nos quais são coexistentes fatores de risco e proteção:

   i. no domínio genético/biológico, uma história de alcoolismo e toxicodependência por parte dos pais é um fator de risco e por outro lado um nível elevado de inteligência é um fator de proteção;

   ii. no domínio do ambiente social geral são fatores de risco a pobreza extrema e a desigualdade de oportunidades relacionadas com a raça ou etnia; são fatores de proteção a qualidade das escolas, a coesão das famílias, a disponibilidade dos recursos comunitários e a disponibilidade de adultos interessados nos problemas dos jovens;

   iii. no domínio do ambiente percebido são fatores de risco a presença de modelos para o comportamento desviante (pais, amigos, colegas, vizinhos) e os conflitos entre pais e filhos; são fatores protetores a presença de modelos para o comportamento social ajustado e a presença de controlos elevados para o comportamento desviante;

iv. no domínio da personalidade são fatores de risco a perceção de fracas oportunidades de vida, baixa autoestima, propensão para assumir o risco; constituem fatores de proteção a valorização do sucesso escolar e da saúde e a intolerância face ao desvio;
v. no domínio do comportamento são fatores de risco o consumo de álcool e o fraco desempenho escolar; são fatores de proteção por exemplo, o envolvimento em atividades académicas e extracurriculares.

G. Jessor não conceptualiza os fatores de proteção como sendo o reverso ou o oposto dos fatores de risco, mas antes os considera distintos. Os fatores de proteção atenuariam e contrabalançariam os efeitos dos fatores de risco, permitindo assim explicar muitas situações em que os jovens não incorrem nas condutas de risco.
H. A revisão de vários estudos empíricos realizada pelo autor conduziu-o à constatação da concorrência de muitas condutas de risco na adolescência. Este facto levou-o a considerar que este tipo de comportamentos na adolescência segue um padrão organizado, o qual remete para a opção por um determinado estilo de vida. Esta constatação tem implicações no tipo de intervenção a implementar e sugere que uma intervenção de carácter mais global e preventiva, que procure melhorar o estilo de vida, poderá ser mais eficaz do que as intervenções centradas em condutas específicas (e.g., abuso de drogas, sexualidade, delinquência).[6,14,15,28,42]
I. Os problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas (licitas e ilícitas) variam de forma significativa segundo as características individuais de cada pessoa e a circunstância vital em que se encontre. Por outro lado os riscos para a saúde derivados do uso de substâncias também variam segundo as propriedades farmacológicas e a disponibilidade de cada substância. Portanto as dimensões, características e consequências do uso ou abuso podem ser muito distintas pelo que a exploração diagnóstica deve ser exaustiva e revela-se da maior importância. [50]
J. Os estudos evidenciam que os distúrbios da ansiedade, quadros depressivos, défice de atenção e hiperatividade, perturbações do comportamento, tem uma correlação elevada com o desenvolvimento futuro de consumos nocivos e quadros de dependência de SPA. [15]
K. Vários autores evidenciaram a agressividade, os problemas de comportamento e a delinquência como fortes preditores do consumo de SPA. Estudos efetuados ao nível dos mecanismos neurobiológicos demonstram uma associação entre que o consumo abusivo de SPA e as desordens psiquiátricas. [15]
L. Atitudes e crenças positivas face ao uso de SPA aumentam a probabilidade do seu uso. Rapazes e raparigas percecionam diferentes risco para o consumo de álcool e tabaco, o que influencia os consumos entre géneros. Os adolescentes com atitudes mais favoráveis ao consumo de SPA, podem transitar com maior facilidade para um consumo habitual do que os jovens com atitudes mais desfavoráveis.[5,9,21,31,38]
M. O papel do grupo de pares é, com larga evidência, a variável mais estudada quando se trata de encontrar ligações entre o adolescente e o consumo de substâncias psicoativas. A associação a pares consumidores de tabaco, álcool ou outras substâncias é apontada por vários autores como o preditor mais forte do consumo nesta fase do ciclo de vida. [12,29-31,32,38,41,46]
N. A qualidade das relações entre os membros da família (disfunção familiar, comunicação ineficaz, monitorização e supervisão parental ineficientes) associada a atitudes favoráveis dos

progenitores face ao consumo de SPA e a sentimentos de fraca vinculação familiar também constituem um fator de risco para o consumo de substâncias psicoativas.[7,29,36,37,51,54,58] As experiências, crenças e valores relacionados com os contextos académicos estão associados com o consumo de substâncias. Os sujeitos com um baixo desempenho académico e fraca motivação escolar reportaram maiores consumos de substâncias psicoativas. [8,10,22]

O. O uso de SPA antes dos 15 anos aumenta as consequências negativas tanto ao nível da saúde em geral e, em particular, de eventual abuso/dependência, de má adaptação ao mundo do adulto, de provocar graves fenómenos de despersonalização, de transformação corporal, bem como angústias profundas num momento crucial do processo maturativo. Estes problemas são mais evidentes quanto mais precoce for o seu início. [4,45]

P. A observação do comportamento individual deve ser extensiva ao contexto em que surge, ou seja, deve ser alargada à teia de interações do indivíduo com o contexto familiar e social que lhe é significativo. [2]

Q. Implica pois, uma visão mais global, sistémica e compreensiva da situação, em que o elemento "droga", apesar da sua enorme importância, não surge isolado nem "sobrevive" se não houver outros fatores associados, estes sim inerentes ao indivíduo e aos seus diversos ecossistemas. [34]

R. Há estudos que evidenciam que as pessoas que abusam de substâncias estão mais em risco de desenvolver uma série de patologias como pneumonia, asma, tuberculose, cárie dentária, convulsões e *deficits* neurológicos. O risco de doenças infeciosas deve ser avaliado, particularmente o VIH e hepatites B e C. Estas infeções podem estar relacionadas com uma história de partilha de equipamento injetável e/ou comportamento sexual de risco. Pode afirmar-se que o uso de SPA, independentemente do padrão de consumo, potencia a vulnerabilização e predisposição do adolescente e jovem para situações de risco, por exemplo, acidentes, violência, gravidez não desejada, criminalidade, práticas sexuais de risco entre outras. [47,55,59]

S. A investigação refere que nenhuma abordagem terapêutica é mais eficaz que outras, no que aos adolescentes e jovens diz respeito. Esta população deve ser abordada tendo em conta a sua diferenciação (face ao adulto) emocional, cognitiva, física, moral e social, pelo que é fundamental uma abordagem que deve incluir, entre outras, intervenções psicológicas e sociais. [50]

V – APOIO CIENTÍFICO

A. A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e pelo Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios de Especialidade, ao abrigo do protocolo entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos, no âmbito da melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde.

B. Alfredo Frade (coordenação científica), Cristina Ribeiro (coordenação executiva), Paula Fonseca, Otília Queirós, Conceição Chitas, Elsa Machado Fé, Graça Vilar e João Curto.

C. Foram ainda consultados: António Pacheco Palha, Frederico Rosário, Helena Fonseca, Hugo Tavares, Inês Maio, Jorge Barroso Dias, Margarida Neto, Otília Queirós, Paula Fonseca, Rui Moreira, Rui Tato Marinho, Teresa Barroso, Teresa Sá Nogueira.

D. Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.

E. Durante o período de discussão pública só serão aceites comentários inscritos em formulário próprio, disponível no *site* desta Direção-Geral, acompanhados das respetivas declarações de interesse.

F. Os contributos recebidos das sociedades científicas e sociedade civil em geral, sobre o conteúdo da presente Norma, serão analisados pela Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas, criada por Despacho n.º 12422/2011 de 20 de setembro e atualizado por Despacho n.º 7584/2012 de 1 de junho.

SIGLAS/ACRÓNIMOS

Sigla/Acrónimo	Designação
ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
ASSIST-Y	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test - Y
DSM-IV-TR	Diagnostic Statistic Mental , Manual Diagnóstico das Perturbações Mentais, Associação de Psiquiatria Americana, 4.º edição, Texto Revisto.
GGT	Gama Glutamil Transpeptidase
ICD-10	International classification diseases , 10th edition
SNC	Sistema Nervoso Central
SPA	Substâncias Psicoativas
VIH	Vírus de Imunodeficiência Humana

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ahmed M et al. A self-help handout for benzodiazepine discontinuation using cognitive behavioral therapy. Cgn Behav Pract 2008
2. Angel, S., & Angel, P. (2005). Os Toxicómanos e suas Famílias. Lisboa: Climepsi Editores
3. Arias F. Castillo C, Fernandez JJ, Roncero C, Rovira MA, Secades R: Opiaceos, Guias clínicas Socidrogalcohol basadas en la Evidencia Cientifica. Socidrogalcohol. 2008
4. Arons, G., Brown, S., Coe, M., Myers, M., Garland, A., Ezzet-Lofstram, R., Hazen, A., & Hought, R. (1999). Adolescent Alcohol and Drug Abuse and Health. Journal of Adolescent Health, 24 (6), pp. 412-421
5. Barkin, S., Smith, K., & Durant, R. (2002). Social skills and attitudes associated with substance use behaviors among young adolescents. Journal of Adolescent Health, 30, 448-454
6. Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Universidad de Santiago de Compostela Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid, 2002
7. Brook, J., Brook, D., De la Rosa, M., Whiteman, M., Johnson, E., & Montoya, I. (2001). Adolescent illegal drug use: the impact of personality, family and environmental factors. Journal of Behavioral Medicine, 24, 2, 183 – 203

8. Bryant, A., Schulenberg, J., Bachman, J., O'Malley, P., & Johnston, L. (2000). Understanding the links among school misbehavior academic achievement, and cigarette use: A national panel study of adolescents. Prevention Science, 1, 2, 71-87

9. Castrucci, B., Gerlach, K., Kaufman, N., & Orleans, T. (2002). The association among adolescents' tobacco use, their beliefs and attitudes, and friends' and parents' opinions of smoking. Maternal and Child Health Journal, 6, 3, 159-167

10. Crosnoe, R. (2006). The connection between academic failure and adolescent drinking in secondary school. Sociology of Education, 79, 44-60

11. Curran, P., Stice, E., & Chassin, L. (1997). The relation between adolescent alcohol use and peer alcohol use: a longitudinal random coefficients model. Journal of consulting and clinical psychology, 65, 1, 130-140

12. D' Amico, E., & McCarty, D. (2006). Escalation and initiation on younger adolescents' substance use: the impact of perceived peer use. Journal of Adolescent Health, 39, 481-487

13. DiClemente, C. C., Nidecker, M. y Bellack, A. S. (2008). Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. Journal of Substance Abuse Treatment, 34, 25-35.

14. Ernst M, Grant S, London E, Contoreggi C, Kimes A e Spurgeon. L. Decision making in adolescentes with behaviour disorders and adults with substance abuse. American Journal of Psychiatry, 160, 33-40), 2003

15. European monitoring Centre for drugs and drug addiction (2008), Insights, Prevention of substance abuse, 7, Office for official publications of the European communities, Luxembourg

16. European monitoring Centre for drugs and drug addiction (2009), preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. Thematic papers. Office for official publications of the European communities, Luxembourg

17. European monitoring Centre for drugs and drug addiction (2011), Europe drug Prevention quality standards, A manual for professionals, Office for official publications of the European Union, Luxembourg

18. European monitoring Centre for drugs and drug addiction (2012), Guidelines for the evaluation of drug Prevention, A Manual for programme planners and evaluators, Office for official publications of the European Union, Luxembourg

19. European monitoring Centre for drugs and drug addiction (EMCDDA), 2010, Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK) , A Manual prevention professional, Office for official publications of the European Union, Luxembourg

20. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Selective prevention: First overview on the European situation. Lisbon: EMCDDA, 2003.

21. Hanson, K. L., Luciana, M. y Sullwold, K. (2008). Reward-related decision-making deficits and elevated impulsivity among MDMA and other drug users. Drug & Alcohol Dependence, 96, 99-110

22. Heberlein A et al. Neuroendocrin pathways in benzodiazepine dependence, new targets for research and therapy. Hum Psychopharmacol 2008)

23. Humeniuk RE, Ali RA, Babor TF, Farrell M,Formigoni ML, Jittiwutikarn J, Boerngen de Larcerda R, Ling W, Marsden J, Monteiro M, Nhiwhatiwa S, Pal H, Poznyak V and Simon S (2008). Validation of the Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Addiction, 103(6):1039-1047.

24. Humeniuk RE, Dennington V and Ali RL (2008). The effectiveness of a Brief Intervention for illicit drugs linked to the ASSIST Screening Test in Primary Health Care settings: A Technical Report of Phase III indings of the WHO ASSIST Randomised Controlled Trial. Geneva, World Health Organization

25. Humeniuk RE, Henry-Edwards S, Ali RL and Meena S (2010). Self-help strategies for cutting down or stopping substance use: a guide. Geneva, World Health Organization.

26. Humeniuk RE, Henry-Edwards S, Ali RL, Poznyak V and Monteiro M (2010). The ASSIST-linked brief intervention for primary care Geneva, World Health Organization

27. Instituto Deusto de Drogodependencias (2006). Prevención Selectiva del consumo de drogas en menores vulnerables: planeamentos teóricos y experiências internacionales. Bilbao: Universidad de Deusto.

28. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision Edition 2010

29. J. David Hawkins, PhD; Sabrina Oesterle, PhD; Eric C. Brown, PhD; Kathryn C. Monahan, PhD; Robert D. Abbott, PhD; Michael W. Arthur, PhD; Richard F. Catalano, PhD Sustained Decreases in Risk Exposure and Youth Problem Behaviors After Installation of the Communities That Care Prevention System in a Randomized Trial, Arch Pediatr Adolesc Med. 2012;166(2):141-148. doi:10.1001/archpediatrics.2011.183.

30. Jessor, R., y Jessor, S. L. (1977). Problem Behavior and Psychosocial Development: A Longitudinal Study of Youth. New York: Academic Press.

31. Kandel, D., Kessler, R., & Margulies, R. (1978). Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: a developmental analysis. Journal of Youth and Adolescence, 7, 1, 13-40

32. Knight, J., Shrier, L., Bravender, T., Farrell, M., Bilt, J., & Shaffer, H. (1999). A new brief screen for adolescent substance abuse. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 153, 591-596

33. Kuntsche, E., & Jordan, M. (2006). Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors. Results of multilevel analysis. Drug and Alcohol Dependence, 84, 167-174

34. Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D. y Burke, B. L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies. Research on Social Work Practice, 20, 137-160

35. Macfarlane, A., Macfarlane, M. & Robson, P. (1997). Os Adolescentes e a Droga: Factos e Protagonistas (versão Portuguesa de Mário Carneiro). Lisboa: 4 Margens Editora

36. Marlatt, G. A. y Donovan, D. (eds) (2005). Relapse Prevention. Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. Second Edition. New York: Guildorf Press.

37. Marsh LA, Bickel WK, Badger GJ, Stohar ME, Quesnel KJ, Stanger C, e tal. "Comparison of pharmacological treatments for opioid-dependent adoscents: a randomized controlled trial." Arch Gen Psychiatry. 2005; 62: 1157-64.

38. Mercer, G. & Kohn, P. (1980). Child-rearing factors, authoritarianism, drug use attitudes, and adolescent drug use: a model. The Journal of Genetic Psychology, 136, 159-171.

39. Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991). Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior. TheGuilford Press- New York

40. Moore, G.; Rothwell, H., & Segrott, J. (2010). An exploratory study of the relationship between parental attitudes and behaviour and young peoples' consumption of alcohol. (2010). Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 5, 6, 1-14.

41. Musher-Eizenman, D., Holub, S., & Arnett, M. (2003). Attitude and peer influences on adolescent substance use: the moderating effect of age, sex and substance. Journal of Drug Education, 33, 1, 1-23.

42. Naia, A, Simões, C. & Matos, M. (2008). Consumo de Substâncias na Adolescência e Espaços de Lazer: Análise Específica do Estudo HBSC de 2002. In Matos, M. Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de Um Estio?, pp.259-281. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência

43. Nation, M., & Heflinger, C. (2006). Risk factors for serious alcohol and drug use: the role of psychosocial variables in predicting the frequency of substance use among adolescents. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 32, 415-433

44. National Institute on Drug Abuse (1997). Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders. NIDA. National Institutes for Health. Bethesda, Maryland: NIH Publication No.

45. National Institute on Drug Abuse (2009). Principles of drug addiction treatment. Second Edition. National Institute on Drug Abuse. National Institutes of Health. U.S. Department of Health and Human Services.

46. NTA (2007) Assessing young people for substance misuse. London: NTA

47. Palacios, Daniel Araúzo, Vicente, Verónica Casado, Intervención en drogas desde atención primaria:revisión de guías clínicas , ADICCIONES, 2004, VOL.16 NÚM. 3, PÁGS. 225-234

48. Patrício L. Tratamento da dependência de heroína. 2009; 1ª ed. Dias Patrício: 137-141

49. Pharmacon media. Interaciones farmacológicas en el tratamiento de mantenimiento con opioides. 3ª ed. 2008.

50. Pinazo, S. & Ferrer, X. (2002). Etiología y Prevención del Abuso de Drogas en Adolescentes y Jóvenes. Toxicodependências, 8 (1), pp. 35-43

51. Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado / un informe de la Organización Mundial de la Salud Dept.de Salud Mental y Abuso de Sustancias; en colaboración com el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. Organización Mundial de la Salud Ginebra, 2004

52. Prochaska, J. O. (2008). Decision making in the transtheoretical model of behavior change. Medical Decision Making, 28, 845-849.

53. Ries, Richard K et al, 2009, Principals of Addiction Medicine, American Society of addiction Medicine,

54. Rojo-Mota, G., Pedrero Pérez, E. J., Ruiz Sánchez de León, J. M., Llanero-Luque, M.,Olivar-Arroyo, Á. y Puerta-García, C. (2009). Terapia Ocupacional en larehabilitación de la disfunción ejecutiva en adictos a sustancias. Trastornos Adictivos, 11, 96-105.

55. Roncero C, Sáez – Francas N, Castells X, Casas M. "Eficácia y manejo clínico de la buprenorfina". Transtornos aditivos, 2008; 10(2): 77-87

56. Samuel POMBO, Daniel SAMPAIO, DEPOIS DA EMBRIAGUEZ VEM A RESSACA - Uma Perspectiva Sobre o Consumo de Álcool nos Jovens, Acta Medica Portuguesa 2010; 23: 973-982

57. SeifertJ, Metzner C, Paetzold W, Boursutzky M, Paissie T, Rollnik J,et al. Detoxificationof opiate addicts with multiple drug abuse: a comparison of buprenorphine vs metadone. Pharmacopsychiatry, 2002

58. The development and production of the manual and implementation of the WHO ASSIST Project has been made possible thanks to the financial support of the Australian Commonwealth

59. Waxmonsky JG, Wilens TE: Pharmacoterapyof adolescente substance use disorders: A review of the literature- J. Child Adolesc Psycopharmacol 2005

60. WHO ASSIST Working Group 2010. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test(ASSIST): Development, Reability and Feasibility. Addiction, 97:1183-1194

61. WHO – Word Health Organization Genève. 2012

62. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2689602/

BIBLIOGRAFIA

Aguillar F, Verdejo, A. Peralta M, Barrera e Perez M. Experience of emotions in substance abusers exposed to images containing neutral, positive and negative stimuli. Drug and Alcohol Dependence, 78, 159-167, 2005.

Amador Calafat, Monserrat Juan, De la etiología a la prevención del uso y abuso de drogas recreativas, ADICCIONES (2003), VOL. 15, SUPL. 2, I

Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S. Psychosocial combined maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. Cochrane Database of systmatic Reviews Issue 10. Art. No., CD004147. DOI: 10.1002/14651858.CD004147, pub4.

Angel, S., & Angel, P. (2005). Os Toxicómanos e suas Famílias. Lisboa: Climepsi Editores

Antunes, C. (1995). Estudo de Menores Sob Tutela: Região de Lisboa. Lisboa: Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga

Barr HM, Bookstein FL, Binge drinking during pregnancy as a predictor of psychiatrc disorders on the strutured clinical interview for DSMIV in young adult offspring. Am Journal Psychiatry, 2006

Bechara A. Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: a neurocognitive perspective. Nature Neuroscience, 8, 11, 1458-1463, 2005.

Bechara A. E Damasio. Decision –making: decision-making and addiction: impaired activation of somatic states in substance dependente individuals when pondering decisions with negative future consequences. Neuropsychologica, 40, 1675-1689, 2002.

Bell JR, Butler B, Lawrance A, Batey R, Salmelain P. Comparing overdose mortality associated with methadone and buprenorfine treatment. Drug Alcool Depend, 2009.

Berthlet N, Daeppen J-B, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Brief alcohol intervention in Primary care: systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med. 2005; 165: 986-95.

Bliesener N, Albrecht S, Schwagner A, Weckbecker K, Lichtermann D, Klingmuller D, "Plasma testosterone and sexual function in men receiving buprenorfine maintenance for opioid dependence". The journal of clinic endocrinology and metabolism. 2004; 90(1) 2003-6.

Blum RW. Adolescent Substance use and abuse. Arch Pediatr Adolesc. 1997

Bridge JA, Salary CR , Birmaher B, Asare AG, Brent DA>: The risks and benefits of antidepressant treatment for youth depression. Ann Med 2005

Bryant, A. ,& Zimmerman, M. (2002). Examining the effects of academic beliefs and behavior on changes in substance use among urban adolescents. Journal of Educational Psychology, 94, 3, 621-637.

Comissões de Dissuasão, Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro, IDT;IP

Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Drug Abuse and Dependence in the United States. Results from the National Epidemilogic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychaitry 2007; 64: 566-576

Dallery, J. y Raiff, B. R. (2011). Contingency management in the 21st century: technological Innovations to promote smoking cessation. Substance use & misuse, 46(1), 10-22

Damasio, A. (2006). El error de Descartes. La emoción, la razón y el cerebro humano. Primera edición: Descarte's error. Emotion, reason and the human brain (1994). Nueva York: Grasel/Putman.

De Micheli D, Fisberg M, Formigoni MLOS. Estudo da eficácia de intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes num serviço de Cuidados Primários de Saude, Revista da Associação Médica Brasileira, 2004 de Noreña, D., Sánchez-Cubillo, I., García-Molina, A., Tirapu-Ustárroz, J., Bombín-González, I. y Ríos-Lago, M. (2010).

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 4th edition Text Revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000.

Dishion, T., & Owen, L. (2002). A longitudinal analysis of friendships and substance use: bidirectional influence from adolescence to adulthood. Developmental Psychology, 38, 480-491.

Dishion, T., Capaldi, D. & Yoerger, K. (1999). Middle Childhood Antecedents to Progression in Male Adolescent Substance Use. Journal of Adolescent Research, 14 (2), pp. 175-205

Ebner R, Schreiber W, Zierer C,Buprenorphine or methadone for detoxificationof young opioid addicts?. Psychiatr Prax. 2004; Bell JR, Butler B, Lawrance A, Batey R, Salmelain P. Comparing overdose mortality associated with methadone and buprenorfine treatment. Drug Alcool Depend, 2009.

Ebner R, Schreiber W, Zierer C. "Buprenorphine or methadone for detoxification of young opioid addicts?." Psychiatr Prax. 2004; 31 Suppl 1: S08-10.

Efectividad de la rehabilitación neuropsicológica en el daño cerebral adquirido (II): funciones ejecutivas, modificación de conducta y psicoterapia, y uso de nuevas tecnologías. Revista de Neurología, 51, 733-744

Eficácia da Entrevista Motivacional em várias drogas e álcool (http://www.motivationalinterview.org)

Gammer, C. & Cabié, M-C. (1999). Adolescência e Crise Familiar. Lisboa: Climepsi Editores

General Medical Council (2007) 0–18 years: Guidance for all doctors. www.gmc-uk.org/guidance/archive/GMC_0–18.pdf (accessed 22/11/2007)

Hammad TA, Laughren T, Racoosin J: Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. Arch Gen Psychiatry, 2006

Hawkins, J., Catalano, R., & Miller, J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin, 112, 1, 64-105.

Hayes BD, Klein-Schwartz W, Doyon S. "Toxicity of buprenorphine overdoses in children". Pediatrics. 2008; 121; 782-86.

Henry, K., Swain, R., & Slater, M. (2005). Intraindividual variability of school bonding and adolescents' beliefs about the effect of substance use on future aspirations. Prevention Science, 6, 2, 101-112.

Kelly, K., Comello, M., & Edwards, R. (2004). Attitudes of rural middle-school youth toward alcohol, tobacco, drugs, and violence. The Rural Educator, 25, 3, 19-24.

Kreek MJ, Lafarge KS, Bueltman E. "Pharmacotherapy off addictions". Nat Rev Drug Discov. 2002; 1: 710-26.

Larcher, V. (2005) ABC of adolescence: Consent, competence and confidentiality British Medical Journal 330: 353–356

Lespada, T., Iraugi, I. & Aróstegi, E. (2004). Factores de Riesco y Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV. Bilbao: Instituto Deusto de Drogodependencia – Universidad de Deusto

Lidle HA , Rowe CI: Adolescent Substance abuse: Research and clinical advances. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2006.

Macaulay, A., Griffin, K., Gronewold, E, Williams, C., & Botvin, G. (2005). Parenting practices and adolescent drug-related knowledge, attitudes, norms and behavior. Journal of Drug and Alcohol Education, 49, 2, 67-83.

Mammen K, Bell J. "The clinical efficacy and abuse potencial of combination Burenorphine-naloxone in the treatment of opioid dependence." Expert Opin Pharmacother. 2009 27.

Nation, M., & Heflinger, C. (2006). Risk factors for serious alcohol and drug use: the role of psychosocial variables in predicting the frequency of substance use among adolescents. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 32, 415-433.

NICE (2007b) Naltrexone for the management of opioid dependence. London: NICE

NICE (2007c) Community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged children and young people. London: NICE

NICE (2007d) Drug misuse: Opioid detoxification. London: NICE

NICE (2007e) Drug misuse: Psychosocial interventions. London: NICE

Oliveira, P. (1996). Contributo para o Estudo de Percepção de Áreas de Consolidação Psico-sociais de um Conjunto de Pais de Adolescentes Alvo de Estratégias Preventivas em Meio Escolar. Pais, Adolescentes e Promoção de Estilos de Vida Saudáveis. Coimbra

Palmqvist, R., & Santavirta, N. (2006). What friends are for: the relationship between body image, substance use, and peer influence among Finnish adolescents. Journal of Youth and Adolescence, 35, 2, 203-217.

Parker, A., Marshall, J. and Ball, D. (2008) Diagnosis and management of alcohol use disorders British Medical Journal 336: 496–501

Pechansky F, Szobot CM, Scioletto S. Uso de alcool entre adolescents: conceitos, caracteristicas epidemiológicas e fatores etiopatogénicos.Revista Brasileira de Psiquiatria, 2004

Rodrigo, M., Máiquez, M., Garcia, M., Mendoza, R, Rubio, A, Martínez, A., & Martín, J. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescência. Psicothema, 16, 2, 203-210.

Sacks, S.; Banks, S.; McKendrick, K.; and Sacks, J.Y. Modified therapeutic community for co-occurring disorders: A summary of four studies. Journal of Substance Abuse Treatment 34(1):112–122, 2008.

Verdejo A.Funciones ejecutivas y toma de decisiones en drogodependientes: rendimento neuropsicológico y funcionamento cerebral. Tesis Doctoral. Granada: Departamento de personalidade, evaluacion y tratamento psicológico,2006.

Villa, R. & Hermida, J. (2001). Consumo de Drogas y Factores de Risco en los Jóvenes del Municipio de Oviedo. Ayuntamiento de Oviedo, Concejalía de Juventud - Proyecto Hombre - Universidad de Oviedo, Departamento de Psicología

Wallace, S., & Fisher, C. (2007). Substance use attitudes among urban black adolescent: the role of parent, peer, and cultural factors. Journal of Youth and Adolescence, 36, 441-451.

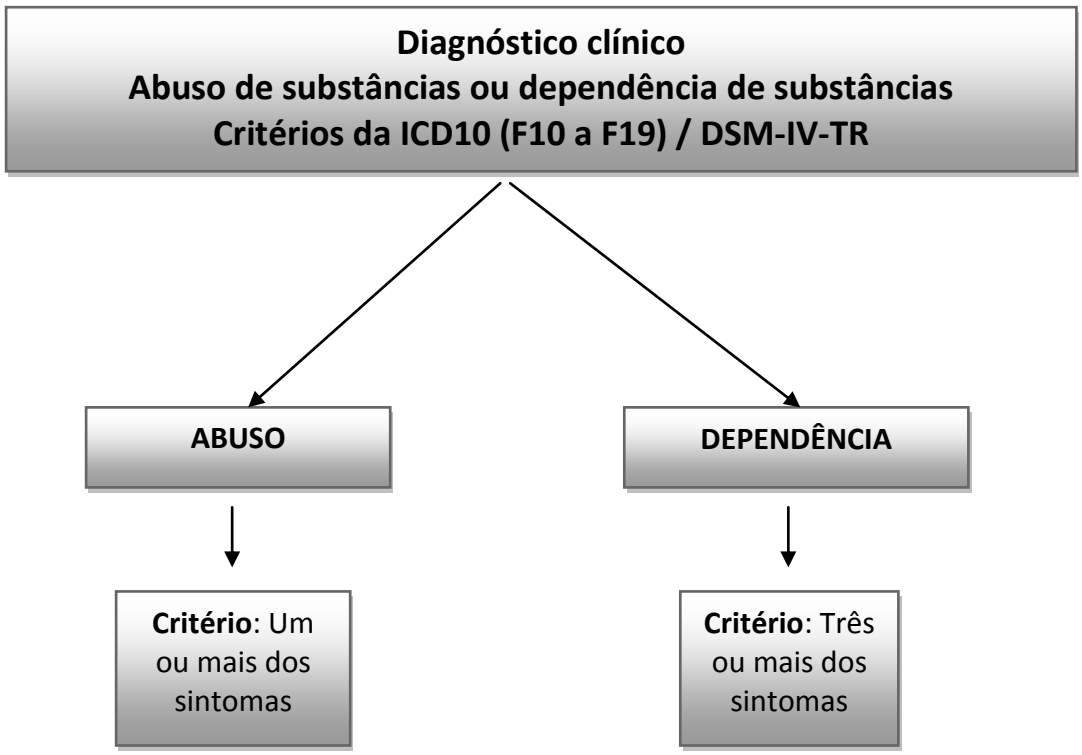
Waxmonsky JG, Wilens TE: Pharmacoterapyof adolescente substance use disorders: A review of the literature- J. Child Adolesc Psycopharmacol 2005Witkiewitz, K. y Marlatt, G.A. (2007). Therapist´s Guide to Evidence-Based Relapse Prevention. London: Elsevier.

Whitlow C, Liguori A, A. Livengood L, Hart S, Mussat-Whitlow B, Lamborn C, Laurienti P, e Porrino L. Long term heavy marijuana users make costly decisions on a gambling task. Drug and Alcohol Dependence, 5, 76, 107-111, 2004.)

Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

ANEXOS

Anexo I: Algoritmo clínico/árvore de decisão



Anexo II – Classificação das doenças mentais segundo DSM-IV TR e o ICD-10

A. ABUSO DE SUBSTÂNCIAS - DSM-IV TR

O abuso de substâncias é um padrão desadaptativo de utilização da substância manifestado por consequências adversas, recorrentes e significativas relacionadas com a utilização repetida das substâncias.

i. Padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a défice ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por um (ou mais) dos seguintes, ocorrendo durante um período de 12 meses:

(i) Utilização recorrente de uma substância resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa(por exemplo, ausências repetidas ou fraco desempenho profissional relacionado com a utilização de substâncias, suspensões ou expulsões escolares relacionados com a substância; negligência das crianças ou deveres domésticos);

(ii) utilização recorrente da substância em situações em que tal se torna fisicamente perigoso (por exemplo, guiar um automóvel ou trabalhar com máquinas quando diminuído pela utilização da substância);

(iii)

(iv) problemas legais recorrentes, relacionados com a substância(por exemplo, prisões por comportamentos desordeiros relacionados com a substância);

(v)

(vi) continuação da utilização das substância apesar dos problemas sociais e interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (por exemplo, discussões com o cônjuge sobre as consequências da intoxicação; lutas físicas).

ii. Os sintomas nunca preencheram os critérios de Dependência de Substâncias, para esta classe de substâncias

B. DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS DSM-IV TR

A característica essencial da Dependência de Substâncias é um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicativos de que o sujeito continua a utilizar a substância apesar dos problemas significativos relacionados com esta. Existe um padrão de autoadministração repetida que resulta geralmente da tolerância, abstinência e comportamento compulsivo quanto ao consumo de drogas.
A Dependência é definida por um conjunto de três ou mais dos sintomas e que ocorrem em qualquer altura no mesmo período de 12 meses.

A tolerância (Critério 1) consiste na necessidade de quantidades crescentes da substância para atingir a intoxicação (ou o efeito desejado) ou uma diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substância.

A abstinência (Critério 2) é uma alteração comportamental desadaptativo, com concomitante fisiológicos e cognitivos, que ocorrem quando as concentrações tecidulares ou sanguíneas de uma substância diminuem, num sujeito que manteve uma utilização prolongada e « maciça » de uma substância.

O padrão de utilização compulsivo de uma substância (Critério 3), característico da Dependência. O sujeito pode utilizar a substância em grandes quantidades ou por um período de tempo superior ao inicialmente pretendido (por exemplo, continuar a beber até se encontrar gravemente intoxicado, apesar de ter imposto como limite apenas uma bebida.

O desejo persistente de diminuir ou regular a utilização da substância (Critério 4). Frequentemente, existe história de vários esforços, sem êxito, para diminuir ou cessar a utilização da substância.

Dispensar grande quantidade de tempo na obtenção e utilização da substância ou recuperação dos seus efeitos (Critério 5).

As atividades quotidianas giram em volta da substância. Importantes atividades sociais, ocupacionais ou relacionais podem ser abandonadas ou reduzidas devido à utilização da substância (Critério 6).

Retração de atividades familiares e passatempos para utilizar a substância em privado ou passar ou passar mais tempo com os amigos que também consomem a substância. Apesar de reconhecer o papel contributivo da substância num problema físico ou psicológico (por exemplo, sintomas depressivos graves ou lesão de sistemas de órgãos), a pessoa continua a utilizar a substância. (Critério 7).

Anexo III: ASSIST - OMS

(versão brasileira retirada de http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_portuguese.pdf)

Nome:_____ Registro _____

Entrevistador: _____ DATA:___/___/_____

ASSIST - OMS

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? *(somente uso não prescrito pelo médico)*	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g.hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- **SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?**
- **Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista**
- **Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões**

2. Durante os três últimos meses, com que freqüência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? *(primeira droga, depois a segunda droga, etc)*	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g.hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- **Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões**

3. Durante os três últimos meses, com que freqüência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? *(primeira droga, segunda droga, etc))*	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g.hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

4. Durante os três últimos meses, com que freqüência o seu consumo de (*primeira droga, depois a segunda droga, etc*) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g.hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
b. bebidas alcóolicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermutes, caninha, rum tequila, gin)
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
g.hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
j. outras – especificar:

5. Durante os três últimos meses, com que freqüência, por causa do seu uso de ***(primeira droga, depois a segunda droga, etc)***, você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g.hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

- **FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1**

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de ***(primeira droga, depois a segunda droga, etc...)*** ?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g.hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de ***((primeira droga, depois a segunda droga, etc...)*** e não conseguiu?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g.hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)		
NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável

Uma vez por semana ou menos
Ou menos de três dias seguidos → Intervenção Breve incluindo cartão de "riscos associados com o uso injetável"

Mais do que uma vez por semana
Ou mais do que três dias seguidos → Intervenção mais aprofundada e tratamento intensivo*

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. SOME SOMENTE das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Álcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.
Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive).
Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.
Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.
Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a

Anexo IV: Limites e Recomendações

a) O ASSIST e o ASSIST - Y apresentam como limitação o facto de não terem tradução para a língua portuguesa.

b) Reveste-se da maior importância a tradução e a validação destes instrumentos para a população portuguesa

c) As "novas drogas legais" são produtos relativamente novos no contexto do abuso de substâncias, verificando-se um aumento do consumo neste grupo etário. O conhecimento sobre a sua composição química e os efeitos a curto e longo prazo são relativamente limitados, e como tal devem ser objeto de futuras normas clínicas mais desenvolvidas