



CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS EM ESTUDANTES DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA: SIGNIFICAÇÕES E PREVALÊNCIAS

Óscar Valdemar Morais

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão das Unidades de Saúde.

Orientada por: Professora Doutora Ana Maria Nunes Português Galvão

Co-orientada por: Professor Doutor António Jorge Silva Trindade Duarte

Bragança, Julho de 2011



CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS EM ESTUDANTES DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA: SIGNIFICAÇÕES E PREVALÊNCIAS

Óscar Valdemar Morais

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão das Unidades de Saúde.

Orientada por: Professora Doutora Ana Maria Nunes Português Galvão

Co-orientada por: Professor Doutor António Jorge Silva Trindade Duarte

Bragança, Julho de 2011

RESUMO

Como objectivo, pretende-se determinar as condutas de consumo de drogas lícitas e ilícitas em estudantes do IPB, tivemos em conta o contexto geográfico de pesquisa, algumas variáveis sociodemográficas e psicossociais. No que concerne às variáveis psicossociais, destacamos a percepção do funcionamento familiar operacionalizadas de acordo com o Teste do Apgar familiar, testado para a população portuguesa, aceite (Saameño et. al., 1996; Gardner et. al., 2001). Pela curiosidade da análise e comparação com resultados obtidos no estudo efectuado por Alves (2007), necessária gestão de recursos humanos, materiais e equipamentos, que têm sido utilizados e necessariamente cada vez mais o serão, na perspectiva da organização estrutural, mobilização, metodologia, formação e distribuição de materiais na realização de eventos, como a recepção ao caloiro e semana académica.

É um estudo epidemiológico, exploratório, descritivo, correlacional e transversal, quantitativo. Foi aplicado um questionário (ISPEIPB, Anexo I), recomendado pela OMS, utilizado no estudo de Alves et. al., (2007). Seleccionada uma amostra de 384 estudantes, numa população de 6213 alunos, distribuídos pelas cinco escolas do IPB.

Conclusões:

- 97,14%, experimentaram pelo menos uma vez Tabaco, Álcool ou Drogas;
- 2,86% dos alunos, referiram nunca ter experimentado qualquer uma das substâncias;
- 15,4% dos alunos, pertencem a famílias com disfunção moderada;
- Comparando os resultados por sexo, concluímos que é o sexo masculino quem mais experimenta Tabaco (79,4% vs. 70,1% do sexo feminino) e também quem mais consome (40,0% vs. os 25,0% do sexo feminino);
- Relativamente ao consumo continuado de álcool, ambos os sexos têm valores muito aproximados, feminino (88,28%) e masculino (88,00%), não sugerindo dependência do padrão de consumo em relação ao sexo.

Estes resultados, levam-nos a reflectir na necessidade de implementarmos uma gestão organizacional, na perspectiva da prevenção e na redução de riscos/minimização de danos, nesta população sensível.

Palavras-chave: Substâncias Psicoactivas; Alunos do Ensino Superior; Perigosidade; Consequências.

ABSTRACT

Through this study, we aimed to determine the patterns of legal and illegal drugs use, among students of the five schools included in the Polytechnic Institute of Bragança (IPB), allowing for the geographic environment of the research, as well as for some socio-demographic and psycho-social variables.

As for the psycho-social variables, we point out the perception of family functioning, that we analyze according to Apgar family tests, already used in Portuguese population, and whose adequacy has been accepted (Saameño *et. al.*, 1996; Gardner, *et. al.*, 2001).

It also aroused our curiosity, the analysis and the confrontation with the results achieved from the study of Alves (2007), and the proper management of human resources, materials and equipments that have been used, and necessarily will be used more and more, in the scope of structural organization, mobilization, methodology, training, as well as materials sharing in college events, as freshman parties and academic week.

This is an epidemiological, exploratory, descriptive, co relational and transversal study, with quantitative nature, that comes next to an inquiry (ISPEIPB) that was held based on the recommendations of OMS, and also based on the study carried out by Alves *et. al.*, (2007). It was settled a group of 384 students, from the five schools of IPB, which has a total population of 6.213 pupils. According to the results, we point out the following:

- Most of the students, 97,14%, have experienced, at least one time, the use of Cigarettes, Alcohol or Drugs;
- Only 2,86% of the students referred never have tried any of these substances;
- It's important to note that 15,4% of the students come from families with moderate dysfunction;
- When we compare the results by sex, we conclude that male are the ones who experience more cigarettes (79,4% vs 70,1% of female) and are also the ones who consume more drugs (40,0% vs 25,0% females);
- Concerning continuous consumption of alcohol, the results of both sexes have very close, female 88,28% and male 88,00%, so we conclude there's no dependency of pattern consumption in relation to sex.

These results make us reflect on the need to fulfill a proposal for organizational management, with a view to prevent and reduce the risks/damages, in this vulnerable population.

Keywords: Psychoactive substances; College students, Danger, Consequences

RESUMEN

En esta investigación, ha sido nuestro objetivo determinar los padrones de consumo de drogas lícitas e ilícitas en estudiantes de las cinco escuelas del Instituto Politécnico de Bragança (IPB), no olvidando el contexto geográfico de la pesquisa, así como las variables socio-demográficas y psicosociales. Con respecto a las variables psicosociales, destacamos la percepción del funcionamiento familiar que operamos de acuerdo con los Testes del Apgar familiar, que ya ha sido testado para la población portuguesa, cuya adecuación ha sido aceptada (Saameño et. al., 1996; Gardner, et. al., 2001). También nos ha despertado la curiosidad, el análisis y la comparación de los resultados obtenidos en el estudio realizado por Alves (2007), y la adecuada gestión de los medios humanos, materiales y equipamientos que han sido utilizados, y que lo serán necesariamente cada vez más, con vista a la organización estructural, movilización, formación y distribución de materiales para la realización de sucesos, como la recepción a los nuevos alumnos y la semana académica.

Este es un estudio epidemiológico, exploratorio, descriptivo, correlacional y transversal, de naturaleza cuantitativa, habiendo sido aplicado un cuestionario (ISPEIPB), basado en las recomendaciones de la Organización Mundial de Salud (OMS), y en lo utilizado en el estudio de Alves, et. al., (2007).

Ha sido constituido un grupo de 384 estudiantes, de una población de 6.213 alumnos, que pertenecen a las cinco escuelas del IPB. De acuerdo con los resultados destacamos algunas conclusiones:

- La mayoría de los alumnos – 97,14% - han probado al menos una vez Tabaco, Alcohol o Drogas;
- Solamente 2,86% de los alumnos han afirmado nunca haber probado cualquiera de estas sustancias;
- Es importante referir que 15,4% de los alumnos pertenece a familias con disfunción moderada;
- Cuando comparamos los resultados por sexo, concluimos que el sexo masculino prueba más el Tabaco 79,4% vs. 70,1% del sexo femenino);
- Con relación al alcohol, si hablamos de consumo regular, los dos sexos tienen valores muy próximos, el sexo femenino 88,28% y el masculino 88,00%, o sea, los resultados no sugieren dependencia del patrón de consumo en relación al sexo.

Estos resultados nos hacen pensar en la necesidad de implementar una propuesta de gestión organizacional, con el objetivo de prevenir y reducir los riesgos/daños, en esta población sensible.

Palabras-clave: Sustancias Psicoactivas, Alumnos de Enseñanza Superior, Peligro, Consecuencias.

DEDICATÓRIA

ÀS PESSOAS MAIS MARAVILHOSAS
DO MUNDO, QUE EU ADORO
INCONDICIONALMENTE E, PELAS
QUAIS TENHO A MAIOR ESTIMA E
ADMIRAÇÃO.

AGRADECIMENTOS

Muitas foram as pessoas que me apoiaram directa ou indirectamente, para que este trabalho se realizasse. Contudo, houve pessoas mais próximas e com contributos mais vastos e importantes, aos quais não queria deixar de manifestar o meu público e sentido agradecimento.

Assim em primeiro lugar quero agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Ana Galvão, não somente pela supervisão científica deste trabalho, como acima de tudo, a sua grande disponibilidade para a pesquisa de material e colaboração na selecção da mesma, e principalmente a amizade e confiança que em mim depositou, sem as quais não teria sido possível concluir este trabalho.

Em segundo lugar, quero agradecer ao meu co-orientador, Professor Doutor António Duarte, toda a ajuda que me deu ao longo deste trabalho, mostrando sempre disponibilidade e simpatia, sempre que o solicitava para a resolução das situações com que me deparava e me dificultavam o avanço do mesmo.

Em terceiro lugar, quero agradecer ao Professor Doutor António Ribeiro Alves, pela amabilidade e cortesia com que sempre me recebeu, e ainda pelo material que me forneceu e ideias que me deu para o desenvolvimento do trabalho.

À Professora Doutora Paula Odete, por toda a sua dedicação e paciência, que teve durante as aulas na exposição dos conteúdos programáticos, da cadeira de TAD, que tanto nos ajudou para a consecução do trabalho.

Quero ainda agradecer ao Professor Doutor Leonel Preto, pela sugestão e colaboração no arranque deste trabalho, também teve o seu mérito e preocupação, para que este se realizasse.

Ao Professor Doutor Sobrinho Teixeira, Presidente do IPB, que autorizou a realização do trabalho junto dos alunos do IPB, e ao Professor Doutor Luís Pais, que autorizou a cedência de informação sobre a população estudantil do IPB.

A todos os professores, que colaboraram na aplicação dos respectivos questionários, passando-os aos alunos ou cedendo parte do tempo lectivo, para que eu os aplicasse.

Aos alunos que contribuíram para que este trabalho se tornasse realidade, pois sem o seu contributo tal não se verificaria.

Às pessoas que me são mais queridas, pela paciência, apoio e compreensão, nos momentos de meu humor menos adequado, e falta de incentivo.

A todos sem excepção, e que me perdoem os que deles me esqueci, mas não foi de maneira nenhuma intencional, o meu caloroso muito obrigado. Bem hajam.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS/ACRÓNIMOS

APNOR – Associação dos Politécnicos do Norte

CID - Classificação Internacional das Doenças

CIP - Classificação Internacional das Profissões

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

e.g. - por exemplo

EME - Estudo em Meio Escolar

ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and other Drugs

ET/CRI – Equipe de Tratamento do Centro de Respostas Integradas

EUA - Estados Unidos da América

gl - graus de liberdade

HBSC - Health Behaviour in School-Aged

IDT, IP. - Instituto da Droga e da Toxicodependência, Instituto Público

IC - Intervalo de Confiança

INE - Instituto Nacional de Estatística

INME - Inquérito Nacional em Meio Escolar

IPB – Instituto Politécnico de Bragança

ISPEIPB – Inquérito Sobre Consumo de Substâncias Psicoactivas Pelos Estudantes do IPB

MDMA - Metilenodioximetanfetamina

M - Média da amostra

n - número de casos de um subgrupo da amostra

N - Número de casos da amostra

OEDT – Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência

p - probabilidade de aceitar a hipótese nula

SNC - Sistema Nervoso Central

SPSS - Statistical Package of Social Sciences

THC - Tetrahydrocannabinol

t - Resultado para o teste t de Student para amostras independentes

χ^2 - Qui-quadrado

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
I PARTE ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
CAPÍTULO I - CONCEITOS INTRODUTÓRIOS	5
1.1. Conceitos de Substâncias Psicoactivas e Sua Classificação	5
1.2. Classificação e Critérios de Classificação das Drogas	6
1.3. Padrões de Consumo: Do Uso Experimental à Dependência	8
CAPÍTULO II – CONSUMOS EM MEIO ESCOLAR	10
2.1. Álcool	11
2.2. Tabaco	13
2.3. Solventes e Inalantes	15
2.4. Tranquilizantes, Calmantes e Sedativos	16
2.5. Estimulantes e Anfetaminas	17
2.6. Cannabis	18
2.7. Ecstasy	20
2.8. Heroína	21
2.9. Cocaína	24
2.10. LSD	25
CAPÍTULO III – ADOLESCÊNCIA E ADULTO JOVEM	27
3.1. Visão Desenvolvimentista	27
3.2. A Escola e a Família Como Sistema de Suporte Social	34
3.3. Comportamentos Desviantes e Condutas de Risco	35
II PARTE ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO/INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA: CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS EM ESTUDANTES DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA: SIGNIFICAÇÕES E PREVALÊNCIAS	
CAPÍTULO IV – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA: CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS EM ESTUDANTES DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA: SIGNIFICAÇÕES E PREVALÊNCIAS	40
4.1. Concepção da Pesquisa	40
4.2. Problema de Investigação	42
4.3. Tipo de Estudo	42
4.4. Contexto Geográfico de Pesquisa	44
4.5. População Alvo	44

4.6. Instrumento de Recolha de Dados.....	45
4.7. Hipótese Geral	48
4.8. Variáveis e Sua Operacionalização	48
4.9. Trabalho de Campo e Procedimentos de Análise dos Dados	50
CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO, DESCRIÇÃO, ANÁLISE DOS RESULTADOS E RESPECTIVA COMPARAÇÃO COM OUTROS ESTUDOS	52
5.1. Caracterização da Amostra.....	52
5.2. Experiência e Condutas de Consumo.....	54
5.3. Considera Ter Uma Relação Estável Com os seus Pais.....	55
5.4. Relacionamento Com os Pais	55
5.5. Análise da Variável Apgar Familiar	56
5.6. Percepção do Desempenho Académico no Curso que Frequenta.....	57
5.7. Consumo em Função da Pertença ao Sexo	58
5.8. Contextos de Iniciação, Razões de Consumo e de Dependência	61
5.9. Idade de Início do Consumo das Substâncias.....	64
5.10. Idade de Início do Consumo das Substâncias em Função do Sexo	65
5.11. Idade de Início em Função do Local de Origem	66
5.12. Influência do Local de Origem nos Níveis de Satisfação com a Cidade e Com o Curso	66
5.13. Prevalências de Consumo das Diferentes Substâncias	68
5.14. Natureza dos Consumos e Outros Aspectos	71
5.15. Perigosidade Atribuída às Diferentes Substâncias.....	73
5.16. Drogas Utilizadas por Conhecidos.....	75
5.17. Facilidade na Aquisição de Drogas.....	76
CAPÍTULO VI – CONCLUSÕES/LIMITAÇÕES/SUGESTÕES	77
6.1. Conclusões.....	77
6.2. Limitações	79
6.3. Sugestões.....	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
Anexos.....	89
Anexo I - Instrumento De Recolha De Dados (ISPEIPB)	90
Anexo II - Pedido De Autorização Para A Aplicação Do Questionário Ao Presidente Do IPB.....	91
Anexo III - Pedido De Dados Estatísticos Ao Director Do CRI De Bragança	92
Anexo IV - Resposta Ao Pedido De Dados Estatísticos Ao Director Do Cri De Bragança	93

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Alunos agrupados conforme o tipo de experiência de consumo de Tabaco, Álcool e Drogas	54
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Resultado da questão: "Achas que a relação com os teus pais é estável?"	55
Gráfico 2. Representação gráfica do relacionamento com o pai/mãe	56
Gráfico 3. Representação gráfica da mediana das idades de início dos consumos das substâncias	64
Gráfico 5. Idade de início do consumo das substâncias pelo sexo Masculino (mínimo, mediana e máximo).....	66
Gráfico 6. Perigosidade atribuída ao Tabaco, de acordo com o género sexual	74
Gráfico 7. Perigosidade atribuída ao Álcool, de acordo com o género sexual	74
Gráfico 8. Quantas pessoas das suas relações usam drogas?.....	75
Gráfico 9. Resultados da variável "Ter amigos que usam drogas" segundo os consumidores e não consumidores	75
Gráfico 10. Facilidade na aquisição de drogas na cidade em que estuda	76
Gráfico 11. Não consumidores e consumidores distribuídos pela opinião sobre a facilidade na obtenção de drogas.....	76

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação das drogas de acordo com o tipo e a intensidade da dependência	7
Quadro 2 - Escala APGAR	46
Quadro 3 - Escalas para caracterizar o consumo	47
Quadro 4 - Variáveis do perfil de consumo	47
Quadro 5 - resumo das distribuições de frequências nos vários itens do apgar	56

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - <i>População e amostras por escolas</i>	52
Tabela 2 - <i>Distribuição do sexo em cada escola na população e na amostra</i>	53
Tabela 3 - <i>Distribuição do ano lectivo em cada escola na amostra</i>	53
Tabela 4 - <i>Tipo de família de acordo com os valores do Apgar</i>	57
Tabela 5 - <i>Desempenho académico no curso que frequenta</i>	57
Tabela 6 - <i>Distribuição da variável sexo pelos dois grupos na amostra e pela população do IPB</i> . 58	
Tabela 7 - <i>Caracterização do consumo de Tabaco em função do sexo</i>	58
Tabela 8 - <i>Caracterização do consumo de Álcool em função do sexo</i>	59
Tabela 9 - <i>Caracterização do consumo de várias substâncias em função do sexo</i>	61
Tabela 10 - <i>Contexto social de iniciação ao consumo para todas as substâncias</i>	62
Tabela 11 - <i>Local de iniciação ao consumo para todas as substâncias</i>	62
Tabela 12 - <i>Razão/Significações de experiência em todas as substâncias</i>	63
Tabela 13 - <i>Razões/Significações para a dependência para todas as substâncias</i>	63
Tabela 14 - <i>Idade de iniciação ao consumo</i>	65
Tabela 15 - <i>Local de origem e satisfação com a cidade</i>	66
Tabela 16 - <i>Local de origem e satisfação com o curso</i>	67
Tabela 17 - <i>Frequências de consumo por substância e Prevalência</i>	68
Tabela 18 - <i>Prevalências do consumo de álcool por sexo</i>	69
Tabela 19 - <i>Valores das prevalências em cada substância</i>	71
Tabela 20 - <i>Taxa de consumo diário por substâncias</i>	72
Tabela 21 - <i>Significações/Perigosidade atribuída às diferentes substâncias</i>	73

INTRODUÇÃO

O presente trabalho, insere-se no âmbito da formação académica, mestrado em Gestão das Organizações - ramo Gestão de Unidades de Saúde, actividade profissional, Enfermeiro Graduado na Equipa de Tratamento do Centro de Respostas Integradas de Bragança (CRI), e por unanimidade dos intervenientes, inclusive do coordenador do grupo Professor Doutor António Ribeiro Alves (Professor Adjunto na ESE do Instituto Politécnico de Bragança) que, efectuou um estudo sobre esta matéria, já há algum tempo a esta parte, tendo suscitado algumas questões, às quais se pretende dar resposta com este novo estudo.

Incentivado ainda pelo empenho demonstrado pelas entidades como por exemplo: Associação Académica de Bragança do Instituto Politécnico de Bragança (IPB), com a finalidade de distanciar a população do Instituto Politécnico de Bragança, da existência de consumos e de consumidores, e ainda pela Equipa de Prevenção do Centro de Respostas Integradas de Bragança (CRI), com as suas frequentes sessões de esclarecimento e actividades preventivas, com o objectivo de evitar possíveis experiências e respectiva continuidade de consumos de substâncias psicoactivas, quer no universo estudantil, quer na população em geral. Saliente-se ainda a consulta de psicologia no gabinete clínico do (IPB).

A ideia de que o ensino superior não é uma entidade puramente educativa, mas que se compõe de múltiplas tarefas adaptativas, de realização e de integração, é actualmente consensual. O jovem adulto, aquando da entrada para o Ensino Superior, vê-se confrontado com múltiplos desafios, essenciais para o desenvolvimento da autonomia e da identidade. A implementação dos serviços de apoio aos estudantes é um recurso que cada vez mais deve ser desenvolvido na Universidade exercendo a sua intervenção ao nível dos domínios académico, pessoal/social e vocacional.

O ensino superior coincide com uma etapa desenvolvimental que apresenta novas tarefas e desafios aos estudantes que o frequentam. Trata-se de uma etapa que se pauta pela experiência de situações novas, as quais implicam uma maior autonomia em relação à família e o confronto com novas exigências e expectativas (Sprinthall & Collins, 1994).

Com os resultados deste trabalho, pretendemos apresentar uma proposta de intervenção a nível da gestão de recursos disponíveis para ajudar este tipo de população. Através do gabinete clínico, desenvolvendo actividades tais como: Acompanhamento Social; Acções de Sensibilização; Informação; Proceder ao despiste de doenças/problemas e encaminhamento para outros serviços; Apoio e orientação na vivência das problemáticas; Apoiar projectos de investigação e trabalhos académicos na área do consumo de substâncias psicoactivas e ainda apoiar os estudantes na sua integração psicossocial, prevenir e tratar o sofrimento psicológico.

A frequência no ensino superior é um período e um local de apogeu para a bebida e para as drogas. A maioria maciça dos estudantes universitários utiliza álcool, e até 40% apanham bebidas pelo menos uma vez a cada duas semanas (Johnston, O'Malley & Bachman, 1999).

Os estudantes que apanham bebidas tendem a faltar às aulas, a criarem conflitos com as autoridades, a causar danos à propriedade, a conduzir depois de beber e a envolverem-se em agressão sexual ou em actividade sexual insegura sem planeamento (NIAAA, 1995). O uso de marijuana entre universitários aumentou em 21% entre 1993 e 1997 (Wechsle et al., 1998) e hoje envolve um a cada quatro estudantes. Os usuários de marijuana, assim como os que costumam beber, tendem a baixar o rendimento escolar, a estudar menos, a socializar-se mais e a participar de outros comportamentos de alto risco (Bell, Wechsler & Johnston, 1997; Wechsler, Dowdall, Davenport & Castilho, 1995).

À medida que os jovens adultos amadurecem, estabelecem-se e assumem mais responsabilidade pelo seu futuro, tendem a reduzir o uso de álcool e de drogas, especialmente se os amigos fizerem o mesmo (Labouvie, 1996). Embora cerca de metade de todos os jovens adultos tenham experimentado drogas ilícitas, mais comumente a marijuana, apenas 7,4% das pessoas de 26 a 34 anos são usuárias (SAMHSA, 1998b).

Tendo como finalidade compreender melhor um fenómeno e tentar perceber as influências do contexto geográfico, das variáveis psicossociais e sócio-demográficas no problema em estudo, partirei da questão exploratória geral de que os factores ligados ao desenvolvimento psicossocial dos jovens adultos poderão influenciar as suas condutas face às drogas.

Analisada a literatura, comparadas as metodologias seguidas e os resultados de outras investigações, surgiu a primeira parte deste trabalho que dedicamos ao enquadramento teórico do problema em estudo. Numa segunda parte, iniciamos um trabalho de campo no qual expomos os resultados a uma amostra de 384 alunos num inquérito elaborado segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde e o instrumento validado pelo Professor Doutor António Ribeiro Alves, coordenador do grupo que efectuou o estudo anterior aos alunos do IPB, em 2007.

Para a concretização deste estudo orientamo-nos pelos seguintes objectivos gerais e específicos:

Objectivos Gerais:

- Avaliar a natureza e a extensão dos consumos de várias substâncias legais e ilegais junto da população estudantil das cinco escolas do Instituto Politécnico de Bragança;
- Conhecer algumas significações dos estudantes do IPB sobre o fenómeno da droga.
- Utilizar os resultados com a finalidade de implementação de acções, quer no gabinete de saúde do IPB, quer a nível do Instituto da Droga e Toxicodpendência, através da Delegação Regional do Norte (IDT/DRN), representada pelo Centro de Respostas Integradas (CRI) de Bragança.

Objectivos Específicos:

- Caracterizar a amostra a um nível sócio-demográfico;

- Avaliar a dinâmica familiar, e os tipos de famílias de pertença dos estudantes participantes no estudo;
- Determinar o grau de satisfação nos relacionamentos com o pai e com a mãe;
- Avaliar o grau de satisfação com a escola e local onde habitam;
- Conhecer a percepção dos alunos acerca do desempenho e do rendimento escolar;
- Avaliar os padrões de consumo de substâncias lícitas (álcool e tabaco);
- Avaliar os padrões de consumo de drogas ilícitas;
- Descrever os contextos de iniciação aos consumos de substâncias;
- Conhecer o nível de perigosidade atribuído às várias substâncias.

Após o enquadramento teórico do tema descreveremos os procedimentos metodológicos que se baseiam no método quantitativo segundo o paradigma positivista, envolvendo a recolha de dados de pesquisa e a análise dos mesmos. A fase analítica é aquela em que se tratam, analisam e interpretam os dados, apresentados em condições de serem divulgados. Seguidamente discutimos os resultados e apresentamos sugestões para o futuro, quer no âmbito da prevenção, quer ao nível da investigação.

Finalizamos o trabalho com as conclusões onde resumimos os dados relevantes da investigação, bem como apresentamos a bibliografia que nos serviu de base teórica para a realização da mesma.

I PARTE
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I - CONCEITOS INTRODUTÓRIOS

O uso de psicotrópicos é uma constante da cultura e da humanidade. A tentativa de compreender este fenómeno, as causas e as motivações que estão na sua origem, tem sido igualmente uma preocupação da investigação e da literatura. Face à complexidade do estudo, o trabalho do investigador não se tem mostrado nada fácil. O consumo de drogas e as condutas que lhe são associadas estão envolvidos numa nebulosidade de comportamentos que segundo (Teixeira, 1993, p.9), deriva de “um conjunto múltiplo de dimensões implicadas na sua génese”.

Não é pois de estranhar que no campo da toxicodependência haja uma tão grande pluralidade de discursos, reflectindo-se em abordagens diferenciadas, em quadros legais por vezes díspares e em políticas preventivas também discordantes de país para país.

Neste trabalho, tomando em linha de conta o supracitado, procuramos situar-nos num quadro conceptual concordante com a cultura portuguesa e, mesmo correndo o risco de relativizarmos um tão complexo problema ao delimitarmos os objectivos da pesquisa, cingirmo-nos, como referência teórica, a uma linha de pesquisa psicossocial e epidemiológica que nos servisse de base para reflexões preventivas.

Importa-nos então conhecer os contextos e os dados epidemiológicos sobre os consumos na população que estudamos para, conhecendo a amplitude do fenómeno, a sua distribuição pelas variáveis atributo da amostra, entendermos que acções de intervenção deverão ser planeadas num quadro de promoção para a saúde.

1.1. Conceitos de Substâncias Psicoactivas e Sua Classificação

São em grande número as definições de droga habitualmente encontradas na literatura temática. Uma breve análise desses conceitos leva-nos a concluir que os mesmos centram a sua atenção nas alterações físicas e psicológicas que as drogas induzem no ser humano. Porém, a capacidade de provocar tais alterações está presente em diversos produtos de natureza vegetal, mineral ou animal. Desde inúmeras plantas e sementes que contêm alcalóides, aos solventes de origem industrial, passando pelos produtos sintéticos produzidos pela indústria farmacêutica, em crescente desenvolvimento nesta área, existe toda uma panóplia de substâncias capazes de modificar o funcionamento psíquico de um indivíduo.

O sentido amplo das definições parece revelar a dificuldade de conceituar droga, e sobretudo em estabelecer a sua fronteira com conceitos afins como os de medicamento, tóxico ou veneno. A complexidade da questão aumenta se pensarmos que para a definição de droga não são exclusivamente utilizados princípios médico-farmacológicos, mas também critérios de natureza histórica, cultural e moral, de que é exemplo a divisão das substâncias em lícitas e ilícitas.

Neste sentido mencionamos a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) que considera droga toda aquela substância que, introduzida num organismo vivo, tem a capacidade para modificar uma ou mais das suas funções.

Se o conceito de droga apresenta uma grande variabilidade de significações, o mesmo se passa com o conceito de uso e abuso de substâncias psicoactivas. Com efeito, o que para algumas pessoas ou culturas é uso, pode significar para outras sociedades um claro abuso e vice-versa.

Relativamente a esta problemática, (Olivenstein, 1992, pp. 401-404) é de opinião que o encontro que um indivíduo faz com um psicotrópico e o que daí resultar, dependerá simultaneamente do produto, da personalidade biopsicossociocultural e do contexto em que essas experiências se desenvolvem. Retomando este princípio (Xiberras,1997) deduz uma “equação tóxica” em que os resultados da “prática tóxica” estariam relacionadas. Assim, “1- Uma substância psicotrópica, um agente modificador da mente e do corpo, mas cujos efeitos dependem fortemente do equilíbrio do consumidor e sobretudo do nível de esclarecimento da sociedade. 2- Um determinado contexto desse saber farmacológico. 3- Um sujeito consumidor, influenciado por um produto, ou que, consoante as circunstâncias, actua sobre esse mesmo produto”, seriam, na opinião desta autora, factores determinantes para a compreensão e análise do fenómeno da toxicodependência.

Na literatura sobre o tema, o uso de uma droga aparece geralmente relatado por uma modalidade de consumo que não se traduza em consequências físicas, psicológicas ou sociais apreciáveis, seja pelas pequenas quantidades de substância consumida, seja pela baixa frequência com que ocorrem os consumos. Entretanto, as substâncias das quais falamos possibilitam reduzidas possibilidades de uso; não só porque o seu consumo é, em si mesmo, um risco, mas também pela capacidade de produzir dependência física, dependência psicológica e tolerância, estado que, em algumas situações, é rapidamente instalado. A tolerância “é definida como a necessidade de aumentar as quantidades da substância a fim de obter o efeito desejado” (Kaplan & Sadock, 1990, p. 234); ou, segundo os eixos descritivos do DSM IV, entendida como: a) efeito notoriamente diminuído com o uso continuado de mesma quantia do produto; b) necessidade de maior quantia da substância, em ordem a obter o mesmo grau de intoxicação ou o efeito desejado.

Em resumo, e tendo em conta as contribuições de natureza bibliográfica, podemos entender “droga” toda aquela substância capaz de alterar o funcionamento psíquico de um indivíduo e produzir dependência física, *cryving* ou dependência psicológica, tolerância e abstinência.

1.2. Classificação e Critérios de Classificação das Drogas

Para se classificar algo ou alguma coisa deve previamente definir-se o critério que está na base dessa classificação. O mesmo se passa com as drogas. Tal significa que existem muitas taxinomias e que na revisão da literatura podemos encontrar as substâncias divididas em diferentes grupos.

Foi (Louis Lewin, 1924) um dos primeiros investigadores a interessar-se pelo problema da classificação dos psicotrópicos. Citado por (Xiberras, 1997) e por (Morel, Hervé & Fontaine, 1998), Lewin usou como critério de classificação das drogas o efeito que o consumidor geralmente esperava delas. As diversas drogas foram então divididas em cinco grandes famílias: a família dos *Excitantia*, de que fariam parte produtos como a cafeína e o tabaco, e de que os usuários se serviriam para obter excitação. A família dos Inebriantes, abrangendo substâncias indutoras de um estado de embriagues de que fariam parte o álcool e outros solventes. A categoria dos Eufórica, da qual fariam parte substâncias que consumidas em baixas dosagens produziam euforia. A família dos *Hipnotica*, de que fariam parte todos os psicotrópicos consumidos para induzir o sono. E por fim a família dos *Phantastica*, abrangendo todos os produtos consumidos com o objectivo de potenciar as capacidades sensoriais e susceptíveis de produzir alucinações, como os produtos *cannabinoides* e a *dietilamida* do ácido *lisérgico* (LSD). Sobre esta forma estava concluída uma das classificações mais antigas que conhecemos.

Reflectindo sobre a tentativa de classificação das substâncias, (Schuckit, 1998, p. 10) refere que “existem muitas classificações possíveis, algumas delas mais adaptadas à investigação, outras mais conformes ao aspecto farmacológico”.

Uma das classificações mais utilizadas consiste em diferenciar as substâncias tendo como critério o efeito principal que as mesmas exercem no Sistema Nervoso Central (SNC), e que de acordo com (Delley & Deniker 1975), citados por (Morel et al., 1998, p. 24) se classificariam em três grandes famílias:

As substâncias sedativas ou depressoras, que inibem e diminuem a actividade do SNC: álcool, barbitúricos *ansiolíticos* e *opiáceos*.

As substâncias estimulantes, activadoras do SNC: *anfetaminas*, cocaína, nicotina, cafeína e *ecstasy*.

As substâncias perturbadoras que modificam o curso do pensamento e das percepções sensoriais: *cannabis* e LSD.

Diversos autores tendem a classificar as drogas tendo como critério a sua capacidade de produzir dependência e/ou a intensidade da tolerância, de acordo com o (Quadro 1).

Quadro 1
Classificação das drogas de acordo com o tipo e a intensidade da dependência

Drogas	Dep. Psíquica	Dep. Física	Tolerância
Heroína	++	++	++
Barbitúricos	+	+	+
Anfetaminas	+	+	+
Cocaína	+	-	-
Cannabis	+	-	-
LSD	+	-	++
Álcool	+	-	+

Fonte: Adaptação de Medeiros & Chung (1999). Um pouco sobre as drogas e a sua relação com a adolescência.

Uma outra classificação é a que, tendo por base um critério político-legal, divide as substâncias em lícitas, (aquelas que podem ser legalmente vendidas e compradas), e ilícitas, (as substâncias controladas ou proibidas).

Finalmente, e tendo por base um critério geral de perigosidade, o grande público como que faz uma distinção entre as drogas dividindo-as em drogas leves e drogas pesadas, o que não deixa de ser um tipo de classificação.

1.3. Padrões de Consumo: Do Uso Experimental à Dependência

Uma conduta de consumo define-se em função do grande número de variáveis que intervêm e influenciam o uso de uma determinada substância. Essas variáveis protagonizam a relação que o sujeito estabelece com a droga. Entre as diversas variáveis podemos destacar:

A substância, ou droga principal;

As drogas associadas;

As vias de administração;

As quantidades consumidas;

A idade e as características biológicas do consumidor;

A forma de consumo; individual ou grupal;

Os períodos que duram os consumos;

Os comportamentos associados ao consumo;

Os valores pessoais, sociais e culturais que condicionam o consumo.

Em relação ao uso de substâncias, a OMS recomenda a seguinte classificação para as pessoas que utilizam drogas:

Não usuário - aquele que nunca utilizou.

Usuário leve - utilizou drogas ocasionalmente, no entanto, não teve consumos no último mês.

Usuário moderado - utiliza drogas, com frequência, mas não o fez diariamente no último mês.

Usuário pesado - utilizou drogas quase diariamente no último mês.

Seguindo considerações de saúde pública, sociais e educacionais, a Organização das Nações Unidas para a Educação Ciência e Cultura (UNESCO), distinguem quatro tipos de consumos de substâncias psicoactivas: a) Não consumidor - nunca consumiu; b) Consumo experimental ou experimentador - limitou-se a experimentar uma ou várias substâncias psicoactivas por motivos diversos, como a curiosidade, desejo de novas experiências ou pressão do grupo. Na grande maioria dos casos, o contacto com as drogas não passaram das primeiras experiências; c) Consumo ocasional - o consumidor utiliza um ou vários produtos, de vez em quando, dependendo do ambiente ou da substância disponível. Não existe dependência nem ruptura das relações afectivas profissionais ou sociais; d) Consumo dependente - o consumidor vive para a droga quase exclusivamente. Existe ruptura nos vínculos sociais. Muitas vezes existem problemas de marginalização. A dependência física e psicológica faz-se sentir.

Uma outra tipologia nas progressões de consumo consiste em: 1) uso ou consumo experimental ou ocasional; 2) abuso; 3) adição ou dependência (Teixeira,1998).

Como vemos, nas várias tipologias está subjacente a frequência dos contactos que o indivíduo estabelece com o produto, e existe o consenso de que, não fazendo a droga o toxicodependente, existe um padrão gradativo no trajecto dos consumos que culmina num estado de dependência: a toxicodependência.

A dependência, também referida como habituação ou utilização compulsiva da substância, diz-se cruzada quando o sujeito faz uso simultâneo de vários tipos de drogas. Muitos autores fazem distinção entre dependência física e dependência psicológica. Assim a dependência física seria a adaptação do organismo ao consumo habitual da substância, podendo surgir sintomas quando o uso de drogas é interrompido ou diminuído. A dependência psicológica, ou *craving*, seria a sensação de necessidade do produto por parte do consumidor levando à compulsão psíquica para consumir.

Relativamente aos critérios nosológicos presentes no DSM IV, esta entidade é classificada sob o termo “Abuso de substâncias” e, para uma melhor compreensão, citamo-los na íntegra, de acordo com a sua versão on-line, que consultamos em 24/08/2010 a partir do site <http://www.psicologia.com>.

“A. Um padrão mal-adaptativo de uso de substância levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um período de 12 meses:

(1) Uso recorrente da substância resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa (e. g., repetidas ausências ou fraco desempenho ocupacional relacionados ao uso de substância; ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas a substância; negligência dos filhos ou dos afazeres domésticos)

(2) Uso recorrente da substância em situações nas quais isto representa perigo físico (por ex., dirigir um veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso da substância)

(3) Problemas legais recorrentes relacionados à substância (e. g., detenções por conduta desordeira relacionada a substância)

(4) Uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (e.g., discussões com o cônjuge acerca das consequências da intoxicação, lutas corporais)

B. Os sintomas jamais satisfizeram os critérios para Dependência de Substância para esta classe de substância.”

CAPÍTULO II – CONSUMOS EM MEIO ESCOLAR

O consumo de substâncias psicoactivas entre os jovens, e sobretudo o processo que conduz, ao longo da puberdade, adolescência e jovem adulto, a esse consumo e dependência encontra-se no centro de muitas pesquisas epidemiológicas da actualidade.

Ao nível do consumo nos vários países da União Europeia, salientamos os estudos do ESPAD (European School Survey on Alcohol and Other Drugs - Inquérito Europeu sobre o Consumo de Álcool e Outras Drogas). É um estudo efectuado a nível europeu, na faixa etária entre os 12 e os 18 anos e em alunos do ensino secundário, por equipas de investigadores independentes, com coordenação comum, e com o apoio do Grupo Pompidou do Conselho da Europa. Em Portugal, está a cargo do Observatório da Droga e da Toxicodependência e do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT). Realizado com uma periodicidade quadrienal, encontram-se publicados relatórios dos anos de 1995, 1999, 2003 e 2007.

No que diz respeito às investigações levadas a cabo em Portugal, estas eram praticamente inexistentes até ao início dos anos 70 do século passado, altura em que o fenómeno da droga começou a adquirir maior visibilidade social, em parte devido ao regresso dos retornados das ex-colónias portuguesas, em parte devido à maior disponibilidade de estupefacientes e substâncias ilícitas, praticamente desconhecidas no passado, ou então negadas pelo regime ditatorial ao tempo no poder. A partir dos anos 70, a situação do consumo de drogas no nosso país adquiriu um padrão evolutivo que não difere muito da maioria dos países europeus. Se é verdade que a situação epidemiológica na população geral europeia tem contextos relativamente bem conhecidos; de que são exemplos os relatórios anuais sobre a evolução do fenómeno da droga na Europa, a cargo do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência; não é menos verdade que existem particularidades culturais e sociais assaz distintas, variando de país para país, de região para região, de grupo etário para grupo etário, e que só a observação epidemiológica poderá ajudar a compreender melhor.

Assim, partimos do pressuposto que o uso e abuso de drogas na população estudantil do ensino secundário e superior é um problema de saúde pública e uma preocupação educacional, e de que existem vantagens em determinar os padrões de consumo neste grupo específico de jovens, a fim de perceber as matrizes e a extensão do fenómeno no contexto geográfico de pesquisa, não só para que possamos comparar os resultados encontrados com as taxas globais de consumo no grupo geral de adultos ou em faixas etárias similares de outras regiões, mas também para reflectirmos em modelos preventivos, atendendo aos resultados das variáveis em estudo.

No presente capítulo, revisitamos a literatura epidemiológica, as conclusões de outros estudos publicados sobre esta temática e, dando ênfase à questão das substâncias, abordamos as drogas mais frequentemente utilizadas pela sociedade ocidental.

2.1. Álcool

O álcool é, do ponto de vista químico, uma molécula psicotrópica originada após a fermentação de certos açúcares, e principalmente consumida sobre a forma de vinho, cervejas e licores. No ser humano, a sua ingestão provoca efeitos que vão desde a sensação eufórica, às perturbações do humor, à lentificação de movimentos e descoordenação da marcha, por fim ao coma, com possível paragem respiratória.

Do ponto de vista cultural, a substância mantém connosco uma forte relação desde períodos pré-históricos, acompanhando o homem ao sabor do desenvolvimento da agricultura, do conhecimento da fermentação de vários frutos, e do progresso dos métodos de conservação, transporte e distribuição que foram colocando o produto à disposição de cada vez maior número de pessoas.

A alquimia árabe desvendou as técnicas de destilação, e a partir de então foi possível ter-se acesso ao consumo de bebidas brancas, com teor alcoólico mais elevado.

Historicamente, a sociedade ocidental, na opinião de (Xiberras, 1997) desempenhou para o produto o papel de uma sociedade de acolhimento, em alternativa a outros psicotrópicos que igualmente conhecia bem. No dealbar da história, segundo o mesmo autor, Dionísio venceu Orfeu, e séculos fora de cultura instituíram esta opção, conduzindo o álcool até ao centro das normas culturais do ocidente. Opção judaico-cristã, que proibiu outras drogas e adoptava o álcool, em oposição ao islamismo que proibia o álcool e tolerava a cannabis.

Enfim, fosse como fosse, nos países da Europa, o consumo de álcool não só foi sempre tolerado, mas igualmente incentivado; com uma linha de efeitos esperados sobejamente conhecida, que variam conforme o tipo de bebida que é consumida, com as circunstâncias sob as quais é ingerido e com o estado nutricional de quem bebe: primariamente inebriantes, passando depois a hipnóticos e finalmente à grande depressão da consciência. Cada um dos três estados encerrando em si uma amálgama de sensações. Uma banda larga de efeitos em função das doses que a sociedade ocidental aprendeu a conhecer.

Apesar de ser um produto da cultura, e da sua aprendizagem acontecer em contextos familiar e social, aos consumidores mais entusiastas, a substância não deixa de contrapor as suas propriedades psico-fisiológicas: a dependência alcoólica e o alcoolismo crónico.

O termo alcoolismo deve-se ao sueco Magnus Huss, que em 1849 o define e o relaciona positivamente com várias patologias do SNC, do foro gastrointestinal e do aparelho cardio-respiratório. Na actualidade, tendo em conta os eixos concordantes do CID-9 (Classificação Internacional das doenças) e do DSM III, poderemos enumerar os critérios presentes na patologia alcoólica: 1- Ingestão anormal, em quantidade ou modalidade. 2- Alterações somáticas relacionadas com o etanol. 3- Alterações psicossociais associadas. 4- Desenvolvimento de tolerância e síndrome de abstinência. 5- Polarização do pensamento e esforços para conseguir a bebida: dependência psíquica.

Absorvido pelas membranas mucosas da boca e do esófago (em pequenas quantidades), no estômago e intestino delgado (o ponto principal), entra na corrente sanguínea, sendo

distribuído por todos os tecidos corporais. Assim, os efeitos do seu uso crónico fazem-se sentir nos vários órgãos e sistemas: Sistema nervoso, sistema gastrointestinal, sistema hematopoiético, sistema cardiovascular e sistema reprodutor. Assim sendo, a dimensão do problema em termos de impacto na saúde individual e saúde pública, em termos de morbidade e mortalidade é, frequentemente, subavaliado.

No ocidente o contacto com o álcool faz-se geralmente na adolescência. Os jovens encetam os consumos dentro do grupo e da sociedade de pertença, em comportamentos comparáveis a rituais de passagem e transição para a vida adulta. Em larga medida, estes comportamentos iniciáticos são um reflexo dos comportamentos e atitudes da sociedade adulta, pelo que os problemas dos jovens com o álcool não podem ser dissociados dos problemas da sociedade no seu conjunto.

No entanto, e por causas ligadas à maturação e ao desenvolvimento, uma das questões que levanta o consumo de álcool nos jovens é a vulnerabilidade em relação aos seus efeitos adversos. Inúmeros estudos biológicos apontam para a vantagem de limitar o consumo de álcool abaixo da idade de 18 a 20 anos. Também “as investigações psicológicas sobre o modo de vivenciar os efeitos do álcool e as modificações produzidas por este impacto na estrutura da personalidade convergem em apoiar a mesma conclusão” (Alonso Fernandes, 1988, p.109).

E ainda mais: porque a experiência é menor e o gosto pelo risco e aventura é maior, os jovens são, de uma maneira geral, mais vulneráveis aos acidentes produzidos pelo álcool. O Jornal Público na sua edição de 21 de Fevereiro de 2001, citando números da OMS dados a conhecer em Estocolmo, no âmbito da conferência ministerial europeia sobre jovens e álcool, afirma que “Um quarto dos jovens europeus que morrem entre os 15 e os 29 anos de idade foram vítimas do álcool”. A OMS, aponta a responsabilidade à indústria mundial de bebidas alcoólicas pelos trágicos índices, relacionando-os com as campanhas crescentes de marketing e publicidade dirigidas aos jovens, muitas vezes com o patrocínio de eventos desportivos.

Assim, em todos os estudos por nós consultados o álcool ocupa, em estudantes, a liderança dos consumos de substâncias.

A situação do álcool como substância líder dos consumos em meio escolar começa a revelar-se no ensino secundário: De acordo com os trabalhos de Luísa Machado Rodrigues levados a cabo em Portugal no ano de 1995 no âmbito do “European School Survey Project on Alcohol and other Drugs - ESPAD”, apenas 20.9% dos alunos do secundário não tinham experiências de consumo de bebidas alcoólicas e apenas 63.9% referiram nunca terem ficado embriagados. Segundo o mesmo estudo, a percentagem de alunos que tinham experimentado o estado de embriaguez aguda com uma frequência ao longo da vida de 40 vezes ou mais era superior a 1%, o que é preocupante. No estudo existem diferenças de consumo de acordo com a variável género sexual sendo os consumos nos rapazes superiores aos consumos nas raparigas.

Os consumos de álcool apresentam taxas de prevalência muito estáveis nas investigações posteriores do ESPAD. Com efeito a taxa de consumo ao longo da vida, situou-se nos 78,1% no ano de 1999, atingindo uma prevalência de 78,2% no ano de 2003 e próxima dos 90% em 2007.

Mais perto do distrito de Bragança, onde foi levada a cabo a nossa investigação, (Carvalho et al., 2005) constataram prevalências de consumo mais baixas, num estudo com uma amostra de 678 alunos do 7º ao 10º ano, realizado numa escola secundária do concelho de Vila Real, em que a prevalência de consumo de álcool por sexo foi de 21,5% para as raparigas e 27,5% para os rapazes. Os alunos inquiridos nesse estudo iniciaram consumos experimentais entre os 4 e os 16 anos, sendo a moda 13 anos. Os estudantes amostrados bebiam, predominantemente, nos bares/discotecas durante as festas (25,8%) e em casa (7,7%); e faziam-no com maior frequência com amigos e colegas (34,2%), mas também com os pais (9,1%).

Na faixa etária dos jovens adultos, o consumo do álcool acentua-se, quando os resultados são comparados com os alunos do secundário. Na revisão de (Prendergast, 1999), "Substance use and abuse among college students: a review of recent literature", é referido que o álcool é sem dúvida a droga mais popular e a mais usada por estudantes universitários. Foi apontada, após uma revisão de vários estudos, uma prevalência de 90% de estudantes que no último ano ingeriram bebidas alcoólicas.

Finalmente é necessário destacar dois aspectos importantes no consumo de álcool nos adolescentes e jovens adultos: O primeiro deles é o consumo combinado do álcool com outras substâncias. Surge então a potenciação recíproca como um novo problema, e as complexas interações das drogas que geram um quadro de desorganização afectiva e social. Ecstasy, sedativos, anfetaminas ou cannabis podem, quando consumidos com o álcool, originar um padrão de consumo cumulativo. Um outro aspecto é que, sendo o alcoolismo tradicionalmente um problema da idade adulta e do idoso, o empirismo alerta-nos para a extensão do fenómeno a idades mais precoces. A investigação corrobora esta ideia. Tudo se passa como se os jovens tratassem de obter do álcool os mesmos efeitos que obteriam com outras drogas, sobretudo para enfrentar situações de crise como a depressão, o stress, ou as exigências da escola, originando-se comportamentos de passagem ao acto. Assim, verifica-se uma tendência de progressão no uso de álcool nos jovens, na maior parte dos estudos longitudinais (Farate, 2000). Ainda (Alonso, 1988) fala mesmo em "alcoolismo juvenil atípico" para designar estas práticas duras de consumo em gerações mais recentes.

2.2. Tabaco

O tabaco é o nome comum atribuído às plantas solanáceas do género *Nicotiana*, em particular ao *N. Tabacum*, originárias da América do Sul, e das quais se extrai o seu princípio activo: a nicotina. Foi introduzido no velho mundo pelos espanhóis, no início do século XVI, e foi aí, na corte de Lisboa e Madrid, que Jean de Nicot, diplomata e médico de Catarina de Médicis, o encontrou e o deu a conhecer um pouco por toda a Europa, apregoando-lhe as suas propriedades medicinais. Muitos anos mais tarde surgiram as primeiras preocupações relativamente aos malefícios do tabaco para a saúde, tendo vários países colocado algumas restrições ao seu uso, ao mesmo tempo que auferiam um significativo lucro dos impostos sobre as suas vendas.

Inicialmente mascado, ou usado em rapé, é actualmente o cigarro (tabaco seco e picado enrolado em papel) a forma mais vulgar de consumo.

As doenças associadas e os problemas para a saúde decorrentes do consumo do cigarro são bem conhecidas hoje em dia e diversos países e organizações delas fazem eco, no sentido de diminuir a prevalência e a incidência do seu uso.

Relativamente à população adolescente, tem-se verificado nas últimas décadas um aumento do consumo de tabaco, quer nos Estados Unidos, quer na Europa (Currie, Hurrelmann, Settertobult, Smith & Tood, 2000). Foram encontradas diferenças entre os géneros sexuais, existindo mais rapazes do que raparigas a fumarem, tendo contudo essa diferença vindo a diminuir.

Em Portugal, segundo dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde realizados pelo Ministério da Saúde em 1988, 1997 e 2000 (cit. por Matos et al., 2003) os resultados confirmam o aumento da prevalência tabágica feminina. Assim, no final da década de 80, a diferença entre a prevalência de fumadores e fumadoras era notória: 33% de fumadores contra 5% de fumadoras. Porém, na década de 90, a percentagem de fumadores diminuiu e de fumadoras aumentou. Analisando as prevalências por faixas etárias determinaram-se taxas de consumo em raparigas inferiores às do rapazes, mas cada vez mais próximas do sexo masculino à medida que transcorre o tempo em análise.

Matos et al., (2003) referem que apesar de vários estudos terem examinado os factores que contribuem para a iniciação do comportamento tabágico nos adolescentes, poucos foram aqueles que procuraram identificar os determinantes específicos em função de cada um dos sexos. Mesmo assim, os autores identificam o seguinte padrão em género: As raparigas adolescentes que fumam parecem ser mais rebeldes e auto-confiantes, enquanto que os rapazes utilizam o fumar como um mecanismo para compensar a sua maior insegurança social. Numa tentativa de hierarquizar as variáveis condicionantes do comportamento tabágico por sexo, os autores referem que, para os rapazes, ter como melhor amigo um fumador parece ser o factor mais relevante; enquanto que para as raparigas, pelo menos um dos pais fumar é o factor com mais peso no seu comportamento, seguido das crenças a favor de fumar e de ter como melhor amigo um fumador. Assim, e em resumo, rapazes e raparigas começam a fumar por razões diversas, que, sendo difíceis de operacionalizar, é importante conhecer para que os programas de prevenção do tabagismo possam ser melhor adaptados às características específicas de rapazes e de raparigas.

Com base nas metodologias do HBSC (Health Behaviour in School-Aged) – estudo colaborativo que a OMS desenvolve de 4 em 4 anos em diversos países da Europa - foram auscultados os alunos portugueses dos: 6º, 8º e 10º ano de escolaridade, numa amostra de 6903 recolhida em 191 escolas. Concluiu-se que 30,9% da amostra já tinha experimentado tabaco, sendo a prevalência entre sexos ligeiramente superior nos rapazes. Relativamente à idade concluiu-se que os jovens iniciam os seus consumos na maioria dos casos a partir do 15 anos de idade. O estudo detectou uma associação entre consumos semanais de álcool e experimentação de tabaco. Da mesma forma, os jovens que já experimentaram alguma droga, referem também ter consumido ou experimentado tabaco (Matos, Simões, Carvalhosa, Reis & Canha; 2000).

Prevalências mais elevadas foram obtidas pelo ESPAD. O estudo obteve uma taxa de consumo de tabaco nos jovens portugueses de 16 anos de 59% em 1999 e de 62,5% em 2003.

2.3. Solventes e Inalantes

A inalação de diferentes substâncias que fazem parte de rituais sociais ou cerimónias religiosas é uma prática comum que vem da antiguidade, existindo muitos exemplos em diversas civilizações. Nos finais do século XIX, fabricou-se o óxido nitroso, que se popularizou como substância recreativa devido aos seus efeitos eufóricos. Pouco depois, utilizou-se o éter como tóxico, surgindo as primeiras referências à inalação de gasolina em 1934, de clorofórmio em 1945 e de colas em 1957.

O abuso destas substâncias, tal como o conhecemos na actualidade, surgiu nos anos 50 nos EUA, estendendo-se a partir daí por todo o mundo. Está geralmente associado a grupos sociais marginais, principalmente nos países onde existem grandes camadas sociais em situação de precariedade ou fenómenos como os "meninos da rua".

A sua administração é feita por inalação; a mais comum consiste em verter o produto num saco de plástico e apertar o orifício do saco à volta da boca e do nariz, para aspirar os vapores que se desprendem.

Alguns dissolventes são, por vezes, aspirados pelo nariz, utilizando um trapo embebido ou colocando uma parte da substância num recipiente metálico, sob o qual se aplica uma fonte de calor para aumentar a libertação de vapores.

A sua absorção é rápida, dada a grande superfície do epitélio pulmonar e a elevada solubilidade lipídica; isto explicaria em parte a velocidade com que é transportada através das membranas biológicas e seria a chave dos efeitos não específicos e globais que se produzem na actividade do Sistema Nervoso Central.

O seu mecanismo de acção seria o de estimular os receptores *GABA* ou fluidificar as membranas neuronais, sendo esta a mesma forma de actuação proposta para o álcool, Instituto da Droga e Toxicoddependência, Instituto Público (IDT, IP., 2011).

No entanto, a informação dos aspectos bioquímicos e farmacológicos continua a ser insuficiente.

Caracteriza-se por uma **fase inicial** de exaltação do humor, euforia, alegria, alucinações ocasionais e transtornos do comportamento (agressividade, hiper-actividade motora,...). Terminados os efeitos iniciais, aparece uma depressão do sistema nervoso central, sonolência e confusão.

Se a inalação for contínua, pode aparecer uma intoxicação grave, semelhante à embriaguez etílica, com cansaço profundo e mesmo perda da consciência. A todos estes sintomas juntam-se as náuseas, vómitos, tosse, lacrimejo, etc.

Relativamente aos efeitos a longo prazo, não existe consenso sobre a capacidade dos inalantes para gerar dependência física. No entanto, existem dados suficientes para afirmar que causam dependência psicológica e tolerância: muitos inaladores crónicos apresentam um alto grau de ansiedade perante a falta da substância e um forte desejo de inalar, necessitando de aumentar a dose para conseguirem os mesmos efeitos que antes conseguiam com quantidades inferiores.

Associam-se aos inalantes efeitos adversos potencialmente graves. O mais grave é a morte, que pode ser causada por depressão respiratória, arritmias cardíacas, asfixia, aspiração do vômito ou acidente.

Outros efeitos a longo prazo incluem danos renais ou hepáticos irreversíveis e lesões musculares permanentes.

A combinação de dissolventes orgânicos com altas concentrações de cobre, zinco e metais pesados foram relacionadas com o desenvolvimento de atrofias cerebrais, epilepsia do lóbulo temporal, diminuição do nível intelectual e alterações no *EEG*, (IDT, IP., 2011).

Os efeitos adversos podem ser, ainda, verificáveis em alterações cardiovasculares e pulmonares (dores no tórax e bronco-espasmos), sintomas gastrointestinais (náuseas, vômitos, hemorragias) e alterações neurológicas (neurite periférica, dores de cabeça, parestesias, sinais cerebelosos e encefalopatia por chumbo).

Normalmente, o consumo destas substâncias constitui um fenómeno transitório que se abandona na idade adulta. Não obstante, existem pessoas que fazem um uso prolongado, correndo assim riscos físicos e psicológicos de enorme gravidade.

2.4. Tranquilizantes, Calmantes e Sedativos

Estamos a falar de um grupo muito díspar de substâncias, muitas delas contendo na sua composição benzodiazepinas (como o diazepam, o lorazepam, o alprazolam, etc...).

A verdadeira dimensão do consumo destes produtos não está ainda estabelecida de forma nítida, e são necessários mais levantamentos epidemiológicos para compreender este problema. Contudo sabemos que “estas substâncias são muitíssimo prescritas pelos médicos e tomadas por milhões de pessoas em todo o mundo” (Coleman, 2009). Prescritos assim numa percentagem tão alta, (Bourin, 1989) interroga-se sobre quem serão os verdadeiros dependentes, os pacientes que os consomem ou os médicos que os prescrevem?

Sobre este pano de fundo existem geralmente dois modos pelos quais o abuso e a dependência se instalam. Numa primeira forma, alguém que esteja medicado com este tipo de substâncias (para tratamento de perturbações do sono ou estados de ansiedade) e aumenta as doses ou a frequência de utilização; podendo inclusive o doente procurar vários clínicos com o objectivo de obter a substância em quantidade suficiente. Um segundo modo (o mais frequente nos adolescentes e na população jovem) consiste em obter a substância ilegalmente e sem receita médica, numa espécie de auto-medicação que está longe de ser responsável, pois no que aos sedativos, hipnóticos e ansiolíticos diz respeito, o utilizador desconhece de todo a eficácia, a segurança e muitas vezes os efeitos farmacológicos. Consumidos deste modo sem receita médica, e a partir da farmácia lá de casa, estão assim criadas as condições para a instalação de um padrão de consumo abusivo, podendo ocorrer intoxicações medicamentosas.

Baseando-nos na literatura, pensamos ser possível elaborar o quadro geral que subjaz à utilização destas substâncias conhecidas pelos jovens, com frequência, pela designação de “drunfos”.

O padrão de consumo mais frequente parece ser o uso ocasional ou recreativo. O seu consumo é muitas vezes acompanhado de outras substâncias psicoactivas. Os estudos indicam uma maior percentagem de consumo entre as raparigas. Por vezes tais consumos estão associados a vivências comportamentais no interior do grupo de pares, onde se procura um meio de desinibição, a facilitação das relações interpessoais e o “estar-se bem”. Existe uma certa facilidade de acesso aos tranquilizantes, estes podem existir na farmácia familiar ou são os amigos que os têm. A procura pelo jovem do produto no “mercado negro” é rara, e pressupõe um sinal de gravidade, alertando-nos para um padrão de uso dependente e para a possibilidade de contacto com outras drogas mais duras. Por fim, podemos inferir que os consumos de forte dependência, podem ter a ver com certas características da personalidade, com presença de ansiedade ou depressão; nestes casos, é muitas vezes necessária uma avaliação psicológica, pois o risco de intoxicação ou tentativa de suicídio é uma possibilidade a ter presente.

Relativamente aos trabalhos do *ESPAD*, verificou-se que os tranquilizantes ou sedativos consumidos sem receita médica obtiveram uma taxa de prevalência de consumos ao longo da vida que se cifraram nos 5% em 1995, nos 8% em 1999, nos 5% em 2003 e 2007. Ao invés do que acontece com a maioria das substâncias psicoactivas, os consumos de tranquilizantes apresentam um predomínio de consumo nas raparigas.

2.5. Estimulantes e Anfetaminas

As anfetaminas são estimulantes de origem sintética que segundo (Fontaine et al., 1998, cit. Morel, 2000), tiveram os seus dias de glória na dopagem dos exércitos durante a Segunda Guerra Mundial e em certos desportistas. A substância faz aumentar a dopamina sináptica pelo que tem uma acção estimulante. A dependência e a tolerância podem assim instalar-se, se bem que (Gilmam, 1995) refira que nos pacientes em que estes estimulantes foram introduzidos em programas de redução do peso apenas uma minoria exprime comportamentos de busca da substância.

Os efeitos destes produtos incidem sobre a vigília, fazendo diminuir o cansaço e aumentando a resistência física.

É assim que, na revisão da literatura sobre as anfetaminas, grupos de indivíduos aparecem frequentemente citados como potenciais consumidores; entre eles, os motoristas de longo curso que as consumiriam para combater o sono e o cansaço e os estudantes que as usariam para se prepararem para os exames.

Contudo, a atenta revisão dos estudos levados a cabo na população estudantil do ensino secundário e superior não realça completamente o epíteto que é dado às anfetaminas de *droga dos estudantes*. Frequentemente a substância ocupa uma percentagem de consumo abaixo dos cannabinoídes ou mesmo dos tranquilizantes e sedativos. (De acordo com o Projecto Europeu para Estudo do Álcool e outras Substâncias em Meio Escolar- *ESPAD*, Portugal, 1995). A explicação poderá residir no facto de em Portugal não existir uso médico para as anfetaminas, não sendo por isso as mesmas fáceis de encontrar. No entanto o conceito de “*speeds*” é mais amplo e inclui substâncias psicoestimulantes, antidepressivos, anorexígenos e psicoestimulantes

simpaticomiméticos; (Morel & Hervé, 1998). Se juntarmos a tudo isto os fármacos psicotónicos e os complexos vitamínicos, como o fósforo e o magnésio, consumidas pelos estudantes, por vezes sem recurso à receita médica, temos um quadro mais alargado de consumo de estimulantes e similares. É assim que nos trabalhos mais recentes do *ESPAD* foi aditada uma nova categoria de substâncias à pesquisa: a dos esteroides anabolizantes.

Relativamente às anfetaminas, cuja taxa de consumo ao longo da vida fora de 1,52% nos trabalhos do *ESPAD* de 1995, verificamos ter havido um ligeiro aumento no ano de 1999 e uma estabilização nos inquéritos relativos a 2003 e 2007.

2.6. Cannabis

A cannabis é uma das substâncias psicoactivas mais antigas que a humanidade conhece. O uso desta substância é reportado a épocas remotas, mas as datas históricas que corroboram a relação homem/planta variam de autor para autor. A maioria das citações situa o conhecimento que o homem apresenta desta planta entre os anos 1500 a.C. e os 4000 a.C.

As qualidades psicotrópicas da cannabis foram pela primeira vez descritas nos livros sagrados do hinduísmo (os Vedas), cerca do ano 1500 a.C. Na revisão da história da Cannabis, a grande maioria dos autores situa na China e na Índia como sendo as regiões onde o conhecimento e a plantação do arbusto se iniciou.

Foi o naturalista sueco (Linné, 1753) quem classificou e descreveu a planta chamando-lhe *Cannabis sativa*, que significa cannabis cultivada. A planta produz fibras de grande interesse têxtil, encontrando na subespécie *cannabis indica* aquela que apresenta maior quantidade de produto psicoactivo, o tetrahidrocannabinol (THC).

Apesar dos seus efeitos psicoactivos serem conhecidos desde há muito, a composição e o agente químico que induzia esses efeitos não foi fácil de determinar (Richard & Senon, 1995), referem que em cem anos de investigação foram isolados cerca de oitenta compostos diferentes que nem sempre explicavam uma acção sobre o cérebro. Foi preciso esperar pelo ano de 1964, data em que Raphael Mechoulam, Y. Sova e Gaoni, professores da Universidade Hebraica de Jerusalém, isolaram, a partir de alguns quilogramas de haxixe, o princípio activo da cannabis: o THC (tetrahidrocannabinol).

A partir daí foi possível traçar linhas de investigação mais seguras. Desde logo esclarecer que a erva ou *marijuana*, sendo uma mistura obtida através da secagem das folhas e das extremidades do arbusto, é o preparado menos rico em THC, e que o haxixe e seus equivalentes, sendo obtidos através da resina da planta prensada em blocos, constituem preparados com maior teor de THC. Os produtos cannabinoides acima descritos são os mais frequentemente utilizados nos consumos, embora os nomes pelos quais são conhecidos variem de país para país.

As técnicas de uso da substância variam também cultural e geograficamente. Embora os cannabinoides possam ser digeridos ou fumados, no ocidente são predominantemente fumados. No seu estudo "*On Being Stoned- A Psychological study of Marijuana Intoxication*", Charles (2000) aponta a preferência por este método de uso no mundo ocidental ligando-o ao efeito esperado por parte do consumidor. Assim, na forma fumada é necessário menos THC para obter um

determinado grau de intoxicação, iniciando-se os seus efeitos nos pulmões, minutos após a inalação; enquanto na forma digerida os efeitos não são imediatos. De modo que um maior controlo dos efeitos esperados poderá ser conseguido através do fumo, sendo possível parar de fumar quando esses efeitos são atingidos.

Assim, segundo (Richard, 1995), o preparado mais utilizado na Europa é o vulgar *charro*, que consiste num cigarro artesanal enrolado em papel contendo tabaco e cannabis.

A revisão dos estudos epidemiológicos na população europeia salienta o facto de a cannabis ser dos produtos mais consumidos:

Em Espanha os derivados cannabínicos, fundamentalmente o haxixe, são as drogas ilícitas de maior consumo. Cerca de 11,3% da população teve experiências de consumo. [(Equipo de Investigación Sociológica (EDIS), bajo la dirección técnica del Plan Nacional de Drogas, 1997)];

Em França um estudo levado a cabo numa amostra de 1167 pessoas da população geral, entre os 12 e os 44 anos de idade, permitiu concluir que 19% da amostra sondada consumiu haxixe (Solinge, 1996, cit. Morel, 2000).

Enfim, o Relatório Anual 2005 “A evolução do fenómeno da droga na Europa”, reunindo todos os dados disponíveis, concluiu ser evidente que o consumo de cannabis apresenta diferenças consideráveis de país para país, embora a tendência predominante na Europa desde meados da década de 1990 tenha sido para o crescimento deste consumo. Tomando como comparação dados americanos, o relatório saliente que, apesar do consumo de cannabínicos ser historicamente mais elevado nos Estados Unidos da América, em alguns países europeus os níveis de consumo de haxixe já se assemelham muitos aos dados estadonidenses, como é o caso da República Checa, da França, e do Reino Unido. No relatório, Portugal surge, contudo numa posição privilegiada, sendo o quarto país onde os índices de consumo são mais baixos.

Além dos estudos epidemiológicos na população em geral, muitos são feitos na população estudantil quer estudando os padrões de consumos de substâncias psicoactivas quer estudando comportamentos e atitudes face às drogas. Várias pesquisas vêm demonstrando um comportamento de consumo em estágios, iniciando-se o primeiro estágio com o consumo de bebidas alcoólicas e tabaco, um posterior estágio onde a cannabis ocupa um lugar de destaque e um estágio final de consumo de ópioides, alucinogénios e cocaína.

Tal envolvimento em etapas, em que a cannabis ocupa um lugar central, serve de base para a teoria de que esta serviria de porta de entrada para outras drogas. Será, no entanto, melhor pensarmos como Rutter (s/d) “o uso de cannabis não leva inevitavelmente ao consumo de drogas mais duras, todavia um grande número de dependentes de heroína e cocaína passou pela erva da felicidade”, e monitorizarmos os padrões de consumo da substância através da vigilância epidemiológica.

Nesta lógica, faz sentido a investigação na escola. Esta é ainda o contexto mais alargado que abrange a população em risco de consumo de substâncias psicotrópicas.

Em relação aos consumos em adolescentes de derivados de cannabis, os estudos por nós consultados apontam para um maior uso destas substâncias quando comparadas com outras drogas ilícitas, como a heroína ou a cocaína, e uma menor prevalência quando comparadas com

as substâncias lícitas como o álcool ou o tabaco. Foi este o caso do estudo realizado por (Chitas, 2007), em que a autora detectou, numa amostra de 780 adolescentes, uma prevalência de consumo de haxixe ao longo da vida de 12%. Apresentamos em seguida os resultados das investigações, tomando como referência o *ESPAD*.

O estudo realizou-se pela primeira vez em 1995. Nesse ano, a prevalência de consumo de Marijuana ou haxixe ao longo da vida foi de 6%. No ano de 1999 a prevalência de consumo subiu para 9%, e em 2003 a percentagem de alunos de 16 anos que já consumiu cannabis sob qualquer das formas de apresentação (marijuana ou erva, haxixe, óleo, etc.) passou para 15%.

Ainda em Portugal, num inquérito de vigilância epidemiológica em estudantes universitários, encomendado pelo então IPDT (Instituto Português da Droga e da Toxicodpendência), foi referido ser o haxixe a droga ilícita mais consumida, sendo que, no total da amostra sujeita a estudo, a percentagem dos estudantes do ensino superior que referem ter experimentado a substância foi de 27,3% (Torgal & Batista, 2000).

Da análise dos estudos epidemiológicos citados, observamos que, pese embora os comportamentos de consumo de drogas não defiram significativamente, (visto a tendência de consumos de substâncias ilícitas ser em todos eles liderado pela Cannabis), é a natureza das substâncias (marijuana ou haxixe) e a sua percentagem relativa que variam. Devemos entender estas variações como “particularidades socioculturais, ou de um modo mais prosaico, em função das contingências de mercado que se verificam nos diferentes países” (Farate, 2000, p. 98).

Resta acrescentar que relativamente ao uso experimental de haxixe, bastante frequente na população estudantil, e não estando documentado os intervalos entre esta experimentação e o seu uso ocasional ou regular, parece haver tempo para, na escola, se desencadear programas de educação para a saúde antes de se instalar no consumidor a dependência psicológica ou comportamentos de procura da substância.

2.7. Ecstasy

Cada época parece ter, de um modo surpreendente, associada a si uma substância psicoactiva que conduz aos utilizadores. Com efeito, aos alucinogénios dos anos 60, associaram-se os opiáceos nos anos 70, a cocaína nos anos 80, e as chamadas *designer drugs*, que marcam a época actual, reputadas de drogas ideais, e consumidas principalmente em noites *rave*, ao som de música *techno*. De entre a panóplia destas substâncias, que Morel et al., (1998) atribuem a químicos de pouca importância, destacamos, pelo seu trajecto, o ecstasy.

Sintetizada em 1914 na sua substância base: o MDMA (Metileno-dioxi-Metanfetamina), foi rebaptizada com o nome ecstasy e deriva de anfetaminas. O seu uso terapêutico nunca teve sucesso, embora existam relatos de ter sido usada na anorexia, segundo Maria Lorenzo (1999) e em psicoterapia, de acordo com Morel et al., (1998). No mercado ilícito a substância apresenta-se sobre a forma de comprimidos e drageias, com amplitudes e diversidades de efeitos muito variáveis, sendo habitual ocorrer na forma impura, misturada e cortada com vários produtos. Tal facto representa uma variável de difícil controlo, desde logo para os consumidores que literalmente não sabem o que consomem; Maria Lorenzo (1999). Haveria pois toda a vantagem de testar

quimicamente amostras dos comprimidos apreendidos pelas autoridades, 31 237 cápsulas em Portugal no ano 2000 (Público 28 de Fevereiro de 2001).

O MDMA aumenta o nível de serotonina no organismo, levando a hiperactividade, elevação da euforia e diminuição do sono. A sua acção desinibidora deu à substância certa reputação como droga afrodisíaca (pílula do amor), algo que não está reconhecido cientificamente.

Nos seus efeitos secundários o ecstasy provoca alterações fisiológicas, como hipertermia, intensa sudação, aumento do ritmo cardíaco e possível toxicidade hepática. De acordo com Brauverie e Pons (1997) estudos *post-mortem* realizados em humanos encontraram uma diminuição do número de neurónios em certas zonas do SNC.

A reputação de inocuidade do ecstasy é para Pirot (citado por Morel et al., 1998) completamente errónea, e a substância deve ser considerada particularmente perigosa.

O MDMA começou por ser consumido por estudantes dos Estados Unidos da América, mas a massificação do consumo levou à sua ilegalização (em 1985 nos EUA e em 1986 em França).

No relatório do *ESPAD* 2003, o ecstasy surge-nos ocupando a terceira posição nos consumos ilícitos, logo depois da cannabis e dos produtos inalantes. O produto apresenta uma percentagem de consumo ao longo da vida de 4%.

2.8. Heroína

O ópio é a designação atribuída ao fluído obtido por cortes e esmagamento nas cápsulas quase maduras da papoila *Papaver somniferum*.

A história homem/planta remonta a períodos pré-históricos. É pelo menos essa a opinião de vários autores, em cujos textos encontramos referências ao saber antiquíssimo do cultivo da papoila; cultivo que se poderá explicar talvez pelo valor alimentar das suas sementes e pelas propriedades narcóticas, como demonstram escavações em aldeias neolíticas realizadas na Suíça.

O fluído leitoso extraído da planta é altamente psicoactivo após a secagem. Tal facto deve-se aos seus numerosos alcalóides dos quais os mais importantes são a morfina, a codeína e a papaverina. Todas estas substâncias são susceptíveis de se ligar aos receptores opiáceos orgânicos naturais, produzindo inibições na percepção da dor e diferentes níveis de sedação e euforia.

A primeira descrição do sumo da dormideira deve-se a Teofrasto, filósofo, botânico e médico grego do século III a.C. a quem também se deve o nome *opium*. Deste modo, a Papaverácia anual da Ásia Menor, nome pelo qual a planta foi conhecida na farmacopeia portuguesa, entra na fórmula das várias preparações galénicas dos médicos árabes que a espalham pela Europa e pelo Oriente distante através de mercadores de drogas, unguentos e perfumes. É assim que o médico inglês Thomas Sydenham (1624-1689), no seu objectivo de disciplinar a terapêutica e a farmacologia, trabalha o ópio, tendo-se dedicado à sua preparação sob a forma de láudano, “que ficou conhecido como láudano de Sydenham e que no seu parecer era um cardiotónico por excelência” (Namora, 1979, p. 243).

Ao mesmo tempo que Sydenham ia preparando o láudano no seu consultório de Londres, no outro lado do mundo relações menos pacíficas iam sendo estabelecidas com a substância extraída da papoila dormideira. Como nos contam vários autores (por exemplo: Xiberras, 1997; Pires, 1973; Morel et al., 1998) a Companhia Inglesa das Índias Orientais (British East India Company) possuía desde 1733, no oriente, o monopólio do comércio de ópio, produzindo-o em grandes plantações na Índia. Mas na China, somente duas cidades podiam entrar em contacto com os mercadores estrangeiros: Cantão e Ouga. A solução encontrada por muitos comerciantes ingleses foi o contrabando através de Macau e da ilha de Ling-Ting, aumentando o incremento do consumo de ópio na China, com a venda de grandes quantidades a mercadores chineses independentes. As proporções alarmantes que o comércio deste narcótico tomava preocupou o próprio Imperador chinês que, resolvido a combatê-lo, nomeou Ling Tse-Hsu Comissário Imperial para estes assuntos. O Comissário escreve à Rainha Vitória exigindo o fim das exportações inglesas para a China, mas de nada valeu; os ingleses produziam muito mais ópio do que podiam absorver e negavam-se a abandonar uma tão crucial fonte de rendimentos. É então que o comissário chinês expulsa todos os ingleses de Cantão e coloca um fim na expansão comercial. Imediatamente a Inglaterra responde e destaca para a China uma poderosa frota naval que bombardeia e ocupa posições chinesas desde Hong-Kong a Cantão. As guerras do ópio (1839-1842) vergam a China, que se vê obrigada a abrir os seus portos ao ópio inglês e ceder Hong Kong à coroa britânica.

Estava estabelecida no outro lado do mundo a produção, o comércio e o consumo generalizado da substância. Por outro lado, o ópio podia agora chegar à Europa pelo caminho marítimo através de barcos portugueses, ingleses e holandeses e por extensão aos Estados Unidos a tempo de, pelas suas propriedades analgésicas, poder ser usado na guerra da sucessão de 1860 a 1865. No fim do século XIX surgia a inquietação nos países ocidentais face ao desenvolvimento destes usos, desta vez nos seus próprios territórios, como nos refere Morel et al. (1998). Datam desta altura as primeiras conferências internacionais para a limitação do produto às suas indicações terapêuticas. O ópio consumido na Índia e em Londres, fumado na China e em Paris fazia as suas primeiras vítimas...

É pois a partir do ópio que vai ser extraído o primeiro alcalóide conhecido, a morfina, nome dado por Serturmer em 1806 em homenagem a Morfeu, deus dos sonhos, do sono (*hipnos*) e da noite. Serturmer morre morfinómano mas tal não impediu que a substância se expandisse combinada com outra invenção: a seringa e a agulha hipodérmica. O médico possuía agora um meio eficaz de combater a dor, mas a tolerância e a habituação eram ainda mal conhecidas pelos clínicos e a morfinomania teve, segundo Morel et al., (1998) uma vertiginosa ascensão.

Manipulando quimicamente a morfina Dresser, em 1898, sintetiza pela primeira vez a heroína e a substância é colocada no mercado pela Bayer sendo as suas principais indicações terapêuticas os acessos de tosse da tuberculose e o combate à morfinomania. Dresser viria a morrer heroínómano e os resultados conhecidos falam por si.

A vaga de consumo de heroína como prática dura de consumos surge na década de 1970-1980. O fenómeno desperta a atenção pública pois, na sua incidência e prevalência, é semelhante

a uma epidemia. De facto se tomarmos em conta este termo tal como o define Last (1995, p. 77) “epidemia é a ocorrência, numa comunidade, de casos de doença, comportamentos ou acontecimentos relacionados com a saúde, claramente em excesso da expectativa normal”, não podemos deixar de reflectir na semelhança entre o termo e o fenómeno na sua rapidez e extensão. Lewenstein, Gourarier, Coopel, Lebeau e Hfez (1998, p. 14) destacam a este propósito a vaga de consumos em França, mencionando que “se tomarmos como ponto de partida os cerca de 250 morfinómanos parisienses recenseados pela polícia de Paris no fim dos anos 40, teremos de multiplicar por um factor de 1000 a população consumidora de opiáceos injectáveis de há 50 anos para cá”.

A heroína é assim o rosto das duras práticas de consumo na actualidade, mantém-se em velocidade de cruzeiro, e combina-se por vezes com os produtos mais consumidos pela nossa civilização (Xiberras, 1997). Mas, como a história do produto nos demonstra a relação que se pode estabelecer com o produto será sempre uma relação de dependência, pois como notam certos investigadores, a heroína imita funções e exagera efeitos de algumas substâncias sintetizadas pelo próprio organismo, induzindo um novo estado bioquímico que justifica o síndrome de abstinência marcado.

A heroína apresenta forte capacidade de dependência física e psicológica, (com exigência de consumos e procura da substância), *versus* tolerância (com necessidades de doses crescentes para atingir os efeitos desejados), eis assim representado o “calvário dos consumidores dependentes, totalmente empenhados na procura de um produto para apaziguar os males que provocou” (Lowenstein et al., 1998, p. 19), à espera da próxima dose, depois outra e ainda outra, num círculo de vida cujo centro é a droga.

Em relação ao meio escolar, os estudos por nós consultados não evidenciam a prevalência de práticas duras de consumo numa percentagem significativa, designadamente o uso intravenoso de heroína, se comparadas com outro tipo de substâncias. Talvez o facto se explique pela exigência da vida escolar, difícil de suportar pelo heroinodependente. De facto, o ambiente específico em que a droga é usada, a história da pessoa e a sua relação com os opiáceos, a personalidade do consumidor e o envolvimento em comportamentos desviantes como que fecham a possibilidade de acesso ao ensino secundário e sobretudo superior, e à manutenção de um bom rendimento escolar, se os consumos forem iniciados muito cedo na adolescência. A este propósito, Amaral Dias (1980), Manuela Fleming e Machado Vaz (1981), notaram que os consumos conduzem ao desinvestimento nos estudos e que a formação académica quase sempre se limita ao ensino básico e secundário. Assim, parece haver, na adolescência, uma relação entre o consumo de drogas duras e o envolvimento em conflitos com os colegas e professores, bem como o abandono dos estudos (Fleming & Figueiredo, 1998).

Mas as baixas percentagens não significam que não nos preocupemos. Efectivamente, se encararmos o assunto numa perspectiva clínica, mesmo que as frequências absolutas obtidas numa determinada amostra de estudantes para o consumo de heroína, sejam as mais baixas frequências obtidas, o conhecimento que temos actualmente do produto e dos trajectos do consumidor, criam-nos motivos de preocupação. Nesta perspectiva devem ser interpretados os

resultados encontrados nas várias pesquisas que passamos a descrever: um estudo longitudinal levado a cabo por Smart (1977-1987) em Ontário, Canadá, com o objectivo de estudar as tendências de uso de drogas em estudantes e população em geral, resultou que para a heroína, foi encontrada, nos estudantes, uma prevalência de consumo que variou entre 1,5% e os 2,3%; dos estudos realizados em Portugal, salientamos os do *ESPAD* (2003) que nos inquéritos referentes a 2003 encontrou taxas de consumo de heroína ao longo da vida próximas dos 2%, numa amostra de 18 000 alunos do 7º ao 12º ano.

Pensamos ter toda a pertinência realçar, desde já, que a educação em matéria de drogas não deve ser contextualizada separadamente de outras questões como a educação sexual e a prevenção de doenças infecciosas. De facto, no que diz respeito à heroína frequentemente consumida por via endovenosa, tal prática constitui um factor de risco nas doenças infecciosas em geral e no Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) em particular.

2.9. Cocaína

A cocaína é uma substância usada há milhares de anos pelos nativos da América do Sul. A população local conhecia, pelas suas propriedades estimulantes, o *Erythroxylon coca*, um arbusto que cresce espontaneamente nas montanhas andinas do Peru e da Bolívia, entre os 500 e os 1800m de altitude.

Na civilização Inca a coca adquiriu importância religiosa. Segundo a tradição mítica, o filho do Sol deu ao povo Inca as folhas de coca como um remédio divino para consolar os aflitos. A significação religiosa restringia a utilização da planta a cerimónias ou rituais, pelo que a sua utilização popular possuía pouco significado. No entanto, mascar as folhas, tinha uma acção moderadamente estimulante, representando isso um aporte suplementar para combater a fadiga dos duros trabalhos agrícolas nos planaltos andinos. Foi assim que os exploradores espanhóis comandados por Francisco Pizarro encontraram a situação, quando, no início do século XVI chegaram ao que é hoje o Peru.

Com a conquista e colonização da zona pelos espanhóis o uso da coca generalizou-se, pois depressa os colonizadores descobriram que esta combatia a fadiga e fazia desaparecer a fome. É assim que a Europa conhece a coca, pela mão destes exploradores, se bem que esta perdesse bastante do seu potencial psicoactivo, devido ao longo período de transporte marítimo das viagens da época. Como acontece com a generalidade as drogas, os efeitos são menores no seu estado natural (as folhas), e vão-se intensificando à medida que se refina ou processa quimicamente a substância. A este trabalho se dedicariam muitos químicos europeus.

No final do século XIX assiste-se a uma queda do entusiasmo pelo produto, pois aparecem relatados os primeiros casos de perturbações físicas e psíquicas do seu consumo. Freud, que em 1884 tinha atribuído à substância propriedades no alívio da depressão e cura da dependência à morfina nos seus escritos *Über Koka*, emenda a mão e considera a substância perigosa após o falecimento de um amigo. Estas e outras constatações conduziram à proibição do consumo no início do século XX, primeiro nos EUA e mais tarde na Europa.

A utilização médica da cocaína, que chegou a ser utilizada como anestésico local, foi abandonada; e as suas indicações terapêuticas restringem-se a situações muito pontuais em oftalmologia (Sayoco & Licher, 1996).

A substância de uso ilícito apresenta-se sob a forma de um pó branco, com a aparência de neve, contendo principalmente cloridrato de cocaína. O seu uso faz-se por via nasal, *snifada*, ou por via subcutânea ou intravenosa, após ser dissolvida na água. De acordo com Lowenstein et al., (1998), este produto era relativamente caro, e o seu consumo confinado a círculos de artistas, jornalistas e escritores. Mas a queda dos preços fez banalizar os consumos e como acontece com outras drogas também a cocaína é frequentemente adulterada de modo a aumentar o volume e o peso das respectivas doses.

Em meados dos anos 80 uma nova forma de cocaína apareceu nos EUA; o *crack*. Esta substância ao não perder as suas propriedades com o calor é passível de ser fumada na forma de base livre, (*freebase*), fazendo os cristais um barulho crepitante ao serem aquecidos; daí o seu nome.

O *crack* veio, pelo seu preço mais baixo, provocar um brutal aumento do número de consumidores. Assim, a nova vaga de consumo de cocaína é ainda relativamente recente, pelo que se torna necessário conhecermos melhor o perfil, o trajecto, bem como os problemas de saúde do consumidor.

Relativamente aos trabalhos do *ESPAD*, verificamos que a cocaína, que no ano de 1995 tinha obtido percentagens de consumo quase residuais (0,20%), atingiu uma percentagem de 3% no ano de 2003.

2.10. LSD

O LSD designa a droga sintética dietilamida do ácido lisérgico. A substância foi sintetizada em 1943 por Albert Hoffman, que descobriu as suas particularidades psicoactivas quando, acidentalmente ingeriu a droga. O alcalóide está relacionado com o seu precursor químico, o ácido lisérgico, produzido por fungos que crescem no trigo, centeio e outras sementes.

A gama de efeitos psicoactivos da substância incluem "quase sempre profundas alterações na percepção, humor e pensamento" (Kaplan & Sadock, 1990. p. 256); que os usuários resumem na palavra *viagem*. Este estado sensorial obtêm-se, segundo Jaff et al., (1981) com dosagens que variam entre os 20 e os 100 microgramas de LSD. Mas, como nota Kaplan e Sadock (*idem*), "a reacção psicológica varia de acordo com a personalidade, expectativas e ambiente". Assim os utilizadores não podem prever de todo os possíveis resultados da *equação tóxica*, que se traduzem na probabilidade de existir uma má viagem "*bad trip*". Então a experiência de consumo pode ser um interminável pesadelo que pode levar o consumidor a estados de pânico e ao acto suicidário, pois como contou em 1959 o seu primeiro experimentador, (Hoffmann, citado por Morel et al., 1998, p. 35), "...Tudo o que me rodeava sofria mudanças progressivas e fui invadido pelo medo de enlouquecer".

Consumido sob a forma de comprimidos ou na variante *mata-borrão* as alterações na percepção da realidade não são, no entanto para os usuários, vistas como um *desregramento das*

faculdades, mas como uma *exaltação da atitude espiritual*, segundo a opinião de Xiberras (1997). Ritualizada sobre tal pressuposto o LSD agregou seguidores nos anos 60 num *movimento psicadélico* que viria a extinguir-se no final da década.

Grande parte dos autores situa assim os duros consumos de LSD a um contexto histórico e social; os anos 60, embora a prática de consumo exista ainda hoje, sobretudo ligada a uma prática de policonsumos (Jaffe et al., 1980). Não é pois correcta a ideia de que o LSD desapareceu do mercado. Os Sumários de Informação Estatística do IPDT (1999), relatando as quantidades de droga apreendida pelas autoridades portuguesas, referem para o LSD o número de comprimidos apreendidos/ano: 83,5 comprimidos em 1997; 261 em 1998 e 1845 em 1999.

Segundo o Observatório para o Consumo de Substâncias Lícitas e Ilícitas em Estudantes do Ensino Superior, a percentagem de estudantes que possui experiência de consumos de LSD foi em Portugal de 3,1% (Público, 15 de Fevereiro de 2001).

CAPÍTULO III – ADOLESCÊNCIA E ADULTO JOVEM

3.1. Visão Desenvolvimentista

“É frequente ouvirmos pais e educadores queixarem-se de que não sabem como lidar com os adolescentes, que não os compreendem, que são sensíveis e distantes, meigos e agressivos, cooperativos e competitivos, superficiais e idealistas; que estão confiantes e conservadores de manhã, angustiados e desiludidos à noite; numa semana são bons alunos e cheios de projetos e, logo a seguir apáticos e desinteressados.”

Costa, E. *in* Novos Encontros de Amor, *cit* (Galvão, 2005)

A adolescência é habitualmente descrita como um período de transição do desenvolvimento humano entre a infância e a idade adulta e onde o indivíduo é confrontado com várias mudanças de natureza diversa: Sociais, Individuais e Familiares.

Não existe consenso entre os vários autores sobre o início e o fim desta fase do desenvolvimento embora a tendência geral aponte os 18 anos como o fim deste período de começo e duração variável. A este respeito é "preciso lembrar que, se adoptarmos uma perspectiva de desenvolvimento, o fim da adolescência será sobretudo definido em função da realização das tarefas que lhe são destinadas - formação do carácter (P. Blos) ou aquisição de uma identidade (Erikson)" (Amaral Dias & Vicente, 1984, p. 35).

Ora este período hoje em dia, como nota Morel et al., (1998, p. 52), "parece progressivamente mais longo e de onde é mais difícil sair", ao contrário do que acontecia em séculos passados onde a menor longevidade dos progenitores, a ausência da escolaridade obrigatória, e a necessidade de contribuir para o sustento da família obrigavam o jovem a desempenhar mais cedo os papéis de um adulto.

Neste processo de transição as capacidades adaptativas adquirem uma importância vital. Para além das mudanças corporais, cognitivas e relacionais o adolescente vai ainda confrontar-se com as expectativas que a sociedade tem para ele. Este cenário forma um autêntico "campo de batalha" e é a partir da sua resolução que o adolescente vai crescer.

Brederode (1985) propõe a seguinte classificação para as tarefas do desenvolvimento adolescente:

Aceitação do seu físico (corpo e rosto) e utilização adequada do corpo;

Construção de uma identidade sexual;

Construção da sua identidade psicológica e de um sentimento de controle sobre a vida;

Estabelecimento de novas relações com os pares, de ambos os sexos;

Desinvestimento afectivo dos pais, construção da independência afectiva em relação aos pais e outros adultos;

Desenvolvimento de novas competências intelectuais;

Construção de um novo sistema de valores;

Construção de um projecto de vida que inclua a dimensão vocacional e a capacidade de se realizar numa produção, ou numa obra;

Aquisição de conhecimentos, atitudes e capacidades necessárias à cidadania numa sociedade democrática;

Preparação de uma vida afectiva estável.

Numa concepção semelhante, Havighurst enumerou da seguinte forma as tarefas mais salientes no adolescente:

Aquisição de um sentimento de independência em relação aos pais;

Aquisição das habilidades sociais requeridas a um jovem adulto;

Desenvolvimento das necessárias habilitações académicas e profissionais;

Ajustamento a um desenvolvimento físico e sexual em rápida mudança;

Realização de um conjunto internalizado de normas e valores.

Assim, vários autores, pressupõem o conjunto das várias tarefas, no processo adolescente, num duplo registo, um reflectindo-se no outro: no registo da realidade externa, expresso na forma de novas relações e num conflito geracional e no registo da realidade interna no desinvestimento e luto dos primeiros objectos de amor e investimento em outras relações. A este respeito, Blos (1962) ao sugerir que durante a adolescência tem lugar um segundo processo de separação-individação coloca a tónica na "escolha objectal adolescente" em que este procura um *self* autónomo e com limites bem definidos. Nesta perspectiva a autonomia é vista como um processo de auto-regulação em que "na adolescência tardia e na pós-adolescência, a emergência de qualidades integrativas associadas ao *self* permite um processo adaptativo" (Fleming, 1997, p. 47, citando Blos, 1962).

As várias tarefas, de extrema complexidade, podem, numa perspectiva sistémica, serem facilitadas e até enriquecidas se ocorrerem num contexto relacional estável. Os contextos sociais, a família, o grupo de pares e a escola podem constituir mecanismos de suporte e de reforço à fragilidade deste período da vida potencialmente gerador de "roturas no desenvolvimento" de acordo com Moses Laufer. Deste ponto de vista, na exploração de novas experiências, papéis e emoções "os companheiros adquirem uma importância crescente na definição do que é aceitável e do que não é aceitável" (Amaral Dias & Vicente, 1984, p. 35). Nesta perspectiva, muitos autores têm enfatizado a importância do ambiente que rodeia o adolescente, para o normal desenvolvimento da personalidade dos jovens, e para favorecer a resolução da crise de identidade, aspecto fulcral no crescer adolescente.

A resposta à questão "quem sou eu?" seria então uma das principais tarefas do adolescente e, na opinião de Erikson, a formação da identidade começaria quando o jovem conseguisse resolver as identificações do passado. O facto de a pessoa saber quem é e para onde vai, que Kaplan (1990) entende como sinónimo de identidade, vai-se desenvolvendo pelas experiências vividas, pelo testar de diferentes papéis e pelo *feed-back* de retorno.

O conceito de identidade é assim multidimensional e complexo. Exige, no final da adolescência, um espaço e um período a que Erikson chamou "moratória psicossocial", um

tempo de espera concedido ao adolescente enquanto este não estiver ainda preparado para assumir os compromissos que são inerentes ao adulto.

A sociedade (nas expectativas que tem para o adolescente), vai selectivamente, e com frequência por intermédio de sub-sociedades ou grupos "identificar o jovem indivíduo, reconhecendo-o como alguém que deve tornar-se no que é, e que sendo o que é, é considerado como aceite" (Farat, 2000, p. 67, citando Erikson).

Assim, "a possibilidade de que a pessoa cresça em autonomia depende do espaço que a imagem própria de si encontra para se fortificar e estabelecer um equilíbrio dinâmico com as suas imagens sociais, permitindo assim ao jovem a construção da sua própria identidade" e "nesta conceptualização, a autonomia, individuação e formação da identidade são fenómenos intimamente ligados e interdependentes" (Fabião, 1994, p. 34).

A sequência da interdependência entre individuação, autonomia e formação de identidade é também defendida por Ruthellen Josselson. Segundo esta autora à medida que a individuação se processa vai crescendo a autonomia. A individuação envolveria a separação psicológica aos pais (e aos pais intraprojectados) e o crescimento da autonomia do ego processar-se-ia, através de acréscimos graduais de competência na preservação das relações com os pais a cada momento. Estes aspectos de individuação e autonomização seriam integrados na formação da identidade (Fleming, 1992, citando Josselson, 1980).

Este processo não deixa de ser no entanto tumultuoso e causador de conflitos e de aspectos depressivos para o adolescente. Num trabalho de 1984, Amaral Dias e Teresa Vicente relacionaram a autonomização adolescente com o trabalho intrapsíquico dos vários lutos na adolescência. Figueiredo (1985) acrescenta, por exemplo, nesta fase a importância e o papel estruturante do conflito de gerações.

Assim, a transição para um estado de maior maturidade e autonomia é visto pela literatura como um processo necessário mas ao mesmo tempo vulnerável. A resolução desta transição imperativa tem sido alvo de vários estudos. Num artigo publicado em 1983 por Manuela Fleming (p. 522) são sintetizadas algumas dessas abordagens teóricas. A autora sublinha "que a capacidade de se sair bem dependerá, do ponto de vista psíquico da qualidade das relações anteriores: *ter introjectado um bom objecto* (Klein), *duma dependência madura* (Fairbairn), *possuir uma confiança básica* (Erikson), *ter vínculos seguros aos pais* (Szurek), entre outros factores".

Nas diferentes abordagens denota-se a importância dada às relações familiares. O conflito dependência/autonomia pode então, segundo Farate (2000), ser negociado de forma integrativa, ou pode pelo contrário ser marcado pela renúncia ou incapacidade de se autonomizar impedindo o estabelecimento de uma relação de conhecimento consigo mesmo e com a realidade.

Amaral Dias (1988, p. 209) salienta a importância do grupo adolescente. Segundo este autor a heterogeneidade grupal, oferecer-se-ia como um continente não rígido, que facilitaria as "modalidades identificatórias". A heterogeneidade grupal criaria espaço para o adolescente estabelecer relações com iguais; assim no final da adolescência, "o adolescente terminal deve trazer consigo uma família, inteira e unida", só assim a autonomização que se anuncia seria um

"viver só não estando mais só. É estar na companhia de pais bons (...) identificados a eles, e por isso criando e recriando, com outros, novas possibilidades sociais, afectivas e relacionais".

A adolescência gira, assim, em torno de um caminho: o da dependência para a independência. Já desta forma a entendia Rousseau quando constatava que o homem não tinha sido feito para ficar na infância. Num "fermentar surdo" a adolescência geraria o adulto, num tempo prescrito pela natureza; "É aqui que o homem nasce verdadeiramente para a vida (...). Nós nascemos por assim dizer duas vezes: uma para existir e outra para viver; uma para a espécie e a outra para o sexo." (Rousseau, citado por Morel et al., 1998, p. 52).

Segundo a perspectiva de alguns autores, o jovem adulto tem realizações psicossociais que lhe exigem mais maturidade. No entanto, não se é adolescente hoje e adulto amanhã. O processo é gradual e o seu objectivo é um crescimento genuíno em relação à maturidade.

O conceito de maturidade, que obviamente varia conforme as várias teorias da personalidade, poderá perceber-se na definição de Pikunas (1979, p. 345). "Uma pessoa madura estrutura o ambiente e adquiriu uma identidade pessoal. Conduz consigo a tarefa de evoluir para o seu nível de vida e cria uma quantidade sempre crescente de capacidades e perícias para fazer frente ao presente e ao futuro".

Neste caminhar para a maturidade, Justin Pikunas destaca o crescimento em autonomia e independência das pessoas significativas na vida de um indivíduo, processo que o autor compara a um "desmame" em que a interdependência surgiria como um critério geral de adaptação. No processo não seria conseguido um nível satisfatório de autonomia se ocorresse apenas uma transferência de dependência. O exemplo do casamento em que um dos cônjuges procura um excesso de apoio emocional no parceiro é um exemplo deste tipo de transferência. "Inversamente a independência total não é uma meta madura; ela pode ser conseguida apenas como uma forma de retraimento severo, como em certas reacções esquizofrénicas" (Pikunas, 1979, p. 342).

Este equilíbrio saudável entre o saber dar e o saber receber é uma ferramenta importante no jovem adulto, não só como mediador das relações que o jovem estabelece com os outros (do mesmo sexo ou de sexos diferentes), mas também pelo facto de, nos estudos, no serviço militar e na actividade profissional, a cooperação ser agora necessária.

Esta capacidade mútua de abertura e partilha pressupõe um certo grau de autoconfiança e a existência de uma identidade pessoal.

Ora, como refere Pinheiro (1994), não sendo o desenvolvimento automático mas antes dependente das experiências que o estimulam, importa-nos conhecer, relativamente ao jovem adulto estudante do ensino superior, o quadro psicossocial geral em que este desenvolvimento se processa. A estes aspectos dedicaremos o próximo capítulo.

O estabelecimento de um projecto vocacional e a escolha da carreira académica, implica por parte do estudante escolhas e envolvimentos complexos porque o que está em causa é o delinear de um plano de vida que o jovem entende e percebe como importantes.

A transição do ensino secundário para o ensino superior é pois um processo de mudança. Na grande maioria dos casos o jovem frequenta o estabelecimento de ensino secundário mais próximo da sua zona de residência, e a sua residência é também a residência dos pais. O grupo

de pares e os amigos íntimos vivem no mesmo bairro ou então na mesma cidade e a restante família vive geralmente na mesma região. A vida do estudante do ensino superior, ou pelo menos os seus primeiros anos, constitui assim uma experiência única e distinta colocando ao jovem adulto novas expectativas e desafios.

Neste campo, os estudos efectuados por Wigfield et al., (1991) sobre auto-estima e auto-realização em estudantes na transição do ensino secundário para o ensino superior concluem que são notórias as mudanças que estes podem experimentar. Os autores constataram que os valores de auto-estima declinaram durante a transição, tendo depois novamente evoluído.

Este processo de mudança exige então, por parte do jovem adulto e sua família uma estratégia de reorganização e de adaptação. Desde logo o jovem deverá ter a capacidade de processar novas informações pois espera-o uma estrutura organizacional diferente. Este desconhecido irá obrigar o estudante a desenvolver estratégias de *coping* no sentido de, a este nível se prevenirem resultados negativos, de que destacamos a insegurança e a ansiedade. A esta componente de natureza cognitiva acresce a componente afectiva, que como dissemos é composta por separações e afastamentos de pessoas significativas e, aproximações e encontros com novos companheiros.

O êxito com que vão ser enfrentadas estas novas tarefas dependerá das condições objectivas e subjectivas que o jovem apresenta para se adequar a estes novos desafios.

Leandro Almeida e Ana Paula Soares (2000), destacam as condições pessoais, as interpessoais e as contextuais como variáveis afectadoras da adaptação, do rendimento académico e do próprio desenvolvimento psicossocial do estudante, pelo que, segundo os autores, se justifica a investigação nesta área, assim como a criação e melhoria dos serviços de apoio aos estudantes no seio das instituições de acolhimento.

Apesar destas linhas, pensamos que esta realidade está, no nosso país ainda mal compreendida pela investigação, para já não falar das formas de avaliação e intervenção. Uma simples "viagem" por um *site* de uma universidade inglesa ou estadunidense poderá servir de exemplo no que respeita aos serviços médico-psico-educativos de apoio e, a comparação com o que se passa no nosso país é deprimente.

Eis apenas algumas das questões que a investigação pode esclarecer melhor: Qual o quadro de valores e as aspirações deste grupo de alunos? O envolvimento vocacional do aluno coincide com o tipo de curso que frequenta? Quais as taxas de insucesso no ensino superior e porque razão os alunos de primeiro ano têm mais dificuldades? Quais as razões porque se muda de curso ou de instituição de ensino? Qual a taxa de abandono ou desistência por parte dos alunos no ensino superior?

Da investigação portuguesa, por nós consultada, no que respeita às questões ligadas à transição e adaptação à universidade destacamos os resultados de alguns estudos:

Almeida; Soares, e Ferreira (2000) analisaram o processo de transição e adaptação à universidade apoiados no conceito de "vivências académicas". O objectivo da investigação foi criar um instrumento de despiste nos problemas de transição e adaptação que os autores consideram

como um complexo desafio a par das mudanças desenvolvimentais operadas numa fase final da adolescência.

Apoiando-se na revisão da literatura os autores colocaram questões directamente associadas à aprendizagem e ao rendimento académico, questões directamente associadas ao *self* e ao desenvolvimento psicossocial dos indivíduos e questões ligadas ao contexto físico e geográfico como a instituição de ensino ou o espaço físico do *campus*.

O estudo incidiu sobre 1273 estudantes a frequentar o 1º ano da Universidade do Minho. Da análise às 170 questões em estudo foi possível aos autores analisar os factores mais representativos e que mais influenciam as vivências académicas. O factor que se assumiu como mais importante (explicando 41% da variância total) estava mais ligado aos problemas de natureza pessoal (como por exemplo a autonomia, a autoconfiança, o bem estar físico e psicológico, a percepção dos conhecimentos e a ansiedade na realização dos testes). O segundo factor com mais peso estava relacionado com preocupações vocacionais e de carreira, ou com a satisfação e a adaptação ao curso. O terceiro factor que os estudantes referiram, estava de acordo com os relacionamentos com os colegas e o envolvimento em actividades extracurriculares. O processo ensino-aprendizagem, e as questões ligadas a este processo, reuniam-se em volta de um quarto factor. Por último as perguntas relacionadas com as questões familiares e a gestão dos recursos económicos agrupavam-se num quinto factor.

Assim as questões de natureza pessoal parecem apresentar-se para o estudante do ensino superior como as de maior relevância.

Dias e Fontaine (2000) conduziram um estudo onde se procuraram diferenças desenvolvimentais entre os estudantes que solicitaram, ou não, apoio psicológico e psiquiátrico. Partindo da hipótese de que as dificuldades na resolução das tarefas importantes do fim da adolescência e início da idade adulta estão frequentemente ligadas a humor depressivo, os autores estudaram numa amostra de 525 estudantes as consultas de saúde (psiquiatria, psicologia e clínica geral) a que os estudantes tinham recorrido no último ano.

Foram igualmente estudadas as variáveis "construção da autonomia", "capacidade para estabelecer relações heterossexuais estáveis" e "auto-estima".

Concluiu-se que os jovens que apresentavam baixos índices de autonomia, de segurança e de auto-estima revelavam, no último ano, uma maior tendência para frequentar consultas de psicologia e psiquiatria.

A segurança, a autonomia, a iniciativa e a auto-estima correlacionavam-se negativamente com a variável depressão.

Parece assim que a adaptação aos estudos e a auto-estima se relaciona com maior bem estar psicológico o que constitui algo positivo em termos de saúde mental.

Bastos; Silva e Gonçalves (2000. pp. 209-223) em "*Urna abordagem multimétodo do desenvolvimento pessoal com estudantes do ensino superior*" estudaram a auto-estima numa amostra de 320 estudantes. Com base nos resultados foram seleccionados os indivíduos cuja auto-estima se situava mais distante em relação a uma avaliação média, para depois serem estudados numa avaliação qualitativa, como objectivo de melhor compreender os casos extremos.

Da análise dos casos extremos conclui-se que é necessário alargar as redes de suporte durante a frequência do ensino superior e que por vezes são necessários programas de intervenção psicológica.

Eis como um dos participantes do estudo (caso extremo) relata a transição para a universidade:

"Eu sempre tive alguém que andou sempre comigo, nunca estive sozinha, não tive um momento sozinha na minha vida. Andei sempre até ao décimo segundo ano com alguém, tipo anjo da guarda que se iguala a nós, mas que é alguém que nos faz companhia, uma pessoa que nunca nos dê a oportunidade de ficar sozinha. Eu acho que quando vim para a universidade tive um bocado de medo, porque a minha irmã foi para outro lado. Eu acho que mudei muito do secundário para a universidade".

Das variáveis que têm a ver com a maior dificuldade por parte do estudante em adaptar-se ao ensino superior é consensual destacar as características culturais e as origens geográficas e étnicas dos estudantes. Em universidades norte americanas, por exemplo, existem serviços de apoio específicos para esta população estudantil.

No caso português, como nota Pires (2000) destacam-se, nos estudantes que são originários de outros países, o caso dos estudantes de Países Africanos de Língua Oficial portuguesa. Segundo o mesmo autor estes estudantes, cujo acesso é facilitado pela existência de acordos de cooperação, poderão nesta oportunidade enriquecer o seu desenvolvimento pessoal e social, mas a experiência poderá noutros casos ser marcada por várias dificuldades.

As dificuldades de adaptação que estes alunos evidenciam poderão ajudar-nos (respeitadas as devidas especificidades) a entender melhor as variáveis que influenciam a adaptação dos estudantes de um modo geral. Poderemos destacar os valores e padrões de comportamento diferentes, a distância geográfica, a falta de apoio e suporte social, as dificuldades económicas, e as dificuldades de aprendizagem que tem origem na preparação que o aluno adquiriu no secundário. Assim "tal como noutros países europeus, Portugal é um país com uma população estudantil cada vez mais heterogénea do ponto de vista da diversidade étnica, cultural e linguística o que, em certa medida, obriga a uma maior atenção às questões levantadas neste contexto, buscando respostas mais adequadas à resolução de determinadas situações problemáticas" (Pires, 2000, p. 149).

Várias investigações centram o seu interesse nas relações afectivas e interpessoais da infância e da adolescência considerando-as importantes como adjuvantes na adaptação.

Lopez (1998) analisou a separação e adaptação à escola em contextos familiares tendo concluído que os conflitos e o mal estar relacional e de comunicação entre pais e filhos se reflectia mais tarde na separação e adaptação à escola. Quanto mais segura fosse a relação menos problemas decorriam da separação.

Em 1992 Manuela Fleming realizou estudos sobre a saída de casa e os processos de autonomia em Jovens universitários. A autora salienta a importância que tem a manutenção de um vínculo seguro aos pais, para a capacidade de realização de comportamentos de autonomia na adolescência. Fleming cita investigações realizadas nos EUA por Kenny (1986) referindo existir

uma associação positiva entre o relacionamento harmonioso com os pais e o desenvolvimento de competências sociais em contextos universitários.

Parece assim que os ambientes familiares estáveis, com boas relações pais/filhos e famílias predominantemente democráticas facilitam o desenvolvimento da independência emocional por parte do jovem adulto, o que facilita a transição para o ensino superior, visto por nós como um acontecimento que requer por parte do estudante um ajustamento nos padrões de vida quotidianos e uma reorganização pessoal profunda.

Os autores por nós citados, avaliando uma grande variedade de situações, salientam a importância desta transição na fase final da adolescência e do início da idade adulta. Tal transição, "constitui, por si só um contexto privilegiado para a investigação que se debruça sobre o processo de separação/individuação e o processo de autonomia" (Fleming, 1992, p. 329).

3.2. A Escola e a Família Como Sistema de Suporte Social

A escola é um lugar de transição entre a família e a sociedade e, hoje em dia, ponto de passagem obrigatório, que solidifica a aprendizagem e conduz a uma maior autonomia na vida de um sujeito. Como instituição, a escola encontra-se assim na encruzilhada dos processos de socialização dos adolescentes contemporâneos. Por outro lado, a sociedade exige cada vez mais que a escola partilhe com a família uma função educativa e prepare os jovens para a vida adulta.

É na escola que habitualmente a criança faz a sua entrada no mundo; não sendo a escola o mundo; antes a instituição que faz a ponte entre o mundo e o domínio do privado que a casa dos pais representa. A escola situa-se deste modo a meio caminho entre as influências recebidas no seio familiar e aquelas a que o adolescente está sujeito no contexto das suas experiências relacionais com os amigos, colegas e sociedade em geral. Quer isto dizer que a influência exercida pelas variáveis escolares está sujeita a outros factores que decorrem do processo de socialização e vice-versa. Seguindo esta linha de raciocínio muitos estudos de investigação concluíram que bons recursos materiais e físicos, sociais e pedagógicos na escola contribuíam de forma significativa para reduzir a pressão social desviante, ou o envolvimento do jovem em condutas problemáticas, de que poderiam ser alvo pelo grupo de pares. Em sentido contrário, a investigação epidemiológica destaca o risco associado à má adaptação à escola, no início da escolaridade, como conduzindo ao insucesso escolar precoce, provocando desinvestimento das actividades pedagógicas e envolvimento em condutas e comportamentos inadequados; ou seja, situações que facilitam a adesão dos adolescentes ao posterior uso de drogas.

A ligação entre as condutas escolares e o abandono precoce dos estudos, por um lado, e a iniciação ao uso de álcool, tabaco e cannabis, pelo outro, é posta em evidência por muitos estudos sobre o risco aditivo dos adolescentes (Chavez, O'Brien & Pillon, 2005).

Dependendo da dimensão e composição do agregado familiar, do seu estatuto socioprofissional e rendimento económico, das patologias e comportamentos aditivos nos pais e irmãos, a família organiza-se como um factor de mediação e protecção, de acordo com as seguintes práticas parentais: Suporte, monitorização, gestão da disciplina, controlo psicológico e comportamental, promoção da autonomia saudável (Chitas, 2007).

É neste campo complexo, onde cada família é única, diferindo em tamanho, elementos que a compõem ou valores culturais, que a família, como unidade básica do desenvolvimento e experiência, exerce as suas funções, entre as quais, conjuntamente com a escola, a função de suporte, a qual, na opinião de Goes et al. (2004) inclui várias dimensões: o suporte emocional (sentimentos, estima, aceitação, apoio e segurança); o suporte instrumental (ajuda concreta em termos de serviços específicos); assistência material (prestação ou troca de bens tangíveis); suporte informativo (informações e conselhos para maior compreensão dos problemas); suporte de convívio social (actividades sociais que visam um maior bem-estar).

Referindo-se à importância do suporte social, Simões (2002) citando um artigo de Cohen e Brook (1993) salienta que, do ponto de vista psicológico, a satisfação com o suporte social, ou a percepção da disponibilidade destes recursos é tão importante como a sua utilização em situações de adversidade.

O suporte social percebido e as suas relações com os comportamentos aditivos foi estudado por Arriaga, Claudino e Cordeiro (2005), tendo em conta uma amostra de 370 alunos, a frequentar o ensino secundário, no distrito de Portalegre. Os autores encontraram relações significativas entre o uso ao longo da vida de tranquilizantes e sedativos, sem indicação médica, e a satisfação com o suporte social. Tal facto sugeriu aos investigadores que os adolescentes que apresentam conflitos/problemas familiares e com os amigos, sentem-se naturalmente mais deprimidos. Tais sentimentos e emoções poderiam conduzir à necessidade de consumir tranquilizantes (Arriaga, Claudino & Cordeiro, 2005).

A pobreza afectiva da relação com os pais, a ausência de uma ligação afectiva íntima, mesmo na relação com os melhores amigos na escola, ou o uso de drogas ilícitas pelos amigos, poderão assim contribuir para a adesão a comportamentos de consumo. Os factores referidos são, no fundo, factores relacionados com o processo de socialização do adolescente, ou seja, que resultam da interacção entre as características individuais – os traços de personalidade – e a influência que sobre ele é exercida pelos sistemas de referência: meio ambiente, família, grupo de pares e escola.

Em jeito de síntese, e relativamente à escola e à família, estas duas instituições, mais do que prevenir as drogas informando, têm o dever conjunto de prevenir educando (Preto, 2003).

3.3. Comportamentos Desviantes e Condutas de Risco

Durante a puberdade e adolescência, certos comportamentos, como mentir e faltar às aulas, podem ocorrer sem que isso signifique um desvio comportamental. O que tradicionalmente se rotula de agir desviante (comportamento que se desvia em relação a uma norma explícita) tem a ver com a permanência de comportamentos “problema” que perduram no tempo, e que consistem em condutas irresponsáveis, de indisciplina, desordeiras e por isso mesmo que perturbam quem está próximo, perigosas e até mesmo ilegais.

O termo “comportamento desviante” é sobretudo uma variável psicológica, que tem sido usada como sinónimo de comportamentos mal adaptados ao meio social e cultural em que um indivíduo está inserido, e não necessariamente homónima de outras entidades nosológicas, com

características bem referenciadas no DSM IV, como deficit de atenção/hiperactividade, personalidade anti-social, ou até mesmo abuso de substâncias.

Por outro lado, a expressão “comportamento de risco” pode ser definida como a participação em actividades que possam comprometer a saúde física e mental do adolescente, geralmente por influência do meio (grupo de iguais ou família).

Segundo Feijó e Oliveira (2001) o conceito de risco deve ser entendido não exclusivamente por critérios biomédicos, mas sobretudo à luz das variáveis sociais e comportamentais. Deste modo, a avaliação do risco deve incluir características do próprio indivíduo, da sua família e sociedade na qual está inserido, através dos seus vários grupos de referência: amigos, colegas, escola e família (Feijó & Oliveira; 2001). Segundo os mesmos autores os comportamentos de risco interferem em áreas como a nutrição, a sexualidade, a saúde mental, a vida social.

Relativamente aos factores de risco para o uso de álcool e drogas, Feijó e Oliveira (2001) salientam os seguintes: Familiares: tais como história de alcoolismo, uso de drogas pelos progenitores, autoritarismo ou permissividade, conflitos familiares; Uso de droga entre os amigos; Pessoais: como agressividade, impulsividade, comportamento anti-social, baixa auto-estima, experiência sexual precoce; Factores escolares: falta de compromisso com o estudo e repetência escolar; História de abuso sexual; Acesso fácil à droga; Alta densidade demográfica; Residir em áreas socialmente deterioradas.

A fase da puberdade e adolescência é caracterizada por uma marcada tendência para o envolvimento em actividade que encerram em si a descoberta. Idade em que os comportamentos de experimentação são mais acentuados, em que existe uma tentação da novidade e um certo grau de atracção pelo “abismo, e a experimentação social, livremente estruturada, no contexto de grupos orientados por normas de conduta que, sob o ponto de vista dos adultos, se inscrevem numa cultura adolescente. E nessa cultura, sobretudo nas grandes cidades, os pares desempenham um papel determinante (Preto, 2003).

Frequentemente o “grupo” amedronta os pais e a família que, não poucas vezes, incrimina a subcultura grupal no “desvio” para os consumos nocivos (Macfarlane, Cordeiro, Macfarlane & Robson; 1997). Com efeito, a palavra grupo faz lembrar logo coisas terríficas, como droga, tabaco, sexo, bebidas alcoólicas, carros ou motorizadas, etc... Na opinião de Macfarlane et al., (1997) citados por Preto (2003), é necessário pensar em primeiro lugar que o adolescente, como qualquer ser humano, gosta de viver em sociedade; e que a angústia dos pais deriva do facto de lhes ser agora impossível controlar esse grupo de amigos como antes o faziam com os grupos aos quais os filhos pertenciam quando eram mais pequenos. Contudo, na opinião dos autores atrás citados, a família tem o dever, senão de fiscalizar o grupo, pelo menos de aconselhar o jovem no sentido de ele desenvolver capacidade de análise, de modo a “reanalisar” periodicamente os amigos e o círculo de amizades, no sentido de compreender melhor os novos amigos e não se libertar dos amigos “bons” que tinha dantes. O papel altamente socializante do grupo de pares, não esgota, contudo, o impacto desse mesmo grupo nas condutas desviantes.

Assim sendo, a importância do papel desempenhado pelo grupo de pares no agir característico desta idade, e nessas condutas de adesão dos jovens a determinados

comportamentos de risco, entre os quais a experimentação de substâncias psicoactivas, tem vindo a ser realçada de uma forma bastante regular pela investigação.

Com efeito, na experimentação dos psicotrópicos, o primeiro encontro que o indivíduo faz com a droga não é, na generalidade das situações, um acto meramente solitário; pelo contrário, efectua-se num contexto eminentemente grupal, em que o próprio grupo de colegas e amigos favorece, no interior do grupo, a passagem ao acto e ritualização dos consumos, sejam eles recreativos ou abusivos, de uma qualquer substância psicoactiva. Deste modo universalizada, no interior do grupo, a substância é vista como fazendo parte da subcultura grupal, em conjunto com outros aspectos que igualmente predominam: como os rituais, os códigos de valores, a comunicação ou o calão linguístico.

Ora, é precisamente num quadro de investimento preferencial da relação com os pares, em particular quando estes se substituem muito precocemente aos pais e à família no processo de socialização, que o jovem se expõe mais ao risco de iniciação ao uso experimental, recreativo e posteriormente aditivo de substâncias psicoactivas. Tudo se passa como se o adolescente se identificasse a um comportamento que ele observa nos pares, e encontrasse junto dos amigos que consomem um estímulo para fazer as suas primeiras experiências de consumo; isto é sobretudo verdade se o grupo que rodeia o adolescente tem uma atitude permissível e favorável relativamente a este comportamento.

No tocante à primeira ocasião do consumo, o *ESPAD* (1995, p. 38) constatou, a partir do estudo de 1879 alunos do ensino secundário, que, “na generalidade, a primeira substância consumida foi partilhada num grupo (...) e os dados mostraram que a partilha em grupo foi mais relacionada com marijuana ou haxixe do que com tranquilizantes ou sedativos. Este último tipo de substâncias foi obtido mais através de um dos progenitores”.

Os dados do *ESPAD* são largamente compatíveis com outros estudos que investigaram a relação do grupo de pares com a primeira experiência de consumo de drogas, e que atribuem ao uso pelos amigos o factor mais decisivo para predispor o adolescente a aderir a esta conduta.

É neste mesmo sentido que se orientam as conclusões do estudo que Preto (2002) realizou junto de uma amostra de 1030 jovens adultos universitários do distrito de Bragança. Segundo o estudo, 87,9% dos alunos que tinham experimentaram tabaco, referem tê-lo feito com os amigos e/ou colegas. Proporções idênticas foram obtidas para o haxixe, sendo que a iniciação com o grupo de pares obteve uma percentagem de 90,4% e os restantes consumidores fizeram a primeira experiências sozinhos, com o namorado/a ou com familiares.

Mas é sobretudo a capacidade perceptiva relativamente ao efeito que procuram conseguir com a utilização de um determinado produto psicoactivo que nos poderá ajudar na estruturação de programas de natureza preventiva. Neste sentido Farate (2000), revisando as conclusões do estudo “*Monitoring the Future*” levado a cabo por Johnston e O`Malley em 1986 citados por Preto (2003), realçou três ordens de variáveis presentes nas escolhas dos jovens relativamente à iniciação às drogas. Um primeiro factor *sócio-recreativo*, ligado ao prazer sentido pela utilização de um produto psicoactivo no contexto do grupo de pares. Um segundo factor designado por *fazer face a um afecto negativo* incluindo, como razões justificativas para a utilização de drogas:

tranquilização, fuga aos problemas pessoais e reacção face a sentimento de raiva. E um último factor que dá conta das tendências de uso compulsivo como consumir para reencontrar o prazer anteriormente sentido com os consumos.

O estudo de Preto (2002) constatou que os jovens que referiram ser consumidores de drogas, invocaram como razões para a experimentação das mesmas sobretudo a curiosidade e as sensações agradáveis sentidas pela sua utilização. No entanto, quando inquiridos sobre a manutenção dos consumos, uma parte significativa dos inquiridos justificava esse comportamento alegando não conseguir parar de consumir, o que pressupõe, para estes casos, uma deriva aditiva dificilmente reversível.

II PARTE

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO/INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA: CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS EM ESTUDANTES DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA: SIGNIFICAÇÕES E PREVALÊNCIAS

CAPÍTULO IV – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA: CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS EM ESTUDANTES DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA: SIGNIFICAÇÕES E PREVALÊNCIAS

4.1. Concepção da Pesquisa

Após a revisão bibliográfica referente ao assunto em pesquisa, propomo-nos neste capítulo enunciar as directrizes que orientaram a investigação, definindo, explicando e esclarecendo os procedimentos por nós utilizados. Focaremos os passos preliminares que seguimos na preparação e aplicação do instrumento de recolha de dados e a caracterização da amostra sobre a qual incidiu o trabalho de campo. Descreveremos igualmente a hipótese de investigação, bem como as variáveis em estudo e a sua operacionalização.

Em sentido amplo, o método é a ordem a que devem obedecer os diferentes processos necessários para atingir um determinado fim ou resultado desejado. Na investigação científica, entende-se por método o conjunto de procedimentos que o espírito humano deve empregar na pesquisa e demonstração da realidade dos factos. Segundo Cervo e Bervian (1978), o método científico segue o caminho da dúvida sistemática, preocupando-se com o que é, e não com o que se pensa ser.

Nesta investigação recorreremos ao método quantitativo, dado tratar-se de um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. Fruto da concepção positivista da ciência, esta abordagem reflecte um processo complexo, que conduz a resultados que devem conter o menor enviesamento possível, contribuindo assim, para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos. É caracterizado pela quantificação na recolha e tratamento da informação, utilizando basicamente técnicas estatísticas, desde a estatística descritiva mais simples até às análises mais complexas (Richardson et al., 1985). Embora sacrificando a compreensão do significado em troca do rigor matemático, as pesquisas quantitativas, verificam e explicam a influência das variáveis estudadas, e permitem inferências mais estandardizadas do que a pesquisa qualitativa (Motta, 1999).

A parte empírica de um estudo quantitativo envolve a recolha de dados de pesquisa e a preparação desses dados para análise, enquanto a fase analítica é aquela em que se tratam, analisam e interpretam os dados, colocando-os em condições de serem divulgados (Polite, Beck & Hungler, 2004).

Este trabalho foi iniciado através da elaboração de um projecto, onde ponderamos a sua viabilidade, e em cujo planeamento delimitámos o assunto a ser estudado e elaborámos um escalonamento mental de todas as fases da investigação, pelo cronograma da mesma, e de acordo com o tema da pesquisa. O respectivo projecto foi rectificado pela orientadora do estudo,

apresentado e aprovado pela Comissão Técnico-Científica do Curso de Mestrado em Gestão das Organizações.

Segundo Hill e Hill (2000), o tema representa um tópico, um assunto específico, um fenómeno ou uma linha de investigação. A escolha do tema e a delimitação do mesmo é assim um dos primeiros passos da investigação. Na fase conceptual, a escolha do tema prende-se com factores de múltipla ordem, tais como o interesse pessoal e profissional dos investigadores, a sua experiência profissional, a existência de bibliografia e trabalhos anteriores conhecidos, paradigmas teóricos de referência, tempo e recursos económicos disponíveis, entre outros. Assim, no presente trabalho, enveredamos por estudar o consumo de drogas lícitas e ilícitas nos estudantes do Instituto Politécnico de Bragança.

O tema, como sinónimo de assunto, fenómeno, ou campo investigacional, é muito amplo, e os passos seguintes dos investigadores devem ir no sentido de delimitá-lo, para, mais facilmente, o transformar em problema. No nosso estudo, o tema geral “Consumo de Substâncias Psicoactivas em Estudantes do Instituto Politécnico de Bragança: Significações e Prevalências” foi delimitado ao “Estudo das condutas de consumo de drogas lícitas e ilícitas nos respectivos estudantes”.

Qualquer assunto de investigação deverá ser enquadrado dentro de uma determinada estratégia investigacional, de acordo com o quadro de referência teórico e o estado de arte do conhecimento científico sobre o assunto.

A estratégia de pesquisa deverá assumir deste modo uma lógica dedutiva, no sentido em que utiliza factos ou teorias conhecidas para prever novos factos.

Em relação ao tema que estudamos, é bem notório na literatura a complexidade das questões em análise. De qualquer maneira existem já conhecimentos científicos suficientes, e evidências teóricas robustas, para fundamentar que o consumo de drogas não depende única e exclusivamente de uma variável. Sendo, pelo contrário, de valorizar os modelos de multicausalidade no estudo do fenómeno. Assim face ao problema em estudo, mais importante se torna “pensarmos” o desenho que mais se adequa ao nosso trabalho, tendo em conta o objecto e os objectivos da investigação, as limitações espaço-temporais e o valor da informação recolhida.

Nesta perspectiva situamos o nosso estudo no âmbito de uma abordagem multifactorial tendo em conta o número de variáveis independentes em causa. Com efeito, na conceptualização de uma investigação ao nível dos diferentes domínios científicos, e na toxicodependência em particular, os modelos que procuram explicações de pura causalidade, ou causalidade linear, têm vindo progressivamente a evoluir para modelos mais complexos e multifactoriais.

Na presente investigação, para além da importância de factores tais como a idade, o sexo, o local de residência, valorizamos estas questões através de perguntas que visavam obter do estudante o seu grau de satisfação com a escola, para além doutras variáveis académicas. Por outra parte, as variáveis familiares foram estudadas através de um instrumento de avaliação familiar. Na avaliação familiar foi atribuída especial atenção aos aspectos relacionais, designadamente a qualidade da relação percebida, e a relação equilibrada com o pai e com a

mãe, partindo do princípio exploratório de que o afastamento relacional aos pais e a retração afectiva que daí resulta têm, enfim, um papel nuclear nos comportamentos que estudamos.

Do tema delimitado e da estratégia investigacional, emerge a questão de partida que traduz o tipo de problema a resolver, ou problema de investigação.

4.2. Problema de Investigação

Apresentar um problema é estabelecer a relação que liga a questão proposta a algum princípio geral evidente. O problema de investigação emerge do tema em estudo, depois de ter sido delimitado o assunto.

Um problema de pesquisa envolve uma situação enigmática (Polit et al., 2004), e a finalidade de uma pesquisa é solucionar o problema, ou contribuir para a sua solução, acumulando informações relevantes. Os problemas formulados em estudos quantitativos, como é o caso do nosso, envolvem conceitos ou variáveis para os quais existem métodos confiáveis de mensuração. Geralmente o problema de investigação correlaciona duas ou mais variáveis, correlação essa que identifica a natureza do problema, e o tornam significativo em termos de pesquisa. Para além disso, o problema deve ser suficientemente amplo para incluir as preocupações centrais do investigador, porém o bastante delimitado para servir como orientação para o estudo.

Segundo vários autores (Gil, 1999; Fortin, 1999), o mesmo deve ser formulado de forma interrogativa, numa questão cuja solução viável possa ser alcançada pela pesquisa, estabelecendo uma relação entre duas ou mais variáveis, fruto da revisão da literatura e da reflexão pessoal. Na opinião de Gil (1991, p. 29) “o problema deve ser formulado como pergunta, o problema deve ser claro e preciso, o problema deve ser empírico, o problema deve ser susceptível de solução e o problema deve ser delimitado a uma dimensão viável”.

Segundo Ribeiro (2007), uma investigação começa com uma grande questão.

Deste modo elaboramos a seguinte questão:

“De que forma as variáveis de natureza familiar, relacionais e sócio-demográficas, influenciam os consumos de substâncias lícitas e ilícitas na população estudada.”

4.3. Tipo de Estudo

Segundo Gil (1991), os estudos podem classificar-se como exploratórios, descritivos, descritivos analíticos ou explicativos, se tivermos em conta os seus objectivos gerais. Tendo por base a classificação deste autor, o tipo de estudo utilizado neste trabalho foi o descritivo analítico, que, de acordo com Gil (1991, p. 45), “tem como objectivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno, ou então, o estabelecimento da relação entre variáveis”.

Para Fortin (1999), os estudos recorrem frequentemente à simples descrição, aos estudos de caso, e aos inquéritos. Neste trabalho consideramos que o inquérito seria o mais adequado, visto que pela aplicação do mesmo são recolhidos dados junto de uma população, ou amostra da mesma, com o objectivo de estudar atitudes, comportamentos, opiniões ou crenças, presentes nessa população.

O presente estudo é assim descritivo e transversal, no sentido em que são recolhidos dados que nos permitem caracterizar e conhecer melhor uma população em estudo, sendo a informação recolhida num único momento no tempo (Ribeiro, 2007).

Apresenta igualmente as características clássicas dum estudo analítico, já que se analisam os dados na tentativa de responder a determinadas perguntas, e a razão por que os sujeitos apresentam determinados traços e comportamentos, propondo-se estabelecer relação entre variáveis (Ribeiro, 2007).

Por último apresenta particularidades presentes num estudo epidemiológico, já que se estuda a prevalência de determinados comportamentos (consumo de drogas) que têm a ver com a saúde. Com efeito, a identificação de ocorrência de doenças ou comportamentos problemáticos nas populações humanas, descrever situações ou *status* de um fenómeno e dos factores que influenciam, determinam ou condicionam esse fenómeno, tem sido reiteradamente definida como objecto da epidemiologia.

Com efeito, “a importância da epidemiologia, enquanto disciplina científica aplicada à investigação no domínio das condutas de consumo de substâncias psicoactivas, bem como outros domínios ligados à medicina, biologia, à psicologia ou à sociologia, está actualmente bem estabelecida” (Farate, 2000, p. 89). Neste campo, a epidemiologia propõe uma metodologia que permite precisar a distribuição espaço-temporal de uma determinada conduta problemática, e compreender a sua dinâmica evolutiva. É assim que no nosso estudo, por exemplo, podemos determinar as prevalências de ponto, ou seja, os consumos reportados aos últimos 30 dias, e a frequência com que ocorreram esses consumos.

A investigação epidemiológica da toxicodependência abrange os métodos descritivos, analíticos e avaliativos e tem sobretudo três grandes funções: (1) Assegurar o controlo sanitário de uma população avaliando a frequência de fenómenos de saúde; (2) Apoiar a planificação e a gestão dos programas de saúde pública; (3) Recolher dados necessários à elaboração de hipóteses de investigação. (Farate, 2000; citando Rouillon, 1985).

Decorrentes do tipo de estudo, e dos pressupostos metodológicos a que temos vindo a referir-nos, apresentamos, em seguida, os objectivos da investigação.

O objectivo geral passa pela determinação dos padrões de consumo de drogas na população de referência, estudando as suas relações com as variáveis psicossociais, para assim entendermos que acções de promoção deverão ser planeadas num quadro de promoção da saúde.

Temos como objectivos específicos:

- Caracterizar a população estudada a um nível sócio-demográfico;
- Avaliar o funcionamento familiar, e os tipos de famílias de pertença da população estudada;
- Determinar o grau de satisfação nos relacionamentos com o pai e com a mãe;
- Avaliar o grau de satisfação com a escola e local onde habitam;
- Conhecer a percepção dos alunos acerca do desempenho e do rendimento escolar;
- Avaliar os padrões de consumo de substâncias lícitas (álcool e tabaco);

- Avaliar os padrões de consumo de drogas ilícitas;
- Descrever os contextos de iniciação aos consumos de substâncias;
- Conhecer o nível de perigosidade atribuído às várias substâncias.

4.4. Contexto Geográfico de Pesquisa

Após uma fase mais conceptual; em que se elege a área ou o tema a investigar, formula-se o problema e enunciam-se os objectivos; a investigação deve percorrer um quadro operatório em que se formulam hipóteses, selecciona um determinado contexto geográfico de uma pesquisa, se escolhem as técnicas de recolha de informação, bem como se pensa no tratamento da mesma.

Foi escolhido o distrito de Bragança, (mais propriamente as cinco Escolas Superiores do Instituto Politécnico de Bragança), para a realização do trabalho de campo desta pesquisa. Esta opção prende-se com factores de diversa natureza mas que se conjugaram na decisão: Sublinhamos os factores de natureza pessoal, visto que desempenha funções numa instituição de saúde neste distrito, e é natural que queira conhecer melhor um fenómeno que também tem a ver com a sua prática profissional. Um segundo aspecto prendeu-se com os recursos e as limitações temporais de que dispúnhamos. Por último, pesou também na nossa decisão o facto de ter sido já efectuado em 2003/2004, um estudo semelhante nesta população, promovendo em nós o interesse de comparar-mos os respectivos resultados, verificando assim, se as instituições com responsabilidade directa sobre o assunto, têm posto em prática as acções adequadas de forma a reduzir riscos e minimizar danos. Podemos assim resumir o contexto geográfico de pesquisa como uma região do interior de Portugal, que, fazendo fronteira com Espanha, se localiza na província de Trás-os-Montes e Alto Douro.

4.5. População Alvo

Na nossa investigação, e numa primeira fase, o conjunto de indivíduos relativamente aos quais pretendíamos recolher informações seriam todos os estudantes a frequentar o Instituto Politécnico de Bragança. Essa seria a nossa população alvo ou população de referência.

Fortin (1999) define população como sendo o grupo ou conjunto de sujeitos a interrogar ou unidades a serem observadas. Conjunto esse, relativamente ao qual o investigador pretende generalizar resultados a partir de um subconjunto da população ou amostra.

Tendo em conta a população alvo, depressa intuimos que uma abordagem com esta abrangência tornar-se-ia inexequível na prática devido às limitações de que dispúnhamos; não só a nível de recursos humanos e materiais, mas sobretudo a nível temporal. Optámos pois pelo estudo o mais completo possível, aplicando o questionário em turmas mais numerosas, de alunos ainda a assistir às aulas no final de Junho, início de Julho de 2010 (amostragem de conveniência).

Nas cinco escolas do IPB, foi nosso objectivo atingir o maior número de alunos, a fim de que a fracção de amostragem se aproximasse o mais possível da população total.

4.6. Instrumento de Recolha de Dados

Como Instrumento de pesquisa, dentro das limitações temporais de que dispúnhamos para realizar esta investigação, e tendo em conta a finalidade do estudo, optamos pela utilização do questionário como instrumento de recolha da informação, validado no estudo “Da toxicodependência à depressão: Consumos, significações e prevalências” de Alves et. al., (2003/2004). Em linha de conta tivemos diversos trabalhos epidemiológicos que, sobre o fenómeno das drogas, ressaltam a validade dos questionários estruturados, em contraponto com outros métodos de recolha de informação (Medina-Mora et al., 2001).

Segundo as situações, um questionário serve para prever, descrever ou para diagnosticar situações. Um questionário é definido como um conjunto de perguntas, que uma pessoa lê e responde sem a presença de um entrevistador. Na presente investigação o questionário é “estruturado”, no sentido em que é padronizado segundo as recomendações da OMS “não disfarçado”, no sentido em que o respondente conhece qual é o objectivo da pesquisa. Usamos principalmente questões fechadas, complementadas, e, em variáveis específicas com questões abertas. As questões que usamos são de tipo dicotómico, questões de escolha múltipla, questões de escolha direccionada e questões de classificação em escala, e ainda baseado no QEPST, utilizado no trabalho realizado no segundo semestre de 2003/2004 e primeiro semestre de 2004/2005 no IPB.

Optámos pelo questionário, que identificará os padrões de consumo segundo a metodologia da OMS, já que nos parece o tipo de instrumento mais adequado ao respectivo estudo (Medina-Mora et al., 2001). Entre outros factores que explicam esta escolha estão a pouca disponibilidade de recursos e de elementos para, por exemplo, realizar entrevistas e o curto espaço de tempo para a realização da pesquisa.

No seu formato geral a construção do questionário inspirou-se nos modelos apresentados pela literatura consultada, quer em investigações que tinham como objectivo determinar os padrões de consumo de substâncias psicoactivas, quer em estudo levados a cabo na população estudantil.

O questionário é composto pelos seguintes cinco blocos:

Bloco I – Dados pessoais e caracterização sócio - demográfica;

Bloco II – Avaliação familiar;

Bloco III – Avaliação da satisfação com a escola e rendimento escolar;

Bloco IV – Padrões de consumo de substâncias psicoactivas;

Bloco V – Contexto de iniciação aos consumos de drogas lícitas e ilícitas e perigosidade atribuída às drogas.

No primeiro bloco, solicitamos aos inquiridos que assinalassem alguns dados de identificação: pertença sexual, idade, localidade de origem, distância que essa localidade dista de Bragança, estado civil, profissão dos pais, identificação de responsabilidades por filhos ou outros e identificação de eventuais falecimentos de pessoas significativas.

No segundo bloco, formulamos várias questões com o objectivo de avaliarmos a situação familiar e concretamente a satisfação do estudante no que diz respeito à relação que mantém com a família (APGAR). Trata-se de uma escala tipo Likert de três pontos com cinco itens (Quadro 2) que permite avaliar a percepção do funcionamento familiar (Agostinho & Rebelo, 1988) e cuja adequação tem sido aceite (Saameño et al., 1996; Gardner et al., 2001).

Quadro 2
Escala APGAR

	Quase Sempre	ÀS Vezes	Nunca
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos ex.: irritação, pesar e amor).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em cada item, o sujeito escolhe uma entre três possibilidades de resposta às quais se atribuem os seguintes pontos (desconhecidos dos respondentes): 2 a “Quase sempre”; 1 a “Às vezes”; 0 a “Nunca”. O resultado final é determinado pela soma dos pontos em cada item e é categorizado da seguinte forma: Altamente Funcional [7,10]; Disfunção Moderada [4,6]; Disfunção Acentuada [0,3].

O terceiro bloco, refere-se aos aspectos vocacionais e académicos, escola, ano lectivo, regime, identificação se o curso e a escola foram as primeiras opções no processo de candidatura, escolha do grau de satisfação relativamente ao curso e à cidade onde se localiza a escola através de uma escala de cinco categorias (i.e., *Muito Satisfeito, Satisfeito, Assim-Assim, Desanimado e Muito Desanimado*); auto-avaliação do desempenho académico, também através de uma escala de cinco categorias (i.e., *Muito Bom, Bom, Razoável, Fraco, Muito Fraco*); identificação de repetências em disciplinas e anos curriculares, identificação de participação em actividades ou associações (i.e., *Académicas, Culturais, recreativas, Desportivas, Religiosas, Escuteiro/Guias, políticas, Outras*).

No quarto bloco, fez-se a *identificação geral de consumidores/não consumidores*, com recurso a duas questões mutuamente exclusivas: a) Nunca experimentei uma vez que fosse, nem álcool nem tabaco nem drogas; b) já experimentei pelo menos uma vez: Álcool, Tabaco, Drogas. Caso os sujeitos escolhessem a primeira asserção não respondiam às questões do *perfil de consumo* e passavam directamente às perguntas expostas a partir da alínea 17) inclusive. Caso escolhessem a segunda asserção, teriam de identificar quais as substâncias experimentadas através de uma resposta *Sim/Não*.

O bloco quinto, define o *perfil de consumo*, tendo compreendido as seguintes variáveis: a) caracterização do consumo através de três tipos de escalas (Quadro 3).

Quadro 3
Escalas para caracterizar o consumo

Tabaco	Álcool	Restantes Substâncias
- Nunca experimentei. - Experimentei uma vez mas não continuei. - Experimentei e continuei.	- Nunca experimentei. - Experimentei uma vez mas não continuei. - Bebo mas só às refeições. - Bebo ocasionalmente. - Sinto que bebo demasiado.	- Nunca experimentei. - Experimentei uma vez mas não continuei. - Experimento ocasionalmente. - Experimento regularmente. - Sinto que estou agarrado.

b) Idade de início em anos, meses ou dias; número de bebedeiras no caso do álcool; contexto social de iniciação; local de iniciação; razão subjectiva do consumo; razão subjectiva da dependência (Quadro 4); c) prevalência *ao longo da vida* (LV), *no último ano* (UA) e *nos últimos 30 dias* (UM), com recurso à escala: *Nunca usei, 1 a 4 vezes, 5 a 9 vezes, 10 a 19 vezes, 20 a 39 vezes e ≥ 40 vezes*; d) escala para avaliar quantas pessoas das relações do respondente usam drogas (i.e., *nenhuma, poucas, algumas, muitas, quase todas*); e) escala para avaliar se é possível adquirir drogas na cidade onde estuda, segundo a sua opinião (i.e., *Fácil, Muito Fácil, Difícil, Muito Difícil, Desconheço*).

Quadro 4
Variáveis do perfil de consumo

Todas as Substâncias			
A iniciação foi com	O local onde comecei	A razão que me levou a experimentar foi	A razão porque estou dependente é (só responder se se considerar dependente)
Namorado/a	Café	Ver outros experimentar	Sentir sensações agradáveis
Amigos/as	Escola	Curiosidade	Não conseguir parar
Colegas	Casa	Sentir prazer	Evitar o mal estar
Familiar	Casa de amigos	Relacionar-me melhor com os outros	Aliviar o stress
Sozinho/a	Discoteca/bar	Sentir-me mais adulto/a	Ser doente
	Rua	Desafio perante os mais velhos	Outra Qual?
	Outro Qual?	Outra Qual?	

No que respeita à validação e possíveis dúvidas por parte dos estudantes, iniciamos a etapa de recolha de dados pela aplicação de um pré-teste a 20 alunos da Escola Superior de Saúde. Tínhamos como objectivo identificar perguntas/problemas que justificassem uma modificação da redacção, ou mesmo a sua eliminação da versão final do instrumento.

O pré-teste foi assim um ensaio para determinar se as questões estavam formuladas com clareza e de forma imparcial. Concluímos que os alunos não manifestaram dúvidas substanciais no preenchimento das respostas.

Nos procedimentos relativos ao método de colheita de dados optámos por estar presente em sala de aula aquando da aplicação dos mesmos, e nos casos em que isso não foi possível, o questionário foi distribuído pelos docentes, após lhes terem sido dadas instruções quanto ao seu preenchimento e forma de esclarecer eventuais dúvidas por parte dos alunos. O questionário foi preenchido pelos alunos no início de cada tempo lectivo. Tal estratégia de controlo, em nossa opinião, repercutiu-se no facto de apenas quatro questionários, terem sido eliminados da análise por dados inconsistentes e preenchimento incompleto.

Apresenta-se uma nota final para os procedimentos de natureza ética por nós seguidos, na elaboração e aplicação dos questionários. Virtualmente toda a pesquisa com seres humanos constitui uma intrusão na vida pessoal e, mesmo em estudos não-experimentais, os participantes têm o direito de esperar que os dados de natureza pessoal, por eles fornecidos, sejam mantidos no mais absoluto sigilo. Na opinião de Polit et al., (2004), o anonimato só ocorre quando nem mesmo o investigador pode vincular o participante com os seus dados. Na presente investigação, foi respeitado o direito à informação, ao consentimento, à privacidade e anonimato.

Assim, na capa do questionário, procedemos à identificação do investigador, descrevemos o objectivo do questionário, pedimos colaboração aos alunos para o estudo, sendo-lhes dada a possibilidade de escolha para tal. Ficou expresso que garantíamos a confidencialidade dos dados e o anonimato. Seguimos procedimentos semelhantes quando pedimos autorização ao presidente do IPB para aplicação dos questionários. Foram-lhe garantidos esses procedimentos éticos, e a disponibilidade de partilhar com as escolas envolvidas os resultados finais do estudo.

4.7. Hipótese Geral

Para Ribeiro (2007), uma hipótese é uma afirmação declarativa que se propõe esclarecer a relação entre as variáveis. Na perspectiva de Polit et al., (2004), o uso de hipótese nos estudos quantitativos tende a induzir o pensamento crítico e, dessa forma, facilitar a interpretação dos dados.

Na conceptualização desta investigação o estudo da associação entre diferentes variáveis foi feito tendo em conta uma hipótese exploratória geral:

“Os factores ligados ao desenvolvimento psicossocial dos jovens adultos poderão influenciar as suas condutas face às drogas”.

Esta hipótese geral de investigação foi elaborada a partir da fundamentação teórica do problema em estudo. Por um lado emerge de quadros teóricos que procuram entender o desenvolvimento psicossocial do estudante do ensino superior e, por outro, da nossa própria reflexão sobre os fenómenos em estudo.

4.8. Variáveis e Sua Operacionalização

Variável, como o nome indica, é uma característica ou propriedade que pode diferir entre as várias unidades populacionais (indivíduos).

De acordo com a literatura temática o processo de transformar uma variável de um plano abstracto para um plano operacional, fazendo que a variável seja mais facilmente medida ou observável denomina-se operacionalização.

O presente estudo envolve variáveis independentes e uma variável dependente. As variáveis independentes são aquelas que podem assumir vários estados, podem ser manipuladas de forma intencional, e, presume-se, podem afectar a variável dependente (Polit, 2004).

Variável Dependente:

“Condutas de consumo de substâncias psicoactivas em estudantes do ensino superior”.

Passamos de seguida a explicar como operacionalizámos esta variável dependente no sentido de a tornar medível, observável, passível de ser analisada em termos estatísticos, na situação de pesquisa.

Um padrão, ou uma conduta de consumo, define-se em função de um grande número de aspectos interventores que têm, por exemplo, a ver com os períodos que duram os consumos, as quantidades de substância consumida, o tipo de drogas, as drogas associadas, etc...

Uma conduta de consumo é pois uma variável comportamental, e para a operacionalizarmos recorreremos aos descritores do *ESPAD* e às recomendações emanadas pela OMS sobre esta matéria (Smart et al., 1980).

Utilizamos assim, e para todas as substâncias psicoactivas pesquisadas, a seguinte forma para operacionalizar os consumos:

- Consumos alguma vez na vida. (nunca usei, 1 a 4 vezes, 5 a 9 vezes, 10 a 19 vezes, 20 a 39 vezes, mais de 40 vezes).
- Consumos no último ano. (nunca usei, 1 a 4 vezes, 5 a 9 vezes, 10 a 19 vezes, 20 a 39 vezes, mais de 40 vezes).
- Consumos no último mês. (nunca usei, 1 a 4 vezes, 5 a 9 vezes, 10 a 19 vezes, 20 a 39 vezes, mais de 40 vezes).

Recorreremos igualmente à seguinte classificação para operacionalizar a variável dependente: Não consumidores de drogas lícitas e ilícitas: Referimo-nos aos alunos que não consomem, nem nunca consumiram substâncias lícitas e ilícitas; Consumidor de drogas lícitas e/ou ilícitas: Referimo-nos aos casos em que existiram ou existem consumos lícitos e/ou ilícitos para uma substância.

Variáveis Independentes:

Começamos por destacar as sócio-demográficas, que correspondem às primeiras perguntas colocadas no questionário, e têm como objectivo caracterizar a população em estudo. São elas:

- Género sexual;
- Idade;
- Naturalidade;

Relativamente às variáveis familiares destacamos:

- Profissão do pai/ profissão da mãe. Estas variáveis foram classificadas de acordo com a Classificação Internacional das Profissões (CIP), mais precisamente a utilizada pelo Instituto Nacional de Estatística (INE).
- Estado civil dos pais.
- Falecimento de pessoas significativas.
- Relacionamento com o pai e com a mãe. Variáveis operacionalizadas de acordo com duas escalas tipo Likert.
- Compreensão dos pais.
- Percepção sobre o funcionamento familiar. Variável operacionalizada segundo o Apgar familiar (escala já atrás descrita).

Quanto às variáveis escolares, destacamos:

- Escola frequentada.
- Ano frequentado e regime.
- Curso frequentado e respectiva escolha.
- Satisfação com o curso que frequenta e a cidade de Bragança. Variáveis operacionalizadas através de escalas com 5 modalidades de resposta “*Muito satisfeito/a*”, “*Satisfeito/a*”, “*Assim-assim*”, “*Desanimado/a*”, “*Muito desanimado/a*”.
- Rendimento académico percebido.
- Repetências em anos escolares.
- Ocupação dos tempos livres.

4.9. Trabalho de Campo e Procedimentos de Análise dos Dados

O processo de trabalho de campo com aplicação dos questionários decorreu nos meses de Junho e Julho do ano de 2010.

Após a recolha da informação a mesma foi codificada e compilada num ficheiro de dados previamente criado no programa SPSS (Statistical Package of the Social Sciences), versão 17.0, onde se efectuou o seu processamento informático. Utilizámos igualmente o *software* Excel 2007.

Sem a estatística, os dados quantitativos seriam uma massa caótica de números. “Os procedimentos estatísticos permitem que o pesquisador resuma, organize, interprete e comunique a informação numérica” (Polit et al., 2004). Quanto aos tratamentos estatísticos usados nesta investigação, os mesmos fazem parte dos procedimentos clássicos da estatística descritiva e estatística inferencial. A informação colhida é analisada tendo em conta as técnicas estatísticas: Cálculo das frequências absolutas e frequências relativas; Medidas de tendência central (média, moda e mediana); Medidas de dispersão (desvio padrão e coeficiente de variação); Análise bivariada (qui-quadrado e outros testes de associação de variáveis).

Com as técnicas descritivas pretendemos atingir alguns objectivos da investigação, como descrever as características das variáveis em estudo, ou resumir a correlação entre os valores de duas variáveis. Com as técnicas indutivas (e.g. teste t de Student) pretendemos avaliar o papel

dos factores ligados com o acaso quando estamos a tirar conclusões a partir de uma ou mais amostras de dados (Hill & Hill, 2000).

Para melhor interpretação, organização e análise, a informação pertinente será apresentada sob a forma de tabelas, quadros e representações gráficas.

CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO, DESCRIÇÃO, ANÁLISE DOS RESULTADOS E RESPECTIVA COMPARAÇÃO COM OUTROS ESTUDOS

O uso de drogas não deve ser visto como um fenómeno unitário, pelo contrário, o consumo de **substâncias psicoactivas** – entendendo-se por tal as substâncias que têm a capacidade de influenciar o comportamento, alterando sentimentos, ou outros estados psicológicos – revestem-se de uma enorme variabilidade.

Assim, em ordem a proceder a uma avaliação correcta do uso de drogas, é necessário considerar, para além do **tipo de substância** utilizada, a **frequência** e **quantidade** de sua utilização, bem como os **efeitos** que produz no indivíduo. De notar que tais efeitos não dependem, exclusivamente, das propriedades farmacológicas da droga, devendo, antes, ser analisados no âmbito de uma interacção entre a substância e o indivíduo, considerando as suas dimensões biopsicossociais.

Tendo em conta estas considerações, proceder-se-á, de seguida, a uma descrição das características mais salientes que assume actualmente o fenómeno do uso de álcool e drogas, examinando-se, mais adiante, alguns factores que têm sido identificados como podendo contribuir para a iniciação ou manutenção de padrões de consumo excessivo destas substâncias nos jovens.

5.1. Caracterização da Amostra

Deste modo, a nossa amostra ficou constituída por 384 estudantes, numa população de 6213 alunos. A sua distribuição por escola varia entre 7.5% e 29.7% (Tabela 1).

Tabela 1
População e amostras por escolas

Escola	População	% da população amostrada
ESA	847	13,60%
ESE	1384	22,30%
ESSA	1055	17,00%
ESTIG	1852	29,80%
EsACT	1075	17,30%
Total	6213	100,00%

Relativamente à amostra, o seu tamanho garante estimativas de intervalo de confiança a 95% para proporções com um erro máximo de cerca de 4,8%.

No que respeita aos dois sexos, há, também uma distribuição diferencial inter-escolas e verifica-se que é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo feminino, com excepção da

escola ESTIG. As proporções amostrais estão de acordo as proporções, na população, não se notando qualquer enviesamento por sexo à excepção da ESTIG onde o sexo masculino está sobrerrepresentado (Tabela 2).

Tabela 2

Distribuição do sexo em cada escola na população e na amostra

Escola	População				Amostra			
	Feminino		Masculino		Feminino		Masculino	
ESA	514	60,70%	333	39,30%	21	60,00%	14	40,00%
ESE	960	69,00%	424	31,00%	73	75,30%	24	24,70%
ESSA	868	82,00%	187	18,00%	96	84,20%	18	15,80%
ESTIG	765	41,00%	1087	59,00%	21	19,30%	88	80,70%
EsACT	567	52,70%	508	47,30%	13	44,80%	16	55,20%
Total	3674	59,10%	2539	40,90%	224	58,30%	160	41,70%

Quanto aos anos lectivos, observa-se também uma distribuição diferencial onde, no global da amostra, o ano lectivo mais representado é o 1.º, enquanto que o menos representado, é o ultimo ano dos cursos. De referir, que actualmente os 1.º, 2.º e 3.º anos dos cursos correspondem à Licenciatura (1.º Ciclo) e os 4.º e 5.º anos Mestrado (2.º Ciclo).

Foi feita uma tentativa de ter todos os anos representados na amostra recolhida embora no processo de amostragem tenha sido utilizado o critério da conveniência (Tabela 3).

Tabela 3

Distribuição do ano lectivo em cada escola na amostra

Escola	Ano Curricular									
	1º Ciclo					2º Ciclo				
	1º	2º	3º	4º	5º	1º	2º	3º	4º	5º
ESA	13	37,10%	18	51,40%	2	5,70%	2	5,70%	"	"
ESE	5	5,20%	45	46,40%	45	46,40%	2	2,00%	"	"
ESSA	74	64,90%	9	7,90%	6	5,30%	25	21,90%	"	"
ESTIG	55	50,40%	28	25,70%	26	23,90%	0	0,00%	"	"
EsACT	24	82,80%	3	10,30%	2	6,90%	0	0,00%	"	"
Total	171	44,50%	103	26,80%	81	21,10%	29	7,60%	"	"

No que respeita à idade, obtiveram-se os seguintes valores: média 22,01; desvio padrão 4,98; valor mínimo 18; valor máximo 58. O coeficiente de variação calculado é de 22,63%.

No que respeita ao local de origem dos estudantes, podemos afirmar que a amostra tem 31,5% oriundos do distrito de Bragança, 65,4% dos restantes distritos, 2,9% do estrangeiro e os restantes 0,3% não responderam. Finalmente, quanto ao estado civil, 93,5% é solteiro/a, 4,7% é casado/a ou vive em união de facto, 0,5% é divorciado/a, 0,5% é viúvo/a e 0,8% não respondeu.

5.2. Experiência e Condutas de Consumo

O questionário permitiu a definição de dois grupos: Grupo 1 – os que afirmaram nunca ter experimentado o consumo de álcool, tabaco e drogas; Grupo 2 – os que afirmaram terem consumido pelo menos uma vez qualquer uma das três substâncias (Figura 1).

De todos os alunos inquiridos, apenas 2,86% podem ser incluídos no Grupo 1 porque afirmaram jamais terem experimentado qualquer substância (i.e., Tabaco, Álcool e Droga). Os restantes 97,14% são incluídos no Grupo 2 porque admitiram já ter experimentado qualquer substância pelo menos uma vez. Quando se analisa o consumo de apenas uma substância, observa-se que o Álcool é a mais consumida 23,05%, em oposição ao Tabaco 0,80% e às Drogas 0,00%.

Quando se analisa o consumo simultâneo, o par Álcool/Tabaco sobressai com 43,70%, seguido pelo par Álcool/Drogas com 0,80% e, finalmente, pelo par Tabaco/Drogas com 0,00%. Dentro do segundo grupo, 31,64% dos inquiridos já experimentaram os três tipos de substância (Figura 1).

Comparando com o estudo de Alves et al., (2007), observam-se apenas algumas oscilações pequenas no que concerne a frequências. Para o Tabaco 79,49%, álcool 98,09% e Drogas 34,78%. Verificando-se percentagens ligeiramente superiores no consumo de Álcool por parte dos inquiridos no nosso estudo.

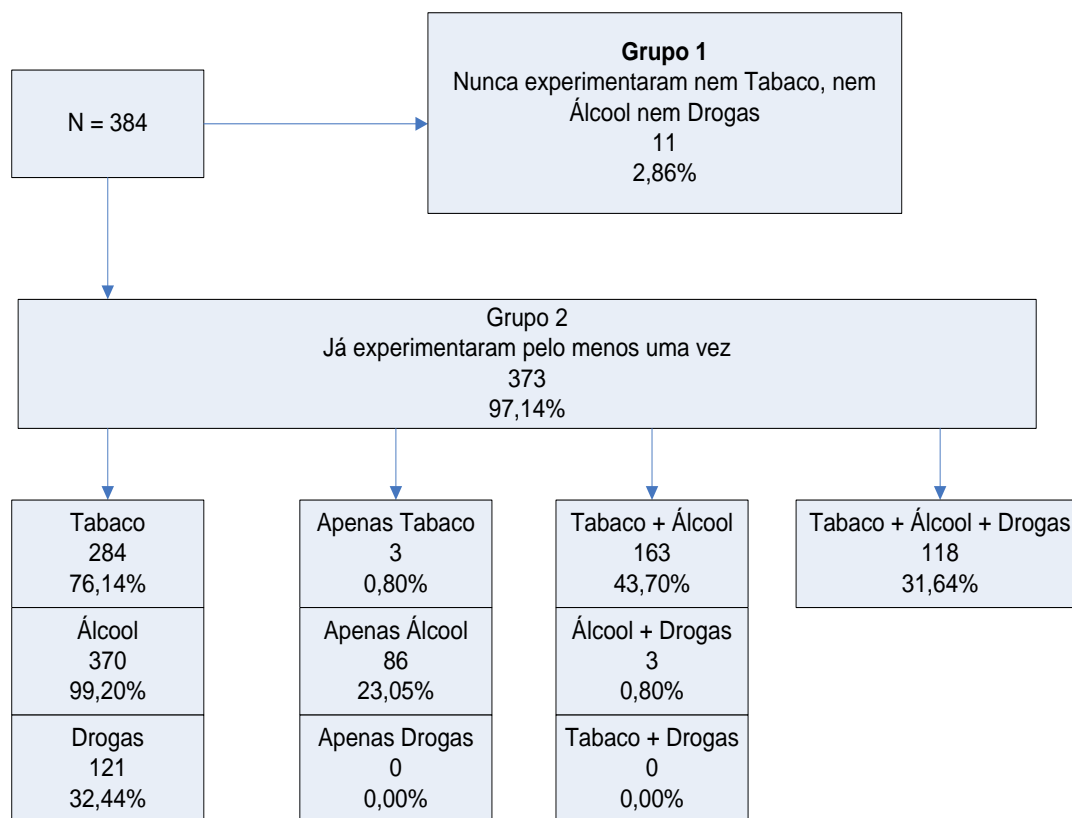


Figura 1. Alunos agrupados conforme o tipo de experiência de consumo de Tabaco, Álcool e Drogas

5.3. Considera Ter Uma Relação Estável Com os seus Pais

De uma forma geral, a maioria dos respondentes acham que a relação com os seus pais é estável (Gráfico 1).

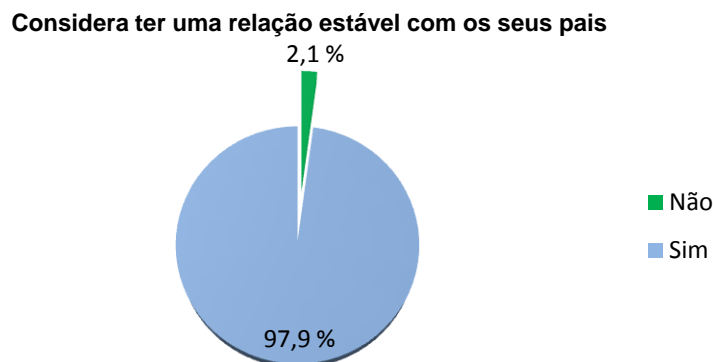


Gráfico 1. Resultado da questão: "Achas que a relação com os teus pais é estável?"

5.4. Relacionamento Com os Pais

As representações gráficas subsequentes traduzem os resultados encontrados para as variáveis que dizem respeito ao relacionamento com o pai e ao relacionamento com a mãe.

Recordamos, na linha de asserção de Farate (2000), que as variáveis relacionais têm sido das mais apontadas como explicativas, no domínio das toxicodependências, sobretudo para perceber o consumo de drogas no início da adolescência.

Partindo da leitura do (*Gráfico 2*), e como seria de esperar, verificamos que a maioria dos estudantes amostrados 56,5% classificam a sua relação com o pai como sendo muito boa. Têm bom relacionamento com o pai cerca de 29,9% dos inquiridos, e regular 13,6%.

Quanto ao relacionamento com a mãe verificamos que os alunos se distribuem de forma algo semelhante à registada para o pai. Com efeito ambas as variáveis estão associadas entre si ($\chi^2 = 215,289$, $gl = 4$, $p = 0,000$) o que significa que os alunos se distribuem pelas categorias das duas variáveis de forma muito semelhante.

Apesar de tudo é perceptível, que o relacionamento com a mãe atinge um maior percentual na categoria "muito bom" e menor frequência relativa na categoria "regular". Apresentando também, uma frequência baixa na categoria "Mau".

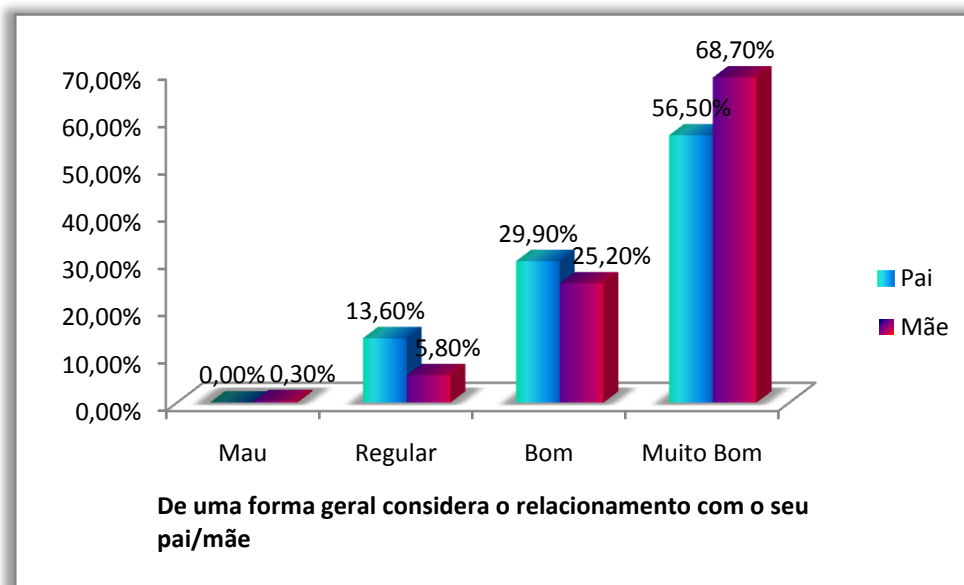


Gráfico 2. Representação gráfica do relacionamento com o pai/mãe

5.5. Análise da Variável Apgar Familiar

Como referimos no capítulo alusivo à metodologia, a satisfação da amostra estudada no que à relação com a sua família diz respeito foi avaliada através da Escala do Apgar Familiar. As distribuições de frequências dos cinco itens da escala são apresentadas no (Quadro 5).

Como se pode verificar, todos os itens apresentam frequências superiores a 50%, na categoria quase sempre, demonstrando que a maioria dos inquiridos, estão satisfeitos com o funcionamento da sua família.

Quadro 5

Resumo das distribuições de frequências nos vários itens do Apgar

	Quase Sempre	ÀS Vezes	Nunca
Item1 - Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	81,10%	18,10%	0,80%
Item 2 - Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	61,70%	34,60%	3,70%
Item 3 - Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	61,20%	36,20%	2,60%
Item 4 - Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos ex.: irritação, pesar e amor).	57,80%	41,70%	0,50%
Item 5 - Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	53,80%	43,30%	2,90%

De acordo com os pontos de corte dos valores do Teste de Apgar familiar, apresentamos de seguida os tipos de família a que os respondentes pertencem (Tabela 4). Verificamos que a maior parte dos respondentes provêm de famílias altamente funcionais (81,70%). Provêm de famílias com moderada disfunção 15,4% e de famílias com disfunção acentuada 1,3%. Da amostra estudada, 1,6% não respondeu a esta questão.

Tabela 4

Tipo de família de acordo com os valores do Apgar

	n	%
Disfunção acentuada	5	1,30
Disfunção moderada	59	15,40
Altamente funcional	314	81,70
Total	378	98,40
Não Responderam	6	1,60
Total	384	100,00

5.6. Percepção do Desempenho Académico no Curso que Frequenta

Apresentamos de seguida os resultados para a variável ordinal “desempenho e rendimento académico” (Tabela 5).

Como podemos observar, apenas 5,2% dos respondentes percepção o seu desempenho como sendo muito bom. Classificam como bom o seu rendimento escolar 58,1%, e razoável 24,2%. Assinalaram ainda as categorias: a) fraco 10,7%, b) muito fraco 1,3% e dois alunos 0,5%, não responderam a esta questão.

Tabela 5

Desempenho académico no curso que frequenta

	n	%
Muito Bom	20	5,20
Bom	223	58,10
Razoável	93	24,20
Fraco	41	10,70
Muito Fraco	5	1,30
Total	382	99,50
Não Responderam	2	0,50
Total	384	100,00

5.7. Consumo em Função da Pertença ao Sexo

Dos 11 alunos que constituem o Grupo 1, pertencem 45,50% ao sexo feminino e 54,50% ao masculino, (Tabela 6).

Tabela 6

Distribuição da variável sexo pelos dois grupos na amostra e pela população do IPB

Sexo	Amostra				Total	IPB		
	Grupo 1		Grupo 2					
Feminino	5	45,50%	219	58,70%	224	58,30%	3674	59,10%
Masculino	6	54,50%	154	41,30%	160	41,70%	2539	40,90%

A análise do consumo das diferentes substâncias em função da pertença ao sexo fez-se com recurso à realização de testes do Qui-quadrado (χ^2) baseados nas tabelas de contingência. As recomendações de utilização do teste do χ^2 , apontam para a sua não utilização sempre que se registem mais do que 20% de classes com frequências esperadas inferiores a 5 ou quando alguma delas apresenta uma frequência esperada inferior a 1. Relativamente aos resultados obtidos nas substâncias classificadas como drogas, houve a necessidade de agregar classes adjacentes, para ultrapassar esta limitação.

Relativamente ao Tabaco (Tabela 7) é o sexo masculino quem mais o experimenta (79,4% vs. os 70,1% do sexo feminino) e também quem mais consome (40,0% vs. os 25,0% do sexo feminino) verificando-se, desta forma, a associação entre o nível de contacto com esta substância e o sexo ($\chi^2 = 10,524$, gl = 2, p = 0,005).

Estes padrões de resultados aproximam-se dos encontrados por Alves et al., (2007), sendo também o sexo masculino quem mais o experimenta (79,88% vs. 70,66% do sexo feminino e também quem mais consome 37,87% vs. 30,43% do sexo feminino) verificando-se também desta forma, a associação entre o nível de contacto com esta substância e o sexo ($\chi^2 = 17,69$, gl = 2, p = 0,0001).

Tabela 7

Caracterização do consumo de Tabaco em função do sexo

Sexo	Caracterização do Consumo					
	1		2		3	
	Nunca experimentei		Experimentei uma vez mas não continuei		Experimentei e continuei	
Feminino	67	29,90%	101	45,10%	56	25,00%
Masculino	33	20,60%	63	39,40%	64	40,00%

Em relação ao Álcool, relativamente ao consumo continuado, ambos os sexos têm valores muito aproximados, sexo feminino (88,8%) e sexo masculino (88,00%), sendo de 5,40% e 4,40%,

respectivamente, a diferença percentual entre as raparigas e os rapazes que nunca experimentaram álcool e a diferença percentual dos que apenas experimentaram uma vez (Tabela 8). De realçar os valores mais elevados na percentagem de respostas no terceiro e último nível por parte dos rapazes, enquanto que no sexo feminino, o valor percentual mais elevado, se verifica no quarto nível. Os resultados não sugerem dependência do padrão de consumo em relação ao sexo ($\chi^2 = 5,522$, $gl = 4$, $p = 0,238$).

No estudo de Alves et al., (2007), verificaram-se valores diferentes dos encontrados no nosso estudo, o sexo masculino apresenta maior percentagem de consumo continuado (89,15%) relativamente ao sexo feminino (75,11%), sendo de 5,82% e 8,23%, respectivamente, a diferença percentual entre as raparigas e os rapazes que nunca experimentaram Álcool e a diferença percentual dos que apenas experimentaram uma vez. Apresentando os rapazes maior percentagem de respostas nos dois últimos níveis, sugerindo os resultados dependência do padrão de consumo em relação ao sexo ($\chi^2 = 65,59$, $gl = 4$, $p = 0,0000$).

Tabela 8

Caracterização do consumo de Álcool em função do sexo

		Caracterização do Consumo									
		1		2		3		4		5	
Sexo		Nunca experimentei		Experimentei Uma vez mas Não continuei		Experimentei e continuei		Bebo ocasionalmente		Sinto que bebo demasiado	
Feminino		7	2,16%	19	8,56%	45	20,27%	146	65,76%	5	2,25%
Masculino		6	3,80%	13	8,20%	43	27,00%	90	56,60%	7	4,40%

Em ambos os sexos é praticamente inexistente a experiência com Solventes porque cerca de 96% admitem nunca terem experimentado (Tabela 9). As diferenças apresentam-se todas abaixo de um ponto percentual do nível três a cinco. Após tentativa de cálculo do Qui-quadrado, para as substâncias ilícitas, verificou-se que não satisfaziam os pressupostos exigidos para a aplicação do respectivo teste. Para se obterem resultados com consistência estatística, foi necessário agrupar as respectivas substâncias à excepção da Cannabis. Mesmo assim, ainda foi necessário agrupar as duas últimas categorias (Experimento regularmente/Sinto que estou agarrado/a), de forma a não violar os pressupostos e dar consistência estatística ao teste Qui-quadrado ($\chi^2 = 7,604$, $gl = 3$, $p = 0,055$), na dissociação entre sexo e consumos. Por tal facto, e com alguma prudência, consideramos existir alguma evidência estatística, de que o nível de consumo dependa do sexo. Também no estudo de Alves et al., (2007), os valores foram muito semelhantes para os Solventes, 98% admitiram nunca terem experimentado, apresentando um Qui-quadrado ($\chi^2 = 3,69$, $gl = 4$, $p = 0,4501$).

Nos Tranquilizantes a taxa de experiência por parte do sexo feminino (4,9%) em relação ao sexo masculino (5,1%) é muito semelhante, (Tabela 9, p.61). No estudo de Alves et al., (2004), destacaram-se os consumos por parte o sexo feminino ($\chi^2 = 11,10$, $gl = 4$, $p = 0,0254$).

Nos Estimulantes, é o sexo feminino que mais contacta com esta substância (4,4%) em relação ao sexo masculino (2,5%), as diferenças acentuam-se em relação aos tranquilizantes (Tabela 9). No estudo de Alves et al., (2007), constatou-se não haver evidência estatística de que o nível de consumo dependa do sexo ($\chi^2 = 7,84$, gl = 4, p = 0,0976).

A Cannabis é, de todas as substâncias analisadas, a que apresenta diferenças claramente significativas no que toca à experiência e aos hábitos de consumo entre os dois sexos. Trata-se de uma substância mais utilizada pelo sexo masculino, sendo de (39,50%) a percentagem dos inquiridos deste sexo que já a experimentaram pelo menos uma vez, sendo esse valor de apenas (15,20%) para os inquiridos do sexo feminino. Também os valores de utilização continuada se apresentam substancialmente mais elevados para o sexo masculino (Tabela 9). Os dados apontam para a dependência entre os níveis de consumo da substância em função do sexo ($\chi^2 = 29,074$, gl = 3, p = 0,000). No estudo de Alves et al., (2007), os valores encontrados para o sexo masculino, foram muito semelhantes (39,25%) e para o sexo feminino (18,02), apontando também os dados para dependência entre os níveis de consumo em função do sexo ($\chi^2 = 100,37$, gl = 4, p = 0,0000).

O consumo de Heroína, evidenciado pelos dados recolhidos é praticamente nulo, apenas 1 mulher (0,5%) e 2 homens (1,2%) admitiram já ter experimentado e apenas um dos inquiridos do sexo masculino admitiu consumos regulares e até estar dependente (Tabela 9). Segundo Alves et al., (2007), os valores encontrados, foram muito idênticos aos do nosso estudo, sexo feminino (0,5%) e para o sexo masculino (1,18%), com um Qui-quadrado ($\chi^2 = 6,04$, gl = 2, p = 0,0489) sendo aceite a dependência entre o nível de consumo e o sexo.

Quanto à Cocaína, o seu consumo é ligeiramente superior ao da Heroína visto que agora, 2,2% e 3,7% respectivamente dos inquiridos do sexo feminino e do sexo masculino contactaram com a substância. Os valores das percentagens de utilização continuada ocasional são mais elevados no sexo masculino (Tabela 9). Os valores encontrados por Alves et al., (2007), foram de 0,84% e 3,55% respectivamente dos inquiridos do sexo feminino e do sexo masculino, apontando os resultados para dependência entre o nível de consumo e o sexo ($\chi^2 = 18,28$, gl = 3, p = 0,0004), sendo de salientar a semelhança dos resultados e, conclusões nos dois estudos.

A Ecstasy, tal como a Cocaína, apresenta padrões de consumo superiores no sexo masculino. Dos inquiridos do sexo masculino, 3,1% já a experimentaram pelo menos uma vez, contra 1,8% do sexo feminino. As percentagens de utilização continuada também são superiores para o sexo masculino (Tabela 9). Comparando com o estudo de Alves et al., (2007), os valores foram: para o sexo feminino (1,42%) e para o sexo masculino (6,31%). Os resultados apontam para a dependência do consumo em função do sexo ($\chi^2 = 32,24$, gl = 3, p = 0,0000).

O LSD apresenta um padrão de consumo muito semelhante em ambos os sexos para os três primeiros níveis, apenas surgindo um inquirido do sexo masculino que manifesta sentir-se agarrado (Tabela 9). Com o valor do Qui-quadrado ($\chi^2 = 7,604$, gl = 3, p = 0,055), com alguma cautela, poder-se-á aceitar a dependência entre o nível de consumo e o sexo. No estudo de Alves et al., (2007), como o valor do Qui-quadrado ($\chi^2 = 7,52$, gl = 3, p = 0,0570) está muito próximo do limite de rejeição da independência a 95%, não foi aceite a independência entre o nível de

consumo e o sexo. Mesmo assim, importa realçar a semelhança dos valores encontrados nos dois estudos.

Tabela 9

Caracterização do consumo de várias substâncias em função do sexo

Substância	...Sexo	Caracterização do consumo									
		1		2		3		4		5	
		Nunca experimentei		Experimentei uma vez mas não continuei		Experimento ocasionalmente		Experimento regularmente		Sinto que estou agarrado	
Solventes	F	217	96,90%	5	2,20%	2	0,90%				
	M	154	96,30%	4	2,50%	1	0,60%			1	0,60%
Tranquilizantes	F	213	95,10%	4	1,80%	7	3,10%				
	M	152	94,90%	3	1,90%	3	1,90%	2	1,30%		
Estimulantes	F	214	95,60%	5	2,20%	4	1,80%	1	0,40%		
	M	156	97,50%	1	0,60%	3	1,90%				
Cannabis	F	190	84,80%	13	5,80%	17	7,60%	4	1,80%		
	M	97	60,50%	26	16,30%	29	18,10%	6	3,80%	2	1,30%
Heroína	F	223	99,60%	1	0,40%						
	M	158	98,80%					1	0,60%	1	0,60%
Cocaína	F	219	97,80%	3	1,30%	2	0,90%				
	M	154	96,30%	1	0,60%	5	3,10%				
Ecstasy	F	220	98,20%	4	1,80%						
	M	155	96,90%	3	1,90%	1	0,60%			1	0,60%
LSD	F	221	98,70%	2	0,90%	1	0,40%				
	M	156	97,50%	2	1,30%	1	0,60%			1	0,60%

Nota: A célula em branco significa que não houve resposta. Isto é válido para todas as tabelas.

5.8. Contextos de Iniciação, Razões de Consumo e de Dependência

Na maior parte das substâncias consumidas, os amigos constituem o principal contexto social no seio do qual se dá a iniciação ao consumo. Nos Tranquilizantes, o sujeito inicia o consumo *sozinho*, ou então acompanhado por *um familiar*. Na LSD, o contexto principal de iniciação ao consumo, é também com os amigos. Nesta, e em outras substâncias (i.e., Solventes, Estimulantes, Heroína, Cocaína, Ecstasy), as percentagens incidem sobre um total baixo, tal como se pode ver na coluna **n**, donde, ser necessária prudência na identificação do principal contexto social onde ocorre a iniciação ao consumo (Tabela 10).

Tabela 10

Contexto social de iniciação ao consumo para todas as substâncias

Substância	Iniciação					n
	Namorado	Amigos	Colegas	Familiar	Sozinho	
Tabaco	1,05%	72,20%	15,50%	3,50%	7,75%	284
Álcool	1,40%	76,20%	9,50%	10,50%	2,40%	370
Solventes		61,50%	23,10%		15,40%	13
Tranquilizantes			10,50%	42,10%	47,40%	19
Estimulantes		71,43%	21,43%		7,14%	14
Cannabis	7,30%	79,20%	12,50%	1,00%		96
Heroína	33,33%	33,33%	33,33%			3
Cocaína	9,10%	54,50%	36,40%			11
Ecstasy		44,44%	33,33%	11,11%	11,11%	9
LSD		85,70%	14,30%			7

Quanto ao local de iniciação ao consumo (Tabela 11), verificamos que a *escola* é o contexto mais referido no Tabaco. O *bar/discoteca* é local de iniciação para o Álcool, Estimulantes e Ecstasy. Nos Tranquilizantes e cocaína, a iniciação dá-se em *casa*, enquanto na Cannabis a iniciação é em *casa de amigos*. Na Heroína e LSD, a iniciação ao consumo dá-se na *rua*. Também é necessário alguma cautela nestes resultados, dado o reduzido número de respostas em algumas substâncias (i.e., Solventes, Tranquilizantes, Estimulantes, Heroína, Cocaína, Ecstasy, e LSD).

Tabela 11

Local de iniciação ao consumo para todas as substâncias

Substância	LOCAL							n
	Café	Escola	Casa	Casa de Amigos	Disco/Bar	Rua	Outra	
Tabaco	13,60%	35,40%	7,10%	7,50%	19,30%	17,10%		280
Álcool	25,50%	5,10%	13,70%	7,30%	47,60%	0,80%		372
Solventes	7,70%	23,00%	15,40%	30,80%	7,70%	15,40%		13
Tranquilizantes		5,30%	78,90%	10,50%		5,30%		19
Estimulantes		7,14%	21,42%	7,14%	50,00%	14,30%		14
Cannabis	3,20%	22,10%	13,70%	27,40%	9,50%	24,10%		95
Heroína					33,34%	66,66%		3
Cocaína			33,33%	25,00%	25,00%	16,67%		12
Ecstasy		12,50%		12,50%	50,00%	25,00%		8
LSD				28,60%	28,60%	42,80%		7

No que diz respeito à razão subjectiva da experiência do consumo, a primeira é a curiosidade, excepto nos Tranquilizantes em que a grande razão assinalada é *dormir e descansar*. Em segundo lugar, e para a maioria das substâncias, vem a razão sentir *sensações agradáveis*. No Tabaco a segunda razão é *ver outros experimentar*, para a cocaína a segunda razão com o mesmo valor, são *ver os outros experimentar e sentir sensações agradáveis*, ao passo que na

Heroína, com o mesmo valor, surge: ver os outros experimentar, curiosidade e outras razões. Não obstante a prudência já referida, talvez se possa falar na *curiosidade* e no *prazer* como as razões principais que desencadeiam, aos olhos dos sujeitos, o início do consumo (Tabela 12).

Tabela 12
Razão/Significações de experiência em todas as substâncias

Substância	Razões									n
	Ver outros experimentar	Curiosidade	Sentir sensações agradáveis	Relacionar-me melhor com os outros	Sentir-me mais adulto/a	Desafio perante os mais velhos	Dormir e descansar	Fugir de problemas	Outra	
Tabaco	11,20%	75,20%	7,30%	2,10%	2,30%	1,60%			0,30%	306
Álcool	11,94%	62,44%	16,66%	6,72%				1,74%	0,50%	402
Solventes	7,70%	77,00%						7,70%	7,60%	13
Tranquilizantes		9,50%	4,80%	4,80%			57,10%	14,30%	9,50%	21
Estimulantes		75,00%	6,30%					6,30%	12,40%	16
Cannabis	3,70%	72,90%	20,60%						2,80%	107
Heroína	33,33%	33,33%							33,33%	3
Cocaína	15,40%	61,50%	15,40%						7,70%	13
Ecstasy		66,70%	22,20%	11,10%						9
LSD		71,40%	14,30%						14,30%	7

A análise da tabela 13 permite concluir que, à excepção do Tabaco, apenas uma minoria admite estar dependente. Nesta substância, a razão mais referida é *aliviar o stress*. Nos Tranquilizantes as razões mais referidas são *ser doente*. Para todas as restantes, a razão mais referida é *sentir sensações agradáveis*. Ou seja, os sujeitos inquiridos admitem que a dependência está ligada, regra geral, a uma dinâmica de procura do prazer (Tabela 13).

Tabela 13
Razões/Significações para a dependência para todas as substâncias

Substância	Razões de dependência								n
	Aliviar o stress	Sentir sensações agradáveis	Não conseguir parar	Evitar a ressaca	Fugir de problemas	Ser doente	Opção de vida	Outra	
Tabaco	53,70%	16,50%	24,00%	3,30%		2,50%			121
Álcool		86,10%	2,80%	2,80%	8,30%				36
Solventes		50,00%		50,00%					2
Tranquilizantes						100,00%			4
Estimulantes		50,00%		50,00%					2
Cannabis		75,00%	18,80%				6,20%		16
Heroína				50,00%			50,00%		2
Cocaína		66,66%		33,34%					3
Ecstasy					100,00%				1
LSD				100,00%					1

5.9. Idade de Início do Consumo das Substâncias

No que respeita à idade do primeiro contacto, atendendo à forma das distribuições observadas e representadas no (Gráfico 3), as substâncias podem classificar-se em três grupos distintos:

- 1.º Grupo — Álcool, Tabaco Tranquilizantes e LSD;
- 2.º Grupo — Solventes, Cannabis e Estimulantes;
- 3.º Grupo — Heroína, Cocaína e Ecstasy.

As substâncias pertencentes ao 1º Grupo são aquelas com as quais o contacto é mais precoce (valor da mediana abaixo dos 17 anos), provavelmente pela sua facilidade de obtenção. O 2º Grupo inclui as substâncias em que a idade de início ocorre em idades muito próximas dos 18 anos. Por fim, o 3º Grupo inclui as substâncias em que o contacto tem maioritariamente início em idades iguais e superiores aos 18 anos; os Tranquilizantes constituirão o limite inferior e a Cocaína, o superior.

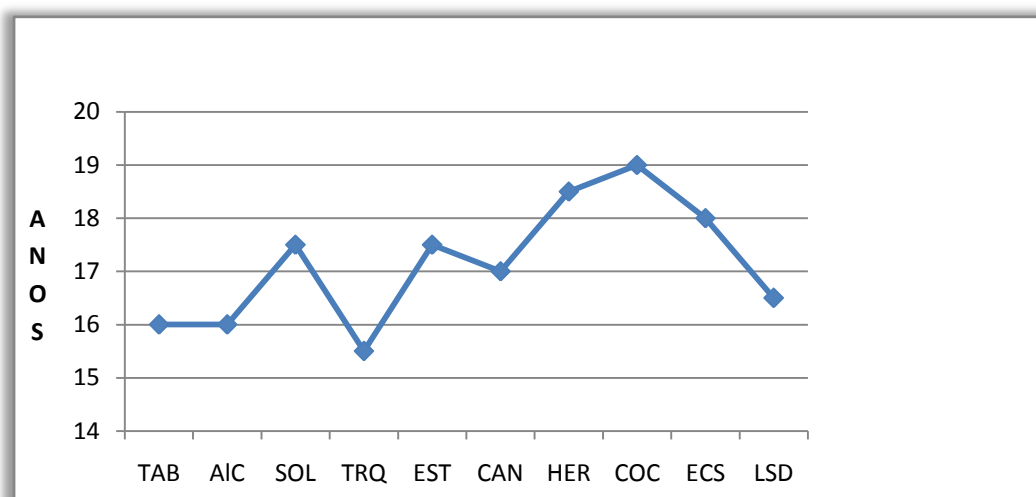


Gráfico 3. Representação gráfica da mediana das idades de início dos consumos das substâncias

Na classificação sugerida pela forma das distribuições é clara a transição entre as substâncias de aquisição fácil e custo reduzido e as substâncias de aquisição mais difícil, custo elevado e socialmente menos toleráveis.

Estes padrões de resultados concordam, em termos gerais, com os apontados em outros estudos (cf., Negreiros, 1996; Mohler Kuo, 2003.).

No entanto, se compararmos as médias de idade de iniciação ao consumo encontradas no estudo de Negreiros (1996), numa amostra de estudantes do ensino secundário, com as mesmas médias encontradas no nosso estudo, concluímos que há nos estudantes do IPB uma iniciação ao consumo mais tardia no Tabaco, Cannabis, Álcool e Solventes (Tabela 14). O que é facilmente explicável pela inclusão dos inícios tardios que, obviamente, não constam da amostra do secundário.

Tabela 14
Idade de iniciação ao consumo

Substância	Idade		N	Negreiros (1996)
	Média	Desvio Padrão		Média
Tabaco	15,87	2,78	134	F-12,4; M-13
Álcool	16,16	2,27	222	13,1
Solventes	16,50	5,45	4	F-9,2; M-10,1
Tranquilizantes	15,17	3,19	6	
Estimulantes	17,43	1,51	7	
Cannabis	17,48	2,05	48	F-10,7; M-13,5
Heroína	18,5	6,36	2	
Cocaína	19,2	0,84	5	
Ecstasy	18	1,41	2	
LSD	16,5	2,12	2	

N – efectivo do nosso estudo; F e M – respectivamente sexo feminino e masculino

5.10. Idade de Início do Consumo das Substâncias em Função do Sexo

Comparando os dois gráficos em abaixo, conclui-se que de uma forma geral o sexo feminino inicia o contacto com a maioria das substâncias, mais cedo que o sexo masculino (Gráfico 4 e 5).

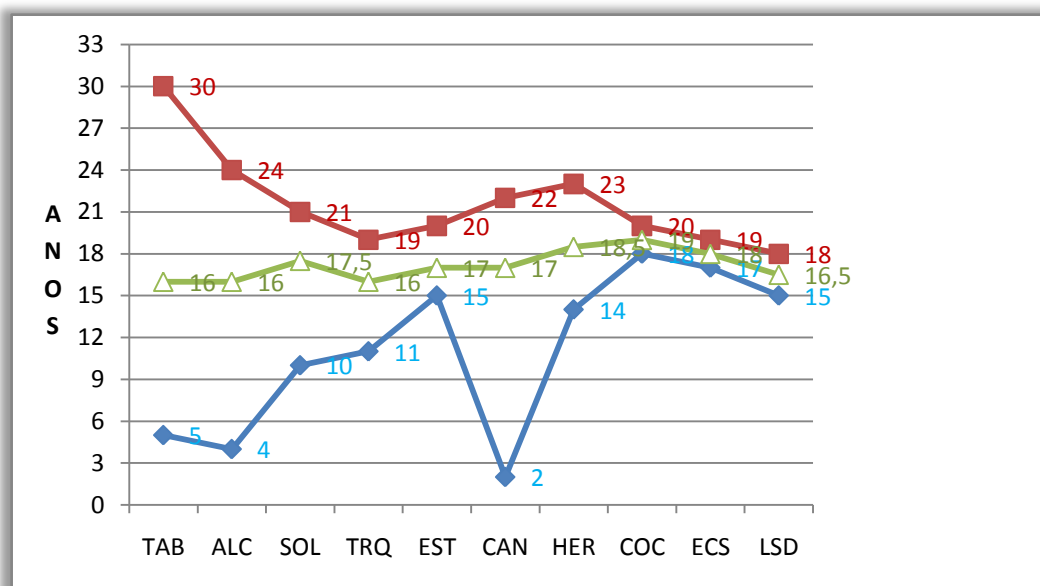


Gráfico 4. Idade de início do consumo das substâncias pelo sexo Feminino (mínimo, mediana e máximo)

Verificou-se ainda que os respondentes do sexo masculino, não responderam à questão idade de início dos consumos, para as substâncias: Heroína, Cocaína, Ecstasy e LSD (Gráfico 5).

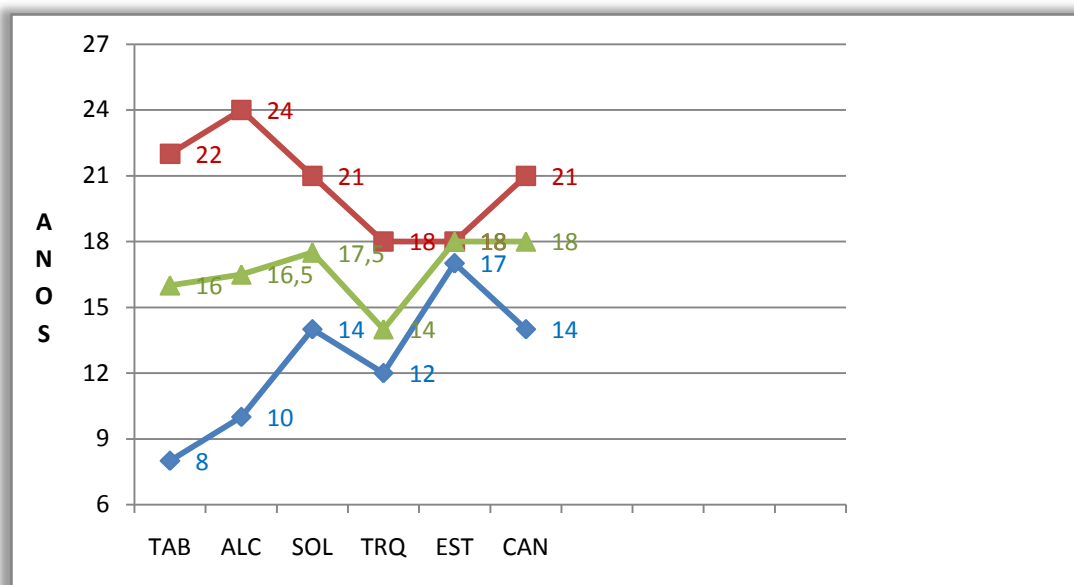


Gráfico 5. Idade de início do consumo das substâncias pelo sexo Masculino (mínimo, mediana e máximo)

5.11. Idade de Início em Função do Local de Origem

Relativamente à idade de início em função do local de origem, não se verificam diferenças significativas. Assim, e para a maioria das substâncias, observa-se um comportamento similar entre os alunos oriundos do distrito de Bragança e os restantes alunos. O mesmo já não se verifica com a Heroína, Cocaína e Ecstasy, dado que apenas se identificaram alunos consumidores destas substâncias de outros distritos que não o de Bragança, com frequências absolutas de: dois, cinco e dois respectivamente.

5.12. Influência do Local de Origem nos Níveis de Satisfação com a Cidade e Com o Curso

Da leitura das tabelas de contingência e da análise dos testes do Qui-quadrado realizados, pode dizer-se que os níveis de satisfação não estão relacionados com a distância entre o Local de Origem e a cidade onde estudam (Tabela 15).

Tabela 15
Local de origem e satisfação com a cidade

Local de Origem	Satisfação com a Cidade			
	1 Muito Satisfeito	2 Satisfeito	3 Assim-Assim	4 Desanimado Muito Desanimado
Distrito de Bragança	47 38,80%	52 43,00%	17 14,10%	5 4,10%
Outros Distritos	73 28,50%	120 46,90%	50 19,50%	13 5,10%

Os níveis de insatisfação com a Cidade ($\chi^2 = 2,49$, gl = 3, p = 0,477), assim como os níveis de insatisfação com o Curso ($\chi^2 = 4,57$, gl = 3, p = 0,206) não mostram diferenças significativas para a população estudada, de proveniência do Distrito de Bragança ou de outros Distritos.

Tabela 16
Local de origem e satisfação com o curso

Local de Origem	Satisfação com o Curso							
	1		2		3		4	
	Muito Satisfeito		Satisfeito		Assim-Assim		Desanimado Muito Desanimado	
Distrito de Bragança	44	36,40%	57	47,10%	15	12,40%	5	4,10%
Outros Distritos	83	33,40%	129	48,90%	27	11,10%	20	6,60%

5.13. Prevalências de Consumo das Diferentes Substâncias

A análise relativa ao consumo das diferentes substâncias por parte dos alunos é feita em três períodos de tempo - ao longo de toda a vida (LV), último ano (UA), último mês (UM) - e considerando seis valores para a estimação da frequência - de Nunca Usei a ≥ 40 vezes (Tabela 17).

Tabela 17
Frequências de consumo por substância e Prevalência

Substância	Prevalência	Nunca Usei	1 a 4 Vezes	5 a 9 Vezes	10 a 19 Vezes	20 a 39 Vezes	≥ 40 Vezes
Tabaco	LV	26,10%	22,90%	8,00%	6,10%	3,70%	33,20%
	UA	45,30%	13,40%	6,10%	2,90%	4,80%	27,50%
	UM	57,20%	12,70%	4,30%	3,80%	3,50%	18,50%
Álcool	LV	3,50%	11,70%	12,30%	13,90%	12,30%	46,30%
	UA	8,30%	22,50%	13,40%	19,30%	10,20%	26,30%
	UM	29,50%	34,60%	19,60%	8,70%	3,50%	4,10%
Solventes	LV	96,00%	3,40%		0,30%		0,30%
	UA	97,90%	1,30%	0,30%		0,50%	
	UM	98,30%	1,40%		0,30%		
Tranquilizantes	LV	94,20%	2,10%	1,1%	0,50%	1,30%	0,80%
	UA	96,20%	1,60%	0,80%	1,10%		0,30%
	UM	97,80%	1,40%	0,30%		0,50%	
Estimulantes	LV	96,00%	2,90%		1,10%		
	UA	97,90%	0,50%	1,30%		0,30%	
	UM	99,20%	0,50%			0,30%	
Cannabis	LV	74,50%	8,60%	4,00%	3,80%	2,10%	7,00%
	UA	79,60%	8,30%	4,30%	2,40%	0,80%	4,60%
	UM	86,90%	7,40%	2,20%	0,80%	0,50%	2,20%
Heroína	LV	98,90%	0,30%			0,30%	0,50%
	UA	98,90%	0,30%			0,50%	0,30%
	UM	99,10%	0,30%		0,30%		0,30%
Cocaína	LV	96,70%	1,10%	0,30%	1,10%	0,50%	0,30%
	UA	97,90%	1,10%		0,50%	0,50%	
	UM	98,60%	1,10%		0,30%		
Ecstasy	LV	97,60%	1,60%			0,80%	
	UA	99,40%			0,30%		0,30%
	UM	99,70%				0,30%	
LSD	LV	97,10%	1,30%		0,30%	1,30%	
	UA	98,60%			0,80%	0,30%	0,30%
	UM	99,70%				0,30%	

A partir da Tabela 17 é possível determinar o valor de cada prevalência. Basta, para o efeito, calcular a diferença entre 100% e cada valor da coluna Nunca Usei. É, precisamente, o que se apresenta na (Tabela 19).

A (Tabela 19) mostra imediatamente que o Álcool é a substância mais consumida pelos estudantes do IPB (LV = 96,50%, UA = 91,70% e UM = 70,50%). Estes valores são semelhantes aos encontrados por outros investigadores. Negreiros (1996) encontraram numa amostra de estudantes do ensino secundário (N = 969) que o consumo de Álcool é muito habitual, referindo uma prevalência de 47%. Andrade et. al., (1996), através de um estudo realizado na universidade de São Paulo (N = 2564), registaram LV = 90%. Por sua vez, Salgado (2000), numa amostra de 1135 estudantes universitários do distrito de Vila Real, apresentou LV = 93,00% para o sexo masculino e LV = 82,20% para o sexo feminino. Preto (2003), a partir de uma amostra de 450 estudantes do ensino superior público e privado do distrito de Bragança, encontrou que LV = 94,70%, UA = 88,00% e UM = 66,90%. Pendergast (1994) realizou uma revisão da literatura, sobre esta matéria, publicada entre 1980 e 1992. O autor concluiu que o Álcool é, de todas as substâncias lícitas e ilícitas, a mais consumida pelos estudantes. Constatou ainda que, em diversos estudos, as prevalências registaram diminuições ligeiras, mas que a média de UA era de 90,00%. No presente estudo, encontramos diferenças significativas nas três prevalências em função do sexo (Tabela 18). Assim, os rapazes tem uma maior prevalência de consumo em:

LV ($\chi^2 = 25,158$; gl = 5; p = 0,000);

UA ($\chi^2 = 51,378$; gl = 5; p = 0,000);

UM ($\chi^2 = 32,821$; gl = 5; p = 0,000).

Tabela 18
Prevalências do consumo de álcool por sexo

Substância/Sexo	Prevalência	Nunca Usei	1 a 4 Vezes	5 a 9 Vezes	10 a 19 Vezes	20 a 39 Vezes	≥ 40 Vezes
Álcool Sex. F	LV	3,20%	13,90%	14,80%	17,20%	15,30%	35,60%
	UA	9,30%	27,40%	17,70%	23,30%	9,30%	13,00%
	UM	37,10%	35,20%	19,20%	6,20%	0,90%	1,40%
Álcool Sex. M	LV	3,80%	8,80%	8,80%	9,40%	8,20%	61,00%
	UA	7,00%	15,80%	7,60%	13,90%	11,40%	44,30%
	UM	18,80%	33,80%	20,10%	12,30%	7,20%	7,80%

O Tabaco é a segunda substância mais consumida pelos estudantes (LV = 73,90%, UA = 54,70% e UM = 42,80%). No estudo de Negreiros (1996) apresenta LV = 39,00%, UA = 24,00% e UM = 16,00%. O estudo de Salgado (2000) apresentou LV = 53,70%, por sua vez, Preto (2000) encontrou LV = 61,60%, UA = 44,90% e UM = 36,70%. Comparados com estes dados, os do nosso estudo apontam para valores superiores nas três prevalências. No que respeita ao sexo, também encontramos diferenças significativas no consumo em LV ($\chi^2 = 25,637$; gl = 5; p = 0,000), UA ($\chi^2 = 22,938$; gl = 5; p = 0,000) e UM ($\chi^2 = 15,923$; gl = 5; p = 0,007).

A Cannabis é a terceira substância mais consumida e a primeira das substâncias ilícitas (LV = 25,50%, UA = 20,40%, UM = 13,10%). Esta tendência é registada em vários estudos

internacionais. Contudo, as taxas de prevalência variam de uma região geográfica para outra. Estudando a população estudantil universitária norte-americana, Mohler-Kuo, Lee e Wechsler (2003) apresentaram um aumento nas três prevalências, desde 1993 até 2001. Assim, se em 1993 estes investigadores obtiveram LV = 41,30%, UA = 23,20% e UM = 12,50%, em 2001 já obtiveram LV = 47,20%, UA = 29,70% e UM = 16,90%. Para o espaço europeu, e para alunos do ensino secundário, os resultados obtidos pelo ESPAD (2003) mostraram que as prevalências variam muito conforme o país. Assim para LV os valores oscilam entre 3,00% (Roménia) e 44,00% (República Checa), para UM, os valores oscilam entre 0,00% (Roménia) e 22,00% (França). Em Portugal, os valores apresentados são LV = 15,00% e UM = 8,00%. Negreiros (1996), encontrou LV = 3,00% para o nível de ensino secundário. No que respeita à população de estudantes do ensino superior, Andrade et. al., (1996) encontraram LV = 20,60%, Salgado (2000) encontrou LV = 22,50% no sexo masculino e LV = 9,00% no sexo feminino. Mais perto de nós, Preto (2003) apresentou LV = 19,10%, UA = 12,00% e UM = 6,70%. Estes últimos dados mostram que o presente estudo regista um aumento da prevalência da Cannabis, ainda que distante das taxas apresentadas no estudo de Mohler-Kuo, Lee e Wechsler (2003), essencialmente para a prevalência ao LV.

Os Tranquilizantes representam a quarta substância mais consumida (LV = 5,80%, UA = 3,80%, UM = 2,20%). Goodwin e Hasin (2002), encontraram numa amostra da população geral dos EUA, cujas idades estavam compreendidas no intervalo [15, 54], uma LV = 7,10% para Tranquilizantes não prescritos. Por sua vez, Mohler-Kuo, Lee e Wechsler (2003) apresentam UA = 4,60% e UM = 1,60%, referente ao ano de 2001. Negreiros (1996), apresenta uma LV = 7,20%. Por sua vez, Preto (2003) apresentou LV = 13,30%, UA = 10,40% e UM = 3,80%. Os dados deste último investigador, permitem observar valores inferiores da prevalência desta substância junto dos estudantes do IPB, e ainda dos estudantes do ensino secundário e universitários norte-americanos.

Em seguida, vem o consumo dos Solventes, Estimulantes e Cocaína com as seguintes taxas respectivamente: LV = 4,00%, UA = 2,10%, UM = 1,70%; LV = 4,00%, UA = 2,10% e UM = 0,80%; LV = 3,30%, UA = 2,10%, UM = 1,40%. Mohler-Kuo, Lee e Wechsler (2003) apresentam para os Estimulantes: UA = 1,03% e UM = 2,78% para o ano 2001. Sobre os alunos do ensino secundário, Negreiros (1996) apresenta para os Estimulantes, uma LV = 3,00%. O estudo de Preto (2003) apresenta as três prevalências para esta substância com os seguintes valores: LV = 2,90%, UA = 0,40%, UM = 1,10%. Comparados com o presente estudo e dada a proximidade das amostras, podemos observar valores superiores no consumo desta substância junto dos estudantes do IPB, nas prevalências LV e UA, mas inferiores UM.

Quanto à Cocaína, o consumo parece ser muito diminuto ao nível do ensino secundário, dado que LV = 0,05% (Negreiros, 1996). No nosso estudo, encontramos LV = 3,30%, UA = 2,10% e UM = 1,40%. Comparando estes resultados com a taxa de 1,30% apresentada por Salgado (2000), observamos valores superiores no consumo desta substância em LV. Comparando com os dados do estudo de Mohler-Kuo, Lee e Wechsler (2003) que apresentam UA = 3,79% e UM = 1,68%, verificam-se valores inferiores.

No que respeita às restantes substâncias (todas ilícitas) a ordem decrescente de Prevalência é: LSD, Ecstasy e Heroína.

Quanto à LSD encontramos LV = 2,90%, UA = 1,40% UM= 0,30%, o que significa, em comparação com o estudo de Mohle-Kuo, Lee e Wechsler (2003) ao apresentarem UA = 3,28% e UM = 0,87%, valores inferiores nos estudantes do IPB.

No nosso estudo, a Ecstasy apresenta LV = 2,40%, UA = 0,60% e UM = 0,30%. O relatório ESPAD 2003 apresenta para a Ecstasy em Portugal LV = 4,00%. A comparação dos nossos dados com os do estudo de Mohler-Kuo, Lee e Wechsler (2003), aponta para um consumo mais reduzido por parte dos estudantes do IPB porque estes investigadores apresentam UA = 7,13% e UM = 2,30%.

Finalmente, quanto a Heroína, registamos LV = 1,10%, UA = 1,10% e UM = 0,90%. No ensino secundário o seu consumo é muito baixo, Negreiros (1996) apresenta 0,05%. No que respeita a estudantes do ensino superior, Sabino (2000) encontrou LV = 0,5% e Salgado (2000), apresenta LV = 1,3%. Estes dados sugerem que a prevalência de Heroína na nossa amostra é mais baixa do que na amostra mais próxima (i.e., Salgado 2000). Comparando com os dados de Mohler-Kuo, Lee e Wechsler (2003) que apresentam UA = 0,29% e UM = 0,11%, observamos valores superiores no consumo por parte dos estudantes do IPB, embora tenhamos que ter em atenção, as reduzidas frequências e as possíveis fragilidades das comparações.

Tabela 19
Valores das prevalências em cada substância

Substância	Ao longo da vida	Último ano	Último mês
	(LV)	(UA)	(UM)
Tabaco	73,90%	54,70%	42,80%
Álcool	96,50%	91,70%	70,50%
Solventes	4,00%	2,10%	1,70%
Tranquilizantes	5,80%	3,80%	2,20%
Estimulantes	4,00%	2,10%	0,80%
Cannabis	25,50%	20,40%	13,10%
Heroína	1,10%	1,10%	0,90%
Cocaína	3,30%	2,10%	1,40%
Ecstasy	2,40%	0,60%	0,30%
LSD	2,90%	1,40%	0,30%

5.14. Natureza dos Consumos e Outros Aspectos

A análise da (Tabela 17) apresenta a ocorrência de um determinado padrão de resultados que consiste na diminuição da taxa quando se compara, em cada substância, o valor da prevalência mais antiga (i.e., LV) com o valor da mais recente (i.e., UM). O padrão verifica-se em todas as substâncias para quase todas as frequências que indicam consumo. As únicas exceções são: no Álcool aumenta nas frequências 1-4 e 5-9 vezes; na Heroína e Cocaína, é constante na frequência 1-4 vezes (i.e., 0,3% e 1,10%). Verifica-se em alguns casos pontuais, um

ligeiro aumento, como no caso do Tabaco, em que de (LV) para (UA) os valores observados na frequência 20-39 vezes, são: (3,70% e 4,80%) respectivamente; os Solventes na frequência de 1-4 vezes com valores UA e UM, (1,30% e 1,40%); a Heroína na frequência 20-39 vezes com valores, (0,3% e 0,5%); e o LSD na frequência 10-19 vezes com valores (0,3% e 0,8%). O facto de a taxa de prevalência diminuir de LV para UM e, na maioria dos casos, de UA para UM, pode indicar que nem todos os consumos sejam de abuso ou de dependência porque, se o fossem, tais taxas de prevalência não deveriam variar. Esta tendência da diminuição da taxa de prevalência mais recente (i.e., UM) em relação às anteriores (i.e., LV, UA) corrobora a ideia, defendida por alguns investigadores, de o consumo de drogas poder ser apenas um consumo recreativo (Nicholson, Duncan & White, 2002). Ora, considerando esta possibilidade, então as taxas de prevalência não indicam apenas consumos problemáticos. No entanto, para termos uma aproximação ao carácter problemático de qualquer consumo, utilizámos o critério de consumo diário definido pela frequência ≥ 20 em UM (Tabela 20).

Tabela 20
Taxa de consumo diário por substâncias

Substância	Taxa de consumo diário
Tabaco	21,90%
Álcool	7,60%
Solventes	
Tranquilizantes	0,50%
Estimulantes	0,30%
Cannabis	2,70%
Heroína	0,30%
Cocaína	
Ecstasy	0,30%
LSD	0,30%

De acordo com a (Tabela 19), o Tabaco é a substância mais consumida diariamente e a substância ilícita mais consumida a Cannabis. As substâncias ilícitas Solventes e Cocaína não têm qualquer consumo diário.

No que respeita ao Tabaco, e de acordo com a (Tabela 13, coluna n), 31,50% dos sujeitos admite a sua dependência. A diferença entre esta percentagem e a taxa de consumo diário (21,90%) pode ser explicada pela aceitação da crítica social e da auto-crítica em relação a qualquer padrão de consumo. Quanto ao número de cigarros por dia, encontramos variações entre 0 e 60, com média de 10,61 e moda de 10. Analisando as frequências acumuladas, constatamos que 61,3% fumam até 10 cigarros e, 96,0% até 20, o que representa 1 maço por dia. Em termos de sexo, o feminino fuma em média 9 cigarros e o masculino 12.

Quanto ao Álcool, já é menor a percentagem que admite um consumo excessivo porque 4,40% responde "Sinto que bebo demasiado" (Tabela 8) e 9,38% responde às razões sobre a dependência desta substância (Tabela 13). 52,30% da amostra estudada refere que jamais se

embriagou. O valor máximo registado foi o de dois respondentes que admitiram 10 embriaguezes. Em média, os respondentes referem 11,33 embriaguezes e, desvio padrão de 14,688. Acresce ainda que 7,30% da amostra estudada relata 10 embriaguezes e, 4,20% 20 embriaguezes. Em termos de sexo, a média é 8,25 nas raparigas e 14,51 nos rapazes o que representa uma diferença significativa ($t = - 2,944$, $gl = 181$, $p < 0.004$). Esta diferença concorda com as encontradas em outros estudos, onde é atribuída à tipificação sexual que faz perceber a embriaguez tolerável nos homens e censurável nas mulheres (e.g., Wilsnack & Wilsnack, 1997).

Detenhamo-nos um pouco na importância atribuída à busca de embriaguez como factor preditivo na utilização de drogas (cf., Choquet et. al., 1998). Machados Rodrigues et al., (1994) constataram, nos adolescentes do seu estudo, a associação entre as taxas elevadas de consumo de Álcool e o risco do consumo de drogas. Também podemos retirar uma conclusão muito idêntica no nosso estudo: os estudantes que nunca consumiram drogas ilícitas mas consumiram Álcool, embriagaram-se em media 8,70 vezes, enquanto que os que consumiram ambas as substâncias embriagaram-se 15,68 vezes, o que representa uma diferença significativa ($t = - 3,18$, $gl = 180$, $p = 0.002$).

5.15. Perigosidade Atribuída às Diferentes Substâncias.

No instrumento de recolha de dados, para cada substância psicoactiva, era pedido ao respondente que atribuisse um grau de perigosidade a cada droga. As escalas, tipo Likert, apresentavam 5 modalidades de resposta: não sei, nada perigoso, pouco perigoso, perigoso e muito perigoso.

A análise da Tabela 21 realça o facto de os respondentes atribuírem pouca perigosidade ao álcool e tabaco; aumentando o nível de perigosidade nas drogas ilícitas. Destas últimas, a maior perigosidade é atribuída à Heroína, seguida da Cocaína.

Tabela 21
Significações/Perigosidade atribuída às diferentes substâncias

Substância	Não Sei	Nada Perigoso	Pouco Perigoso	Perigoso	Muito Perigoso
Tabaco	3,50%	1,10%	13,90%	56,30%	25,20%
Álcool	3,00%	3,20%	24,90%	50,70%	18,20%
Solventes	15,00%	1,10%	4,40%	24,50%	55,00%
Tranquilizantes	11,40%	1,10%	8,40%	26,70%	52,30%
Estimulantes	12,50%	0,80%	3,60%	24,00%	59,10%
Cannabis	4,90%	2,70%	6,00%	21,90%	64,50%
Heroína	6,80%	0,50%		7,10%	85,60%
Cocaína	6,50%	0,30%		8,20%	85,00%
Ecstasy	7,30%	0,30%	0,30%	8,70%	83,40%
LSD	9,80%	0,30%	0,30%	8,90%	80,70%

Analisando a forma como a perigosidade atribuída ao álcool e tabaco varia em função do sexo (Gráfico 6 e 7), verificamos que as raparigas atribuem maior perigosidade ao Tabaco apenas na categoria “Perigoso”, em relação ao Álcool, atribuem frequências relativas superiores à dos rapazes, nas categorias “Perigoso” e “Muito Perigoso”.

Em relação à substância Tabaco, concluiu-se não existir diferença na atribuição do grau de perigosidade entre os géneros ($\chi^2 = 7,853$; gl = 4; p = 0,097). Relativamente ao Álcool, os géneros atribuem níveis de perigosidade diferentes ($\chi^2 = 21,092$; gl = 4; p = 0,000).

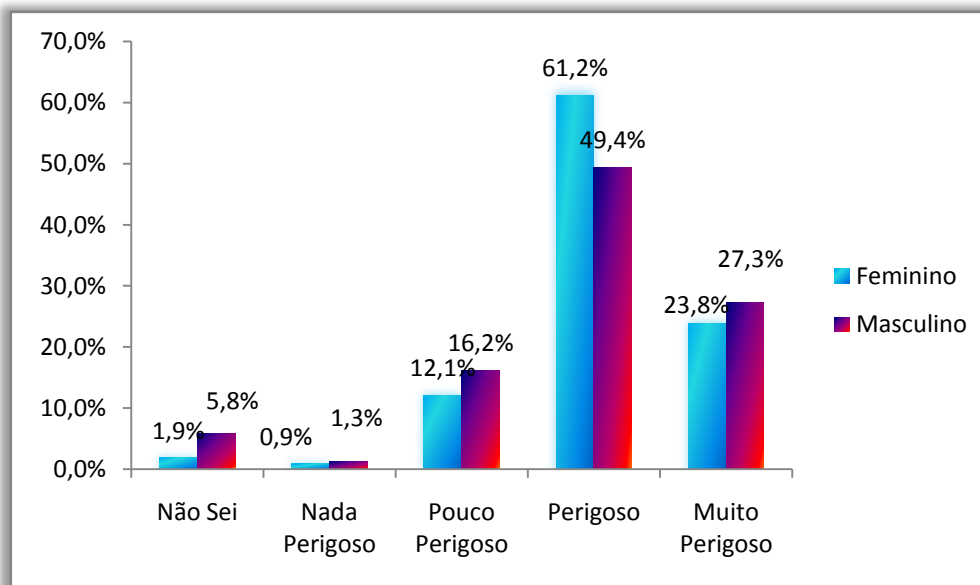


Gráfico 6. Perigosidade atribuída ao Tabaco, de acordo com o género sexual

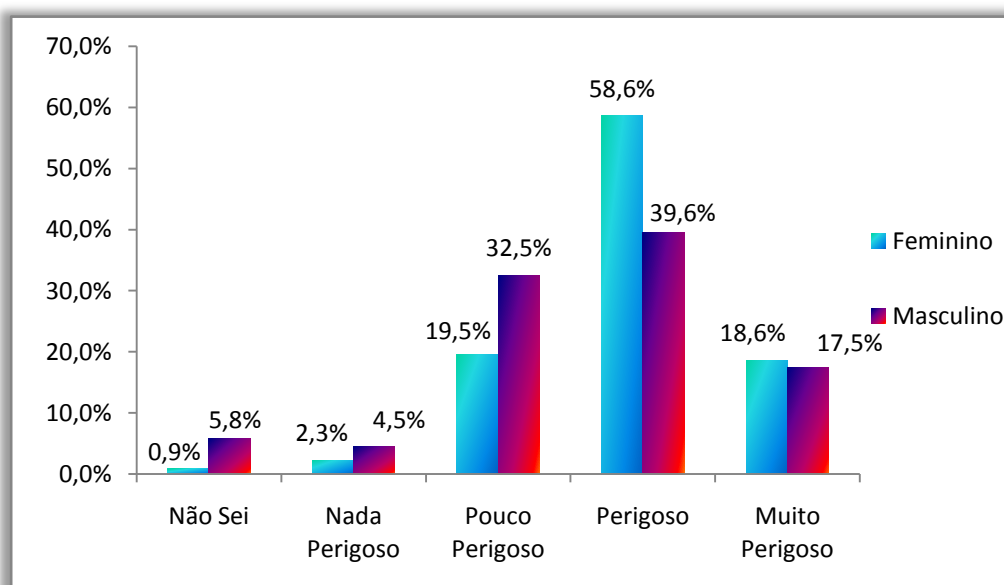


Gráfico 7. Perigosidade atribuída ao Álcool, de acordo com o género sexual

5.16. Drogas Utilizadas por Conhecidos

O gráfico subseqüente apresenta os resultados para a questão “quantos dos teus amigos usam drogas?”. 50% dos respondentes refere ter amigos que usem drogas. Têm poucos amigos usuários de drogas 22,50%, alguns amigos 17,40%, muitos 7,20% e quase todos 2,90%.

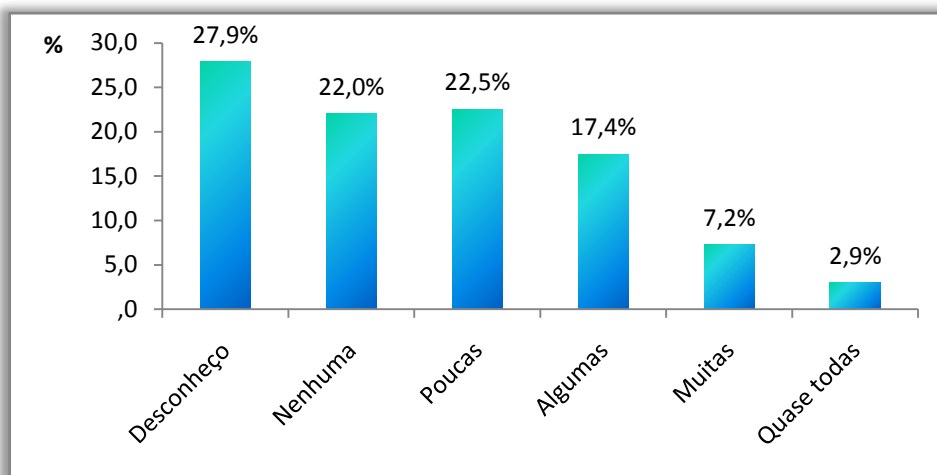


Gráfico 8. Quantas pessoas das suas relações usam drogas?

O (Gráfico 9), reporta também os resultados da variável “ter amigos usuários de drogas” mas de acordo com os grupos de não consumidores e consumidores de substâncias ilícitas.

Como se denota, as categorias “poucas”, “algumas”, “muitas” e “quase todas” têm maior percentagem de consumidores; em todas as outras, a distribuição de não consumidores predomina percentualmente. Em resumo: os elementos da amostra que já consumiram drogas têm mais amigos que as usam também. O grupo 1 apenas contém 11 observações, logo, haver a necessidade de alguma prudência na sua comparação.

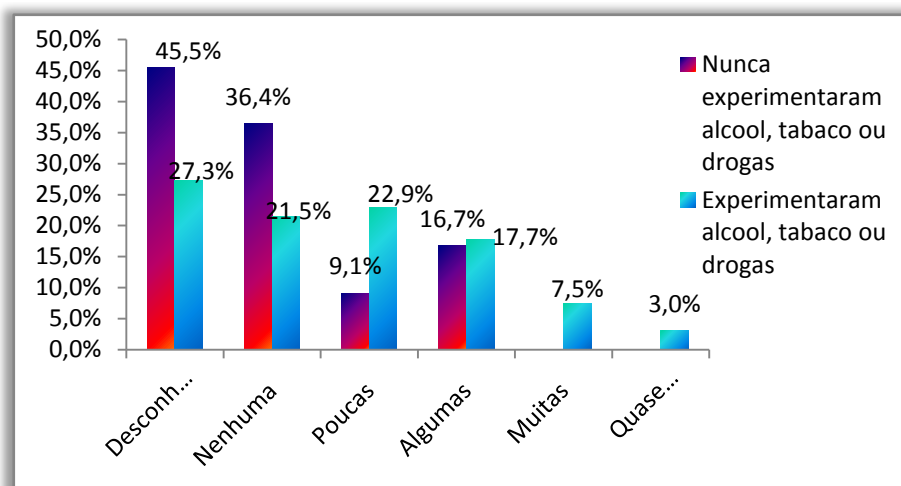


Gráfico 9. Resultados da variável "Ter amigos que usam drogas" segundo os consumidores e não consumidores

5.17. Facilidade na Aquisição de Drogas

O gráfico seguinte coloca em evidência que uma percentagem muito significativa da amostra estudada (34,60%) considera ser fácil, (ou muito fácil, 15,80%) obter drogas ilícitas na localidade onde habita.

A maior proporção de respondentes, contudo, não sabe ou desconhece o assunto (39,90%).

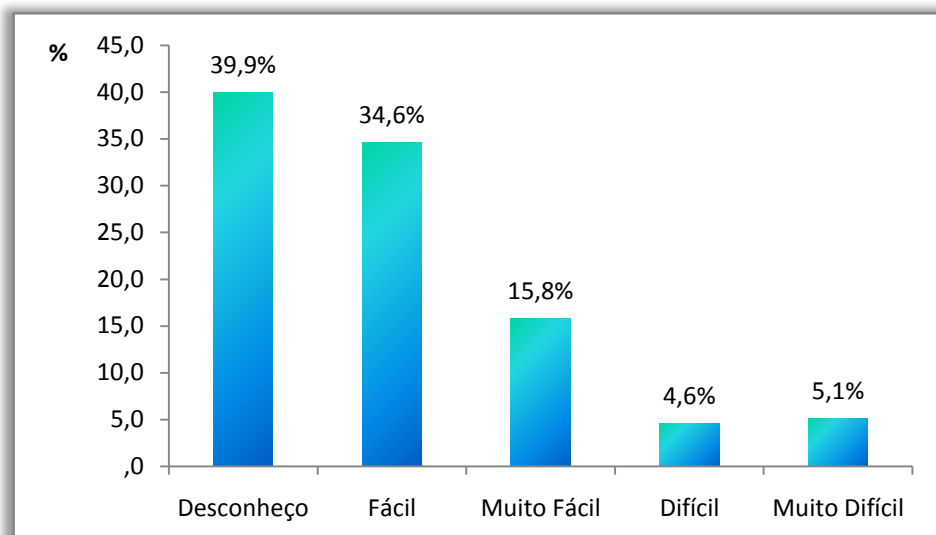


Gráfico 10. Facilidade na aquisição de drogas na cidade em que estuda

Estudando a forma como a opinião sobre a aquisição de drogas, no contexto geográfico onde habitam, varia conforme os respondentes são ou não consumidores, concluímos que aqueles que já experimentaram drogas ilícitas acham que é fácil obtê-las num percentual muito superior aos não consumidores. Repare-se também que dos respondentes consumidores são muito poucos os que referiram dificuldade em adquiri-las (Gráfico 11).

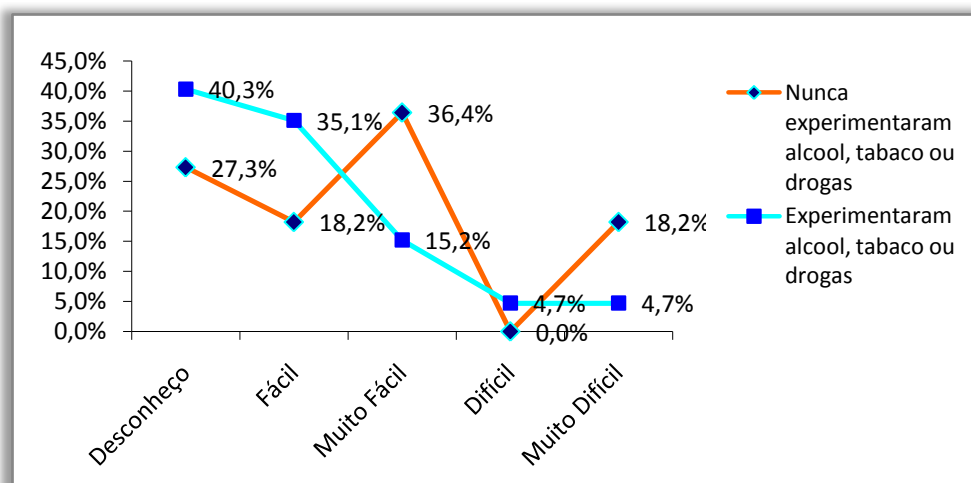


Gráfico 11. Não consumidores e consumidores distribuídos pela opinião sobre a facilidade na obtenção de drogas

CAPÍTULO VI – CONCLUSÕES/LIMITAÇÕES/SUGESTÕES

6.1. Conclusões

Após a apresentação e discussão dos resultados, focamos alguns aspectos no quadro teórico, comparando-os com outros estudos epidemiológicos, levados a cabo com metodologias semelhantes.

A primeira nota prende-se com o facto de a amostra ser constituída maioritariamente por alunos do sexo feminino. Estes resultados encontra-se em vários inquéritos efectuados em alunos do ensino secundário, (Almeida et al., 2005; Chitas, 2006), os quais constatarem ser a percentagem de rapazes e raparigas muito análogas, predominando, nalguns casos, o sexo feminino. Segundo dados do Ministério da Educação, no ano de 2006, as raparigas representaram 57% do total de inscritos para os exames nacionais obrigatórios para a conclusão do ensino secundário (Fonte: Diário Digital/Lusa-2006). Se, por um lado, o fenómeno das disparidades entre sexos no acesso à educação não é, hoje em dia, mais sentido em Portugal; por outro, o sucesso no ensino secundário e superior é diferenciado por género, obtendo as raparigas mais sucesso que os rapazes (Almeida et al., 2005).

Neste trabalho tínhamos delineado a hipótese de que as variáveis ligadas ao desenvolvimento psicossocial dos jovens poderiam influenciar as condutas de consumo de substâncias psicoactivas.

Este pressuposto de partida, que fundamentámos no enquadramento teórico, foi corroborado por alguns resultados da investigação. Dos resultados da pesquisa podemos extrair as seguintes conclusões.

Os dados epidemiológicos encontrados na investigação estiveram em linha, com outros estudos realizados no mesmo nível de ensino, mas em regiões geográficas diferentes da nossa.

Apenas uma minoria dos participantes neste estudo (N = 11; 2,86%), constituída na sua maioria por rapazes e, maioria de raparigas no estudo de (Alves, Preto, Mata, Corredeira, & Escudeiro, 2007), nunca experimentou nem Tabaco, nem Álcool nem Drogas; a maioria dos estudantes (N = 373; 97,14%) já tiveram experiência com as respectivas substâncias, sendo o Álcool a substância mais consumida e no caso do consumo simultâneo, o par Álcool/Tabaco é o mais prevalente (43,70%), seguido do par Álcool/Droga (0,8%); 31,64% experimentaram as três substâncias; não foi encontrado nenhum caso de experiência com Drogas sem ter havido experiência com Álcool.

De uma forma geral, a maioria dos participantes (97,90%) referem ter uma relação com os pais estável; tendo referido (56,50%) ter muito bom relacionamento com o pai, e (68,70%) com a mãe. Ainda neste contexto, avaliamos a satisfação dos participantes no que à relação com a sua família diz respeito, através da Escala do Apgar Familiar; embora a maioria se encontre satisfeito com a relação que tem com a sua família, pertencendo a famílias altamente funcionais (81,70%),

em menor percentagem, surgem casos em que isso não se passa, como os que pertencem a famílias com Disfunção Moderada (15,40%) e com Disfunção Acentuada (1,30%).

Em termos de desempenho académico no curso frequentado, a maioria (58,10%) refere Bom desempenho; embora alguns digam ter Fraco desempenho (10,70%) e Muito Fraco (1,30%).

No que respeita à distinção entre sexos, encontramos diferenças significativas em termos de experiência e de consumo continuado: o sexo masculino é quem mais experimenta e quem mais consome Tabaco, Cannabis, Cocaína, Heroína, Ecstasy, LSD, Solventes e Tranquilizantes; o sexo feminino, consome mais Estimulantes; relativamente ao Álcool, ambos os sexos têm valores muito aproximados de consumos continuados, embora o sexo masculino faça consumos abusivos de Álcool superiores ao sexo feminino.

O contexto social de iniciação ao consumo mais referido é *os amigos*. Há apenas uma excepção, nos Tranquilizantes, a iniciação ou se faz *Sozinho* ou, então, acompanhado por um *Familiar*.

Quanto ao local de iniciação, há mais variabilidade; assim para o Tabaco surge a *Escola* em primeiro lugar, para o Álcool, Estimulantes e Ecstasy prevalece o *Bar/Discoteca*, para a Cannabis e Solventes é a casa de *Amigos*, enquanto que para a Heroína e LSD é a *Rua*.

No que diz respeito à razão subjectiva da experiência de consumo, a primeira é a *Curiosidade*, excepto nos Tranquilizantes em que a grande razão é *Dormir e Descansar*. Em segundo lugar, e para a maioria das substâncias, vem a razão *Sentir Sensações Agradáveis*. No Tabaco a segunda razão é *Ver Outros Experimentar* e *Sentir Sensações Agradáveis*, ao passo que na Heroína, com o mesmo valor, surge: *Ver os Outros Experimentar*, *Curiosidade* e *Outras razões*.

À excepção do Tabaco, apenas uma minoria admite estar dependente. Nesta substância, a razão mais referida é *Aliviar O Stress*. Nos Tranquilizantes as razões mais referidas são *Ser Doente*. Para as restantes substâncias, a razão mais referida é *Sentir Sensações Agradáveis*. Ou seja, os sujeitos inquiridos admitem que a dependência está ligada, regra geral, a uma dinâmica de procura de *prazer*.

O consumo de Tabaco, Álcool, Tranquilizantes e LSD é iniciado antes dos 17 anos, provavelmente pela sua facilidade de obtenção. Os Solventes, Cannabis e Estimulantes são iniciados próximo dos 18 anos; a Heroína, Cocaína e Ecstasy é feita em idades iguais ou superiores aos 18 anos. Os Tranquilizantes constituem o limite inferior e a Cocaína o superior.

Relativamente à idade de iniciação ao consumo, o sexo feminino, inicia o contacto mais cedo do que o sexo masculino, com o Tabaco, Álcool, Solventes, Tranquilizantes, Estimulantes e Cannabis. Em relação às substâncias: Heroína, Cocaína Ecstasy e LSD, não nos foi possível efectuar essa comparação, uma vez que os inquiridos do sexo masculino não responderam a esta questão.

A influência do local de origem nos níveis de satisfação com a Cidade e com o Curso frequentado, não revelaram qualquer relação. A maioria dos estudantes do Distrito de Bragança e de Outros Distritos, referiram estar *Muito Satisfeitos* ou *Satisfeitos*.

No que concerne à frequência de consumo por substância e respectiva prevalência, o Álcool é a substância mais consumida pelos estudantes do IPB, vindo, em segundo lugar, o Tabaco. A Cannabis é a terceira substância mais consumida e a primeira das substâncias ilícitas, registando-se um aumento da prevalência relativamente ao estudo de (Alves, Preto, Mata, Corredeira, & Escudeiro, 2007).

Em termos de consumos problemáticos, a percepção da dependência é: 21,90% para o tabaco, 7,60% para o Álcool, 2,70% para a Cannabis, 0,50% Tranquilizantes e 0,30%: Estimulantes, Heroína Ecstasy e LSD. Não tendo sido obtidos resultados de consumos problemáticos, para as substâncias: Solventes e Cocaína.

Relativamente ao significado de perigosidade atribuída às diferentes substâncias, verificamos que a maioria dos participantes, atribuem maior perigosidade, exactamente às substâncias que são menos utilizadas por eles, como: Heroína, Cocaína, Ecstasy, LSD, Cannabis, Estimulantes, Solventes e tranquilizantes, por ordem decrescente respectivamente. Atribuindo menos perigosidade, exactamente, às substâncias por eles mais consumidas, como o Álcool e Tabaco.

O sexo masculino, atribui menos perigosidade ao consumo de Tabaco e, ambos os sexos atribuem igual perigosidade ao consumo de álcool.

Em relação a ter amigos que consumam drogas, 50% dos inquiridos, referiram ter amigos que consomem. Também os inquiridos que já consumiram drogas, revelaram ter mais amigos que as usam do que aqueles que nunca as consumiram.

Em termos de facilidade na aquisição de drogas na cidade em que estudam, a maioria dos inquiridos referiram ser *Fácil ou Muito Fácil*, obtê-las. Também neste caso, os consumidores em relação aos não consumidores, referem em maior percentagem ser *Fácil*, obter as respectivas substâncias.

6.2. Limitações

Em nosso entender a principal limitação da investigação prende-se com o facto de a aplicação dos questionários se efectuar já no final do segundo semestre do ano lectivo, não permitindo a aplicação ao número de alunos que pretendíamos e, a disponibilidade demonstrada pelos mesmos para responder ao questionário, não foi a que poderia ser, se tivesse sido aplicado em outro momento de menor ocupação.

Uma outra limitação foi o curto espaço temporal que tínhamos disponível para levar a cabo este trabalho, o que nos obrigou a um trabalho intensivo.

Pretendíamos efectuar alguns cálculos inerentes aos custos com utentes do Centro de Respostas Integradas (CRI) de Bragança, com impacto na economia do Sistema Nacional de Saúde (SNS), mas tal, não nos foi possível, como se pode verificar nos anexos (III e IV).

Obtendo ainda alguma informação, através de pesquisas na *Internet*, encontramos dois *sítes*, que nos informam dos valores gastos por utente e por ano, portadores de Síndrome da Imunodeficiência Humana (HIV) e, Hepatite C (HCV), patologias muito frequentes nos consumidores de substâncias psicoactivas. De acordo com (Bártolo, 2011), o custo com o

tratamento de um utente com SIDA por ano, ronda os seis mil euros. Segundo (Marinho, 2010), o tratamento da Hepatite C por utente e ano, ronda os cinco mil a seis mil euros. Como podemos constatar, os respectivos tratamentos, ficam em valores elevados ao SNS.

6.3. Sugestões

De acordo com as notícias divulgadas por (Silva, 2010), em que os abusos durante as festas académicas têm influência na concentração e morfologia dos espermatozoides, afetando a fertilidade masculina, o que se verificou num estudo que contou com a participação de sessenta estudantes das universidades de Aveiro e de Coimbra. Abusos esses, que segundo o autor, em relação ao álcool aumentaram sete vezes e, no caso do tabaco o aumento foi de 1,7 vezes.

Ainda segundo (Camacho, 2011), os jovens consumidores pagam preço elevado em termos cognitivos; começar antes dos 16 anos tem mesmo efeitos no cérebro, mostra um novo estudo. Os resultados foram divulgados no mesmo dia em que a Drug Enforcement Administration (DEA) decidiu proibir a cannabis sintética.

Segundo (Santos, 2010), o relatório apresentado em Genebra por Michel Sidibe, director executivo da Organização das Nações Unidas para o Síndrome da Imunodeficiência Humana (ONUSIDA), Portugal em 2009 foi o terceiro país da Europa com maior taxa de adultos com HIV.

Refere ainda Michel Sidibe, que o preservativo ainda é esquecido, tendo a prevalência em Portugal, subido de 31 mil pessoas para 42 mil (35%), das quais 13 mil são mulheres, indica o documento. Aliás, a diferença entre homens e mulheres está também espalhada no risco de contrair HIV, que nos homens é de 25% e nas mulheres baixa para 10%.

Por todos estes factos, achamos de grande relevância, a continuidade do Grupo de Intervenção no Ensino Superior (GIES), com intervenções em contexto festivo e ainda em colaboração com o gabinete de saúde do IPB. Reveste-se de elevada pertinência, a prevenção orientada de acordo com a definição da the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), na óptica de evitar ou retardar o início do consumo de substâncias psicoactivas.

A intervenção deverá ter em linha de conta, a organização estrutural, estrutura esta, formada por técnicos especializados do Instituto da Droga e Toxicodependência, Instituto Público (IDT,IP), contando com as respectivas parcerias com Governo Civil, IPSS e ONG. Têm também grande influência: o Gabinete de Apoio ao Estudante, Associação Académica, Instituto Português da Juventude, Forças de Segurança e respectivos Professores. Também a formação de grupos de pares voluntários, não só para os momentos festivos, mas sim para o percurso académico de forma global, em nosso entender, seria uma mais valia, na exploração de informação sobre as substâncias mais consumidas em contexto recreativo ao nível de efeitos, riscos associados e enquadramento legal. Também as intervenções de proximidade, em termos de estratégias, comunicação e gestão de conflitos, em nossa opinião devem-se ter em conta, não apenas em eventos mas diariamente.

Sugerimos ainda, com a maior brevidade possível, a implementação no nosso Distrito, do Projecto “Eu e os Outros”, que se trata de um “jogo interactivo” através do qual se pretendem

abordar algumas das questões próprias da vivência dos alunos e dos jovens em geral, de forma a promover as suas competências pessoais e sociais, melhorando a capacidade de decisão perante as muitas escolhas típicas desta idade e prevenir comportamentos de risco. Projecto este, desenvolvido por técnicos especializados do IDT,IP, em parceria com o Ministério da Educação nas escolas a nível nacional, dando formação aos professores, que posteriormente põem em prática o referido projecto.

Por último, em articulação com o Gabinete Clínico do IPB, proceder à reformulação do questionário, com o objectivo de o aplicar de seis em seis meses durante três anos, para realização de novo trabalho científico e respectivas comparações.

Referências Bibliográficas

- Agostinho, M. & Rebelo, M. (1988). Família: do conceito aos meios de avaliação. *Revista Portuguesa Clínica*, N.º 32, pp. 6-17.
- Alonso, B. (16 de Maio de 1988). *Situações Estressantes de vida, Uso e Abuso de Álcool e Drogas*. Acedido a 25 de Agosto de 2010, em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16nspe/pt_02.pdf.
- Alves, A., Preto, L., Mata, A., Corredeira, I., & Escudeiro, M. (2007). Da toxicodpendência à depressão: Consumos, significações e prevalências, *Série Estudos (Vol. 93)*. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança, ISBN 978-972-745-094-7.
- Angel, P. (2000). *Toxicomanies*. Paris: Edições Masson.
- Arriaga, C. & Cordeiro (2005). Suporte social e comportamentos aditivos em adolescentes pré-universitários. *Revista Ibero-americana de educación*, acedido a 16 de Novembro de 2010, em <http://www.rieoei.org/investigacion/1052Arriaga.pdf>.
- Association, American Psychiatric. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington: DC: Author.
- Bártolo, I. (05 de Janeiro de 2011). *Evolução Clínica e Imunológica da Infecção VIH – Esquema*. Acedido a 10 de Janeiro de 2011, em http://www.aidsportugal.com/Web_AIDS/Articles/ArticlesPrinterFriendly.asp....
- Bell, R., Wechsler, H., & Jonston, L. (1997). *Correlates of college student marijuana use: Results of a U.S. national survey*. *Addiction*, 92, 571-581. New York: Plenum.
- Bourin, M. (1989). *Les benzodiazépines. De la pharmacocinétique a la dépendence* (2.^a ed.). Paris: Ellipses.
- Camacho, M. (07 de Janeiro de 2011). *Consumo de Cannabis – Efeitos No Cérebro*. Acedido a 10 de Janeiro de 2011, em http://www.mynetpress.com/premium/v36_soho/noticia/noticia.asp.

- Campos, B. (1999). *Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens*. Lisboa: Universidade Aberta, ISBN: 972-674-073-1.
- Carvalho, Lemos, Raimundo, Costa, Cardoso, Sousa, Carmo, Antunes, Gomes, Rocha, Alhais & Andrade (2005). *Consumo de substâncias psicoactivas em adolescentes de uma escola com 3º Ciclo. Escola de Vila Real com 3º Ciclo*. Acedido a 23 de Janeiro de 2010, em <http://www.cienciahoje.pt/files/37/3773.pdf>.
- Chavez, K., O'Brein, B., & Pillon (2005). *Revista Latino-americana de Enfermagem, Vol. N.º 13*. Acedido a 12 de Outubro de 2010, em http://scielo.br/pdf/rlae/v13nspe2/pt_v13nspe2a14.pdf.
- Chitas, V. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência, factores de risco e prevenção*. Câmara Municipal de Vila Franca de Xira. Acedido a 22 de Julho de 2010, em <http://www.cm-vfxira.pt/files/1/documentos/20070704114037359276.pdf>.
- Coleman, V. (13 de Fevereiro de 2009). *A face oculta da indústria farmacêutica*. Acedido a 26 de Agosto de 2010, em <http://abuscapelaverdade.blogspot.com/2007/11/face-oculta-da-industria-farmaceutica-da.html>.
- Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobult, W., Smith, R., & Todd, J. (2000). *Health an health behaviour among young people*. HEPCA Series. World Health Organization.
- Dias, A. (1988). *Para uma psicanálise de relação*. Porto: Edições Afrontamento.
- Dias, A. & Vicente, T. (1984). *A depressão no adolescente*. Porto: Edições Afrontamento.
- Dias, A. (1988). *A influência relativa dos factores psicológicos e sociais no evolutivo toxicómano*. Coimbra: Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Dias, G. & Fontaine, A. (2000). Diferenças desenvolvimentais entre estudantes que solicitam e não solicitam apoio psicológico/psiquiátrico. *Psicologia. XIV*. N.º 2.
- Dias, G., Almeida, M. (1991). Prevenção e desenvolvimento num centro universitário de consulta psicológica. *Cadernos de Consulta Psicológica*. N.º 7, 67-75.
- Fabião, E. (1994). *O real e o imaginário. O adolescente. Expectativas e comportamentos*. Lisboa: Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Medicina de Lisboa.

- Farate, C. (2000). O Acto do consumo e o gesto que consome. Risco relacional e consumo de drogas no início da adolescência (*Colecção Psicologia e Saúde* n.º 4). Coimbra: Quarteto Editora.
- Farate, C. (2001). *O acto do consumo e o gesto que consome. "Risco Relacional" e consumo de drogas no início da adolescência*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Figueiredo, E. & Siva, L. (1992). As gerações e os valores nos universitários e respectivos pais. *Psicologia*. VIII(3), 339-352.
- Fleming, M., Figueiredo, E., Vicente, S., & Sousa, A. (1988). Consumo de drogas ilícitas e factores de risco em adolescentes em meio escolar. Lisboa: *Psicologia* VI(3), 431-437.
- Fleming, M. (1995). *Família e toxicodependência*. Porto: Edições Afrontamento.
- Fortain, F. (1999). *O processo de Investigação*. Loures: Lusociência.
- Galvão, A. (2005). *A Solidão E Os Processos De Vinculação Nos Adolescentes*. Badajoz: Tese de Doutoramento apresentada à Universidade de Extremadura.
- Gardener, W., Natting, P., Keller, K., Werner, J., Farley, T., Stewart, L., Hartsell, M. & Orzano, J. (2001). Does family APGAR effectively measur family functioning? *The journal of Family Practice*. s.l.: Vol. 50, nº1.
- Gil, A. (1999). *Como elaborar projectos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Gilman, G. (1995). *The pharmacological basis of therapeutics*. New York: McGraw-Hill, 399-459.
- Hill, M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. Lisboa: Silabo, ISBN: 972-618-273-5.
- Huot, R. (2002). *Métodos quantitativos para as ciências humanas*. Lisboa: Instituto Piaget, ISBN: 972-771-546-X.
- Huss, M. (1849). *Intoxicação Alcoolica Crónica*. Suécia: William Marcet.
- IDT (Instituto da Droga e da Toxicodependência), I.P. (2000). *Relatório Anual, 2007 - A Situação do País em Matéria De Drogas e toxicodependências*. Lisboa: IDT, I.P..
- IDT (Instituto da Droga e da Toxicodependência), I.P. (2003). *ESPAD/2003 – Portugal, relatórios*. Acedido a 23 de Outubro de 2010, em <http://www.idt.pt/id=p13p100>.

- IDT (Instituto da Droga e Toxicoddependência), I. P. (2010). *Relatório Anual, 2009 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicoddependências*. Lisboa: IDT, I.P..
- Jaffe, G., Peterson, R., & Hodgson, R. (1980). *Tóxicos e outros vícios. Problemas e soluções*. Lisboa: Casa do livro editora.
- Johnston, L., O'Malley, P., & Bachman, J. (1999). National survey results on drug use from the Monitoring the Future study, 1975-1978 (vol. II): *College students and young adults (NIH Publication No. 99-4661)*. New York: Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Kaplan, H., & Dadock, B. (1990). *Compêndio de Psiquiatria* (2.^a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Labouvie, E. (1996). Maturing out of substance use: Selection and self-correction . New York: *Journal of Drug Issues*, 26, 457-476.
- Last, J. (1995). *Um Dicionário de epidemiologia*. Lisboa: Oxford university Press: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.
- Leig, B. (1999). Peril, chance, adventur: Concepts of risk, alcohol use, and risky behaviour in young adults. Chicago: *Addiction*, 94(3), 371-383.
- Linné, K. V. (1753). *Cannabis Sativa*. Acedido a 23 de Novembro de 2010, em <http://www.guerracontraasdrogas.com.br/atual/ilicitas/maconha.htm>.
- Lorenzo, M. (1999). «MDMA (éxtasis): una droga de diseño de alta toxicidad potencial». *Adicciones*, vol. 6, n.º 4, 405-422. s.l.: s.n.
- Lowenstein, W., Gourarier, L., Coppel, A., Lebeau, B., & Hefez, S. (1998). *A metadona e os tratamentos de substituição*. Lisboa: Climepsi editores.
- Mahan LK, Escott-tumps S. Krause. (2005). *Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. São Paulo: ROCA;
- Marinho, R. (08 de Março de 2010). *Estudo das Hepatites*. Acedido a 10 de Janeiro de 2011, em <http://www.acs.min-saude.pt/pns20112016/files/2010/03/Burden%20Hepatologia%20PNS....>
- Matos, Simões, Carvalhosa, Reis, & Canha. (2000). *Adolescentes e o tabaco*. Lisboa: Campus.

- Medeiros & Chung. (1999). *Um pouco sobre as drogas e a sua relação com a adolescência*.
Acedido a 16 de Dezembro de 2010, em
<http://www.revispsi.uerj.br/v10n3/artigos/html/v10n3a12.html>.
- Medina-Mora, E., Carreno, S. and De La Fuente, J. (1998). *Experiences With the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in México*. In *Recent Development in Alcoholism, The Consequences of Alcoholism*, Galanter, M. ed., 383-396. New York: Plenum Press.
- Morel, A., Hervé, F., & Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicod dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Morel, A., Boulanger, M., Hervé, F., & Tonnelet, G. (2000). *Prévenir les toxicomanies*. Paris: Dunod.
- Mohler-Kuo, M. Lee, J. E., & Wechsler, H. (2003). Trends in marijuana and other illicit drug use among college students: results from 4 Harvard School of Public Health College Alcohol Study Surveys: 1993-2001. s.l.: *Journal of American College Health*, Vol. 52, nº1.
- Namora, F. (1979). *Deuses e Demónios da medicina*. Lisboa: 1º Vol. Livraria Bertrand.
- Negreiros, J. (1996). *Consumo de álcool e drogas nos jovens: estudo epidemiológico no concelho de Matosinhos*. Matosinhos: Contemporânea.
- (NIAAA), N. I. (1995). *Alcohol alert (No. 29-1995 [PH 357])*. Bethesda: MD: Author.
- Nicholson, T., Duncan, D. & White, J. (2002). Is recreational drug use normal? s.l.: *Journal of Substance Use*, 7, 116-123;
- Olivenstein, C. (1992) *Politique de la drogue et politique de la jeunesse*, 401-404. Paris: Vektor.
- Oliveira, F., & Feijó, R. (2001). Comportamentos de risco na adolescência . *Journal de Pediatria* , Vol. 77. Suplemento 2.
- Papalia, D., Olds, S., Feldman, R. (2006). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artemed.
- Patrício, L. D. (1997). *Face à droga como re(agir)?* Lisboa: Antunes & amilcar, Lda;
- Patrício, L. (2002). *Droga para que se saiba*. Lisboa: Livraria Figueirinhas.
- Patrício, L. (2009). *Tratamento da dependência de heroína*. Lisboa: Dias Patrício, Psiquiatria e Medicina Lda.

- Pinheiro, M., & Ferreira, J. (1995). Inventário de Desenvolvimento da Autonomia . Coimbra: *Provas Psicológicas em Portugal* 271-285.
- Pinheiro, M. (1994). *O Domínio das Emoções eo Desenvolvimento da Autonomia. Contributos para o Estudo do Desenvolvimento psicossocial do Estudante Universitário*. Coimbra: Dissertação de Mestrado apresentada à faculdade de psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Pikunas, J. (1979). *Desenvolvimento humano*. São Paulo: MacGraw-Hill do Brasil.
- Polite, D., Hungler, & Bernadette. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: 5ª edição: Artemed.
- Prendergast, M. (1999). *Substance use and abuse among college students: a review of recent literatur*. New York: American College Health.
- Preto, L. (2002). *Consumos de substâncias psicoactivas em estudantes do ensino superior: A influência de factores psicossociais e do desenvolvimento da autonomia*. Coimbra: ISMT.
- Preto, L. (2003). Padrões de consumo de substâncias psicoactivas em estudantes do ensino superior no Distrito de Bragança. A influência dos factores psicossociais. *Revista de investigação em enfermagem*, Vol. 7, 12-13.
- Ribeiro, J. (2007). *Metodologias de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora Livpsic.
- Richard, D., & Seneon, L. (1995). *A cannabis. Toxicodependências, N.3*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Rodrigues, L. (1995). *Estudo sobre Substância Psicoactivas, Álcool e Drogas*. Lisboa: IDT.
- Saameño, J., Sanches, D., Luna del Castillo, D., & Claret, P. (1996). *Apgar-familiar. Atención Primaria Validez Y fiabilidad del cuestionario de función familiar*. s.l.: Vol. 18, nº 6, 289-296.
- (SAMHSA), S. A. (1998b). *Preliminary results from the 1997 National Household Survey on Drug Abuse*. Washington: DC: Author.
- Sayoko, K., & Lichter. (1996). *Farmacologia ocular. As bases farmacológicas da terapêutica. (9ª edição)*. McGraw-Hill Interamericana Editores, S. A..

Santos, R. (23 de Novembro de 2010). *VIH*. Acedido a 23 de Novembro de 2010, de Público: em <http://www.publico.pt/Sociedade/portugal-e-o-terceiro-pais-com-maior-taxa-de-adult...>

Schuckit, M. (1998). *Abuso de Álcool e Drogas*. Lisboa: Climepsi Editores.

Silva, V. (17 de Dezembro de 2010). *Consumo de Substâncias Psicoactivas em Eventos académicos*. Acedido a 18 de Dezembro de 2010, em <http://www.ionline.pt/conteudo/89019-estudo-abuso-nas-festas-academicas-afectam-....>

Simões, C. (2002). Da privação socio-económica à falência dos conceitos de suporte social e desenvolvimento. *Análise Psicológica*, 3 (XX), 291-295.

Smart, R., et al., (1980). A methodology for student drug-use surveys. Geneve: *WHO offset publication* N° 50;

Smart, R. (1989). Abuso de drogas en Ontário, Canadá. Ontario: *Boletín de la oficina Sanitaria Panamerica*. 107, 495-502.

Smart, R., & Patterson, S. (1989). Comparacion del abuso de alcohol, tabaco y drogas entre estudiantes e delinquentes en las Bahamas. Bahamas: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 107 (6).

Smith-Warner et. al., (1998). Alcohol and breast cancer in women: A pooled analysis of cohort studies. Chicago: *Journal of the American Medical Association*, N.º 279, 535-540.

Sprinthall, N., & Collins, W. (1994). *Psicologia do adolescente uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Teixeira, J. (1998). *Factores Biológicos e Toxicodependência*. Lisboa: SPTT.

Teixeira, J. (1993). *Toxicodependência e auto-organização*. Lisboa: Instituto Piaget.

Wechsler et al., (1998). Increased levels of cigarette use among college students: A cause for national concern. *Journal of the American Medical Association*, 280 , 1673-1678.

Xiberras, M. (1997). *A Sociedade Intoxicada*. Lisboa: Instituto Piaget.

ANEXOS

ANEXO I

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS (ISPEIPB)

ANEXO II

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO AO
PRESIDENTE DO IPB**

ANEXO III

PEDIDO DE DADOS ESTATÍSTICOS AO DIRECTOR DO CRI DE BRAGANÇA

ANEXO IV

**RESPOSTA AO PEDIDO DE DADOS ESTATÍSTICOS AO DIRECTOR DO CRI DE
BRAGANÇA**