

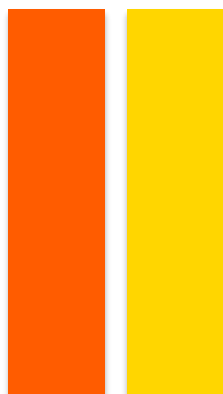
2.º CICLO DE ESTUDOS
EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Perspetivas de estudantes da Universidade do Porto sobre alguns Comportamentos de Risco

Vânia Sofia Nogueira Pinto

M

2019



FACULDADE DE MEDICINA

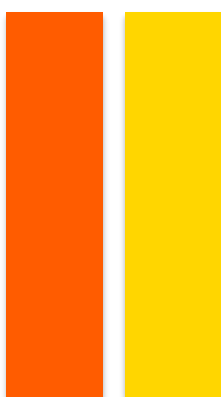
FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

**Perspetivas de estudantes da Universidade do Porto sobre alguns
Comportamentos de Risco**

Vânia Sofia Nogueira Pinto

Porto, 9 de Setembro 2019

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, para obtenção do grau de Mestre em Educação para a Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Carla Sofia Marques da Silva.



Resumo

A presente dissertação de mestrado desenvolve-se em torno das perspetivas de estudantes da Universidade do Porto sobre alguns comportamentos de risco, nomeadamente a ingestão de álcool, o consumo de drogas e o tabagismo.

De forma a compreender e ilustrar a diversidade de posicionamentos, esta investigação segue o paradigma pós-moderno e contempla os métodos qualitativos, recorrendo aos Grupos de Discussão Focalizada como método principal, de forma a identificar perspetivas e experiências dos(as) estudantes do Ensino superior acerca dos comportamentos de risco em estudo.

Assim, os(as) estudantes universitários constituem o meu objeto de estudo e os(as) participantes desta investigação. De forma a tornar a amostra significativa foram elegidos 56 estudantes, que em 2018 frequentavam o 2.º ano, pertencendo 4 alunos(as) a cada uma das 14 faculdades da Universidade do Porto.

Tendo como objetivo de investigação decifrar a relação que os(as) estudantes têm com os comportamentos de risco em estudo (antes, durante e após a vida académica), são perspetivados os contextos, as influências, as personalidades e as experiências, de forma a aferir quais os fatores determinantes para as escolhas, que conseqüentemente levam à adoção ou rejeição de qualquer comportamento de risco.

Os resultados evidenciam que os(as) estudantes consideram que as práticas alcoólicas e tabágicas se equiparam, devido à facilidade de acesso, oferta e poder económico. Contudo, a maior parte dos(as) estudantes revelou que o primeiro contacto com os mesmos se deu em tenra idade, com os pares, em contextos sociais e recreativos. Apenas no álcool se manifesta a tradição de iniciação aliciada pela família, o que alerta para a necessidade de mudança de pensamentos e consciencialização de práticas tão enraizadas e socialmente aceites na nossa sociedade.

Desta forma, urge dar a conhecer e incentivar a recorrência aos serviços prestados pelos Educadores para a Saúde, entre outros especialistas, capacitados para abordar e retratar estas temáticas com os(as) estudantes, durante todo o seu percurso, por forma a minimizar quer os comportamentos de risco quer as conseqüências dos mesmos. Sendo esta medida sustentada pelos(as) estudantes e reconhecendo a dificuldade de exterminar os comportamentos de risco, perspetiva-se, no mínimo, retardar a idade com que se iniciam estas práticas prejudiciais à saúde, facultando uma educação esclarecida e significativa para os(as) mesmos.

Abstract

The present master's dissertation develops around the student perspectives of the University of Porto about some risk behaviors, namely alcohol intake, drug usage and smoking.

To understand and illustrate the diversity of social and academic positions, this research follows the postmodern paradigm and contemplates qualitative methods, using Foccus Groups, as the main method to recognize the perspectives and experiences of college students about the topic in question.

To make the sample significant, 56 students were selected, who in 2018 attended the 2nd year. The sample was made with 4 students belonging to one of the 14 faculties composed by University of Porto.

Considering that the objective of this dissertation is to decipher the relationship that students have with the risk behaviors (before, during and after the academic life), it is given a perspective about the contexts, the influences, the personalities as the experiences to realize which factors determine the choices that consequently lead to the adoption or rejection of any risky behavior.

The results show that students consider that alcoholic and smoking practices are equal due to the facility of access, supply and economic power. However, most students revealed that their first contact with them was at an early age, with peers, in social and recreational contexts. Only in alcohol is manifested the tradition of initiation encouraged by the family, which alerts to the need for a change of thoughts and awareness of practices so rooted and socially accepted.

In conclusion, it is urgent to make awareness and encouragement to seek the services provided by Health Educators, among other specialists, capable of approaching and portraying these themes with the students, throughout their journey, to minimize both risk behaviors and their consequences. As this measure is sustained by students, and recognizing the difficulty of exterminating risky behaviors, it is expected, at a minimum, to delay the age at which these harmful practices start, providing an enlightened and meaningful education for them.

Résumé

La présente dissertation de master se développe au tour des perspectives des jeunes étudiants de l'Université de Porto sur quelques comportements de risques, notamment l'ingestion d'alcool, la consommation de drogues et le tabagisme.

De façon à comprendre et à illustrer la diversité de perceptions, cette recherche suit le paradigme postmoderne et contemple les méthodes qualitatives, utilisant le Focus Groupes, comme méthode principale, pour identifier les perspectives et expériences des étudiants de l'enseignement supérieur sur les comportements de risque en étude.

Les étudiants universitaires constituent donc l'objet de cette étude et sont les participants dans cette recherche. À fin de rendre l'échantillon significatif, 56 étudiants, qui fréquentaient la 2^{ème} année, soit 4 élèves de chacune des 14 facultés de l'Université, ont été choisis.

En ayant comme objectif de recherche déchiffrer les relations que les étudiants ont avec les comportements de risques en étude (avant, pendant et après la vie académique), on perspective les contextes, les influences, les personnalités et les expériences, à fin de vérifier quels sont les facteurs déterminants pour les choix, qui emmènent par conséquent à l'adoption ou rejection de tout comportement de risque.

Les résultats montrent que les étudiants considèrent que les pratiques alcooliques et tabagiques sont similaires, en raison de la facilité d'accès, offre et pouvoir économiques. Cependant, la plupart des étudiants ont révélé que le premier contact avec ces pratiques a eu lieu à un âge précoce, avec leurs pairs, en contextes sociaux et récréatifs. La tradition d'initiation familiale ne se manifeste que dans l'alcool, ce qui alerte pour le besoin de changement de pensées et la conscientisation à des pratiques si enracinées et socialement acceptées.

Par conséquent, il est urgent de faire connaître et d'encourager la récurrence aux services fournis par les éducateurs en santé, entre autres spécialistes, capacités pour aborder et retraiter ces thématiques auprès des étudiants, pendant tous leurs parcours, de façon à minimiser soient les comportements de risques soient leurs conséquences.

Tandis que cette mesure est soutenue par les étudiants et reconnaissant la difficulté d'exterminer les comportements à risque, on s'attend à ce que, au minimum, on retarde l'âge auquel ces pratiques néfastes commencent, en leur fournissant une éducation éclairée et significative.

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero agradecer à minha irmã e aos meus pais, por todo o amor e apoio incondicional, pelos exemplos e sacrifícios que me inspiram e demonstram que com esforço e dedicação tudo se consegue. Obrigada por tudo o que fazem de mim, acompanhando todas as etapas cruciais da minha vida e ajudando-me na concretização dos meus sonhos.

De seguida, agradeço à professora Doutora Sofia Marques da Silva, por toda a atenção, conselhos, disponibilidade e orientação na construção desta dissertação.

Ao meu amor, que acompanhou este percurso como ninguém, percebendo que o caminho é mais fácil lado a lado, obrigada por todo o carinho e por acreditares sempre em mim e me fazeres acreditar também.

E ainda o meu obrigado, a todos(as) os que permitiram que esta dissertação fosse construída, e ainda aos meus amigos, que acompanharam todo este percurso, sobretudo à Ana Rita Ferreira, Cátia Correia, Daniela Rocha e Joana Monteiro, por todo o suporte, e encorajamento, e por nunca me deixarem desvanecer nesta fase tão conturbada e especial da minha vida.

Índice de Abreviaturas

CR – Comportamentos de Risco

DGS – Direção-Geral de Saúde

DL – Decreto Lei

EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

EpS – Educação para a Saúde

GDF – Grupos de Discussão Focalizada

DGS – Direção-Geral de Saúde

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SNS – Serviço Nacional de Saúde

OEDT – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

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

PNPCT – Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

RCAAP – Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime

UP – Universidade do Porto

WHO – World Health Organization

Índice de Apêndices

Apêndice I – Consentimento Informado

Apêndice II – Guião Orientador das Sessões de GDF

Apêndice III – Exemplo de transcrições das sessões de GDF

Apêndice IV – Exemplos de partes das tabelas de Análise de Conteúdo

ÍNDICE

Resumo.....	Pág. 2
Abstract.....	Pág. 3
Résumé.....	Pág. 4
Agradecimentos.....	Pág. 5
Índice de Abreviaturas.....	Pág. 6
Índice de Apêndices.....	Pág. 7
Introdução.....	Pág. 8-9
Capítulo I – Problemática de Intervenção.....	Pág. 10
Nota Introdutória.....	Pág. 11
1.1– Culturas Juvenis.....	Pág. 12-13
1.2– Os Comportamentos de Risco.....	Pág. 14-16
1.2.1 – A ingestão de Álcool e as consequências adversas.....	Pág. 17-19
1.2.2 – A problemática das drogas.....	Pág. 20-26
1.2.3 – O Tabagismo.....	Pág. 27-32
1.3– Contextos e Influências.....	Pág. 33-37
1.4– O papel da EpS em contexto escolar.....	Pág. 38-39
Capítulo II – Opções Metodológicas.....	Pág. 40
Nota Introdutória.....	Pág. 41
2.1 – Paradigma de Investigação.....	Pág. 42-44
2.2 – Métodos de Pesquisa.....	Pág. 45-49
2.3 – Caracterização dos Participantes da Investigação.....	Pág. 50-52
2.4 – Análise de Conteúdo.....	Pág. 53-54
2.5 – Questões Éticas.....	Pág. 55-56
Capítulo III – Análise de Dados.....	Pág. 57
Nota Introdutória.....	Pág. 58
3.1 – Perspetivas que os(as) estudantes têm sobre os CR.....	Pág. 58
3.1.1 – Conceitos.....	Pág. 59
3.1.2 – Julgamento(s) do(s) risco(s).....	Pág. 59

3.2 – Determinantes das Escolhas	Pág. 60
3.2.1 – O que determina e potencia os CR.....	Pág. 61
3.2.2 – No que se pondera e o que nos protege (dos CR).....	Pág. 61-62
3.2.3 – Adição e junção de vícios.....	Pág. 62
3.3 – Caracterização dos consumos	Pág. 63
3.3.1 – Consumos na vida académica.....	Pág. 64
3.3.2 – Experimentação.....	Pág. 64-65
3.4 – Educação para a Saúde	Pág. 66
3.4.1 – Como renegar CR/Sugestões de mudança.....	Pág. 67
3.4.2 – Importância e prevenção da EpS.....	Pág. 67-68
Considerações Finais	Pág. 69-71
Referências Bibliográficas e Digitais	Pág. 72-80
Apêndices	Pág. 81

Introdução

A presente dissertação de mestrado integra-se no Mestrado em Educação para a Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, tendo sido orientada pela Prof.^a Doutora Sofia Marques da Silva e tem como tema as perspetivas dos(as) estudantes do ensino superior sobre alguns comportamentos de risco, neste caso, a ingestão de álcool, drogas e o tabagismo.

Em prol da Educação para a Saúde, procurou-se investigar as perspetivas e a relação que os(as) estudantes da Universidade do Porto têm com os consumos acima mencionados, mobilizando conteúdos e ferramentas, aos quais juntei capacidade de planeamento e de intervenção, sobretudo na prevenção e promoção de saúde. Houve a preocupação de articular o referido anteriormente com as questões educacionais, culturais e sociais, uma vez que também são a base da Educação para a Saúde e reconhecendo que o meu *standpoint* advém das ciências da educação.

“[as] ciências da educação podem considerar-se, pois, uma ‘família de ciências’ às quais compete, utilizando os meios e os métodos de que as ciências humanas hoje dispõem, procurar ‘explicar’ e ‘compreender’ a complexidade e multireferencialidade dos fenómenos educativos, e, ao mesmo tempo, construir de forma progressiva, inter e transdisciplinarmente, um património de saberes ao dispor das práticas.” (Amado, 2014: 27).

Depois da revisão literária sobre estas temáticas, é perceptível o conhecimento das consequências e alguns números quantitativos relativamente aos fatores de risco, contudo, os estudos qualitativos com vista à obtenção de informação de forma direta e com recurso a participantes são muito escassos. Bunchaft e Gondim (2004), Ferreira (2004), Santos (2017) e Silva et al (2014) comprovam a necessidade de se realizarem estudos utilizando os Grupos de Discussão Focalizada, sobretudo aquando do estudo das perspetivas e da educação para a saúde.

Sendo ainda um tema debatido há muito tempo, mas revelando-se sempre atual e evolutivo, pretende-se também produzir cientificamente sobre o mesmo, dando voz aos estudantes, de forma a aferir quais os determinantes principais das escolhas e as prevalências verificadas, mas sobretudo, promover a prevenção e a aposta na literacia para a saúde sobre e com os(as) mesmo(as).

Dada a liberdade de escolha e os meus interesses de investigação, optei por eleger os(as) jovens adultos como a faixa etária participante nesta investigação, contemplando assim

as culturas juvenis. Relativamente à construção do tema, este perspetivou associar a saúde aos comportamentos que temos enquanto indivíduos.

Assim, os **objetivos** desta investigação passam por: (i) compreender as perceções e julgamentos que os estudantes do Ensino Superior detêm sobre os comportamentos de risco em estudo; (ii) identificar quais os determinantes das escolhas; (iii) caracterizar a relação dos(as) estudantes com os consumos (antes, durante e após a vida académica); (iv) perspetivar a atribuição e significação da EpS nos contextos escolares e nas suas vidas.

De forma a organizar este trabalho, vou anunciar de forma sucinta a estruturação e constituição de cada capítulo.

No **capítulo I** é apresentada a **Problemática de Intervenção**, contemplando a contextualização teórica existente sobre as Culturas Juvenis, os Comportamentos de Risco, os contextos e as influências, e por fim, o papel da Educação para a Saúde.

O **capítulo II** expõe as **opções metodológicas**. Tendo esta investigação um propósito qualitativo, segue o paradigma pós-moderno e tem como método principal os Grupos de Discussão Focalizada, uma vez que a minha prioridade é qualificar as informações obtidas, em vez de as quantificar, de forma a ilustrar as perspetivas de 56 estudantes da Universidade do Porto, que em 2018 frequentavam o 2.º ano académico. Apresenta ainda a caracterização dos(as) participantes de investigação, a análise de conteúdo e as questões éticas.

O **capítulo III** ilustra a **Análise de Dados** resultante de todo este processo investigativo: a análise, compreensão e interpretação dos mesmos. Neste encontramos ainda os capítulos de categorização e discussão dos mesmos.

Seguidamente são expostas as **considerações finais**, refletindo sobre as conclusões que consegui obter, reconhecendo quais são as fragilidades deste estudo e perspetivando futuros estudos e/ou explorações mais aprofundadas deste tema.

E por último todas as **referências bibliográficas e digitais** utilizadas na construção desta investigação.

Capítulo I

Problemática de Intervenção

Nota Introdutória

Para a construção do tema e desta problemática procedi a leituras exploratórias de livros, artigos, teses/dissertações, diretrizes, legislação, notícias e relatórios referentes ao nosso país e ao mundo, para a obtenção de dados e percepção dos trabalhos científicos realizados relacionados com as temáticas em estudo.

Analisando a produção científica existente, são vários os artigos que abordam os comportamentos de risco através de metodologias, sobretudo quantitativas, mais nomeadamente, por via de inquéritos e entrevistas, sendo de carácter impessoal. Estas não retratam de forma global perspectivas do objeto de estudo, neste caso, as perspectivas dos(as) consumidores(as) e dos(as) não consumidores(as).

Os seguintes artigos “*Consumo de substâncias ilícitas por adolescentes portugueses*” publicado pela Revista de Saúde Pública (2012;46(5):808-15) e “*Os jovens e os factores associados ao consumo de tabaco*” da revista Educação para a saúde (2004; 22(2)), assim como relatórios elaborados pelo SICAD, EMCDDA e OEDT como o “*Relatório Anual 2015 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*” e o “*Country Drug Report 2017 — Portugal*”, o “*Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013 – 2020*”, comprovam o supracitado.

Todavia, é de reconhecer que são bastante úteis para podermos consultar dados sobre diversos fatores como por exemplo: a incidência e a prevalência dos consumos; as taxas de continuidade dos mesmos; os fatores de risco e de proteção; as associações entre estes comportamentos e efeitos nocivos para a saúde a curto e a longo prazo; e ainda a distinção entre quem comete estes comportamentos de risco, de acordo com o género, idade, região demográfica, escolaridade, relação entre os pais, entre outros.

Conseguimos aferir por estas agências que supervisionam a situação do país ao nível do consumo de álcool, tabagismo e drogas, que os comportamentos de risco tendem a aumentar com a idade, coincidindo com a entrada e estadia na faculdade, assim como tendem a ampliar-se, dada a variedade de substâncias disponíveis, e existe, em alguns casos, modificação e associação dos vários comportamentos de risco em estudo.

Todas estas questões acompanham correntes de pensamentos em evolução, uma vez que, “*A problemática constitui as várias maneiras de pensar o real e de estudar os fenómenos sociais.*” (Quivy e Campenhoudt, 1998)

1.1 – Culturas Juvenis

“Embora sejam vários os estudos que regularmente fazem o levantamento da realidade do consumo em Portugal, foram poucos os que incidiram diretamente sobre esta franja da população.” (Silva, Pedro et al., 2015: 106)

Uma vez que o objeto de estudo/participantes são jovens adultos, com idades compreendidas entre os 19 e 30 anos, é pertinente explicitar os processos e as alterações aos quais esta faixa etária está sujeita, ao transitar da adolescência pra a adultez.

Para conseguir retratar os jovens adultos é necessário ter em conta de que quando falamos em juventude, *“Encontramos uma incorporação de imagens aparentemente antagónicas, configurando uma juventude que ora é invocada como modelo ora como antimodelo, cindida entre o céu e o inferno. Uma imagem mitificada de juventude que, em descoincidentes momentos históricos, nos pode levar a reforçar o carácter anómico, turbulento e disfuncional, como nos pode, por oposição, levar a glorificar o estado juvenil. Os limiares que delimitam estes dois universos são relativamente fluidos e irregulares, reflectindo a índole instável da natureza juvenil.” (Campos, 2010: 122)*

Assim, é evidente que cada um é resultado do que foi a sua adolescência, as opções que toma e conseqüentemente as que irá tomar são originárias das percepções que temos, condicionadas pelas vivências, pelos contextos e influências.

Os estudos literários permitem aferir que a maior parte dos comportamentos de risco são adquiridos no ensino secundário ou então no primeiro ano da universidade, registam-se aumentos em alguns comportamentos de risco como o número de parceiros sexuais, e a frequência de consumo de álcool e marijuana (Fromme, Corbin, & Kruse, 2008).

Ilustrando outro exemplo, *“Um estudo realizado com estudantes do ensino superior com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos, mostrou que aqueles que se consideravam adultos emergentes, ou seja, que por um lado sentiam que já não eram adolescentes, mas ao mesmo tempo não se percepcionavam completamente como adultos, apresentavam maior consumo de álcool, mais episódios de consumo esporádico excessivo e maior consumo de tabaco do que aqueles que já se consideravam adultos” (Blinn-Pike et al., 2008).*

Isto confirma que se conhecem as idades, as preferências habituais e os processos pelos quais os(as) estudantes são sujeitos, anteriormente e aquando da frequência do ensino

superior. Assim, a existência da literacia em saúde deve servir para orientar os estudantes para estarem minimamente preparados e consciencializados do que fazem e do que querem fazer, sobretudo na entrada na faculdade, com tudo o que esta nova fase da vida acarreta, desde a autonomia, liberdade, comportamentos e consumos habitualmente associados.

“A crescente autonomia e o poder de decisão nas suas escolhas parecem ser dois factores relevantes na compreensão dos estilos de vida dos universitários” (Dinger & Waigandt, 1997).

Na transição da adolescência para a adultez dá-se a construção e a transformação das personalidades.

Segundo, Arnett, a faixa etária dos(as) participantes neste estudo corresponde à adultez emergente, um estágio de vida caracterizado precisamente pelo risco e pelo teste dos limites que poderão desempenhar um papel importante na construção da identidade. Como tal, estão num período caracterizado pela exploração da identidade, o que conduz a um desejo de experimentação, nomeadamente ao nível dos comportamentos de risco (Arnett, 2000).

Desta forma, não só pela fase de desenvolvimento, autonomia e emancipação que vivem, como pelas influências das particularidades do meio universitário, a chamada “cultura de universidade” ou “os melhores anos da nossa vida”, a prática de comportamentos de risco parece ser normativa e considerada fácil a adesão a diferentes experiências em outros contextos.

“(…) uma conjunção de circunstâncias no ensino superior, como a crescente autonomia e liberdade acompanhadas de um baixo nível de responsabilidade, as inúmeras oportunidades de interacção com os pares e os momentos celebrativos, como convívios, jantares de curso e festas académicas, que tornam o consumo de álcool normativo, e mesmo desejável, aos olhos da maioria dos estudantes.” (Dworkin, 2005).

Contudo em alguns estudos denota-se a fragilidade já enunciada (escassez de literacia sobre o tema, faixa etária e envolvimento dos estudantes),

“No acompanhamento das prioridades e realidades sobre o consumo nocivo de álcool em Portugal, os promotores e parceiros do ComSUMOS Académicos deparam-se com a falta de informação sistemática sobre as vivências estudantis no seio do ensino superior.” (Silva, Pedro et al., 2015: 4)

1.2 – Os Comportamentos de Risco

Começando por (des)construir a terminologia de “**comportamentos de risco**”, os **comportamentos** segundo a perspectiva de Wachelke e Camargo (2007) são entendidos, de forma generalista, como ações observáveis que ocorrem em contextos individuais e em grupo – socialmente, o que remete para as questões da interação social e das práticas (ou representações) sociais. Isto é, os comportamentos adotados por cada um(a) de nós são parte integrante das representações sociais.

Os **riscos**, por sua vez, podem-se associar a uma certa vulnerabilidade de possíveis danos, contudo habitualmente utiliza-se a noção de risco como sinónimo da noção de perigo, que se traduz na probabilidade de acidentes ou patologias. É certo que parte dos riscos e dos perigos, na maioria das vezes, são conhecidos por nós e também podem ser medidos de forma quantitativa. Habitualmente, quando lemos os avisos, alertas e notícias nos meios de informação e/ou comunicação até ficamos sensibilizados e temos a capacidade de repensar certas questões, ponderando mudança de comportamentos e/ou hábitos. Mas, noutros casos, sobretudo para quem já tem algum hábito parece que a voz do “Acontece só aos outros” ou “olha aquele que já tem certo hábito há muitos anos e ainda é vivo”, ou ainda “tem de se morrer de alguma maneira”, surgem constantemente na tentativa de camuflar os malefícios e desafiar um pouco a sorte.

Portanto, a expressão “**comportamentos de risco**” pode ser definida como a participação em atividades que comprometam a saúde física e mental do indivíduo. Contudo, existe uma linha ténue entre quando passa a ser um comportamento de risco ou não, ou pela regularidade dos comportamentos, ou por quem lhes atribui o juízo de valor, com certeza que as diferenças intergeracionais catalogam os comportamentos de forma diferente e lhes atribuem distintas significações pessoais e sociais.

Contudo, é ainda pertinente referir a evolução deste conceito, ainda que existam muitos dados quantitativos também temos de ter em conta que a atribuição dos juízos de valor é qualitativa. Ajuizámos de forma diferente o que é de risco, o nosso olhar perante os comportamentos de risco com certeza difere com a familiarização de um comportamento, de forma regular, esporádica ou então inexistente. Também os hábitos e as modas mudam com o passar dos tempos, com a evolução das sociedades vêm novas redefinições do que é de risco, dos consumos, das prevalências e conseqüentemente das escolhas e preferências de consumos.

Na pesquisa da construção do conceito de “comportamentos de risco” que as sociedades foram atribuindo, foi bastante útil ler o artigo “*Uso de drogas, comportamentos*

sexuais de risco e comportamentos antissociais na adolescência: Padrões de associação” de Chitas, Negreiros e Barreira (2014), porque dá conta das primeiras evoluções desta terminologia. É apresentada a “teoria do comportamento problema” de Jessor & Jessor (1977), mais precisamente da evolução deste conceito contando com os fatores sociodemográficos (tipo de ensino, sexo, idade) e culturais, e com as influências psicológicas e sociais, que incitam alguns comportamentos de risco como os que estão em estudo: o tabagismo, o consumo de álcool e de drogas.

Desta forma, a evolução do conceito de “comportamentos de risco” sofreu algumas reconceptualizações com o decorrer dos tempos, ultrapassou apenas a noção “de desvio” e alberga também a “noção de risco”. Jessor (1998) refere que inicialmente o conceito dos comportamentos de risco *“encontrava-se confinado a um conjunto particular de comportamentos, frequentemente denominados comportamento problema, os quais envolviam a transgressão de normas socialmente sancionáveis. Incluía-se, assim, este conjunto de comportamentos, a delinquência, o consumo de drogas ilícitas, o consumo de álcool e a atividade sexual precoce. (...) Jessor sublinha a importância da investigação no domínio dos comportamentos de risco dirigir a sua atenção para uma maior diversidade de comportamentos que comprometem a saúde, nomeadamente os comportamentos alimentares, o uso de tabaco e a condução perigosa, entre outros.”* (Chitas, Negreiros & Barreira, 2014: 75)

Este artigo aponta ainda a pertinência de se utilizarem indicadores epistemológicos sobre os comportamentos de risco, recorrendo à prevalência de consumos ao longo da vida (PLV), nos últimos doze meses (P12M) e nos últimos trinta dias (P30D), para se aferir a interdependência ou a associação dos mesmos, e ainda se apontam os fatores de risco e de proteção (nível individual, familiar, escolar e comunitário). São ainda indicadas as idades dos inícios de consumos de droga, tabaco e álcool, diferenciados por género, estatuto e situação face à escola.

Contudo, os dados obtidos foram similares aos que já eram conhecidos noutras pesquisas, denotando sobretudo que as mulheres praticam cada vez mais estes comportamentos de risco (consumo de álcool, droga e tabaco) e de forma mais precoce, iniciando por volta dos 13 anos o consumo de álcool e tabaco, enquanto que com as drogas acontece por volta dos 15 anos. Ambos os géneros partilham estas faixas etárias referidas e têm continuidade ao longo da vida, denotando a preferência das mulheres pelas bebidas brancas, levando a que às vezes se equiparam às prevalências dos homens.

Comparando com outros estudos, estas informações são similares, apontam para uma direção onde os(as) jovens iniciam os consumos cada vez mais precocemente e com mais excessos. O passar dos anos e as mudanças que se efetivam na sociedade faz com que

novas práticas se desenrolem e se tornem a “dita moda”. Comportamentos como o *binge drinking* é a prova de que existem novas experiências de risco. Esta é a expressão utilizada para descrever o consumo de grandes quantidades de álcool em pequenos períodos de tempo, ingerindo quatro ou mais bebidas alcoólicas numa ocasião, procurando a rápida alteração do estado de consciência, experienciando a embriaguez.

Isto ocorre aquando da construção de significados, de mudanças de concepções, de crescimento emocional, durante um espaço e um tempo, com fases e necessidades de experimentação e aceitação.

“Os estudantes universitários representam uma população jovem e, à partida, saudável (Stone, Becker, Huber, & Catalano, 2012). Contudo, comparando com a população em geral, o grupo etário entre os 15 e 24 anos apresenta maior consumo de substâncias psicoactivas (CS) (Balsa, Vital, & Urbano, 2013; Johnston, O’Malley, Bachman, Schulenberg, & Miech, 2013). De acordo com o estudo de Balsa et al. (2013) para a população portuguesa, a prevalência do consumo de álcool e de binge drinking é, respetivamente, de 75% e de 41% nos jovens portugueses entre os 19 e os 30 anos. O consumo de tabaco entre os 18 e 24 anos varia, em função da idade, entre os 14.7% e os 34.5%.” (Ferreira, Andrade & Coelho, 2016: 287)

Desta forma, é necessário ainda refletir sobre a importância de se compreender o significado simbólico da prática destes comportamentos, perceber qual é o papel que ocupam e as transformações que fazem/exercem nas vidas, na construção de personalidades, em determinados períodos, articulando a existência de mudanças sociais, culturais e económicas que se atravessam.

Assim, este estudo visa compreender as ações, os contextos onde se inserem, o que as despoleta e as mudanças que ocorrem, permitindo ter uma visão mais ampla e mais facilitadora de compreensão e significação.

Está provado cientificamente que a prática de consumo de álcool, tabaco ou drogas é nociva para a saúde e compromete o bem estar físico e psíquico do indivíduo a curto e a longo prazo.

No que se refere ao comprometimento mental ou psíquico os efeitos sentidos a curto prazo são a alteração da consciência, vulnerabilidade, menor preocupação e incapacidade de pensar nas consequências. Como exemplos dos comprometimentos a longo prazo, posso referir os cancros e a cirrose hepática.

Desta forma, para uma melhor compreensão dos comportamentos de risco selecionados para este estudo, resolvi explorar brevemente cada um deles.

1.2.1 – A ingestão de Álcool e as consequências adversas

Nos anos 80, epidemiologistas franceses formularam o *French Paradox* ou o Paradoxo Francês. Constataram a evidência científica de que o aumento do consumo de bebidas alcoólicas, nomeadamente de vinho tinto, pela sua quantidade de etanol pode diminuir os riscos das doenças cardiovasculares.

O álcool apesar de ser tido em conta como “diferente” das outras drogas, também é uma substância potenciadora de dependência. Infelizmente nem todos têm a noção disto até serem considerados alcoólatras, se for esporádico considera-se como habitual para a idade e na nossa sociedade “o copinho de vinho” às refeições está muito enraizado e considerado como normal e banal.

Com o intuito de controlar o consumo de álcool, o Estado aumenta o seu custo e diminui a taxa de alcoolemia permitida para se conduzir, definindo um limite legal de 0,5 gramas no sangue, para mulheres e para homens (ainda que seja diferente a quantidade que se precisa para chegar a este valor). Também a legislação contribui para o controlo sobretudo de publicidade (que não pode ser encorajadora ao consumo, muito menos de menores), patrocínios (que teoricamente são proibidos, mas que mesmo assim ainda se associam por exemplo à Seleção Nacional), e de estabelecimentos perto das escolas. (DL n.º 50/2013, de 16 de abril e Resolução 166 do Conselho de Ministros de 29 de novembro de 2000.)

Depois de realizar uma análise documental sobre o álcool, perspetiva-se que, quer a nível nacional quer a nível mundial, os comportamentos e as atitudes para se preservar a saúde não melhoraram na última década. Sabe-se ainda que, no que requer ao início do consumo de bebidas alcoólicas, na coorte EPITeen - Epidemiological Health Investigation of Teenagers in Porto, referiram que *“mais de 50,0% dos adolescentes de 13 anos já beberam bebidas alcoólicas, sendo que 6,6% dos rapazes e 4,7% das raparigas bebem pelo menos uma bebida por mês.”* (Fraga, 2011). Passados três anos, *“(…) a idade média em que consumiram uma bebida alcoólica pela primeira vez foi de 12,5 anos.”* (Domingues et al, 2014: 126)

O primeiro contacto com as bebidas alcoólicas é cada vez mais precoce e esta experiência continua a ser iniciada no meio familiar, espaço que devia funcionar como um fator protetor e seguro. Talvez no pensamento geral seja protetor ter-se contacto com experiências que alteram a consciência em casa, “vigilados” e seguros com os pais, sendo que o álcool é consumido em toda a sociedade e faz parte da nossa cultura.

“Esta precocidade em relação à idade de iniciação do consumo de álcool integra-se no contexto sociocultural português, em que o álcool está instituído como um elemento

naturalmente constituinte de eventos sociais, festivos e de diversão. Já em relação à precocidade do consumo de drogas, um dos factores explicativos poderá advir da experiência universitária em si própria que, segundo Astin (1993) e Rebelo (2002), proporciona aos jovens a oportunidade de ingressar num mundo de experiências com colegas com diferentes visões de vida e de diversão, fazendo destes um grupo vulnerável à iniciação do consumo de substâncias ilícitas.” (Lomba, Lurdes et al., 2011: 10)

O ideal seria que isto não acontecesse ou se acontecer que seja mais tardio, uma vez que este comportamento de risco não acrescenta nada de benéfico para a saúde, principalmente quando ainda nos estamos a desenvolver. No nosso país, o mínimo de idade de venda e consumo de álcool é aos 16 para bebidas não espirituosas (como a cerveja) e aos 18 anos para bebidas espirituosas.

Mas, praticamente todos nós nos devemos rever em algum momento estarmos em família e alguém dizer “prova um bocadinho” ou “molha só os lábios”, incutindo-nos assim de que é natural e “seguro”. Se os nossos familiares o fazem porque não havemos de fazer também?

Contudo, a experiência alcoólica pode desencadear comportamentos excessivos, sobretudo perante os pares em ambientes de festa e de socialização, como por exemplo o *binge drinking*. Ou seja, a ingestão de várias misturas de bebidas, sobretudo brancas e cerveja, experienciando a embriaguez de forma rápida e a conseqüente alteração de consciência.

O álcool, sendo uma droga lícita, tem uma oferta alargada, podendo encontra-se em inúmeros locais, tais como bares, cafés, discotecas e inclusivamente supermercados. O que faz com que se possa beber não só “na noite oficial” como se possam elaborar “outras noites”, organizadas pelos próprios(as) em grupos fechados, sem regulamentação nem qualquer tipo de controle, em jardins/parques e sítios/prédios abandonados, por exemplo. Isto leva a que os comportamentos sejam excessivos e coloquem em risco a integridade física e psíquica, uma vez que agora se bebe mais por consumos agudos, isto é, mais quantidade em menos vezes.

Desta forma, é ainda fulcral referir que o consumo de álcool pode transformar-se num consumo de risco, num consumo nocivo ou até numa dependência.

Segundo a OMS, existe um consumo de risco quando o padrão de consumo pode vir a implicar danos físicos ou mentais, se esse consumo persistir; um consumo nocivo dá-se quando se verifica um padrão de consumo que causa danos à saúde. A dependência é um conceito e uma situação mais complexa, uma vez que o padrão de consumo é constituído por um conjunto de aspetos clínicos e comportamentais que podem desenvolver-se após o repetido uso de álcool, apresentando um desejo intenso de consumir, descontrolo sobre o seu

uso, continuando os consumos apesar das consequências, aumentando também a tolerância ao álcool e conseqüentemente sintomas de privação quando o consumo é descontinuado.

Assim sendo, embora estes padrões possam ser estabelecidos de formas diferentes, é necessário fazer reconhecer que o acesso facilitado que se tem ao álcool constitui um perigo eminente, fazendo com que se reconheçam as suas consequências. Geralmente, estas passam mais despercebidas. A maioria das pessoas, sobretudo os(as) jovens, não sabem identificar quais são, contrariamente ao que acontece com o tabaco e com as drogas. São exemplo destas consequências algumas doenças (cirrose), a alteração da consciência, a vulnerabilidade física e a ausência de competências biopsicossociais, que inibem uma correta socialização.

Já em 2007 o Ministério da Educação alertava para a forma como estruturamos a nossa sociedade, segundo os dados e as pesquisas efetuadas, *“Muitos pais e professores têm uma atitude de excessiva tolerância em relação ao tema, pois argumentam que os abusos devem ser enquadrados em fenómenos de grupo, ou considerados meros acontecimentos ocasionais, característicos do processo de desenvolvimento da adolescência. Numa sociedade que liga o festejo e o convívio ao uso de bebidas alcoólicas, torna-se por vezes difícil demonstrar os riscos do seu consumo, ou advertir para as consequências da sua utilização.”* (2007:11)

Desta forma, seria de esperar que as posições que a sociedade e as pessoas tomassem perante o acesso facilitado ao álcool e a introdução em meio familiar e com os pares seguisse um caminho diferente, mas ainda hoje a Organização Mundial de Saúde ou a WHO (World Health Organization), alerta para o facto da ingestão de bebidas alcoólicas ser iniciada e fazer parte da rotina de socialização, da cultura familiar, mesmo apresentando consequências adversas para a saúde.

“In many parts of the world, drinking alcoholic beverages is a common feature of social gatherings. Nevertheless, the consumption of alcohol carries a risk of adverse health and social consequences related to its intoxicating, toxic and dependence-producing properties. In addition to the chronic diseases that may develop in those who drink large amounts of alcohol over a number of years, alcohol use is also associated with an increased risk of acute health conditions, such as injuries, including from traffic accidents.” (WHO, 2018)

Em suma, as implicações do consumo do álcool vão muito além da dependência, pois levam à perda de qualidade de vida, aumentam o risco de acidentes pessoais (como quedas, por exemplo) e/ou rodoviários, incitam a violência e degradam a vida pessoal e social. É ainda potenciador de algumas das doenças que mais matam, tais como cancro, hipertensão, cirrose hepática, entre outras. É pois urgente baixar o seu consumo, por forma a diminuir dependências e demais consequências.

1.2.2 – A problemática das Drogas

As drogas, apesar de já serem reconhecidas como problema desde o início do século XX, são ainda hoje um medo e um problema social. O controle de drogas ilícitas é um problema global, desde o “International Opium Commission” em 1909. Apesar de as Nações Unidas planearem ações contra a droga e darem orientações europeias e nacionais (como apreensões e controles, no sentido de uma “concertação” da sociedade), com o passar dos anos aumentou a diversidade dentro de cada tipo de droga.

Existem diferentes tipos de substâncias que são consideradas como drogas, algumas legais como o Álcool e o Tabaco, e outras ilegais, a maior parte delas, como por exemplos os Alucinogénicos, como os Cogumelos mágicos, LSD (sintética com diferentes formas de consumo, os efeitos dependem da dose e procura-se a revivência no decorrer dos consumos) e Mescalina; Canabináceas, que são de longe a substância ilegal mais consumida na Europa, atualmente existem diferentes formas de manusear e utilizar a Cannabis como o Haxixe, a Erva ou Marijuana e o óleo de cannabis ou óleo de haxixe; Derivados de coca, mais nomeadamente, Base livre e crack, onde a pureza é pouca e existem muitas substâncias desconhecidas, e o Cloridrato de cocaína, que é a droga que tem maior potencial de dependência, (para a maioria das drogas é necessário um conjunto de utilizações para se estabelecer a dependência, mas no caso da cocaína esta cria-se rapidamente); Ecstasy (droga de síntese, derivam em Ácidos ou MDMA, mas muitas pastilhas encontradas nem se sabe que substâncias contêm e mesmo assim é a segunda droga ilegal mais consumida); Esteróides anabolizantes; GHB (Gamma hydroxybutyrato); Opiáceos (Ópio, Morfina (principal elemento ativo do ópio) e Heroína); Psicofármacos, como as Anfetaminas, Barbitúricos e Benzodiazepinas, que habitualmente apresentam-se em forma de comprimidos.

Todas estas drogas representam consequências nefastas para a saúde, algumas desencadeiam dependências fisiológicas, como efeitos físicos e psíquicos, apresentando distúrbios após a abstinência, e outras levam a dependências comportamentais, despoletando comportamentos compulsivos. Denote-se que cada um de nós possui um processamento hepático, entre outros, diferenciadores da dose necessária para overdoses, ou para manter a integridade física e psíquica.

Para além de cada um destes comportamentos de riscos já possuir efeitos nocivos, quando se aliam têm o dobro das consequências e do perigo, é uma “dupla bomba” a mistura de álcool, tabaco e/ou drogas, assim como a associação entre fumar haxixe misturado com tabaco, que se verifica frequentemente.

Um estudo realizado pelo ESPAD (2011) junto de jovens com 17 anos concluiu que o Haxixe foi para a maioria a droga de iniciação e que o principal motivo para experimentarem

foi a curiosidade. Entre as outras substâncias consumidas pelos estudantes incluem-se os calmantes e sedativos sem receita médica (com um nível nacional registado mais elevado de 17%), e os inalantes (máximo nacional de 18%).

Sabe-se ainda que com esta problemática enraizada na nossa sociedade, em vez de explicitações criaram-se alguns mitos sobre as drogas. Importa sobretudo clarificar que o consumo de haxixe não dá sempre a sensação de bem-estar, até porque o seu uso continuado pode despertar ansiedade, ataques de pânico e paranóia, mas também importa dizer que estes consumidores regulares não sentem necessidade de consumir outras drogas, significando que na maior parte das vezes não existe evolução ou procura de outros tipos de drogas “mais pesadas”.

Também a ideia de que a cocaína aumenta a performance intelectual é um mito, ainda que seja um estimulante do Sistema Nervoso Central que permite realizar atividades num ritmo acelerado pode ser confundido com o aumento de rendimento e de capacidades intelectuais. Contudo, o consumo de cocaína traduz-se num efeito paradoxal de depressão que pode desencadear paranóia e psicoses.

É ainda necessário desmitificar que os consumos de drogas não se encontram associados a classes pobres e excluídas da sociedade, uma vez que os consumos atravessam todos os estratos sociais. A recorrência a drogas está dependente mais de aspetos psicológicos e relacionais (procura de um “efeito mágico” para lidar com a realidade sem sofrimento), do que económicos.

Tudo isto que foi referido anteriormente é útil e crucial para que se pensem e se concretizem estratégias eficazes, mudando a forma como se retratam os assuntos e como se encaram socialmente. Levando conseqüentemente à mudança de visões do mundo com o passar dos anos.

Aquando da procura de diretrizes sobre reformas de drogas, mais nomeadamente sobre a mudança de perceções, encontrei o relatório “The World Drug Perception Problem” (2017), onde Portugal é referido de forma positiva a propósito da introdução da lei n.º30/2000, de 29 de novembro, mais conhecida como a “Lei da descriminalização do consumo”, fez com que se alterasse *“a forma como se olha para um consumidor de drogas, deixando de lado o preconceito que o comparava a um criminoso, passando a considerá-lo como uma pessoa que necessita de ajuda e apoio especializado.”*

Descriminalizou-se a posse para consumo pessoal de drogas e promoveram-se medidas para a sensibilização dos consumidores, contribuindo conseqüentemente para a redução da criminalidade e de casos de VIH entre toxicod dependentes.

Embora se reconheça o impacto negativo que o consumo de drogas pode ter na vida das pessoas, os preconceitos e valores morais prevaletentes, é fulcral apoiar reformas para políticas de drogas mais efetivas, sendo o foco o “papel social da aplicação da lei”, isto é,

ênfatizando a prevenção e o tratamento, ao invés da intimidação dos consumidores, tentando sempre reduzir os efeitos da droga.

“Desde novembro de 2001 que a aquisição, a posse e o consumo de drogas deixou de ser considerado crime em Portugal. O consumo foi descriminalizado, mas não despenalizado. Consumir substâncias psicoativas ilícitas, continua a ser um ato punível por lei, contudo deixou de ser um comportamento alvo de processo crime (e como tal tratado nos tribunais) e passou a constituir uma contraordenação social.” (SICAD)

De acordo com as diretrizes publicadas pelo Ministério da Educação com a publicação do “Consumo de Substâncias Psicoativas e Prevenção em Meio Escolar” podemos saber que em 2007, *“a substância mais utilizada é o haxixe, obtido a partir da Cannabis. (...) A abordagem do consumo de haxixe pelos adolescentes deve partir das motivações que levam à sua utilização. A substância funciona como um facilitador social, porque provoca uma sensação de relaxação e desinibição, um certo aumento da acuidade visual e auditiva e alguma pressão para o riso e conversa fácil, agradáveis no relacionamento interpessoal entre gente nova.”* (p.12)

Seguindo esta linha de pensamento, confirmei em outros estudos que o consumo de canábis continua a ser o mais elevado dentro das drogas ilícitas, *“Constatamos que o álcool e o tabaco são as drogas legais e a canábis a droga ilegal mais consumidas na nossa amostra populacional, tal como tem sido descrito a nível nacional e internacional.”* (Domingues et al, 2014: 126) E que *“(...) o primeiro consumo a ocorrer a uma idade média de 13,5 anos (...)”* (idem)

Este autor denota ainda que o consumo de tabaco e de álcool se associam significativamente entre eles e também com o consumo de canábis. Habitualmente   das primeiras drogas a ser introduzida, motivando a que também ocorram policonsumos, ou seja, a utilização de várias drogas ou substâncias no mesmo período. Esta mistura de drogas e álcool é uma “dupla bomba” para cada organismo, causando efeitos adversos imediatos e a longo prazo.

Já é sabido que existem diversas fases de acordo com os diferentes consumos de droga, dependendo da frequência e da tipologia. Pode passar-se então pelas seguintes fases: experimentação (que   aliciada pela curiosidade e pelos pares na tentativa de criar novas experiências); consumo recreativo (convívio com os pares socialmente); consumo intensivo e consumo descontrolado (onde o consumo de substâncias passa a ser a prioridade na vida). As duas primeiras são as que encontramos mais frequentemente entre os(as) jovens universitários(as), a experimentação e a partilha com os pares socialmente.

Assim, sabemos também que a continuidade do uso de drogas se relaciona com a diminuição da concentração e da capacidade de memorizar, a perda de reflexos, o que pode ter como consequência o menor rendimento escolar, físico e psíquico. *“Como é sabido, o uso*

de substâncias pode afetar negativamente não só a saúde física e psicológica, como o próprio desempenho académico, podendo ter um impacto social negativo.” (Ferreira, Andrade & Coelho, 2016: 287)

Todavia, é ainda necessário e iminente conseguirmos compreender as motivações que levam à adoção do consumo de drogas, mostrando-se fundamental compreender os percursos, as trajetórias, o tipo de utilização e os contextos onde ocorrem para se poder realizar qualquer intervenção destinada a evitar o uso/abuso de drogas.

Naturalmente também se tenta reduzir a escala do problema da droga. Mas a prevenção não pode ser isolada de um conjunto de promoção para a saúde, de desenvolvimento social e comunitário. Para se desenvolverem estratégias, planos de ação para evitar os consumos, alerta-se para os perigos e para as consequências, tenta-se retardar a idade de início dos mesmos, educando-se os(as) jovens sobre esta temática (normalmente no retrato das drogas na escola só se transmitem conhecimentos, não existe muito a preocupação de darem competências para se ter resiliência e para prevenir os consumos).

Está patente no **“Plano Nacional contra a Droga e as Toxicodependências”** (entre 2005 e 2012), que a missão tem de passar pela redução da procura, através da prevenção, da dissuasão, da redução de riscos e minimização de danos, do tratamento e da reinserção. Isto está nas mãos de todos e depende do contributo de várias entidades. Mas além da redução da procura é também preciso reduzir a oferta, que tenta ser controlada pelo Estado e pelas entidades judiciais, colaborando várias vezes com Espanha para detetar e reter a entrada de drogas.

Perspetivando as alterações e evoluções das perceções sobre as drogas, verifica-se que ao longo dos anos a preocupação sobre todas as questões adjacentes ao consumo de drogas deixou de ser exclusivamente do setor da saúde, envolvendo e reconhecendo a importância da Educação, da Justiça, e ainda a representatividade dos ideias partidários, sendo esta questão fortemente politizada.

No que se refere ao cultivo e consumo de canábis a nível mundial, temos várias e distintas realidades/referências. Na Holanda são muitos os pontos de venda licenciados (sobretudo os *coffee shops*), e ainda vastos os campos de tulpas negras, consideradas as “tulpas do ópio”. Contudo, é importante referir que os consumos são controlados, só podendo fazê-lo os maiores de 18 anos e residentes no país, em círculos restritos e específicos.

Nos Estados Unidos o panorama ainda difere de estado para estado. Dos 50, a cannabis é considerada legal em apenas 4, Colorado e Washington DC, no ano de 2012, Oregon e Alasca, em 2014, Mas, *“Nestes estados o consumo foi proibido em espaços públicos e a venda limitada a pessoas com idade igual ou superior a 21 anos. O limite de aquisição de produto varia entre as 28 e as 224 gramas, dependendo do estado.”* (Maia, 2018 in Público)

Na Espanha é proibida a produção e consumo de substâncias em público, mas a posse em espaços privados não é penalizada. No Uruguai e no Canadá a cannabis é legal para fins recreativos, sendo a idade mínima para compra de 18 anos, e as vendas e o preços controlados (e registados) pelos governos e entidades/estabelecimentos de venda.

Em Portugal também já foi proposta a legalização da cannabis para fins recreativos, sendo apoiada pelo Bloco de Esquerda, PAN e PSD, reconhecendo que a legalização constitui o combate ao narcotráfico e perspetivando um melhor entendimento sobre as drogas.

Contudo, apesar de vivermos todos no século XXI, as diferenças culturais e a transversalidade que as mesmas evidenciam nas práticas sociais aceites ou repudiadas, é importante referir que enquanto uns perspetivam a evolução e melhor compreensão desta temática e dos fatores adjacentes à mesma, ainda existem países, como a China, o Irão e o Iraque, onde o tráfico de droga ainda é punível com a morte.

Segundo artigos publicado pela Amnistia Internacional, é possível aferir que em 2012 *“dos 193 Estados-membros 94 já a aboliram para todos os crimes, e no total 137 aboliram-na legalmente ou na prática.”*

Mas, se desta forma se evidencia progresso, isto é, a abertura a novas sanções e perpeções, também é notório o retrocesso que se gerou com as alterações governamentais, principalmente nos EUA, dado que, *“A decisão de retomar as execuções federais pela administração Trump, depois de um hiato de 16 anos, é escandalosa. É o mais recente indicador do desprezo deste governo pelos direitos humanos, afirma a diretora-executiva da Amnistia Internacional EUA, Margaret Huang.”* (Amnistia Internacional, 2019)

Fazendo alusão agora o que foi realizado, este ano no nosso país, na cidade do Porto, temos como exemplo a **26.ª Edição da Conferência Internacional de Redução de Riscos (HR 19)**, organizada pela Harm Reduction International e pela Agência Piaget para o Desenvolvimento (APDES), que teve como tema *“As Pessoas antes da Política”, “(...) de forma a destacar a primazia da condição humana antes de qualquer ideologia ou posicionamento político, contando com a presença de, aproximadamente, 1000 delegações de 70 países, que se reúnem no Porto para discutir temas como o uso de drogas, os Direitos Humanos, as políticas de droga e a saúde pública.”* (Portal de Notícias do Porto, 2019)

Esta conferência é realizada com diversos especialistas, anualmente, de forma a partilhar, refletir e discutir estratégias para as redução de risco. Recorrendo a fontes de informação, é assim possível ilustrar declarações partidárias portuguesas, *“O entendimento é que a legalização será possível com venda interdita a menores de 21 anos de idade, porque está demonstrado que o risco de esquizofrenia e de psicoses está associado a consumos*

abaixo dos 18 anos. E haveria um limite de concentração de THC e CBD [substâncias activas] definido na lei, o que evitaria a entrada no mercado de legal de produtos de elevada potência”, precisou o social-democrata, falando no final da sua intervenção na 26ª Conferência Internacional de Redução de Riscos associados ao consumo de drogas, que arrancou neste domingo no Porto.” (Faria in Jornal Público, 2019)

Na cidade de Lisboa, em julho do ano corrente, ocorreu a **13ª Reunião de Diretores das Agências nacionais de combate às drogas (HONLEA Europa)**, organizada pelo UNODC, contando com o apoio da PJ, dos Ministérios da Justiça, dos Negócios Estrangeiros e da Saúde e do SICAD, visando o debate/discussão das tendências, preferências e prevalências regionais, assim como medidas, de forma a que,

“Mais de uma centena de responsáveis pelas Agências de combate às drogas de 25 países, funcionários das Nações Unidas e 8 organizações internacionais e regionais reúnem-se, assim, para debater formas de reforçar a cooperação para enfrentar a natureza multifacetada e dinâmica do problema mundial da droga, bem como procurar assegurar respostas nacionais holísticas.” (SICAD, 2019)

Desta forma, são várias vezes debatidas as ações e diretrizes sobre esta temática, a fim de se controlarem e reduzirem os consumos, assim como de fomentar da literacia para a saúde e de boas práticas, reconhecendo ainda a importância das questões humanas e sociais adjacentes às mesmas, por forma a conseguir mudanças.

Os apoios especializados existentes perante os toxicodependentes revelam-se eficazes sobretudo na diminuição de infeções por VIH, segundo o Relatório Anual: A Situação do País Em Matéria De Drogas e Toxicodependências, *“A análise da evolução das notificações em Portugal, ou seja, a distribuição dos casos notificados por ano de diagnóstico, evidencia uma tendência decrescente a partir de 2000 no número de casos diagnosticados com a infeção por VIH, ocorrendo a um ritmo mais acentuado nos relacionados com a toxicodependência por comparação com os restantes casos.” (SICAD, 2017)*

Importa ainda referir que um dos apoios prestados é substituir a adição que o(a) toxicodependente tem com opiáceos, habitualmente metadona ou buprenorfina, ou seja, acabam por se “trocar” o tipo de drogas, para se conseguir um equilíbrio físico e psíquico.

Se recorrermos ao site do SNS encontramos o artigo “Consumo e tráfico de droga”, de 02/07/2019, onde as Ministras da Saúde (Marta Temido) e da Justiça (Francisca Van Dunem) ilustram que deve existir uma cooperação para o combate do consumo e tráfico de droga,

“Para a Ministra da Saúde, continua a ser decisivo «atacar o problema de forma integrada com postura humanista e pragmática», lembrando que «a dependência da droga é uma doença e um problema de saúde pública».” (SNS, 2019)

Todavia, sabendo também que só há venda se existir procura, quebrar e/ou alimentar este processo/ciclo depende de cada um(a) de nós. As estratégias de prevenção e as escolhas informadas levam à racionalidade entre o que se pensa e o comportamento que se tem, culminando na fortificação e na capacitação de competências e habilidades como a resistência, a resiliência, influência do grupo de pares, o desenvolvimento de sentimento de pertença, entre outras.

É necessário avaliar o impacto das estratégias e da intervenção, mas sobretudo pensar na sustentabilidade, de forma articulada e consistente, percebendo que estas não funcionam de forma restrita. Desta forma, deve-se apostar na prevenção em qualquer momento, mas idealmente antes da experimentação e da dependência estar instalada, devendo, assim, abranger todo o espectro escolar, de forma transversal estendendo as estratégias ao plano universitário.

1.2.3 – O Tabagismo

O tabaco é uma planta da família das solanáceas, podendo atingir cerca de 2 metros de altura e ter folhas que medem entre 60 a 70 cm de comprimento. Contém, entre muitas outras substâncias, nicotina, que é um alcaloide vegetal que se encontra presente na planta e no fumo do tabaco, *“É a principal substância responsável pela dependência provocada pelo consumo de tabaco, por um processo comportamental e farmacológico semelhante ao que determina a dependência do álcool, da heroína ou da cocaína.”* (ME, 2007:21)

Tornou-se conhecido na época dos Descobrimentos, sendo utilizado com fins medicinais. As folhas da planta eram usadas para fumar, inalar ou fazer infusões, diferindo da forma como é utilizado atualmente. Demorou algum tempo até que se percebessem os efeitos nocivos, começando com o aparecimento de cancro do lábio, da língua e mais tarde do pulmão.

“O reconhecimento de que a exposição ao fumo ambiental do tabaco é nociva é bastante mais recente, remontando à década de oitenta, do século XX, após a publicação dos primeiros estudos relacionando a exposição ao fumo ambiental do tabaco com o aparecimento de cancro do pulmão em mulheres não fumadoras casadas com fumadores. A evidência científica entretanto acumulada permite concluir que a exposição ao fumo ambiental do tabaco está associada a um aumento do risco de cancro do pulmão, de doenças cardiovasculares e respiratórias, nos não fumadores expostos.” (idem)

Desta forma, percebe-se que as consequências do tabaco abrangem todas as pessoas expostas ao fumo, quer os fumadores quer os não fumadores. *“Tobacco products (...) All contain the highly addictive psychoactive ingredient, nicotine. Tobacco use is one of the main risk factors for a number of chronic diseases, including cancer, lung diseases, and cardiovascular diseases. Despite this, it is common throughout the world. A number of countries have legislation restricting tobacco advertising, and regulating who can buy and use tobacco products, and where people can smoke.”* (WHO, 2018)

É entre os 12 e os 13 anos que se dá o início de consumos, coincidindo com a adolescência. “Consumo de tabaco: Um terço dos adolescentes já tinha experimentado tabaco (33,3%); a idade média em que fumaram um cigarro inteiro pela primeira vez foi de 12,8 anos. (...) Não se verificou diferença estatisticamente significativa entre o consumo no sexo masculino e feminino ($\chi^2=0,377$, $p=0,356$).” (Domingues et al, 2014: 125-126)

Recorrendo a estudos do ISPUP, denota-se que as principais razões referidas para terem experimentado fumar, segundo a coorte EPITeen, são a curiosidade, os amigos fumarem, procura de prazer, ser nervoso e estar aborrecido(a). E que os principais determinantes associados ao consumo de tabaco na população do Porto encontrados pelo

projeto EPIPorto foram a idade (similar em ambos os sexos, com experimentação entre os 12 e os 18 anos), escolaridade (varia com o gênero, os homens com baixa escolaridade fumam mais e as mulheres mesmo com alta escolaridade têm tendência a fumar mais) e consumo de álcool.

Desta forma, *“a prevenção primária do consumo de tabaco deve começar ante dos 12 anos (provavelmente no 6.º ou 7.º ano de escolaridade) mas deve continuar ao longo do percurso escolar incluindo a Universidade e o local de trabalho.”* (Precioso, 2006)

Denota-se assim a carência de estratégias continuadas e que englobem todas as classes de estudos. Fazendo-se sentir na sociedade e especialmente na escola políticas e ambientes de prevenção e livres de fumo. A legislação chega-nos sobretudo através de avisos, de campanhas, de regulamentos, de restrições, que tentam controlar o consumo de tabaco, já que não se consegue extinguir.

O aumento dos preços do tabaco e da idade para o poder de compra são exemplos de medidas impostas que pretendiam retardar o início dos consumo e a redução da prevalência dos mesmos.

A lei n.º 22/82, de 17 de agosto e o Decreto-Lei n.º 76/2005 de 4 de abril, servem como exemplos da fortificação de ideias e mudanças legislativas que pretendem contribuir para a segurança e saúde de todos, reduzindo os espaços em que se pode fumar, principalmente em unidades prestadoras de cuidados de saúde e em estabelecimentos de ensino. Com isto, tenta-se sobretudo proteger as pessoas do fumo passivo, que também ele é prejudicial, causador de doenças nos que respiram o fumo tóxico mesmo sem fumar. Respeitando ainda o direito que os(as) não fumadores têm de senão fumam não terem de respirar um ar poluído de fumo.

“Existe na actualidade uma maior consciência colectiva quanto aos riscos para a saúde associados ao consumo de tabaco, não só para os fumadores activos mas também para as pessoas não fumadoras expostas ao fumo ambiental. No entanto, a maioria da população não tem, ainda, consciência da verdadeira dimensão do risco associado a este consumo.” (ME, 2007:20)

Quando questionamos a posição do Estado perante isto, para além do fornecimento de legislação e normativas que nos orientam a todos, podemos verificar a existência no decorrer dos anos de campanhas antitabágicas e aposta na prevenção, sobretudo nas escolas, na via pública e na televisão. Também o controlo do consumo de tabaco é realizado pelo Estado, uma vez que uma parte das receitas que esta droga lícita gera são entregues ao mesmo, sob a forma de imposto.

“A comercialização do tabaco esteve desde sempre associada ao poder político e social, gerando fortes receitas para os Estados. A produção e o comércio do tabaco constituíram a base da economia de países como os EUA durante o século XIX e princípio do século XX.

Em Portugal, o tabaco foi desde sempre sujeito a pesados impostos que, em meados do séc. XIX, representavam cerca de um oitavo do orçamento do Estado.” (ME, 2007:20)

Estabelece-se, assim, um paradoxo, ou se tentar proteger a saúde de todos e provocar a extinção de todas as drogas porque são nocivas à saúde, ou mantém-se a fonte de lucro (de milhões), que também temos de reconhecer que tem conflitos de interesses. Contudo, para além dos ganhos económicos recolhidos sobretudo através do imposto e das coimas sob infrações (embora não seja fiscalizado frequentemente), temos que pensar nos ganhos em saúde, o Estado também conseguia arrecadar dinheiro com projetos e estratégias de prevenção e controlo do tabagismo, estruturadas e contínuas para se conseguirem resultados a longo prazo, ao invés do tratamento de utentes que possuem doenças ou dependências relacionadas com as drogas lícitas e ilícitas.

É ainda importante referir o **Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT)**, criado em 2012 pela Direção-Geral de Saúde, sustentado a prevenção e o controlo do mesmo, sendo que “(...) *foi considerado um problema de saúde prioritário no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2012-2016.*” (DGS, 2016) Posteriormente, procederam à extensão das orientações programáticas até 2020.

A fim de exercer um controlo sob o tabaco, a OMS/WHO e o PNPCT apontam como estratégias mais efetivas: monitorizar; proteger da exposição ao fumo; oferecer ajuda na cessação tabágica; avisar, informar e educar sobre os riscos; impor a proibição da publicidade, da promoção e do patrocínio; e aumentar os impostos sobre os produtos do tabaco. (DGS, 2016 & WHO, 2019)

E como principais focos de intervenção: a prevenção da iniciação do consumo nos adolescentes e jovens; a promoção da cessação tabágica, com particular enfoque nos fumadores com menos de 40 anos, nas mulheres e durante a gravidez; a proteção da exposição ao fumo ambiental do tabaco; e a redução das desigualdades em saúde, nomeadamente as desigualdades regionais associadas à prevenção, tratamento e controlo do tabagismo. (DGS, 2017 & WHO, 2003 e 2008)

Fazendo levantamentos de estudos sobre o nosso país, perspetiva-se que se não existirem alterações às tendências do tabagismo, verificadas em 2015, não vamos conseguir a redução prevista, “*Member States adopted a voluntary global target to reduce tobacco use (smoking and smokeless) by 30% by 2025. This document only presents results for tobacco smoking. If Portugal adopts the global NCD target, the results indicate that, based on current smoking trends, Portugal will not achieve the smoking component of the target.*” (Who 2015: 260)

Considerando, os apoios existentes aos fumadores, o Ministério da Saúde dispõe de acompanhamento e tratamento médico, *“A vareniclina é um medicamento de 1ª linha com elevada ligação e seletividade aos recetores de nicotina no cérebro (neurotransmissor acetilcolina). Este medicamento tem um duplo efeito: contrário, na presença de nicotina, e a favor parcial, na ausência de nicotina. A duração do tratamento é de 12 semanas e requer de prescrição médica obrigatória.”* e *“O bupropiom é um medicamento de 1ª linha que inibe seletivamente a recaptção neuronal de neurotransmissores relacionados com a nicotina (noradrenalina e dopamina). A duração do tratamento é de 8 a 12 semanas e necessita de prescrição médica obrigatória.”* (SNS, 2019)

Fazendo um ponto de situação atual, verifica-se que já existe uma preocupação e consciencialização diferente, quer com a saúde quer com o meio ambiente.

O tabagismo, para além das implicações que tem para a saúde, também se reflete todos os dias no meio ambiente, maioritariamente pelo depósito incorreto de beatas, um comportamento que a maioria dos fumadores tem de forma inconsciente, mas que pode demorar mais de 10 anos a degradar-se.

Desta forma, *“O PAN acaba de apresentar um projeto lei que pretende regulamentar o fim que deve ser atribuído às pontas de cigarros com um período transitório de um ano. As pontas de cigarros, usualmente conhecidas como beatas, são um dos resíduos mais abundantes em todo o mundo e, devido à sua composição, são também tóxicos e perigosos para o ambiente.”*

Conforme se pode verificar na sustentação desta proposta, (em <https://www.pan.com.pt/pan-apresenta-solucoes-integradas-para-tirar-as-beatas-das-ruas-portuguesas/>), estima-se que a cada minuto são atiradas 7 mil beatas de cigarro para o chão. É uma quantidade elevadíssima que requer para além da limpeza, o fator mais importante, a consciencialização dos(as) fumadores para este comportamento que embora se alegue inconsciente tem impacto para todos.

“(…) sendo que um filtro de cigarro pode demorar mais de 10 anos a degradar-se. Estima-se que para cerca de 20% da população portuguesa seja normal descartar as beatas para o chão, um hábito inconsciente, e ainda socialmente aceite. Alguns fumadores atiram a ponta de cigarro para o chão como um gesto automático e inconsciente, sem qualquer noção do real perigo deste resíduo, não considerando este um ato inadequado e nem entendendo sequer a beata como lixo, por ser tão pequena e móvel. Mais, 80% dos fumadores justificam este hábito por falta de equipamentos e de infraestruturas na rua para este efeito.” (PAN, 2019)

Desta forma, é necessário equipar as ruas e para que esta medida resulte será associado um “*sancionamento da ação de descartar as beatas para o meio ambiente*”, constituindo uma contraordenação ambiental leve ou muito grave, que funcionará como uma “*ecotaxa que deverá ser destinada a custear as ações de sensibilização, formação, limpeza e recuperação de ecossistemas.*”

De forma coerente, esta vai aplicar-se quer aos fumadores quer às entidades, “*Os fumadores que não depositem as pontas de cigarro nos cinzeiros e se limitem a atirá-las para o chão vão passar a arriscar uma multa mínima de 25 euros, mas que poderá chegar aos 250 euros. Já as entidades a isso obrigadas, mas que não disponibilizem cinzeiros aos seus clientes incorrem numa contraordenação cuja coima vai dos 250 aos 1.500 euros.*” (Lança, F. in Jornal de Negócios, 16/07/2019)

Penso que é um avanço considerável e que esta medida se constitui enquanto ação de sensibilização, mas como a maioria não tem um efeito notável, associando uma coima já inclui mais um fator para a ponderação desta conduta imprópria.

Contudo, praticamente todas as questões inerentes à saúde e à educação, são fortemente politizadas com as opiniões/decisões de acordo com o partido que está no governo. E quando se tentam propor medidas que tendem a reduzir e controlar os consumos, verifica-se uma resistência populacional contra as mesmas, que dificulta tudo. O aumento do custo do tabaco, por si só, diminui o consumo, pela falta do poder de compra e pelo constrangimento económico que causa. Mas, em termos de Saúde Pública, esta é a medida mais fácil de implementar e não é nociva para a saúde.

As pessoas acabam por arranjar forma de manipular a realidade, de tentar esconder as coisas, afastar pensamentos e factos sobre os comportamentos cometidos. Ilustrando um exemplo, ocorre-me logo as imagens nos maços de tabaco, quase todas com uma aparência chocante acompanhadas de frases marcantes. A tentativa era mesmo essa, chocar. Mas, a maior parte das pessoas ignoraram e outras, deram asas a um novo mercado, caixinhas para colocar os cigarros, com diversas cores e feitios. Evitando encarar o que vem impresso nos maços, durante muito tempo.

Também com a mudança dos tempos, apesar das pessoas saberem que o tabaco é uma dependência, tentam arranjar diferentes formas de o fumar, tentando convencer-se de que “*não faz tão mal*”, de que não é tão tóxico nem tão cancerígeno. Os cigarros eletrónicos e os dispositivos eletrónicos IQOS são ótimos exemplos disso. E a forma como viraram moda, como se tornou frequente a sua utilização foi notória, a diversidade de sabores e aromas também pode ter sido importante na experimentação dos mesmos.

Estes simulam a experiência de fumar um cigarro, mas sem combustão e sem a inalação de algumas das substâncias tóxicas presentes no tabaco. Ao contrário dos cigarros convencionais que queimam tabaco para gerar fumo, os cigarros eletrônicos vaporizam um líquido, não libertando fumo, mas sim um vapor branco e não produz cinza, uma vez que apenas se aquece o tabaco, não se chega a queimá-lo.

Esta diversidade de ofertas e de tentativas de substituição de vícios continua a mantê-los ainda que de forma mais dissimulada. E os(as) estudantes passam por diversas mudanças e alterações, tais como alimentação, gestão financeira, responsabilidade e autonomia, e se não tiverem a capacidade de gerir o stress e ser resilientes, provavelmente adotam CR.

Este pode ser um fator que aparece associado aos comportamentos de risco em estudo, dado que o *stress* pode desencadear situações ou episódios de vivência, constituindo um fator de risco, isto é, mais uma forma de escape para aproximar dos comportamentos de risco. Se bem que para outros pode constituir um fator de proteção, na medida em que também pode ser um motor para ter um estilo de vida saudável, recorrendo por exemplo à prática de exercício físico para colmatar certas necessidades e aliviar a tensão.

Assim, a educação e a escola, têm um papel fulcral e privilegiado na vida de todas as pessoas, uma vez que todos(as) passamos pelo menos doze anos na escola e a educação para a saúde pode retratar este problema passando informações adequadas e necessárias, esclarecer dúvidas e apostar na prevenção, na mudança de comportamentos para os mais saudáveis possíveis. Todavia, não é suficiente para combater as dependências, e ainda não atinge todos(as) alunos(as), crianças, adolescentes e universitários.

Contudo, mesmo sendo uma estrutura potenciadora para a prevenção, tem de ser aliada a tudo o resto, dado que não existe uma única forma de sermos eficazes na prevenção e que a colaboração de várias instituições e estruturas é fundamental para a mudança da sociedade.

Posto isto, como podemos prevenir o consumo de tabaco e a sua redução? Como se constituem estratégias continuadas que alterem ou que façam repensar o hábito tabágico?

Eu creio que através da sensibilização recorrendo a imagens de consequências chocantes, ilustrando-as mais vezes por forma a causar reação e reflexão; alterando as políticas públicas como a publicidade/marketing, o aumento dos preços, e conversão de espaços fumadores para espaços livres de fumo; educando para a capacitação e compreensão das nossas escolhas; e ainda estudando esta questão com os(as) tabagistas, se conseguiriam implementar/concretizar ações legíveis, no combate e na redução do tabagismo.

1.3 – Contextos e Influências

Retratando os comportamentos de risco, que, como já referido, se constituem humanos e sociais, creio que é fundamental que a consciencialização dos riscos e dos perigos associados às nossas escolhas e ações se dê o quanto antes, uma vez que “(...) *scientists are being called upon to generate knowledge about many of the societal problems jeopardizing the development of adaptive and productive life skills during the critical years of adolescence.*” (Zaslow e Takanishi, 1993).

Com isto pretendo ilustrar que o processo de desenvolvimento de competências, de conhecimento, de construção da personalidade se desenvolve em todas as fases da vida, mas também é sabido que em tenras idades, por norma é mais fácil a adesão e aquisição dos mesmos. Então, a importância do desenvolvimento e das competências pessoais e sociais, assim como a promoção de boas práticas e de corretas noções de saúde são necessárias, uma vez que as tomadas de más decisões podem ser prejudiciais para o resto da vida, não só para o(a) sujeito(a) em causa, mas também para todos(as) os que o(a) rodeiam.

Tendo o meu objeto de estudo transitado há relativamente pouco tempo para a adultez, acho ainda mais pertinente retratar esta questão, dado que a predisposição de geração de (pre)conceitos e de alteração de opinião, assim como das convivências, se modificam e tendem a ampliar.

Urge assim, alertar, novamente, para os comportamentos experienciados e adotados, cada vez mais cedo, movidos por influências, a que todos(as) estamos sujeitos(as).

Sendo as influências parte crucial desta investigação é oportuno elucidar influências diretas e indiretas, que ocorrem diariamente, propositadas e as que ocorrem sem nos apercebermos.

Referenciadas como diretas e consideradas como normais são, por exemplo, as influências que estabelecemos com os pais e restantes familiares, com os nossos pares de trabalho, com o círculo de amigos(as), com o(a) nosso(a) parceiro(a), exercendo assim troca de opiniões, mas de forma consciente ou inconsciente, todos(as) defendemos e concordamos com os nossos ideias e perspetivas de ver e viver.

Assim, é habitual estabelecer-se uma relação entre sermos influenciados(as) e sermos influenciadores(as), direta e indiretamente, aquando da partilha de pontos de vista, todos(as) nos manifestamos com opiniões (linguagem verbal) e reações (linguagem não verbal). Estas constituem, para além de uma forma de comunicar, uma forma de influenciar os(as) outros(as).

A forma como agimos perante as pessoas que nos apenas nos observam e perante as que convivem connosco podem ser diferentes e gerarem também perceções e influências diferenciadas.

As influências estão interligadas com a **tomada de decisão**, começando por um exemplo básico, na escola ou fora dela, mas com o círculo de amigos quando uns fumam e outros não, existe sempre alguém que diz “não tens curiosidade?” ou “olha que é fixe”, contudo, também existe dentro das escolas, nas televisões e por vezes na rua campanhas de sensibilização para o combate ao tabagismo, ao consumo de estupefacientes, promoção da sexualidade protegida, de escolhas alimentares saudáveis e da usual recomendação de aliar o exercício físico, “Mente sã, corpo sã” (Juvenal).

Durante a pesquisa deparei-me com o Artigo de Revisão *“Comportamentos de risco na adolescência”*, onde refere que, *“Estudos nos EUA demonstram que 10 a 30% das ocorrências de atos de violência, sexo e uso de drogas são atribuíveis à influência da mídia. O tempo utilizado pelos jovens assistindo à televisão tem aumentado significativamente, e esta já é a principal fonte de educação sexual naquele país. Atualmente, muitos autores consideram como principais agentes de influência sobre os adolescentes, em ordem crescente, a mídia, os pais e o grupo de iguais.”* (Domingues et al, 2014)

Assim, levanta-se também a questão da influência que os meios de informação e comunicação/mídia, nomeadamente a televisão e a internet.

Na televisão somos constantemente bombardeados com os anúncios e opiniões de figuras/indivíduos credíveis, de forma a passar uma mensagem de que aquilo é o ideal e que temos de o(a) ter ou fazer o mais rápido possível, acreditando que é por nós (e não como “deixa” de publicidade). E olhando atentamente, também as notícias, os telejornais, dão conta das tendências e práticas nacionais e mundiais.

Relativamente à internet, é difícil de julgar as influências porque todas as aplicações que utilizamos de forma generalista passam por “seguirmos” alguém e vemos coisas dos(as) outros(as). Como exemplos temos o Youtube, que já não serve só para música e videoclipes, mas que agora é utilizado sobretudo para seguir youtubers. *“Segundo a Forbes, Paulo Borges (ou Wuant) é o youtuber mais influente para as marcas com um nível de influência digital de 26,5 e partilha diversos vídeos de entretenimento.”*

Também o Facebook, o Instagram, o Snapchat e o Twitter constituem exemplos do quão procuramos seguir, avaliar/julgar a de vida ilustrada pelos *Digital Influencers*.

Por hábito e aliados às sociedades de consumismo e de uma era globalizada, é muitas vezes também transmita, por estes meios de informação e comunicação, qual é a imagem do que é desejável, do que faz sucesso, do que todos fazem fila para comprar algo ou para ver alguém, a nível nacional e internacional. Também o acesso que a globalização nos permite acompanhar por exemplo artistas de música, hoje em dia é habitualmente a maioria das pessoas ouvirem música em inglês, quer por influência das rádios, das televisões, quer pela facilidade com que temos acesso a seguir as carreiras pela internet.

Com isto, quero enaltecer os chamados “ídolos” ou famosos prediletos, que geralmente todos(as) têm pelo menos um(a). Os artistas em geral, mas sobretudo os americanos e ingleses, são alvo de muitas manchetes de comportamentos abusivos de álcool e drogas. Imediatamente surge-me exemplos de cantores como o Wiz Khalifa e o Justin Bieber que várias vezes foram notícia nos Telejornais e na internet por consumos excessivos de álcool e/ou drogas, por vandalismo, entre outros, contudo, sempre que dão um concerto têm centenas senão milhares de pessoas a dormir ao frio noites a fio para os ver mais de perto. *“Dezenas de adolescentes acampam ao frio e faltam às aulas para ter lugar privilegiado.”* (Correio da Manhã, 2016)

Também me surge o exemplo de algumas cantoras, como a Amy Winehouse e a Miley Cyrus, para além do tabaco, do álcool e das drogas, creio que tenham também uma pressão extra pela dita “perfeição” de beleza corporal, muitas vezes são vítimas de distúrbios alimentares, também pelo ritmo de vida que levam, tendo a primeira já morrido por consumos excessivos; também os DJ’s para conseguirem acompanhar enumeras horas a proporcionar diversão e “sempre a rasgar” muitas vezes também são aliados aos mesmos comportamentos de risco referidos excessivamente.

Em suma, com isto pretendo indagar se é ou não correto idolatrar certas pessoas, que nos parecem perfeitas, quando o estilo de vida delas é repleto de abusos e quando prejudicam a sua saúde em prol das carreiras?

Aliando estes aspetos, temos de fazer um exercício reflexivo e pensar se as nossas opções e tomadas de decisões são direcionadas apenas por aquilo que ambicionamos e acreditamos (ou seja, apenas por nós), ou se parte do que fazemos e decidimos têm mais a ver com aquilo em que todos acreditam e dizem para fazer. Embora este processo reflexivo e de tomada de consciência nem sempre seja evidente e pareça casual, todas as influências com que nos deparamos diariamente, direta ou indiretamente acabam por se refletir nas escolhas que tomamos.

O anterior Diretor-geral da Saúde, Francisco George, proferiu em 2007, no “Consumo de Substâncias Psicoactivas e Prevenção em Meio Escolar”, que *“Na condução de actividades de Promoção da Saúde é difícil assegurar efectividade às iniciativas desenvolvidas, tal como, também, é difícil medir o impacto em ganhos. São processos muito complexos e com resultados mensuráveis só a longo prazo. Há, como se sabe, comportamentos de risco que estão na origem de doenças quer transmissíveis, quer crónicas ou, ainda, devidas a riscos ambientais. A infecção VIH/SIDA, a obesidade e o melanoma maligno são exemplos paradigmáticos de doenças graves que podem, em grande medida, ser evitadas através da adopção de estilos de vida saudáveis. Nestas situações, como, aliás, em tantas outras, os conhecimentos devem gerar comportamentos livres de riscos: sexo seguro, alimentação equilibrada e actividade física, bem como defesa da exposição inadequada aos raios solares,*

por exemplo. Na Escola não pode haver lugar ao fumo de tabaco, ao consumo de álcool e, naturalmente, de drogas ilícitas. É nesta questão que a Escola assume um papel central. Insubstituível. (...) O trabalho que ora se apresenta representa mais um avanço na área da Educação e em Saúde Pública. É preciso continuar a trabalhar em conjunto.”

Isto leva-me a crer que os(as) estudantes precisam urgentemente de quem os oriente durante o seu processo de desenvolvimento, da construção de personalidade, de capacitação, da consciencialização dos riscos e das tomadas de decisão, para que o panorama possa melhorar, não só os números dos consumos descerem, mas sobretudo os(as) jovens ganharem consciência das consequências das escolhas que fazem para a saúde deles. E assim, acho que os(as) Educadores(as) para a Saúde poderiam fazer uma grande diferença se estivessem mais presentes e fossem reconhecidos no mundo profissional.

Desta forma, é importante referir os **contextos** como fator ponderador das tomadas de decisões, uma vez que quando nos reduzem as hipóteses ou quando não temos fatores favoráveis para a segurança do nosso bem-estar físico e mental, a nossa integridade, assim como a dignidade e liberdade são restringidas, consequentemente também afeta o nosso acesso quer ao conhecimento quer à efetiva realização de boas práticas de saúde.

Eu diria que os contextos em que nos inserimos diariamente são mais vastos do que aqueles de que temos perceção, até porque os contextos acabam por ter algumas definições, como ser uma ligação entre as partes de um todo; um conjunto de circunstâncias à volta de acontecimentos e situações; ações para situar indivíduos no tempo e espaço; e até podem ser definidos como encadeamento de ideias de um discurso, mesmo que não seja linguístico, fornecemos sempre informações, perceções aos outros e pertencemos sempre a alguns locais, sítios, ambientes. Desde onde nascemos, onde vivemos, em que ambiente crescemos, desde a ida ao café, refeições fora de casa, frequentar jardins, festas e/ou clubes noturnos, até a espera pelo metro ou autocarro, porque o saber esperar nem sempre é fácil e para “o tempo passar mais rápido” por exemplo algumas pessoas fumam, outras focalizam a atenção no telemóvel, outras comem e outras simplesmente não fazem “mais nada” a não ser esperar.

Na perspetiva de enquadrar todos os setores e responsabilizá-los pelas questões educativas e de saúde, como já foi proposto na legislação, para além de informar, sensibilizar e promover tomadas de decisão responsáveis e conscientes com a ajuda de todos tornava-se bem mais fácil a mudança de hábitos e comportamentos prejudiciais à saúde.

Uma dessas medidas é o Decreto-Lei n.º 76/2005 de 4 de Abril, que ordena a proibição de fumar em certos locais públicos, mais propriamente cafés e restaurantes, se bem que as exceções da mesma permitem a certos estabelecimentos terem uma zona diferenciada para separar os(as) fumadores(as) dos(as) que não o são. Contudo, em locais como as entradas das Faculdades e dos pátios/zonas exteriores, onde estas normas não se aplicam e se verifica

a maior concentração dos(as) estudantes e dos(as) agentes educativos que cometem comportamentos prejudiciais à própria saúde e à dos envolventes.

Assim, ainda que se cumprisse com o que é recomendado, os contextos e os ambientes onde os consumos abusivos acontecem não ocorrem apenas nestes espaços físicos, mas também nas festas dadas em cada Faculdade, nas que são em conjunto, nas das Praxes Académicas e nas duas semanas que a Reitoria do Porto realiza, sendo uma delas a Receção ao Caloiro e a outra a Queima das Fitas. Evidentemente que as instituições em questão não divulgam nem tentam incitar a qualquer tipo de comportamento abusivo, irresponsável e prejudicial à saúde, contudo não existe quem controle o desenrolar destas atividades e mesmo que existisse todos sabemos que os jovens quando querem arranjam sempre maneira.

Em suma, todos estes processos são complexos e dão-se de forma singular. A interpretação e a significação, captando o que os(as) outros(as) nos transmitem, tendo a capacidade para atribuir importância devida ao mesmo e levar à sustentação de ideais e personalidades, é o que nos faz adotar práticas e determinar as escolhas que temos e queremos ter.

1.4 – O papel da EpS em contexto escolar

“Em contexto escolar, educar para a saúde consiste em dotar as crianças e os jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao seu bem-estar físico, social e mental, bem como a saúde dos que os rodeiam, conferindo-lhes assim um papel interventivo.” (DGE, 2019)

A Educação para a Saúde é definida como sendo enriquecedora de aprendizagens e experiências que visam a melhoria de práticas e da própria saúde. *“Health education is any combination of learning experiences designed to help individuals and communities improve their health, by increasing their knowledge or influencing their attitudes.” (WHO, 2019)*

Se consultarmos o plano curricular deste ciclo de estudo, (https://sigarra.up.pt/fmup/pt/cur_geral.cur_view?pv_curso_id=1170) verifica-se que os(as) Educadores para a Saúde estão habilitados a desempenhar funções, criar competências que visem a EpS, estruturar, implementar e avaliar as estratégias, em contextos académicos, clínicos, comunitários ou empresariais.

Desta forma, torna-se evidente mais uma vez a transversalidade das ciências e as interligações destas áreas.

“São dadas informações sobre a situação dos consumos em Portugal e no contexto dos países europeus, indicadas as estruturas oficiais de prevenção e tratamento e descritas as principais características das substâncias utilizadas. A prevenção em meio escolar está enunciada em termos gerais, ponto de partida para a reflexão que a escola deve fazer sobre o tema. Tal como em relação ao tabaco e ao álcool, a política escolar deve ser clara na proibição total do seu uso no espaço do estabelecimento de ensino.” (ME, 2007)

Compete à Direção-Geral da Educação: conceber orientações e instrumentos de suporte às escolas na área da educação para a saúde; contribuir para a definição de políticas em matéria de educação para a saúde; adaptar e acompanhar as diretivas da OMS e do Conselho da Europa (SHE) em matéria de educação para a saúde, organismos nos quais o Ministério da Educação e Ciência está representado. (DGE, 2019)

Já em 1986 foram acordadas orientações para a Promoção de Saúde, assinaladas com a carta de Ottawa, reconhecendo que “todos os contextos, uma vez que a educação para a saúde não é da responsabilidade exclusiva dos serviços de saúde; todos os setores, nomeadamente o da educação, são responsáveis pela construção de um bem-estar global.”

São produzidos diversos conhecimentos e posicionamentos, como como exemplo o Referencial de Educação para a Saúde (2017), mas a adequação e imposição de técnicos da EpS nos diversos contextos continuam a não implementados em todos os setores.

Também o debate, o esclarecimento e a demonstração visam a prevenção dos comportamentos de risco. Contudo, ainda é verificado que em vez da recorrência aos educadores para a saúde sobrecarregam-se os(as) professores de ciências/biologia e educação física, ou então o diretor de turma, para abordar estas questões.

É sabido que os(as) professores já têm um carga de trabalho elevada e não detêm as mesmas competências que os EpS para retratar estas questões, levando a que se abordem estas questões de forma leve e banal, não reconhecendo a importância de se consolidar e aprofundar a EpS, sobretudo como determinantes das escolhas. Distribuindo assim por todos e aos mesmo tempo por ninguém.

“A Organização Mundial de Saúde em 2009 definiu como Escola Promotora da Saúde (EPS) “uma escola que fortalece sistematicamente a sua capacidade de criar um ambiente saudável para a aprendizagem. A EPS é, assim, um espaço em que todos os membros da comunidade escolar trabalham, em conjunto, para proporcionar aos alunos, professores e funcionários, experiências e estruturas integradas e positivas que promovam e protejam a saúde.” (DGS, 2019)

Perspetivando assim a aplicação da mesma em todo o país, e conforme se pode comprovar com o método de investigação, existem estudantes que receberam alguma EpS e outros(as) que nem a experienciaram, mas todos concordam com o investimento da literacia para a saúde, que representa as *“competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos conseguirem o acesso, a compreensão e o uso da informação de forma a que promovam e mantenham uma boa saúde.”* (Carvalho, 2002)

Dito isto, perspectiva-se o reconhecimento da profissionalidade dos(as) Educadores para a Saúde e sobretudo que a Educação para a Saúde seja assegurada em todas as escolas, com vista a poderem ser desenvolvidas e implementadas ações de sensibilização e prevenção com os(as) estudantes, de forma conjunta e a longo prazo, contribuindo assim para uma educação e um conhecimento informado, aberto a questões e dúvidas, desmitificando o que ainda está enraizado de forma errónea.

Capítulo II

Opções Metodológicas

Nota Introdutória

Neste capítulo evidenciam-se as opções metodológicas deste processo de investigação, iniciando-se pelo paradigma de intervenção, pela caracterização dos(as) participantes desta investigação e dos métodos de investigação adotados.

Creio que o background que tenho em educação e esta nova formação na área da saúde, me permite estudar os CR de uma forma mais humanista, podendo orientar futuras intervenções dirigidas para o combate e a redução dos mesmos, sustentados nas perspetivas/opiniões, experiências e motivações por parte do meu objeto de estudo.

Como este tema e o objeto de estudo se constituem comportamentos sociais e recreativos, esta investigação seguiu os posicionamentos epistemológicos do paradigma **pós-moderno/compreensivo**, uma vez que nega a indiferença do(a) investigador(a) após o contacto com o contexto que investiga, também porque valoriza as preocupações sociais e o conhecimento do senso comum, na medida em que considera as experiências e converte o conhecimento científico num conhecimento “para todos”.

A metodologia escolhida pelo investigador está diretamente relacionada com o paradigma seguido por este, sendo que um paradigma equivale a uma linguagem, uma cultura, uma forma de encarar o mundo e a realidade, também como a analisamos e perspetivamos nas etapas desta investigação.

Seguindo este raciocínio, a escolha do método principal passou pela compreensão **qualitativa**, tendo sido realizadas nove sessões de **Grupos de Discussão Focalizada (GDF)** com 56 alunos(as) que frequentavam o 2.º ano de uma das faculdades da UP.

2.1 – Paradigma de Investigação

A ciência surgiu com a necessidade de explicar o que nos envolve, de perceber a realidade e de desconstruir o conhecimento do senso comum e o conhecimento científico. O conhecimento do senso comum é baseado nos pré-conceitos, nas pré-noções e nas representações mais imediatas e espontâneas da realidade – com a ambição de reconhecer contextos e realidades para uma adaptação ao meio envolvente, também se prende muito na repetição dos factos, sendo já comportamentos rotineiros e intuitivos, tomados como certos ou garantidos. Tende a conceber interpretações individualistas e etnocentristas dos factos humanos, e tenta explicá-los através dos valores dominantes na sociedade – criando conceções através das práticas e ideologias dos grupos sociais.

Por sua vez, o conhecimento científico é mais racional, neutro, imparcial, obedece ao cumprimento de regras. Desta forma, é um pouco oposto ao senso comum na medida em que rompe com o código de leitura (da realidade) que o senso comum visiona, pondo em causa conhecimentos pré-adquiridos e permitindo a problematização das questões.

As evoluções do conceito de ciência e dos modelos/correntes de pensamentos teóricos são inúmeras. Mas, foram os contributos de Auguste Comte, no século XIX, que incitaram a que as ciências Sociais fossem estudadas como as ciências Naturais, permitindo conceber os fatores sociais como “coisas”, reduzindo-os às suas características externas para serem possíveis de observar e mensuráveis (capazes de serem medidos). Contudo, os fenómenos naturais repetidos conduzem aos mesmos resultados e os fenómenos sociais e humanos não permitem a criação de leis universais pela variedade de interações e comportamentos.

No entanto, não impede o estudo e a produção de conhecimento científico, ainda que tenha o rigor como alicerce, utilizando paradigmas de pesquisa adequados à interpretação dos fenómenos sociais e humanos, não descurando das preocupações das Ciências Sociais e Humanas. E, portanto, reconhecendo que os fenómenos humanos quer individuais quer sociais são múltiplos e complexos, sendo difícil conseguir produzir um código de leitura que abranja toda a complexidade inerente ao ser humano.

“O desenvolvimento da ciência não é um processo contínuo, mas sim, marcado por uma série de ruturas”. (Kuhn in Bourdieu, 2008: 28).

Construir e perceber a realidade ajuda-nos na descodificação do real, inevitavelmente todos começamos pela rutura com o senso comum para podermos produzir conhecimento científico, passando por processos de abstração (deixando os nossos preconceitos de parte) e consequentemente da construção.

Boaventura de Sousa Santos apresentou a sua conceção de Ciência Pós-Moderna, onde desenvolveu a perspetiva do *“movimento de desdogmatização da ciência”* na qual os

questionamentos da aplicação da ciência “em massa” e também do *status* da ciência são um método privilegiado de compreensão . Teve também o intuito de tornar a reflexão como um exercício comum a todas as ciências, deixando de ser exclusivamente um paradigma quantitativo, passando a assumir-se também como um paradigma interpretativo e qualitativo.

Assim sendo, também é considerado um paradigma social de análise da realidade, que perspectiva o progresso e a transformação da sociedade, levando a que o(a) investigador/observador se envolva no contexto, de forma a integrar rotinas e vivências, incluindo perspectivas do objeto de estudo, que é o cerne desta investigação científica.

Tendo em conta que se pretendem estudar perspectivas dos(as) participantes e que as mesmas apresentam uma dimensão social e passível de ser observada (participativamente) e problematizada, esta investigação segue o Paradigma da Ciência Pós-Moderna para orientar esta investigação.

Segundo Bell (2004), os(as) *“investigadores quantitativos recolhem os factos e estudam a relação entre eles”* enquanto que os investigadores qualitativos *“estão mais interessados em compreender as percepções individuais do mundo. Procuram compreensão, em vez de análise estatística. (...). Contudo, há momentos em que os investigadores qualitativos recorrem a técnicas quantitativas, e vice-versa.”* (p. 19-20).

Quer para esta compreensão, como para a contextualização da investigação, é necessário ter em conta o conhecimento situado ou **standpoint** (Haraway & Harding, 1986) que, de uma forma geral realça que qualquer estudo científico é realizado a partir de uma determinada posição relativa e que são várias as influências que interferem com a visão do(a) cientista.

Também nos remete para a importância de reconhecermos o nosso lugar enquanto investigadores(as), na medida em que os contextos onde os(as) mesmos(as) já estão inseridos – posição relativa - vão influenciar o conhecimento que já possuem antes de partirem para investigação e que no fim da mesma nunca ficam neutros(as), nem indiferentes, nem imparciais, dado que os (as) investigadores (as) por si só já incorporam diversos valores e princípios – o que pode conduzir à interferência dos resultados e das conclusões do processo de investigação.

Quando se produz conhecimento a partir de um lugar, esse lugar é marcado por diferentes características que nos constituem, como por exemplo, sermos mulheres ou homens, sermos de uma determinada cidade, entre outros. Desta forma, devemos fazer um exercício reflexivo, de forma a ganhar consciência dos fatores que influenciam as nossas investigações (para termos noções das mesmas e para que não afetem o estudo, criando vieses).

Assim, o *standpoint* acaba por ser aquilo que sabemos e que tomamos como conhecimento já adquirido antes de nos debruçarmos num estudo, tornando-se fundamental para ser o ponto de partida para a construção do mesmo. Neste caso, conto com o background de ter crescido no Interior, de ser mulher, de profissionalmente observar as questões remetendo as Ciências da Educação e a Educação para a Saúde, mas não perdendo a visão e experiência enquanto, ainda, estudante do ensino superior.

2.2 – Métodos de Pesquisa

“Os grupos focais são um método que privilegia a abertura e a espontaneidade dos testemunhos dos participantes, valorizando a liberdade discursiva na recolha e na clarificação de dados.” (Santos, 2017: 2)

As fases cruciais de uma investigação contemplam a rutura, a verificação e a construção (Quivy & Campenhoudt, 1998). A rutura ocorre quando partimos para a elaboração de um trabalho científico, mal começamos a pensar no tema e a fazer leituras exploratórias, recai essencialmente sob a postura que o(a) investigador deve manter, na desvalorização dos preconceitos, na adaptação de estratégias para conseguir atingir os objetivos, no processamento de novas informações e posteriores conhecimentos.

A verificação é, de uma forma geral, quando ganhamos consciência daquilo que sabemos e que não sabemos, quando tentamos confirmar as hipóteses e as questões levantadas na problemática. E a construção vai-se dando ao longo de todo o trabalho, desde o planeamento, à decisão dos métodos e técnicas para a recolha de informação e para a análise das mesmas, mas sobretudo na construção cognitiva, ao nível do pensamento e do desenvolvimento de capacidades, como o espírito crítico, a capacidade de perspetivar diferentes abordagens e de construir novos conhecimentos.

Assim sendo, iniciei esta pesquisa com uma análise documental o mais vasta possível, recorrendo a artigos, diretrizes, dissertações, legislação, livros, notícias e publicações existentes sobre o tema e os diversos fatores adjacentes, para melhor compreensão do mesmo e para explorar de que maneiras já foi estudo.

Desta forma, optei por utilizar **métodos de investigação qualitativos**, uma vez que a minha prioridade é qualificar as informações obtidas, em vez de as quantificar, para ir de encontro à minha questão de partida e consequentemente aos meus objetivos, e sobretudo pelo interesse que tenho em obter perceções distintas e variadas que me ajudem a esclarecer a existência e os fatores preditores da adoção de comportamentos de risco cometidos pelos(as) jovens académicos(as).

Como método principal de investigação selecionei os **Grupos de Discussão Focalizada** (GDF) ou **Focus Groups**, uma vez que me permite ter um contacto direto com o

meu objeto de estudo, acho propício que os próprios estudantes o possam também retratar e ajudar a clarificá-lo, perceber as realidades e gerar reflexões.

“Os grupos focais são uma metodologia qualitativa versátil, que privilegia a interação social na recolha e na clarificação de dados, isto é, trata-se de um método que poderá facultar importantes contributos, ao deter a capacidade não só de gerar inputs novos ou adicionais à problemática em estudo, como é igualmente propenso a aclarar informação recolhida. Com uma dinâmica própria, assente na abertura e na espontaneidade dos testemunhos dos participantes na discussão grupal, é um método que explora as particularidades da entrevista simultânea.” (Santos, 2017: 1)

Elegido com o intuito de conseguir descrever, compreender, enquadrar e interpretar o que estes comportamentos de risco significam para os estudantes da UP, da obtenção de informação direta e ampla, não restringindo respostas, sendo a discussão aberta e estimulada.

Sucintamente, os GDF tratam-se de discussões estruturadas que envolvem a eleição de um grupo de indivíduos, por forma a recolher informação sobre os diversos pontos de vista – concordantes ou divergentes – sobre um tópico definido previamente pelo/a investigador/a, neste caso, sobre os comportamentos de risco em estudo e as perspetivas que os(as) estudantes que constituem a amostra desta investigação têm sobre os mesmos.

Pegando no proferido por Silva et al, (2014: 175): *“A utilização do focus group tem vindo a alargar o seu campo de aplicação a diferentes disciplinas e com diferentes finalidades, como é o caso, por exemplo, na investigação da educação para a saúde.”*

Mas, mais autores, como Bunchaft e Gondim (2004), Ferreira (2004), e Santos (2017), referem a necessidade e os benefícios de se aumentar o número de publicações que utilizem como metodologia a utilização dos Grupos de Discussão Focalizada.

As etapas que constituem o *Focus Groups* que são:

- 1) a **organização do objeto e relação com o método** (onde se define o tema da investigação e da questão de partida, os objetivos e a verificação se o método é ou não o mais adequado);
- 2) a **organização do grupo** (definição prévia das características que os elementos do grupo devem ter - possíveis diferenças entre os membros, detalhes sobre as relações entre eles);
- 3) segue-se a **organização da equipa** (procede-se à escolha do(a) o(a) moderador(a), dos restantes elementos (pode ser composta por quem faz a investigação, pessoas que tiram notas e fazem observação e, por vezes, um(a) tradutor(a));

- 4) a **organização da recolha de dados** (constituir um conjunto de materiais que funcionem como facilitadores da discussão, como por exemplo, textos, fotografias, vídeos, estabelecer a melhor forma de gravar a discussão, eleger por um espaço que seja acessível, confortável e neutro para os elementos do grupo);
- 5) **elaboração do guião orientador** (focado no tópico em estudo, pode ter de ser alterado e atualizado várias vezes de acordo com as novas informações que forem obtidas a partir da primeira sessão);
- 6) **pensar sobre questões éticas** (estabelecer um pacto de confiança com os(as) participantes, que tem como suporte o anonimato e a confidencialidade, elucidar sobre a gravação vídeo e áudio do grupo, assegurar o equilíbrio entre uniformidade e diversidade do grupo);
- 7) **condução do *Focus Groups*** (apresentar aos membros do grupo explicações claras e objetivas sobre o trabalho a ser desenvolvido, autoapresentação, garantir que toda a equipa sabe qual é o seu papel);
- 8) **análise e interpretação dos dados** (organizar uma representação demográfica de cada participante, transcrição da gravação da discussão, categorização e codificação dos dados: extrair tudo o que for relevante e associado com o tema, definir categorias de análise, elaboração de um relatório com os resultados);
- 9) **tipos de dados a analisar** (Não verbais – linguagem corporal e comportamentos específicos dos(as) participantes; Verbais – dados demográficos e diálogos de grupo);
- 10) **características do(a) investigador(a) / moderador(a)** (ser um agente facilitador do grupo, ter a capacidade de se sentir confortável com outros, de criar empatia e entusiasmo, de lidar com imprevistos, de (re)conduzir a discussão e promover o debate e as relações, assim como competências verbais e boa capacidade de escuta).

Denota-se ainda que os GDF não devem ser utilizados quando existe uma discordância prévia a esta discussão, nem como forma do(a) investigador(a) influenciar os(as) participantes.

Desta forma, cumprindo todos os pressupostos este método propicia uma sinergia – cooperação coletiva, no sentido de produzirem respostas mais ricas que individualmente, com maior variedade e profundidade. Os grupos podem desenvolver novas atitudes e mentalidades, contudo também existe o risco de ocorrer o “efeito Hawthorne” – a atitude dos/as participantes muda pois sabem que estão a ser observados/as – o que pode inibir a espontaneidade do grupo e tornar as intervenções mais artificiais, induzindo o(a) investigador(a) a conclusões erróneas.

Este método tem como vantagens como a profundidade e a observação da interação, sendo exequível a compreensão de comportamentos, mensagens, hipóteses, atitudes e ações dos(as) participantes durante a discussão de grupo – assim como as crenças e os posicionamentos de cada um perante o grupo aquando da partilha de opiniões e pontos de vista.

Possui ainda a vantagem de não ser um processo moroso, e *“É uma técnica de diagnóstico rápida e de baixo custo, utilizada para completar informações, conhecer atitudes, opiniões, percepções e comportamentos relativos à saúde.” (Lervolino & Pelicioni, 2001: 115)* E ainda, de se poder recorrer a estratégias dinâmicas (como a utilização de fotografias, imagens, vídeos, frases) para promoção da discussão em torno das questões em estudo.

Seguindo esta linha de raciocínio, para a implementação do método foi necessário deslocar-me aos recintos das faculdades, de forma a poder seleccionar 4 alunos(as) de cada faculdade das 14 da UP, de forma a perfazer o total de 56 participantes necessários para realizar este estudo e para conseguir obter uma amostra significativa da Universidade do Porto.

Teve-se como fatores inclusivos/exclusivos a frequência do 2.º ano de uma das 14 Faculdades da Universidade do Porto. Estas foram contabilizadas pela informação descrita na página da UP (https://sigarra.up.pt/up/pt/web_base.gera_pagina?p_pagina=escolas): Faculdade de Arquitetura (FAUP), Faculdade de Belas Artes (FBAUP), Faculdade de Ciências (FCUP), Faculdade de Ciências da Nutrição e da Alimentação (FCNAUP), Faculdade de Desporto (FADEUP), Faculdade de Direito (FDUP), Faculdade de Economia (FEP), Faculdade de Engenharia (FEUP), Faculdade de Farmácia (FFUP), Faculdade de Letras (FLUP), Faculdade de Medicina (FMUP), Faculdade de Medicina Dentária (FMDUP), Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação (FPCEUP), e o Instituto Abel Salazar (ICBAS).

Para salvaguardar o conforto e a privacidade, foram realizadas 8 sessões com 6 participantes e uma com 7, perfazendo o total de **9 sessões de GDF com 56 estudantes**, em salas da FPCEUP, assegurando ainda todas as questões éticas inerentes a este processo, explicitas no ponto 3.5.

De forma a representar a análise das respostas obtidas, com a implementação dos Grupos de Discussão Focalizada, utilizou-se a tabela que se segue para melhor quantificar e qualificar as respostas.

Para que remete o conceito de “comportamentos de risco”?	
Respostas dadas (em categorias)	Maioria das respostas
Ambientes e espaços propícios a CR	12
Consequências a curto e a longo prazo	15
Para os excessos e adição	13
Para tudo o que põe em causa ou afeta a nossa saúde	36

Utilizando a categorização qualitativa, verifica-se que foram dadas 56 respostas com 76 opiniões à primeira questão ou tópico abordado, revelando que cada resposta pode conter várias opiniões, representando assim o número mínimo das mesmas ou a existência de mais respostas do que o número de participante.

Assim, acredito que esta opção metodológica me permitiu responder aos objetivos propostos, tendo conseguido aferir a partilha de opiniões, experiências e julgamentos expostos nas sessões sobre as diversas questões relativas ao tema.

2.3 – Caracterização dos Participantes da Investigação

Para a execução do método de investigação elegido (GDF), os participantes utilizados, tal como o tema e a problemática indicam, foram **os(as) estudantes do Ensino Superior**, uma vez que se pretendeu obter, estudar e posicionar as suas perceções acerca das temáticas em estudo.

Através da ida aos recintos das 14 faculdades, recorrendo também a contactos, e divulgando o estudo que me propus a fazer, consegui seleccionar 4 alunos(as) de cada uma das 14 Faculdades da UP, de forma a perfazer o total de 56 participantes necessários para realizar este estudo e para conseguir obter uma amostra significativa da Universidade do Porto.

Estabeleci como **pré-requisitos terem entre 18 e 25 anos**, por forma a serem maiores de idade e representarem a faixa etária que pretendo estudar – jovens adultos, e ainda **frequentarem o 2.º ano académico da Universidade do Porto**.

Elegi o 2.º ano para tentar ser o mais equilibrado possível, isto é, nem no início do percurso nem no fim, pareceu-me o mais oportuno a escolher dado que já se encontram em posição de poder enquadrar as experiências e de terem opiniões formadas sobre o tema em questão.

Reconhecendo ainda que existem estudantes do Ensino Superior com idades diferentes, é sabido que a entrada para a faculdade é normalmente um ponto de viragem e parte importante na formação pessoal e profissional de cada um. Contudo, também é nesta fase que muitos(a) estudantes iniciam algum tipo de comportamento de risco e os(as) que não o fizeram podem vir ou não a fazê-lo com o atingimento de mais autonomia, poder e liberdade.

De forma a **caracterizar a amostragem** recolhida, impossibilitadora de identificação, apenas são evidenciadas que dos(as) 56 estudantes, 34 são do sexo feminino e 22 do sexo masculino. Não tendo assim conseguido a homogeneidade de géneros para todas as sessões de GDF (representado no gráfico 2).

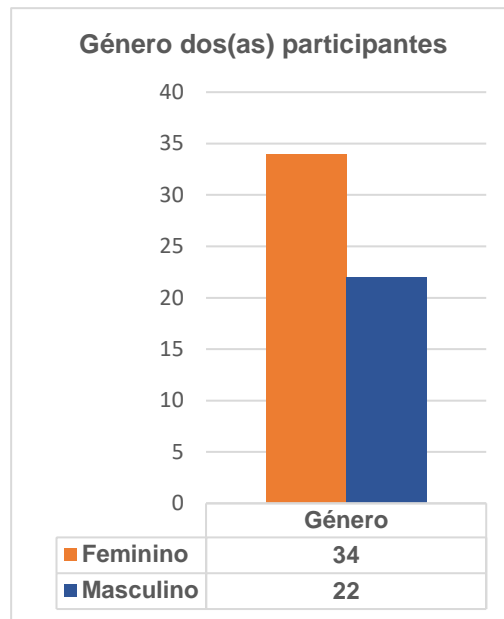


Gráfico 1 – Género dos(as) participantes da investigação

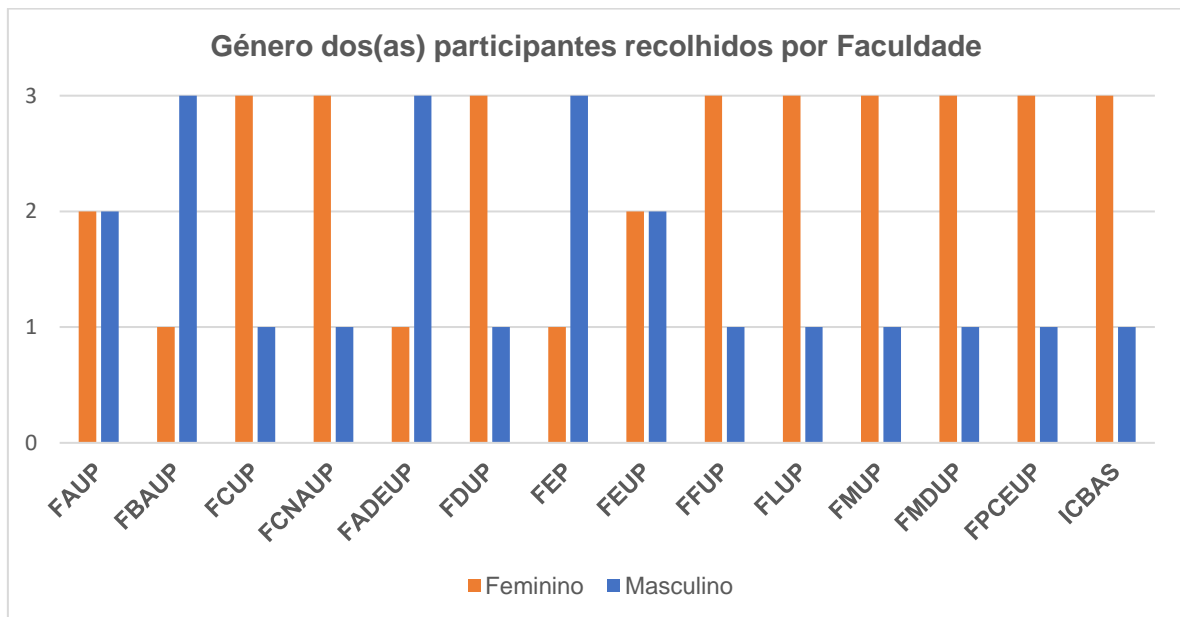


Gráfico 2 – Género dos(as) participantes recolhidos por Faculdade

Ressalva-se que as faculdades tidas em conta foram as enunciadas pela UP, como já referi anteriormente.

Com o preenchimento do **Questionário Sociodemográfico**, foi passível de identificar os géneros de cada faixa etária contemplada na amostra.

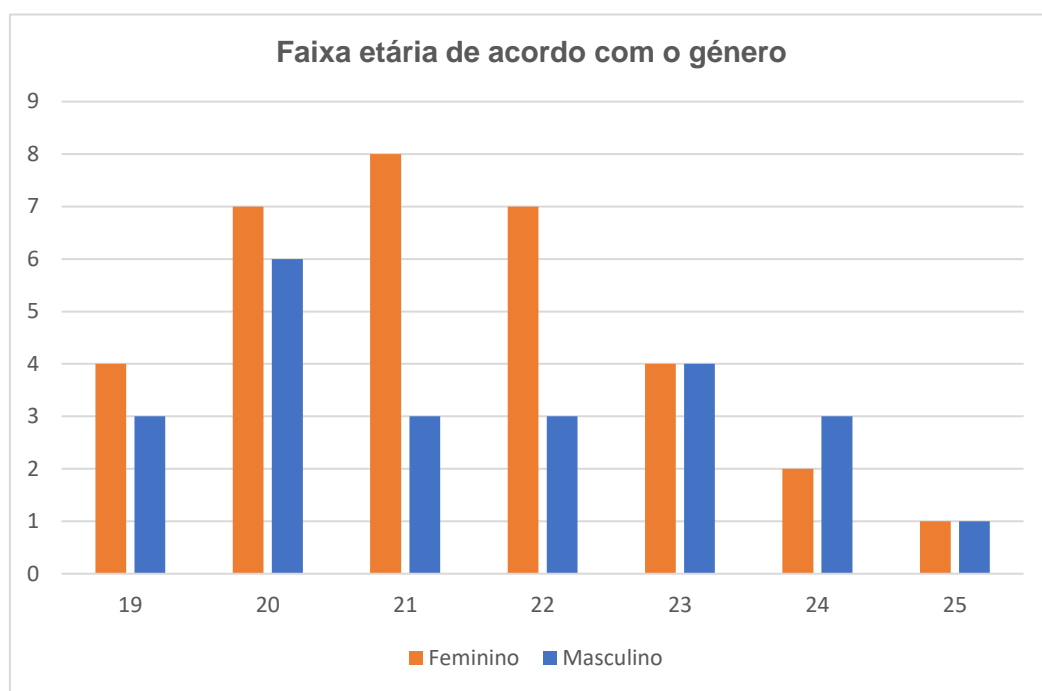


Gráfico 3 – Caracterização da faixa etária de acordo com o género

2.4 – Análise de Conteúdo

Para o enquadramento e compreensão do tema e dos conceitos inerentes ao mesmo, recorri a manuais para a orientação teórica desta investigação e debrucei-me sobre publicações científicas, tentando retirar informações pertinentes que me ajudassem a perspetivar as minhas questões e ilustrando exemplos e dados de estudos realizados nas últimas décadas.

Após fazer várias leituras exploratórias, tentei organizá-las de forma credível, tal como afirma Bardin (1997), a análise de conteúdo consiste, antes de mais, numa técnica que nos permite “arrumar” a informação em gavetas e dessa forma, potenciar uma certa ordem.

Assim sendo, a análise de conteúdo é uma técnica de investigação que visa a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo expresso das comunicações, com a finalidade desta análise se transformar numa interpretação uma forma mais completa e global.

“(...) a análise do conteúdo tem, portanto, uma função essencialmente heurística, isto é, serve para a descoberta de ideias e de pistas de trabalho (que virão a ser concretizadas pelas hipóteses). Ajuda o investigador a evitar as armadilhas da ilusão de transparência e a descobrir o que se diz por detrás das palavras, entre as linhas e para lá dos estereótipos. Permite ultrapassar, pelo menos em certa medida, a subjectividade das nossas interpretações.” (Quivy, Campenhoudt, 1998:81)

Denoto que é essencial abordarmos as três etapas necessárias para realizar uma análise de conteúdo, a primeira etapa corresponde a uma **Pré-Análise**, que se caracteriza pelas leituras exploratórias e pelas notas de terreno, que auxiliaram na construção de categorias e subcategorias que serviram de guia de organização. A segunda etapa consiste na **exploração de Material**, no qual foi redigida uma tabela que apresenta as categorias em estudo e as subcategorias recolhidas nesta investigação, com base nas respostas dadas pelos(as) estudantes que comprovam e sustentam as várias subcategorias.

A terceira e última etapa da análise de conteúdo corresponde ao **tratamento dos dados obtidos e à sua interpretação**.

Na análise documental realizada, utilizando com termos de pesquisa: comportamentos de risco; álcool; drogas; tabaco; consumos por si só e associados aos jovens/culturas juvenis; contextos académicos; influências; adolescência; adultez; ensino superior; perspetivas; e perceções, não encontrei diretamente quase nenhuma das respostas que procurava, mas mobilizando várias partes de vários documentos, consegui ir estruturando um pensamento. Por mais que alterasse os termos de pesquisa não me deparei com estudos similares.

Os que tinham algo em comum apenas referiam certos comportamentos de risco, outros estudaram por exemplo os consumos de álcool nas festas, mas em nenhum deles consegue

explicitar o que realmente move as pessoas a decidirem que comportamentos adotar, nem como os contextos, as percepções e as influências recaem diariamente sobre si interferem nas escolhas.

O que encontrei e me foi bastante útil foi a confirmação de que os contextos influenciam diretamente o acesso à informação e todas as condições de se produzir conhecimento se vêm restringidas, mas não finitas. O papel da família, dos valores e princípios que são inculcados também é várias vezes apontado pelos(as) diferentes autores(as), como influência positiva e que habitualmente afasta de um mau caminho, evitando escolhas menos assertivas. Quando esta relação é conturbada, aumenta a possibilidade da enveredação pelos CR.

Em forma de conclusão, é notório que os consumos começam cada vez mais cedo e sabermos o que leva a essas tomadas de decisão, compreendermos porque se segue esse caminho, favorece a criação de ações e medidas focalizadas. Enquanto isso não acontece, todos(as) temos de ganhar consciência do que fazemos a nós próprios(as), de que maneira nos prejudicamos, se temos noção dos riscos e perigos a que nos sujeitamos, devemos ter força e ser resilientes a par das adversidades, optando por escolhas saudáveis, por investir na formação e educação, não descurando das questões emocionais, porque todos temos necessidades de sentimento de pertença, de aceitação por parte do(a) outro(a).

2.5 – Questões Éticas

“A ética ajuda-nos a descobrir o valor da liberdade, a superar o nosso próprio egoísmo, a exercer a cidadania para um mundo mais justo e a encontrar as finalidades que dão sentido à nossa vida (e fazem dela um projecto).” (Magalhães, 2010: 13)

A ética não é uma técnica, mas sim uma forma de proceder, reconhecendo o conhecimento situado ou o *standpoint*, já referido anteriormente. Também é importante ter em conta que temos de analisar o lugar em que produzimos conhecimento e ao mesmo tempo perceber que os objetos de estudo são sujeitos sociais, as experiências humanas são integradas no social, partilhando as dimensões cognitivas e emocionais.

No que diz respeito aos grupos de discussão focalizada, para facilitar o acesso à informação transmitido pelos(as) participantes foi necessária a gravação da entrevista em ficheiro áudio e, quando possível, também em vídeo.

Contudo, por motivos éticos levanta-se a necessidade de garantir o anonimato, não identificando lugares nem pessoas e a confidencialidade, retirando o que possa indicar a identidade de todos(as) aqueles(as) que participaram na minha investigação.

Clarifiquei ainda a pertinência das gravações e de salientar juntos destes(as) participantes que os dados fornecidos por estes serviriam exclusivamente para fins académicos e que aquando cumprimento da sua finalidade seriam eliminados.

Redigi um **Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para a participação em Investigação** (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo), seguindo o modelo adotado pelo ISPUP, para todos(as) participantes, de forma a tornar esta investigação credível e cumprindo os direitos legais.

Juntamente pedi o parecer à **Comissão de Ética do ISPUP** que mereceu resposta favorável e procedia ao envio do **formulário de pedido de autorização para tratamento de dados pessoais** à UP.

Com o preenchimento do **Questionário Sociodemográfico** foram aferidos dados como: a idade, o género, o estado civil, a naturalidade, a nacionalidade e o número do agregado familiar. Exclusivamente para fins estatísticos e também salvaguardados tanto o anonimato como a confidencialidade.

Denota-se, ainda, que embora, não sejam divulgados dados pessoais primários, para cumprir todas as formas de proteção e acreditação do meu estudo, solicitei a autorização para a recolha e o tratamento dos dados supracitados.

Ressalva-se que com a execução do método de investigação, apenas foram transcritas as opiniões, de forma a impossibilitar o reconhecimento das mesmas, foram realizadas limpezas e revisões do que foi referido/texto, não tornando exposto nenhum dado que leve à identificação de um(a) participante, reconhecendo que as transcrições são imprescindíveis para a análise de conteúdo.

Para garantia da segurança do tratamento de dados pessoais, foram adotadas medidas técnicas de segurança recorrendo ao armazenamento e tratamento dos dados apenas no meu computador pessoal e estando sujeitos a bloqueio com password. Apenas a assinatura do Consentimento Informado ficou guardada em papel, para certificação do mesmo (nunca sendo revelada).

Todos os dados referidos têm o prazo de conservação necessário legalmente e exigido neste processo de investigação, perspetivando-se que até à defesa desta dissertação são 3 meses e que aquando verificação do supramencionado, os mesmos serão eliminados permanentemente.

Capítulo III

Análise de Dados

Nota Introdutória

Neste capítulo estão apresentadas a análise, interpretação e discussão dos dados obtidos, que visam dar resposta aos objetivos inicialmente estabelecidos e, conseqüentemente, gerar os resultados desta investigação.

Desta forma, categorizou-se a informação recolhida e constituíram-se quatro categorias: (i) perspetivas que os(as) estudantes têm sobre os CR; (ii) determinantes das escolhas; (iii) caracterização dos consumos; (iv) EpS. E por nove subcategorias, abaixo explanadas.

3.1 – Perspetivas que os(as) estudantes têm sobre os CR

Fazem parte desta categoria as perspetivas que os(as) estudantes têm sobre os comportamentos de risco em estudo, o álcool, as drogas e o tabaco, contemplando a atribuição de conceitos, julgamentos e significações que têm dos comportamentos em si e do(s) risco(s), de forma a concretizar o primeiro objetivo.

Conseguiram-se ilustrar diversas perspetivas, tendo por base unidades de registo como, por exemplo,

“Para tudo o que põe em causa a tua saúde.”

“Também os espaços que têm esse ambiente mesmo sem tu estares lá presente, de alguma forma. Tu não fumando, mas estando num espaço onde estejam fumadores e de certa forma um ambiente de tabaco, acaba por ser um comportamento de risco.”

“Sim, é risco para ti e para as pessoas que estão à tua volta.”

“Involuntariamente acabas sempre por estar no risco.”

“Também se acaba por considerar de risco quando é em excesso.”

“Sim, eu acho que sim.”

3.1.1 – Conceitos

Questionando os(as) estudantes sobre a significação dos comportamentos de risco, a maioria dos(as) estudantes associa sobretudo ao que põe em causa ou afeta a saúde física e psíquica, reconhecendo que qualquer das práticas em estudo se constitui prejudicial.

Seguidamente, revelaram que as consequências, quer a curto quer a longo prazo, também os faz associar o risco aos comportamentos, a par dos excessos e adições (com carga de dependências e descontrolo).

Por último referiram que a existência de determinados ambientes e espaços (como bares, cafés, discotecas, entre outros sítios), aliciam à prática de CR e, por si só, também constituem o risco, sendo permitidos e facilmente observáveis diversos consumos.

3.1.2 – Julgamento do que é de risco

Na perspetiva de se perceber como e quando se julgam que os comportamentos passam a ser de risco, mais uma vez, a maior parte dos(as) estudantes identificou a alteração e degradação da saúde e dos comportamentos, quer individuais quer com os pares.

Posteriormente, julgam de forma equiparada o risco, pela frequência e/ou tipo de consumos, e as consequências que os mesmos acarretam ou que mais tarde se podem manifestar.

Apontaram ainda que associam os comportamentos ao risco quando denotam excessos, predisposição e adição a vícios. Por fim, cinco estudantes defenderam que este julgamento ocorre aquando da contraposição com os limites que cada um(a) estabelece de acordo com a sua personalidade.

3.2 – Determinantes das Escolhas

Com esta categoria pretendeu-se identificar os fatores que determinam, influenciam e contextualizam as escolhas/opções que os(as) estudantes tomam, sobretudo as que acarretam risco(s), a fim de se perceber o que determina e potencia a adoção de CR, assim como no que se pondera e o que nos protege/afasta dos mesmos.

E ainda retratar a relação entre os comportamentos de risco, percebendo as motivações e os determinantes quer para a prática como para a rejeição destes comportamentos, corporizando o segundo objetivo. Com o seguinte trecho da discussão é possível verificar a forma como as opiniões se fortificam e enriquecem,

“Primeiro eu acho que são “pressões sociais”, quando vês amigos teus a começarem a fumar, a consumir álcool e drogas leves como a ganza, a marijuana...tudo acima disso é mais pesado, tu vais querer experimentar inevitavelmente, nem que seja por aquele vá experimenta se nunca experimentares nunca sabes. Depois acaba por ser ou o hábito ou o vício que começa a ganhar, ou então sei lá...tem impactos diferentes nas pessoas, pode relaxar uns, outros pode ser porque gostam do efeito que provoca.”

“Sim também acho isso da pressão, mas não sei se será só pela pressão social e pela pressão do grupo em que estás inserido.”

“Também a procura da experiência para se viver e ter uma opinião de como são as coisas, algumas delas, as que achamos que devemos experimentar, mas isso também é movido pela curiosidade e por os outros fazerem ou não.”

“Sim eu concordo e para além disso acho que as consequências que isso vai ter ou não também são importantes, se virmos um mau episódio podemos ficar retraídos sobre experimentar ou praticar algum CR, se virmos que corre tudo bem já o fazemos mais facilmente.”

“Sim no fundo é um conjunto de várias coisas aquilo que nos leva ou não a fazer algo, como já referiram e bem, são as influências, os efeitos, o dinheiro, os sítios onde estamos, tudo isso contribui para fazermos ou não alguma coisa.”

3.2.1 – O que determina e o que potencia os CR

Sendo já conhecidos alguns fatores que propiciam a adoção de CR, pretendeu-se explorar pela visão dos(as) próprios estudantes o que determina as opções dos próprios, reconhecendo o que potencia a adoção de comportamentos considerados de risco.

Metade dos(as) estudantes inquiridos identificaram as influências e as pressões sociais como os fatores que mais determinam as escolhas aquando dos consumos, reconhecendo ainda o ónus de que o grupo de pares, assim como a curiosidade e a procura do divertimento, como os maiores potenciadores das práticas de risco.

Em segundo lugar foi apontado o desejo de experienciar, de forma a poder construir uma opinião perante os consumos e de poder partilhar as sensações dos mesmos.

Posteriormente, foram apontados de forma igualitária, os contextos e o acesso/oferta às substâncias, disponíveis e fáceis de obter, dadas as instituições frequentadas e a mudança de estilos de vida, elucidando a liberdade e autonomia que a vida académica proporciona, que para a maioria também constituem, por si só, potenciadores de comportamentos arriscados e prejudiciais.

Por fim, o poder económico também foi manifestado como um dos fatores que determina as escolhas dos(as) estudantes, tendo em conta a gestão monetária que têm de fazer e as prioridades da vida de cada um(a). Afirmaram que, por vezes, optam sobretudo pela ingestão de cerveja, tabaco e haxixe por serem efetivamente as drogas mais baratas, ajustadas aos seus orçamentos.

3.2.2 – No que se pondera e o que nos protege (dos CR)

Esta subcategoria ilustra o que os(as) estudantes mais ponderaram antes de optarem por uma prática e o que consideram que os protege de escolhas menos favoráveis.

Desta forma, metade dos(as) estudantes revelaram que as consequências e os efeitos, a par da procura de divertimento e de experiência, constituem os fatores que mais fazem ponderar as suas escolhas. Despertando, em alguns, o enveredar por

práticas de risco, pela descoberta, desmitificação e obtenção de percepção de sensações e da experiência, e noutros, o balanço das consequências adversas.

Em segundo lugar, foi apontada a personalidade como indicador preponderante de todas as escolhas, assentes nos valores, educação e predisposição de cada um(a). E, por último, aproximadamente 25% dos(as) estudantes admitiram que ter uma salvaguarda, isto é, alguém protetor que “tome conta de nós”, os faz testar e ultrapassar limites.

Relativamente ao que consideram que os(as) protegem da prática de comportamentos de risco em geral, identificaram maioritariamente a educação e a família, alegando a consciência, a responsabilidade e as atitudes/exemplos. Estes levam a uma consideração/reflexão antes de enveredarem por estas práticas.

3.2.3 – Adição e junção de vícios

Na tentativa de perceber a relação entre os comportamentos de risco, foi questionado se consideram que a prática de um CR despoleta outros. Mais de 50% defendem que não, reconhecendo que, embora os fatores potenciadores sejam comuns às três drogas estudadas, a aliciação à experimentação e junção de outras drogas não se dá facilmente.

Porém, os(as) estudantes que discordam explicam que existe uma correlação entre as práticas alcoólicas e tabágicas, denotando-se a junção destas, frequentemente visualizadas no quotidiano. Referiram ainda que estas se dão pela mudança dos estilos de vida (sobretudo pela liberdade e contextos), para se descontraírem socialmente e por influências, pela oferta existente e ainda pela experiência.

3.3 – Caracterização dos consumos

Nesta categoria procurou-se verificar a relação entre a vida académica e os consumos, percecionando assim os comportamentos de risco antes, durante e após a frequência do Ensino Superior, por forma a aferir as diferenças de consumos nas diversas fases.

Por forma a executar o terceiro objetivo, pretendeu-se, ainda, identificar quais os CR mais cometidos, compreendendo as experiências, os contextos, as influências, as motivações e o controlo que têm sobre os seus consumos. E ainda posicionar as opiniões que os(as) estudantes têm sobre a abordagem a estes CR versus as escolhas e experiências dos mesmos.

Aferidas aquando da troca de opiniões, as seguintes citações ilustram as preferências e experiências dos(as) estudantes,

“Honestamente eu acho que isto começa cada vez mais no ensino básico e secundário todos estes tipos... o álcool e o tabaco, começa já nessa fase. Na faculdade, se calhar como algumas das pessoas estão mais longe de casa, dos pais, e assim...pode acontecer com mais regularidade.”

“O tabaco e o álcool.”

“O mais barato, a verdade é essa. Isso influencia muito porque um estudante que não é de cá está a gastar dinheiro em propinas, em alojamento, em comida e isso tudo...quando quer consumir alguma destas três coisas acho que vai para o mais barato que neste caso é o álcool e o tabaco.”

“Exatamente é o mais fácil de se obter, por isso...”

“É difícil escolher um...”

“Eu acho que depende dos contextos.”

“Exato, mas eu acho que aquilo que existe em todos os contextos é o tabaco. O tabaco está em todo o lado, quem fuma, fuma em todo o lado.”

“Mas olha que vês mais pessoas a não fumarem e a beberem nem que seja uma cerveja.”

3.3.1 – Consumos na vida académica

De forma a perceber os consumos na vida académica, foi inquirido qual o comportamento de risco mais cometido pelos(as) próprios e pelos pares. Apontaram a ingestão de álcool e o tabagismo, de forma igualitária, mas distinguindo que o tabaco é mais cometido no quotidiano e o álcool nas festas (associando também o tabaco).

Perspetivando se os consumos se iniciam ou acentuam na vida académica, aferiu-se que 25% dos(as) estudantes acreditam que os consumos se iniciam nesta fase (de forma generalista) e que os restantes 75% credenciam que estes se acentuam, destacando o consumo de álcool, (seguindo-se o tabaco e drogas, respetivamente), justificando com a alteração de contextos, de liberdade, de autonomia, e o que isso proporciona.

Ilustrando a forma como os consumos decorrem no seio académico e recorrendo ao exemplo de *Binge Drinking* (consumo de grandes quantidades de álcool em pequenos períodos de tempo, procurando a rápida alteração de consciência), trinta e oito estudantes reconheceram que não sabem sempre o que estão a ingerir e referiram o descontrolo sobretudo com o álcool, referenciando o peso da curiosidade, a influência dos pares e o poder económico como motores para estas práticas.

Percecionando os comportamentos de risco após o término da vida académica, cerca de 60% dos(as) estudantes pensa que se atenua a ingestão de álcool e drogas, por se ter emprego, pela responsabilidade e pela mudança de contextos, ambientes e estilos de vida. 25% dos estudantes creem que os CR continuam, pelo consumo de álcool mais esporádico e pela viciação que o tabaco gera, assim como a facilidade e aceitação social que o mesmo tem, antes e depois da faculdade. Os restantes, acreditam que com força de vontade e ambição de um futuro melhor, sem vícios dispendiosos, e a construção de família, podem levar à finalização destas práticas.

3.3.2 – Experimentação

Para identificar a perceção que os(as) estudantes têm sobre o álcool, foi primeiramente revelada a idade média de experimentação, recorrendo a dados recolhidos durante a investigação, os(as) adolescentes consomem álcool pela primeira vez por volta dos 12,5 anos (Domingues et al, 2014:126).

Assim, foi inquirido se consideram esta idade normal ou precoce, 87,50% proferiram que é precoce, que não se está desenvolvido para tal. Posteriormente, questioneei a idade com os(as) mesmos beberam a primeira bebida alcoólica, tendo a maioria assumido que não se lembram de quando experimentaram. Contudo, dos(as) que se lembram, a maioria admitiu que foi com idade semelhante, entre os 13 e os 14 anos, e que esta prática continua a ser iniciada no seio familiar e/ou com os pares.

Relativamente à idade com que experienciaram a embriaguez, os picos de idades apontados foram os 15 e os 18 anos, justificada pelo término dos ciclos escolares e pelas festas que os mesmos oferecem.

Tentando obter um parecer sobre as drogas, mais de 75% dos(as) estudantes acha que o haxixe continua a ser a primeira droga ilícita que se experimenta, sobretudo por ser considerada leve, ter um fácil acesso e ser a mais barata. Os(as) restantes pensam que primeiramente se experimenta o cannabis e depois, pelas razões acima mencionadas, se consome haxixe.

Apontam ainda que as razões para a experimentação dos comportamentos de risco em estudo são as mesmas em todos e passam sobretudo pela curiosidade, pela influência dos pares, pela procura de divertimento, para ter a(s) experiência(s) e sensações. Reconheceram ainda que todas são práticas sociais e que os consumos também dependem do poder económico.

3.4 – Educação para a Saúde (EpS)

Esta última categoria visa atingir o quarto objetivo, isto é, identificar as noções que os(as) estudantes têm sobre a EpS e sobre a prevenção dos comportamentos de risco, compreendendo a sua importância e quando se deve implementar na escolaridade (de forma a ser significativa) e ainda refletir acerca das ações, apoios e normativas legais do tema em estudo, percecionando assim os investimentos que são necessários fazer e as sugestões que os(as) estudantes têm para se conseguir uma redução eficaz dos consumos/práticas de risco.

Ilustrando o que acham passível de fazer/modificar,

“É muito complicado para uma pessoa quando não consome algo em limites exagerado, como nós, acho que nenhum de nós consome nada num nível exagerado, largar isso em definitivo falta coragem, se calhar.”

“Porque é uma cena que te dá prazer, tu fazes aquilo porque gostas e porque sabe-te bem.”

“E não corres riscos para já...até te acontecer alguma coisa.”

“Não há consequências imediatas.”

“Desde que tenhas noção e consciência de que há sempre um limite... só que isso é tudo discutível, isso é muito discutível porque só o facto de tu fazeres, mesmo que seja pouco, já é errado.”

“A maior parte... uma grande parte das pessoas que eu conheço deixou de fumar porque lhes aconteceu alguma coisa, tiveram uma doença e ou largavam ou isso piorava. E foi esse o único motivo que os levou a deixar de fumar. Portanto, eu acho que é necessário fazer alguma coisa para tu te aperceberes que aquilo que comprovaram é realmente real porque até lá é complicado haver vontade para parar.”

“Eu acho que deviam apostar na prevenção porque nas escolas, pelo menos, muita gente nunca chega a nadar na faculdade, mas na escola não é...nós temos de andar até aos 18 anos e sinceramente, tanto com drogas como com a sexualidade, quer como até com o ambiente, as crianças não estão...nós podemos dizer que há por aí muita informação, mas não sei até que ponto... elas passam o dia todo na escola, mas não sei até que ponto a escola as educa ou as informa realmente sobre todos estes temas.”

“Eu acho que em tudo é preciso sensibilizar, não dar só informação, sensibilizar e explicar, e principalmente na fase da adolescência quando os jovens estão a crescer. É assim, se me dissessem: os vícios começam todos a acontecer na faculdade, opa eu até percebia, mas miúdos com catorze anos começam já nisto de provar drogas, álcool e tabaco, é estranho...”

3.4.1 – Como renegar CR/Sugestões de mudança

De forma a perspetivar sugestões de mudança, no sentido de conseguirmos renegar tudo o que possa colocar em causa a nossa integridade física e psíquica, inquiri os(as) estudantes sobre o que acham possível fazer para se conseguir um afastamento dos mesmos.

A maior parte dos(as) participantes acredita que é necessário investir numa EpS enriquecedora e esclarecedora, desmistificando mitos, consciencializando das consequências, recorrendo a exemplos reais/testemunhos para se conseguir sensibilizar sobre os consumos e as suas consequências.

Afincam ainda que ou se altera o estilo de vida, afastando-se de ambientes propícios à adoção dos comportamentos de risco e dos pares que os cometam, tendo ainda força, vontade, ou que então é impossível acabar com estes, contemplando as dependências que os vícios acarretam, e ainda os ganhos e interesses de entidades perante os mesmos.

Seguidamente apontaram o ganho da consciência do mal que estamos a fazer a nós próprios(as), ainda referiram que habitualmente só se pondera realmente terminar os comportamentos prejudiciais quando acontece algo mau como sustos, consequências e/ou problemas de saúde.

Posteriormente, mencionaram que se deve alterar a legislação, ajustada às realidades e fazendo sentir o peso da mesma, através da implementação, controlo e fiscalização perante o imposto. Assim como o investimento nas medidas de prevenção, mais dirigidas e pessoais.

3.4.2 – Importância e prevenção da EpS

Com esta subcategoria conseguiu-se perspetivar a literacia que os(as) estudantes detêm sobre o tema em estudo e sobre a Educação para a Saúde, nomeadamente a sua importância e prevenção.

Procurando a perceção da toxicodependência, cerca de 30% dos(as) estudantes não sabiam que a mesma é uma doença, sendo considerada em 2001, passados

dezoito anos ainda a definem como um crime. Tornando-se, assim, notória a falta de literacia para a saúde e a falha da EpS, quer nas escolas quer em casa.

Porém, os(as) restantes estudantes, que constituem a maioria, estão informados quer da doença quer dos fatores adjacentes à mesma, defendendo que para além das ajudas prestadas aos toxicodependentes e das alterações da legislatura, urge a mudança de mentalidades e a forma como se trata e interage com os mesmos, de forma a não marginalizar e facilitar a reinserção dos(as) mesmos.

Desta forma, legitima-se aos olhos de todos(as) estudantes a importância que a EpS tem em todos os contextos e que a prevenção pode ter perante os comportamentos de risco em estudo, tendo metade dos inquiridos defendendo a implementação da mesma nas escolas, maioritariamente desde o 5.º até ao 12.º ano, mas todos(as) concordaram que é fulcral fazê-lo antes de se iniciar qualquer tipo de consumo para que possa combater e evitar os consumos. Ilustram ainda que esta deve ser esclarecedora, aberta a questões, partilhas, de forma a ser significativa.

Considerações Finais

Foi propósito desta dissertação de mestrado dar a conhecer quais as perspetivas dos(as) estudantes sobre os comportamentos de risco em estudo, mais precisamente, o álcool, as drogas e o tabaco.

Para tal, além de desenvolver o meu espírito crítico, recorri a diversas ferramentas de suporte para orientar esta investigação, mobilizar perspetivas teóricas distintas e aferir resultados com o método de investigação utilizado, sendo assim capaz de retratar a relação que os(as) participantes desta investigação têm com os CR em estudo.

O meu objeto de estudo foi constituído por 56 participantes, todos eles estudantes do ensino superior da Universidade do Porto, que em 2018 frequentavam o 2.º ano académico e com idades compreendidas entre os 19 e os 25 anos.

Assim sendo, com a implementação do método de investigação elegido, os Grupos de Discussão Focalizada, considero que foram atingidos, na sua maioria, os objetivos propostos, dado que foi possível aferir as perspetivas que os(as) estudantes têm sobre os comportamentos de risco, o que determinam e ponderam nas suas escolhas, e a relação que estabeleceram com os CR.

Foram ilustrados facilmente os efeitos nocivos e prejudiciais à saúde, as possíveis consequências e facilmente julgados como errados. Contudo, e apesar do referido, todos(as) estudantes inquiridos já tiveram contacto com pelo menos um dos CR em estudo e referenciam que quem não o fez até à entrada da faculdade irá fazê-lo no decorrer da mesma, (comprovando literatura/produções existentes).

Estudando os fatores determinantes das escolhas, de forma geral confirmaram-se os já sabidos, como as idades de iniciação, os motivos de experimentação e os fatores protetores e potenciadores. Concomitantemente existe ainda uma clara sustentação de que os contextos e as influências são decisivos em todos os períodos de vida.

Note-se ainda que, apesar de supostamente sermos mais literados, isto não se traduz efetivamente no quotidiano, muito menos nas tomadas de decisão, dado que o desejo e procura de experiências consegue sobrepor-se aos fatores ponderantes.

Os(as) estudantes revelaram ainda que a fase académica é o pico dos consumos, quer legais quer ilegais, sobretudo pelas vivências, contextos e oportunidades inerentes à vida universitária. Perspetivando, assim a maioria, que após o término da faculdade os CR se acentuam consideravelmente.

Enquanto educadora para a saúde, tentei perspetivar as estratégias, as diretrizes e ações tomadas ao longo dos anos. Refletindo assim acerca da pertinência e da eficácia das mesmas, sugerindo alterações que considero pertinentes, mas sobretudo realçando o facto de que o estudo das temáticas com o envolvimento e proximidade dos(as) consumidores geram intervenções direcionadas, contextualizadas de forma a serem significativas, e para que possam gerar algum tipo de ponderação perante os CR.

A maior limitação sentida ao longo desta investigação foi a escassez de tempo, não me tendo permitido observar participativamente durante todo o ano académico, as 14 faculdades. Certamente a obtenção de dados e o apuramento práticas e/ou comportamentos considerados de risco nos contextos habituais dos(as) estudantes seria diferente.

Desta forma, penso que estudar estas questões adotando outro método qualitativo teria toda a pertinência, dado que se podiam aferir mais dados. Refiro-me sobretudo à etnografia e/ou às narrativas biográficas, pois com elas podem aferir-se mais dados e retratar de forma contextualizada e significativa episódios do percurso de cada um.

É minha pretensão, que algumas das questões abordadas promovam uma reflexão e tomada de consciência, visando uma Educação para a Saúde transversal a todos(as), de forma esclarecida, promovendo estilos de vida saudáveis e conscientes.

Referências Bibliográficas e Digitais

Seguindo as normas de Vancouver, consultadas na página da FMUP, são apresentadas todas as referências consultadas.

Artigos:

- AMNISTIA INTERNACIONAL, *ONU: aumenta o apoio à moratória sobre a pena de morte*. 2012. Disponível em: <https://www.amnistia.pt/onu-aumenta-o-apoio-a-moratoria-sobre-a-pena-de-morte/>
- AMNISTIA INTERNACIONAL, *EUA: Aplicação da pena de morte regressa a nível federal*. 2019. Disponível em: <https://www.amnistia.pt/eua-aplicacao-da-pena-de-morte-regressa-a-nivel-federal/>
- Arnett, Jeffrey. *Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through twenties*. *American Psychologist*, 2000 May; 55(5), 469-480. Disponível em: http://www.jeffreyarnett.com/articles/ARNETT_Emerging_Adulthood_theory.pdf
- Blinn-Pike, L., Worthy, S., Jonkman, J., & Smith, G. *Emerging adult versus adult status among college students: examination of explanatory variables*. *Adolescence*. 2008; 43 (171), 577-591. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19086671>
- Boumard, Patrick, *O Lugar da Etnografia nas Epistemologias Construtivistas*. *PSI-Revista de Psicologia Social e Institucional*. 1999, Nov.: 1(2). Disponível em: <http://www.uel.br/ccb/psicologia/revista/textov1n22.htm>
- ↪ Campos, Ricardo. *Juventude e Visualidade no Mundo Contemporâneo: Uma Reflexão em torno da Imagem nas Culturas Juvenis*. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 2010, 63: 113-137. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0873-65292010000200007&script=sci_abstract
- Carvalho, Graça. *Literacia para a Saúde: um contributo para a redução das desigualdades em saúde*. *Saúde: As teias da discriminação social - Actas do Colóquio Internacional: Saúde e Discriminação Social*. Braga: Universidade do Minho. 2002: 119-135.
- Domingues, Sara, et al. *Comportamentos de risco dos adolescentes portugueses e influência do meio ambiente*. *Nascer e Crescer*, 2014, 23(3): 124-133. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542014000500002&lng=pt&tlng=pt
- Ferreira, M., Matos, M. G., & Diniz, J. A. "Consumo de substâncias na adolescência: evolução ao longo de 8 anos". *In Consumo de substâncias: Estilo de vida? À procura de um estilo?* Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência. 2008: 319-340. Disponível em: http://web01.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Consumo.de.Substancias_2008.pdf

- Ferreira, Virgínia. *Entrevistas focalizadas de grupo: roteiro da sua utilização numa pesquisa sobre o trabalho nos escritórios*. Actas dos ateliers do V Congresso português de sociologia - Sociedades contemporâneas: reflexividade e acção, Atelier Teorias e metodologias de investigação, 2004: 102-107. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/48164>
- Fromme, K., Corbin, W., & Kruse, M. “*Behavioral Risks during the Transition from High School to College*”. *Dev Psychol*. 2008 September. 44(5): 1497–1504. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2556986/pdf/nihms-59547.pdf>
- Greg, G., Namey E. and McKenna K. *How Many Focus Groups Are Enough? Building an Evidence Base for Nonprobability Sample Sizes*. 2016: 1-20. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/home/fmx>
- Godoi, Christiane. *Grupo de Discussão como Prática de Pesquisa em Estudos Organizacionais*. ERA, 2015, dez; 55 (6): 632-644. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-75902015000600632&script=sci_abstract&tlng=pt
- Iervolino, Solange & Pelicioni, Maria. *A utilização do Grupo Focal como Metodologia Qualitativa na Promoção da Saúde*. *Rev Esc Enf USP*, 2001, jun; 35(2): 115-121. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0080-62342001000200004&script=sci_abstract&tlng=pt
- Lomba, Lurdes et al. *Jovens portugueses que frequentam ambientes recreativos nocturnos. Quem são e comportamentos que adoptam*. *Revista Toxicodependências*, 2011, 17 (1): 3-15. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/tox/v17n1/v17n1a02.pdf>
- Neto, C., Fraga, S. e Ramos, E. *Consumo de substâncias ilícitas por adolescentes portugueses*. *Revista de Saúde Pública*. Out 2012; 46(5):808-815. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n5/07.pdf>
- Nunes, A. *Os jovens e os factores associados ao consumo de tabaco*. *Rev. Educação para a saúde*. (Julho/Dezembro, 2004. 22 (2): 57-67). Disponível em: https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de_publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/2-05-2004.pdf
- Precioso, José. *Revista Prot Clin Geral*, 2006, 22(2): 201-221. Disponível em, <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10230/9966>
- Ricardo, Feijó & Oliveira, Ércio. *Comportamentos de risco na adolescência*. *Jornal de Pediatria*. 2001: 125-135. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/54698/000386001.pdf>
- Rodrigues, Pedro F. S., Salvador, Ana C. F., Lourenço, Inês C., & Santos, Luísa R. *Padrões de consumo de álcool em estudantes da Universidade de Aveiro: Relação*

- com comportamentos de risco e stress*. *Análise Psicológica*, 2014: 32(4), 453-466. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312014000400006
- Queirós, Margarida; Vaz, Teresa & Palma, Pedro. *Uma reflexão a propósito do risco*. Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa. 2006.1-23. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/280575365_Uma_reflexao_a_proposito_do_risco
 - Silva, Isabel, et al. *Focus group: Considerações teóricas e metodológicas*. *Revista Lusófona de Educação*, 2014, ago; 26: 175-190. Disponível em: <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/4703>
 - Wachelke, João Fernando Rech, & Camargo, Brígido Vizeu. *Representações sociais, representações individuais e comportamento*. *Interamerican Journal of Psychology*, 2007: 41(3), 379-390. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v41n3/v41n3a13.pdf>

Diretrizes, Notícias, Relatórios e Publicações em formato eletrónico:

- *A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. SICAD, 2018. Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/145/Relat%C3%B3rioAnual%202017%20A situa%C3%A7%C3%A3oDoPa%C3%ADsEmMat%C3%A9riaDeDrogasEToxicodepend%C3%Aancias.pdf
- *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs*. Centers for Disease Control and Prevention. 2014. Disponível em: https://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/best_practices/pdfs/2014/comprehensive.pdf
- *Comunicado à Imprensa: Diretores das Agências nacionais de combate às drogas (HONLEA Europa)*. SICAD, 2019. Disponível em: http://www.sicad.pt/PT/Imprensa/Comunicados/Paginas/detalhe.aspx?itemId=90&lista=SICAD_COMUNICADOS&bkUrl=BK/Imprensa/Comunicados
- *Consumo e tráfico de droga*. SNS, 2019. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/07/02/consumo-e-traffic-de-droga/>
- DGS. *Dia mundial sem Tabaco 2017*. Disponível em <https://www.dgs.pt/respire-bem1/dia-mundial-sem-tabaco/2017.aspx>
- *Exemplos na Europa e no mundo onde a cannabis já é legal*. *Jornal Público*, 2018. Disponível em: <https://www.publico.pt/2018/12/15/sociedade/noticia/exemplos-europa-mundo-onde-cannabis-ja-legal-1854797>

- *Guias da saúde: Deixar de fumar*. Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/guia/deixar-de-fumar/>
- <https://www.iqos.pt/o-que-e-o-iqos.html>
- Lei n.º 30/2000 de 29 de novembro, Diário da República, n.º 276 (I Série A): 6829-32. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/599720>
- *Loucura juvenil por Justin Bieber*. Correio da Manhã, 2016. Disponível em: <http://www.cmjornal.pt/cultura/detalhe/loucura-juvenil-por-justin-bieber>
- Ministério da Educação. *Consumo de Substâncias Psicoactivas e Prevenção em Meio Escolar*. Set 2007. Disponível em: https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/consumospa_prevencaomeioescolar.pdf
- *Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT): orientações programáticas a 2020*. DGS, 2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo/relatorios-e-publicacoes/orientacoes-programaticas-2017-2020-pdf.aspx>
- *Projetos: Educação para a Saúde*. DGE, 2019. Disponível em: <https://www.dge.mec.pt/educacao-para-saude>
- *PSD avança na próxima legislatura com proposta de legalização da cannabis para fins recreativos*. Jornal Público, 2019. Disponível em: <https://www.publico.pt/2019/04/28/sociedade/noticia/psd-avanca-proposta-legalizaca-cannabis-fins-recreativos-proxima-legislatura-1870779>
- *Referencial de Educação para a Saúde 2017*. DGE e DGS. Disponível em: https://dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/referencial_educacao_saude_novo.pdf
- Relatórios realizados pelo SICAD, EMCDDA e OED, “*Relatório Anual 2015 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*”, “*Country Drug Report 2017 — Portugal*”, e “*Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013 – 2020*”. Estão disponíveis em: http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/114/Ret%C3%B3rio%20Anual%20Drogas%20e%20Toxicodepend%C3%Aancias%202015.pdf e <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2017/portugal>
- “*Rui Moreira anuncia novo e inédito apoio municipal na Conferência Internacional de Redução de Riscos*”. Portal de Notícias do Porto, 2019. Disponível em: <http://www.porto.pt/noticias/rui-moreira-anuncia-novo-e-inedito-apoio-municipal-na-conferencia-internacional-de-reducao-de-riscos>
- Santos, Cristina. *Grupos focais: uma reflexão metodológica*. CIES e-Working Paper N.º 211/2017. Disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/14533>
- *Saiba quem são os 10 youtubers portugueses mais influentes*. Jornal SOL, 2019. Disponível em: <https://sol.sapo.pt/artigo/644645/saiba-quem-sao-os-10-youtubers-portugueses-mais-influentes>

- SICAD (Serviço de Intervenção de Comportamentos Aditivos e de Dependências), *Redução de Riscos e Minimização de Danos*. Disponível em: <http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RRMDMais/SitePages/Home%20Page.aspx>
- SICAD. *Descriminalização do consumo*. Disponível em: <http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/DesConsumo/Paginas/default.aspx>
- SICAD, *Caraterização de utentes de Projetos de Redução de Riscos e Minimização de Danos apoiados pelo SICAD*. 2011: 1-188. Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDES/Attachments/128/Relat%C3%B3rio.pdf
- Silva, Pedro et al. *Consumos e Estilos de Vida no Ensino Superior: o caso dos estudantes da ULisboa-2012*. Coleção Estudos SICAD, 2015. Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/154/Monografia.pdf
- *The World Drug Perception Problem*. GCDP, 2017. Disponível em: http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2018/01/GCDP-Report-2017_Perceptions-ENGLISH.pdf
- Faculdades da Universidade do Porto. 2019. Disponível em: https://sigarra.up.pt/up/pt/web_base.gera_pagina?p_pagina=escolas
- *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. World Health Organization. Geneva: WHO; 2003. Disponível em: https://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf
- *WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking*. World Health Organization Geneva; 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/156262/9789241564922_eng.pdf;jsessionid=1A3F2711D9C4BA85D730D89C93936EAA?sequence=1

Dissertações:

- Agante, Diana. *Comportamentos relacionados com o Consumo De Bebidas Alcoólicas durante as Festas Académicas nos Estudantes do Ensino Superior*. Universidade de Coimbra; 2009. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/13507>
- Aguiar, Ana. *A educação de pares como forma de aproximação humana a situações de toxicodependência: a experiência da etnografia numa instituição de redução de riscos*. Universidade do Porto; 2015. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/80785>

- Ferreira, Ana. *O Consumo de Álcool e Comportamentos de Risco nos Estudantes do Ensino Superior*. Universidade de Aveiro: Departamento de Ciências da Educação; 2008. Disponível em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/1015/1/2008001354.pdf>
- Ferreira, Mafalda. *Consumo de substâncias, estilos de vida activos e a saúde dos adolescentes portugueses*. Universidade Técnica de Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana; 2013. Disponível em: https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/5731/1/Tese_Mafalda_Ferreira.pdf
- Gomes, Alexandra. *A Influência da Representação Social do Sexo nos Comportamentos Sexuais de Risco dos Jovens Adultos Portugueses*. Universidade do Algarve: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais; 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Tese%20Alexandra%20Gomes.pdf>
- Santos, Maria. *Saúde Mental e Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários*. Universidade de Aveiro: Departamento de Educação; 2011. Disponível em: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/6738/1/Tese%20Luisa%20Santos.pdf>

Livros:

- Bell, J. *Como realizar um projecto de investigação*. (3ª edição). Lisboa: Gradiva. 2004.
- Harding, Sandra. *The Feminist Standpoint Theory Reader: Intellectual and Political Controversies*. Psychology Press. 2004
- Silva, Sofia. *Da Casa da Juventude aos Confins do Mundo. Etnografia de fragilidades, medos e estratégias juvenis*. Edições Afrontamento. Porto: 2011
- Silva, Pedro. *Etnografia e Educação: Reflexões a Propósito de uma Pesquisa Sociológica*. Profedições. Porto:2003
- Sousa, Boaventura. *Um discurso sobre as ciências*. Edições Afrontamento. Porto:1987.
- Sousa, Boaventura. *Introdução a uma Ciência Pós-Moderna*. Edições Afrontamento. Porto: 1989
- Torres, Leonor & Palhares, José. *Metodologias em Investigação em Ciências Sociais da Educação*. Edições Humus. Minho: (Edição ou reimpressão: 2014).
- Quivy, Raymond & Campenhoudt, Luc Van. *Manual de Investigação em Ciências Sociais da Educação*. 1998

Webgrafia das Imagens utilizadas na dinamização das sessões de GDF:

- <https://coach.nine.com.au/2017/08/07/13/25/stop-binge-drinking>
- <https://www.google.pt/imgres?imgurl=https%3A%2F%2Fsites.psu.edu%2Fsiowfa15%2Fwp-content%2Fuploads%2Fsites%2F29639%2F2015%2F11%2FBinge-Drinking.jpg.jpg&imgrefurl=https%3A%2F%2Fwww.quitalcohol.com%2FAlcohol-abuse%2Fbinge-drinking.html&docid=KgXxXdheXssjZJM&tbnid=-I9Fh74FeNF63M%3A&vet=10ahUKEwiF0qeOo6vaAhVJshQKHUMCAO8QMwhBKBlwEg..i&w=650&h=366&bih=662&biw=1366&q=binge%20drinking&ved=0ahUKEwiF0qeOo6vaAhVJshQKHUMCAO8QMwhBKBlwEg&iact=mrc&uact=8>
- <https://www.google.pt/imgres?imgurl=http%3A%2F%2Forevertwentysomethings.com%2Fwp-content%2Fuploads%2F2016%2F11%2Fgirls-binge-drinking.jpg&imgrefurl=http%3A%2F%2Forevertwentysomethings.com%2F2016%2F11%2F17%2Fbinge-drinking-after-college%2F&docid=oOIG3732BckfAM&tbnid=xU7GUVe7FUZGYM%3A&vet=10ahUKEwiF0qeOo6vaAhVJshQKHUMCAO8QMwg8KA0wDQ..i&w=500&h=295&bih=662&biw=1366&q=binge%20drinking&ved=0ahUKEwiF0qeOo6vaAhVJshQKHUMCAO8QMwg8KA0wDQ&iact=mrc&uact=8>
- <https://www.google.pt/imgres?imgurl=http%3A%2F%2Forevertwentysomethings.com%2Fwp-content%2Fuploads%2F2016%2F11%2Fgirls-binge-drinking.jpg&imgrefurl=http%3A%2F%2Forevertwentysomethings.com%2F2016%2F11%2F17%2Fbinge-drinking-after-college%2F&docid=oOIG3732BckfAM&tbnid=xU7GUVe7FUZGYM%3A&vet=10ahUKEwiF0qeOo6vaAhVJshQKHUMCAO8QMwg8KA0wDQ..i&w=500&h=295&bih=662&biw=1366&q=binge%20drinking&ved=0ahUKEwiF0qeOo6vaAhVJshQKHUMCAO8QMwg8KA0wDQ&iact=mrc&uact=8>
- <https://www.google.pt/imgres?imgurl=http%3A%2F%2Fd15h3ts9pue03r.cloudfront.net%2Fwp-content%2Fuploads%2F2017%2F08%2Fbinge-drinking.jpg%3Fx23406&imgrefurl=http%3A%2F%2Fwww.caribbean360.com%2Fnews%2Fteenage-binge-drinking-can-cause-brain-damage-study&docid=48VoDpy8Oc8vuM&tbnid=wwb0T9aU52gHtM%3A&vet=10ahUKEwiF0qeOo6vaAhVJshQKHUMCAO8QMwg1KAYwBg..i&w=740&h=493&bih=662&biw=1366&q=binge%20drinking&ved=0ahUKEwiF0qeOo6vaAhVJshQKHUMCAO8QMwg1KAYwBg&iact=mrc&uact=8>
- <https://www.google.pt/imgres?imgurl=https%3A%2F%2Fimg.apmcdn.org%2F47b780d74d98f9519e7db6466c5523e45cf5d0cc%2Funcropped%2Ffa15ad-20070205-drinkingteens.jpg&imgrefurl=https%3A%2F%2Fwww.mprnews.org%2Fstory%2F2008%2F01%2F10%2Fbinge1&docid=m5Gf-n86qjTQZM&tbnid=huT92XzEVUFTuM%3A&vet=10ahUKEwiF0qeOo6vaAhVJshQKHUMC>

AO8QMwhvKDYwNg..i&w=600&h=450&bih=662&biw=1366&q=binge%20drinking&ved=0a
hUKEwiF0qeOo6vaAhVJshQKHUMCAO8QMwhvKDYwNg&iact=src&uact=8

- http://www.abc.net.au/local/global_includes/popup.htm?mediaurl=http://www.abc.net.au/reslib/201206/r957619_10275524.jpg&caption=New%20research%20shows%20a%20clear%20link%20between%20young%20women%20binge%20drinking%20and%20unwanted%20or%20dangerous%20sexual%20activity.&width=700
- <https://www.shutterstock.com/image-illustration/binge-drinking-word-cloud-concept-475486723>
- <http://interventionstrategies.com/teenage-college-binge-drinking-statistics/>

Apêndices



**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO
de acordo com a Declaração de Helsínquia ¹ e a Convenção de Oviedo ²**

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Perspetivas de estudantes da Universidade do Porto sobre alguns comportamentos de risco

Enquadramento: A presente investigação realiza-se no âmbito do Mestrado em Educação para a Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, e é orientada pela Prof.^a Dra. Sofia Marques da Silva.

Explicação do estudo: Este estudo procura compreender a perceção de estudantes da Universidade do Porto, de forma a compreender as influências que contribuem para a adoção de alguns comportamentos de risco, nomeadamente: o tabagismo, a ingestão de álcool e o consumo de drogas. Desta forma, pretende-se recolher a sua opinião e posicionamento sobre o que acha que influência a adoção de comportamentos de risco. Para recolher a informação necessária solicito que participe num Grupo de Discussão Focalizada. Cada grupo será constituído por 6 estudantes da Universidade do Porto e as sessões realizar-se-ão na FPCEUP. Esta técnica implica a gravação áudio e, se possível, vídeo, para que no momento da transcrição a investigadora possa identificar mais facilmente as diferentes perspetivas de cada participante. As gravações ficarão na posse da investigadora e serão somente utilizadas no contexto deste estudo.

Condições e financiamento: A colaboração é de carácter voluntário, podendo a qualquer momento desistir de participar, sem que isso lhe traga prejuízos. O estudo é financiado pela própria investigadora. Não existe pagamento de deslocações para os participantes.

Confidencialidade e anonimato: Os dados recolhidos apenas serão utilizados para o presente estudo, sendo que serão preservados o anonimato e a confidencialidade dos mesmos. Os dados de identificação transcritos serão somente a idade (do Questionários Sociodemográfico) e a instituição de ensino (para garantir a representatividade da amostra). Assegura-se que os contactos serão feitos em ambiente de privacidade e ainda que as gravações das sessões e os dados pessoais recolhidos serão conservados apenas durante o tempo necessário ao cumprimento legal da preservação dos mesmos e da observância da finalidade deste estudo. Para garantia da segurança do tratamento de dados pessoais, vão ser adotadas medidas técnicas de segurança recorrendo ao bloqueio dos ficheiros com password. Aquando verificação do supramencionado, os mesmos serão eliminados permanentemente.

Obrigada desde já pelo tempo disponibilizado.

Investigadora: Vânia Sofia Nogueira Pinto; estudante do Mestrado em Educação para a Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 913460820; up201304879@fpce.up.pt

Assinatura:

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome:

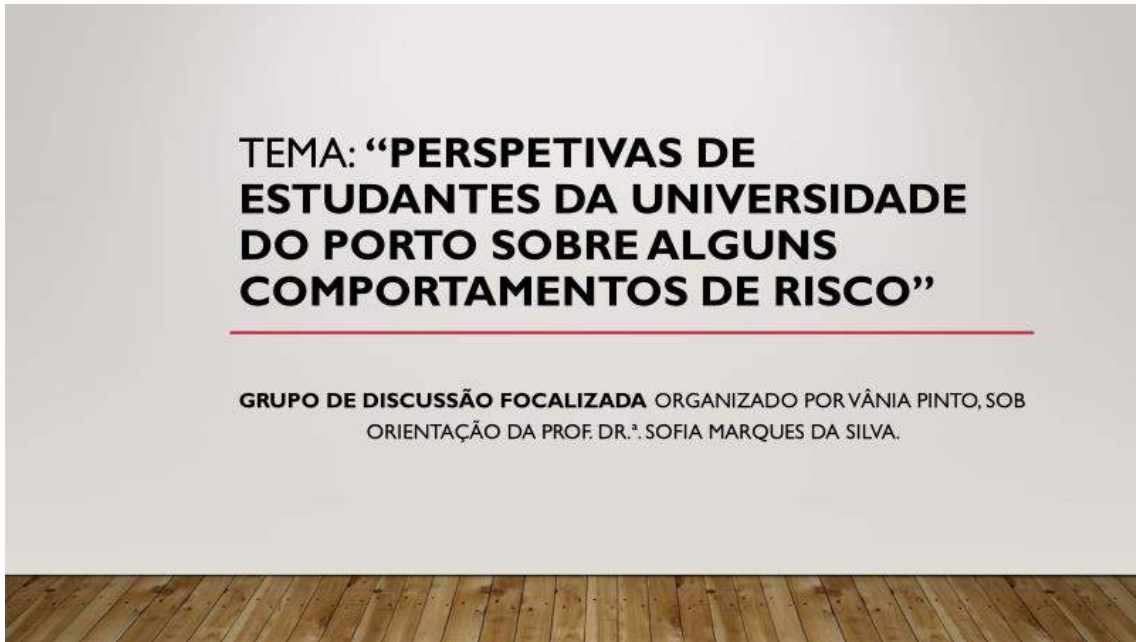
Assinatura:

Data: / /

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E É FEITO EM DUPLICADO: UMA
VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.**

¹ <http://epidemiologia.med.up.pt/pdfs/Helsinq.2013.pdf>

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>



Olá, boa tarde 😊 Como sabem convoquei-vos para esta reunião porque para mim é crucial recolher as vossas perceções/opiniões para a construção da minha dissertação de mestrado que tem como **tema “Perspetivas de estudantes da Universidade do Porto sobre alguns comportamentos de risco”**. O **Consentimento Informado** que vos entreguei explica brevemente o estudo, o método e o que é pretendido de vocês (que basicamente é a partilha da vossa opinião). Peço que assinem a parte de baixo e que me devolvam para fins de ética. Agradeço por também preencherem o **Questionário Sociodemográfico** para recolha de dados com fins estatísticos. Optei pela utilização de **Grupo de Discussão Focalizada**, que são basicamente **discussões estruturadas que envolve um grupo para recolher informação sobre os diversos pontos de vista – concordantes ou divergentes – para obter informações, ideias, perspetivas, influências, percursos e posicionamentos de cada um de vós, de forma a explorar um tema selecionado pela investigadora que neste caso são alguns dos comportamentos de risco nos e com os(as) jovens académicos, nomeadamente o álcool, as drogas e o tabaco. Quero ainda referir ainda que todas as ideias, opiniões, pensamentos quer pessoais quer em grupo são válidos e respeitados. E que todas as questões, informações ou perceções para além dos apresentados são pertinentes, valiosos e úteis. Não há certos nem errados, as respostas são livres**. Este PowerPoint tem o propósito de estimular esta discussão com algumas questões, imagens e dados, para tentarmos gerar uma reflexão e uma chuva de ideias.

Os **comportamentos de risco** selecionados para este estudo são: o **tabagismo**, a ingestão de **álcool** e o **consumo de drogas ilícitas**

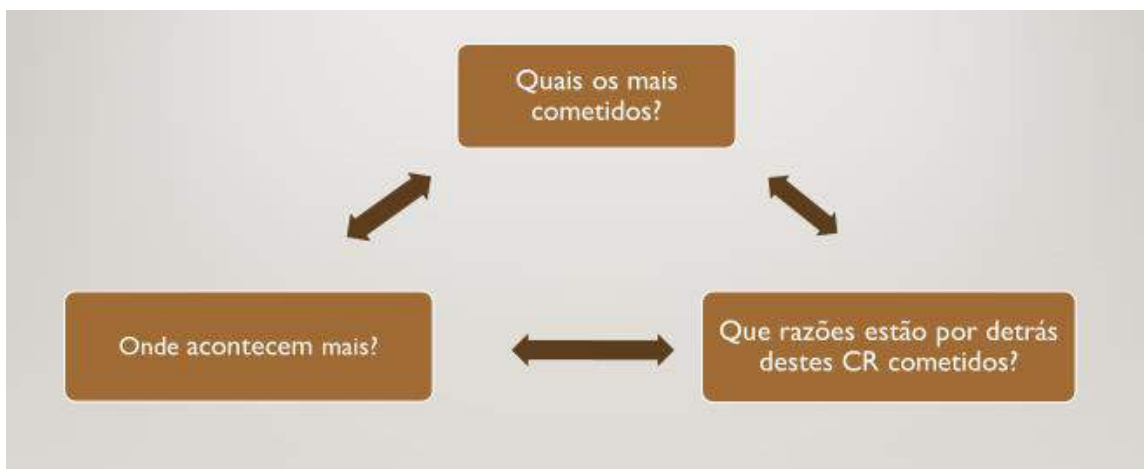


Queria começar por perceber **para que remete o conceito de CR?** Num todo, será que é pelo excesso, pelos efeitos que consideramos de risco?



Como e **quando julgamos que os comportamentos passam a ser de risco?**
Qual é o juízo de valor que utilizamos para os considerar de risco? Por serem episódios esporádicos e/ou frequentes? Pelo tipo de droga?

Quando é que julgamos que os comportamentos passam a ser de risco?





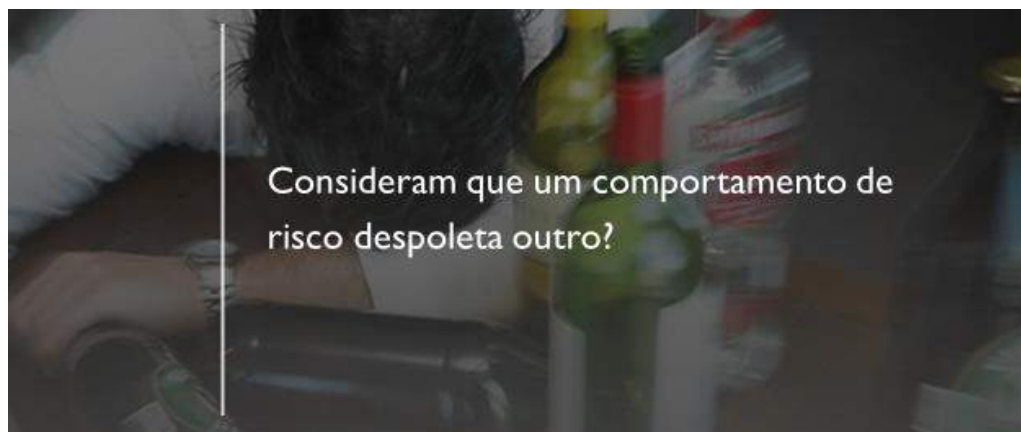
(No que pensamos realmente antes de o fazer ou não? Paramos para pensar no que vamos ingerir nos vai causar? A nossa personalidade tem um papel muito importante neste aspeto?)



ESTA É A EXPRESSÃO UTILIZADA PARA DESCREVER O CONSUMO DE GRANDES QUANTIDADES DE ÁLCOOL EM PEQUENOS PERÍODOS DE TEMPO, INGERINDO QUATRO OU MAIS BEBIDAS ALCOÓLICAS NUMA OCASIÃO, PROCURANDO A RÁPIDA ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA.

SABEMOS SEMPRE O QUE ESTAMOS A INGERIR, SOBRETUDO DEPOIS DISTO?





(Por exemplo o consumo de álcool atrai o consumo de tabaco? E o tabagismo alicia o consumo de drogas? Em quem já tem hábitos ou em quem não tem também?)



Recorrendo a alguns dados que recolhi durante a minha investigação, já em 2014, “a idade média em que consumiram uma bebida alcoólica pela primeira vez foi de 12,5 anos.” **Acham esta idade precoce ou normal? Posso perguntar-vos com que idade beberam a vossa primeira bebida alcoólica? E a vossa primeira bebedeira?**

ALGUNS DADOS...

“Consumo de álcool: Cerca de um terço dos adolescentes já tinha consumido álcool (33,8%); a idade média em que consumiram uma bebida alcoólica pela primeira vez foi de 12,5 anos.” (Domingues et al, 2014: 126)

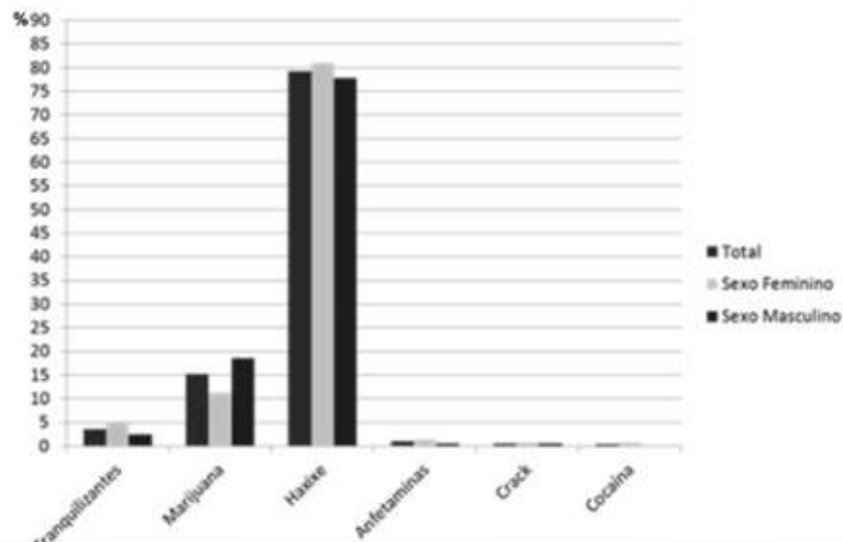


Razões referidas pelos adolescentes como mais importantes para terem experimentado fumar, segundo o sexo (Projecto Epiteen)

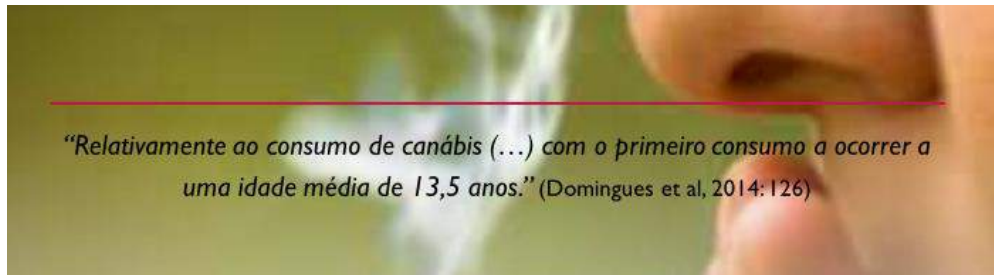
	Meninas	Meninos
	n (%)	n (%)
Dar conforto	5 (2,3)	1 (0,7)
Ser nervoso	18 (8,1)	14 (9,5)
Haver fumadores na família	6 (2,7)	8 (5,4)
A melhor maneira de se sentir bem	8 (3,6)	6 (4,1)
Libertar-se de preocupações	10 (4,5)	4 (2,7)
Sentir prazer	24 (10,9)	9 (6,1)
Os amigos fumarem	30 (13,6)	31 (21,1)
Estar aborrecido	13 (5,9)	7 (4,8)
Curiosidade	107 (48,4)	67 (45,6)

Segundo um projeto feito no ISPUP, as principais razões referidas para fumar são: a curiosidade, os amigos fumarem, sentir prazer, ser nervoso, libertar de preocupações.... **Acham que ainda se enquadram estas razões? Apontariam outras diferentes?**

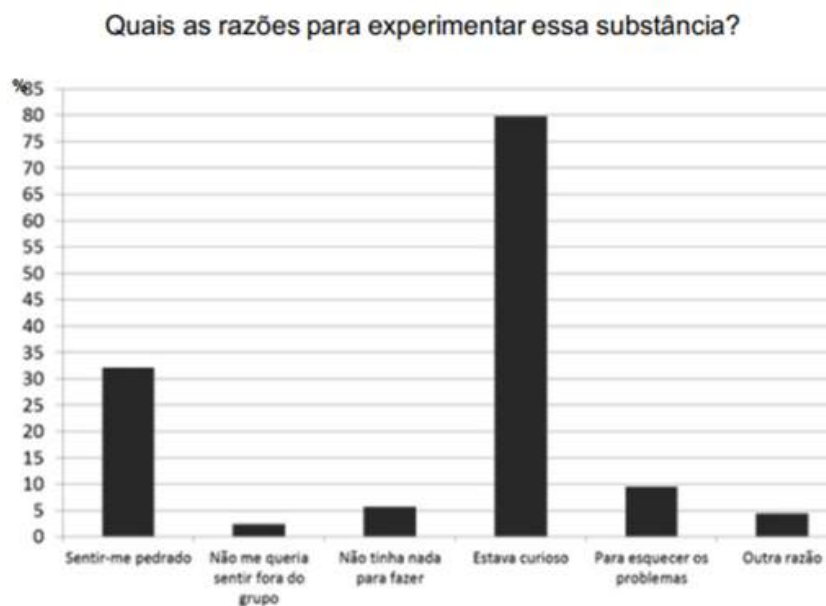
Qual foi a primeira droga que experimentaste?



Acham que o Haxixe continua a ser a primeira droga que se experimenta? Porquê?



Consideram esta idade aceitável ou precoce?



Também neste caso a maior razão apontada para se experimentar canábis é a curiosidade, seguidas da procura da experiência de “estra pedrado” e esquecer problemas. **Acham que ainda se adequam estas razões? Apontariam outras?**



TOXICODEPENDÊNCIA – APOIOS ESPECIALIZADOS E RECORRÊNCIA AOS MESMOS

<https://www.facebook.com/usodrogas.pt/videos/1252929871518700/>

Vou mostrar um pequeno vídeo que é uma reportagem de um estudo realizado no ISPUP. **Vocês sabiam que a toxicodependência deixou de ser considerada crime e passou a ser doença (em 2001)? Tinham noção dos apoios especializados prestados e da recorrência aos mesmos?** (Como as equipas de rua com a distribuição de kits com seringas, toalhetes, metadona, preservativos, entre outras coisas, e que consequentemente reduzem o risco de infeções.)

REFLEXÃO FINAL

- O que falta fazer para nos afastarmos destes comportamentos que colocam a nossa saúde e a nossa vida em causa? O que falta para conseguirmos renegar tudo o que é mau para nós e para a nossa saúde?

Se concordam que se deve investir na EpS quando se deve iniciar e deve estender-se até que nível de escolaridade?

OBRIGADA PELA ATENÇÃO 😊

1 – Para que remete o conceito de “comportamentos de risco”?

1.ª Sessão

“Para tudo o que põe em causa a tua saúde.”

“Também os espaços que têm esse ambiente mesmo sem tu estares lá presente, de alguma forma. Tu não fumando, mas estando num espaço onde estejam fumadores e de certa forma um ambiente de tabaco, acaba por ser um comportamento de risco.”

“Sim, é risco para ti e para as pessoas que estão à tua volta.”

“Involuntariamente acabas sempre por estar no risco.”

“Também se acaba por considerar de risco quando é em excesso.”

“Sim, eu acho que sim.”

“Eu também.”

2.ª Sessão

“Acho que é tudo aquilo que nós fazemos que, de qualquer forma, pode colocar em causa a nossa qualidade de vida, portanto, para não usar a palavra risco outra vez. Por exemplo, o tabaco traz malefícios para a nossa saúde, o álcool, a ingestão de drogas, portanto, acho que é isso, é o comportamento, é algo que nós fazemos e que trás algum risco para a nossa vida.”

“Eu também concordo, são ações que nós tomamos que mais tarde podem vir a ter consequências na nossa saúde.”

“E até no imediato, se calhar, depende o tipo de drogas eu falamos.”

“Mas, por exemplo, o álcool...é na mesma como se fosse uma droga porque uma pessoa fica ligada aquilo, carece daquilo, mas se calhar não percebe logo ao primeiro impacto não percebe logo os problemas que aquilo trás, só vai percebendo ao longo dos tempos.”

“É verdade, mas também pode ser de imediato. Posso beber um copinho a mais, ir a conduzir e ter um acidente.”

“Sim, é um risco que pode ser logo de seguida, dependendo daquilo que a pessoa faz.”

“Tudo o que coloca em causa a nossa integridade física e psicológica, tudo o que é em excesso acaba por prejudicar.”

“Sim, tudo aquilo que é em excesso acaba por prejudicar.”

“Sim, eu acho que sim.”

“Depende, há comportamentos que são de risco e que não é preciso ser em excesso... há outros que sim, se for em excesso são considerados comportamentos de risco, há outros que não. O consumo de droga, mesmo que não seja em excesso, só o facto de consumires droga já é um comportamento de risco.”

“E há pessoas que podem ou não ter a mesma consequência do que outra pessoa que se calhar consumiu álcool ou drogas, nem todos vão ter as mesmas consequências, alguns até podem nem chegar a ter consequências disso. Podem passar por aquela experiência sem ter problemas com isso, há sempre aquele lado de pode não acontecer, não quer dizer que aconteça.”

“Eu sei que, por exemplo, isto segundo alguns estudos, que eu não percebo muito desta área, confesso, mas quem bebe um copinho de vinho tinto, supostamente dizem que faz bem ao coração, não é verdade? Está provado, um copinho...é isto que eu queria dizer, é que nós falamos muito do álcool e com esta temática ficamos logo ok é um comportamento de risco, eu acho que é um bocadinho, como estava a dizer a colega, que quando é em excesso, há coisas que fazem mal, mas por exemplo, beber um copinho de vinho pequenino todos de dias...também li qualquer coisa que se bebermos muitos copinhos ao fim de semana e for todos os fins de semana mesmo que não seja todos os dias pode-se considerar alcoolismo...não sei e até faz sentido, é um hábito...”

“Uma dependência...”

“Exatamente, uma dependência, um hábito, se calhar até social... eu para me desinibir e estar mais socialmente preciso de beber um copo a mais. Portanto, é isso, eu acho que é comportamento de risco quando pomos em causa a nossa integridade e a dos outros também. Por exemplo, se eu correr feita palerma no meio da rua e passar sem ser na passadeira, coloco um carro, quem vai a conduzir em risco e a minha vida também. Portanto, também pode ser um comportamento de risco, não é, depende da perspetiva.”

3.ª Sessão

“Um comportamento de risco é algo que tu estás a fazer sabendo que vai ser mau para ti, estás a ter um risco, porque tanto o tabaco, como as drogas e como o álcool, nenhum destes te traz benefícios para a tua saúde, se formos a ver. Estamos a ter um comportamento de risco sempre que utilizamos algum deles.”

“É um comportamento que põe em causa a integridade física e psicológica da pessoa. Seja ele qual for, neste caso, pode ser positivamente ou negativamente, por exemplo, beber 4 a 5 cafés por dia, para algumas pessoas pode ser um comportamento de risco e para outras até desenvolve cognitivamente, ajuda, por exemplo, a manter-se acordado. Mas, lá está, comportamentos de risco remete logo para algo negativo.” (+ 4 concordaram)

4.ª Sessão

“Então é um comportamento que tem associados riscos, neste caso, para a nossa saúde.”

“Eu acho que também pode ser um comportamento em que nós deixamos de ter controlo sobre aquilo que fazemos muitas das vezes com os vícios ou mesmo naquele momento a gente perde a noção do que está a fazer...”

“Eu acho que pode influenciar, depende das pessoas, não é qualquer pessoa que consome tabaco, drogas e álcool, pode influenciar o comportamento das pessoas.”

“Eu acho que o risco está associado a nós sabermos que faz mal, ou à nossa saúde ou à sociedade, e é por isso que se chamam comportamentos de risco porque já está estipulado que esses comportamentos têm algum risco.”

“Eu acho que são todas as ações que prejudicam a nossa saúde, mas tenhamos nós a noção disso ou não.”

“Eu concordo.”

5.ª Sessão

“Aquilo que põe a tua vida em risco.”

“Sim, algo que faz mal à saúde.”

“A partir do momento em que prejudica a tua vida e a dos outros.”

“Concordo.”

“Depende dos organismos também.”

“Claro que o risco está incorporado, além de estar a afetar a tua saúde também está a afetar a saúde dos outros no geral.”

“Sim sobretudo nas drogas é o que pode acontecer.”

“E não só nas drogas também no álcool também pode acontecer.”

“Sim, mas neste caso eu estava a ver mais a perspetiva geral.”

“Quando afeta a pessoa... Para nós até pode não fazer nada, mas para outra pessoa até pode ser arriscado para a saúde dela, depende das quantidades e do estado em que uma pessoa está.”

“Do ponto de vista mais generalista, não falando só dos comportamentos de risco que estão associados à ingestão de bebidas, mas a qualquer comportamento seja ele qual for, a partir do momento em que excede os limites do bom senso, e não digo só da ingestão de bebidas, álcool, mas a partir do momento em que nós temos um comportamento ou um cenário de risco para com alguém, somos violentos e isso aí... há limites que nós temos padronizados na nossa sociedade, e a partir do momento em que excedemos esses limites estamos a correr riscos que têm consequências para nós e dependendo do comportamento também para os outros.”

“Mesmo psicológico.”

“Sim, nisto de álcool, tabaco e drogas também tens muito a parte pessoal, em primeiro lugar, mas depois isso pode-te trazer um conjunto de problemas não só para a saúde, pode ser a nível familiar, de relacionamentos, psicológico... acho que é um bocado por aí.”

“Quando já começa a afetar a vida das outras pessoas.”

“Se calhar é isso de experimentar uma vez ok, mas a partir do momento em que tu notas uma adição da pessoa, uma repetição constante daquele comportamento, passas a associar aquilo como parte dessa pessoa. E aí se calhar já estás a errar e a ir longe de mais...”

“Sim varia de pessoa para pessoa como é que consideramos os riscos.”

“Tu até podes fazer só esporadicamente, mas se o fazes em doses elevadas tens o risco lá inserido.”

6.ª Sessão

“Para mim um comportamento de risco é algo que será um comportamento que por si só, poderá ter influência na probabilidade de poderem surgir, por exemplo, determinadas patologias ou aumenta o risco do aparecimento dessas mesmas patologias. De qualquer forma, coloca a saúde da pessoa em risco, seja a nível psicológico, como físico.”

“É todo aquele comportamento que nos prejudica enquanto pessoa, na saúde, mental, física.”

“Sim partilho da mesma opinião.” (+3 participantes concordaram)

7.ª Sessão

“Tudo aquilo que afeta a tua saúde.”

“Sim, também concordo.”

“É o exagero e o comportamento aditivo, ficas dependente daquilo.”

“Concordo, tudo o que é em excesso é de risco.”

“Eu associo logo à droga, foi a primeira coisa que associei, o exagero e a dependência.”

“É assim, comportamento de risco é basicamente tudo aquilo que é colocado à margem pela sociedade, seja o tabaco, seja o álcool, seja o café em excesso, basicamente é tudo aquilo que em determinados parâmetros de saúde e dito pelos próprios médicos é considerado prejudicial para a saúde, mas ao mesmo tempo, também é colocado à parte pela nossa sociedade, que como alguém diz que é mau para a saúde já é um comportamento de risco, já é mau.”

8.ª Sessão

“Comportamento de risco remete para comportamentos que, de forma contínua, promovem habituação na pessoa... A médio e longo prazo são comportamentos com consequências a nível físico e psicológico.”

“É um conceito que remete para alterações no foro psicológico e que pode afetar, ou não, a vida social de cada indivíduo. Acabo por considerar que possa ser um excesso, pois tal como a palavra diz, em excesso será um risco.”

“Na minha perspetiva o conceito de comportamentos de risco remete para os próprios efeitos que são de risco.”

“Eu também acho que emerge para os efeitos que estes provocam na saúde e para os riscos que têm na saúde pessoal, a partir do momento que utiliza drogas, álcool e tabaco.”

“Considero que o conceito também remete para um comportamento que se considera fora do que está estipulado como socialmente aceitável e que pode colocar em risco a vida do sujeito que os pratica e das pessoas que estão à sua volta.”

“Na minha opinião, o conceito é relativo, pode começar por remeter e depender da comunidade em que estamos inseridos, mas, acho que remete para quando perdemos o controlo, excedendo os nossos limites, perdendo alguma noção e senso comum, quer para connosco, como com terceiros.”

9.ª Sessão

“O conceito de comportamento de risco remete-nos para atitudes e ações que um determinado indivíduo tem que podem colocar em risco a saúde e a integridade física.”

“Comportamentos de risco referem-se a todas as atividades que os indivíduos realizam no seu dia a dia que acabam por ser prejudiciais quer para a sua vida, quer para a vida daqueles que estão à sua volta.”

“Eu concordo, são comportamentos que põem a nossa saúde quer física, quer mental, e a nossa segurança, assim como a dos outros, em perigo.”

“Eu acho que o conceito de comportamento de risco define uma ação ou conjunto de ações, singulares ou repetidas capazes de colocar em causa a integridade do indivíduo, dos que o rodeiam, e/ou do meio.”

“Na minha opinião remete para atuações nossas que quando excessivas e quando perdemos o controle nos deixam vulneráveis a situações de perigo e risco.”

“Eu também acho que é mais pelos excessos...”

“É um comportamento que assume derivadas consequências negativas para o indivíduo, consequências essas que podem ser a curto ou a longo prazo.”

2 – Como e quando julgarmos que os comportamentos passam a ser de risco?

1.ª Sessão

“Eu acho que é quando acontece alguma coisa de mais grave porque até lá se calhar nós não temos consciência da gravidade das situações.”

“A partir do momento em que tu bebes e fumas tu já sabes que não estas a fazer bem à tua saúde, isso é óbvio, mas só tens mesmo perceção do quão mal estás quando acontece alguma coisa, até lá opa é só mais um cigarro...”

“Porque tu apercebeste e sabes que faz mal, no entanto, não é isso que vai levar a deixares de o fazer.”

“Sim até fazem questão de o dizer na caixa do maço.”

“Não que isso altere...”

“Eu li uma parte de um livro que era sobre marketing, que eu já não sei o nome, mas chegou a conclusão que as imagens e essas mensagens todas ainda incentivavam mais o nosso consumo. Portanto, depois de ler aquilo não creio que aquilo nos faça... não sei eu olho para as imagens e fumo.”

“Aquilo mete-me confusão, mas eu compro tabaco e pego no tabaco e ponho dentro da minha caixinha.”

“A mim não me faz confusão, eu tenho noção do mal que pode causar, portanto ver ou não para mim é-me indiferente, eu já sei as consequências.”

2.ª Sessão

“Eu acho que é a partir do momento em que nós fazemos algo que ponha em causa a nossa saúde ou que ponha em causa um o outro, eu acho que acaba por ser já um comportamento de risco.”

“Eu acho que pelo que é legal e pelo que não é legal, não é a melhor forma que temos para nos gerirmos porque o álcool é legal, em Portugal, portanto, e aliás há muitos problemas na nossa população com o álcool por causa disso mesmo, por ser legal. E eu acho que é mesmo o acesso

que temos ou não à informação eu acho que conhecimento, como se costuma dizer, conhecimento é poder. E eu acho que para perceber o que nos faz mal primeiro temos de ter acesso...temos de perceber. Por exemplo, um ice tea, eu lembro-me que a minha mãe achava que era muito bom para os filhos porque era chá e não, tem uma quantidade de açúcar abismal e que se formos a ver, nós só nos consciencializamos, por mais educação que tenhamos, por acesso à informação, nos últimos anos, portanto, não sei...eu acho que as vezes, por exemplo, a erva dizem que não tem assim tantos malefícios para a saúde, até há quem dia que faça bem.”

“E há quem diga que faz melhor fumar droga...erva do que tabaco normal.”

“Depende do nível de consumo.”

“Mas depois uma pessoa fica aqui no meio e é difícil discernir o que é que nos coloca em causa, há coisas que são óbvias, álcool em excesso, tabaco, eu fumo, confesso. Sei perfeitamente e noto no dia a dia, então a idade vai passando e eu olho para os jovens e apesar de ainda ser jovem...eu já fumo a dez anos e só há pouco tempo é que pensei ah tu já fumas a dez anos, começamos novos e não ligamos ao tempo a passar. E a verdade é que a fumar a dez anos já noto que a subir umas escadas custa, se corro para o autocarro já pareço se calhar pior do que uma velhinha que encontrei no outro dia de oitenta e tal anos, que eu acho que me ultrapassava numa corrida.”

“Lá esta, nesse caso não foi uma consequência logo de seguida, é a longo prazo, a questão foi-se agravando, não é, as pessoas vão sentindo as consequências daquilo que fizeram, no passado ou que continuaram no futuro também, não é, é por aí.”

“Exatamente.”

3.ª Sessão

“Eu acho que depende do organismo e da forma como a pessoa consegue lidar com aquilo que está a consumir. Relativamente às drogas tem a ver com a pessoa em si, há pessoas que podem consumir muitas drogas e não ficarem aditas à droga, e outras até podem não consumir tanto como essas e já ficam...”

“Isso também tem a ver com a predisposição.”

“Sim.”

“Às vezes há certos acontecimentos que nos marcam e que nos chamam à atenção, por exemplo a alteração do nosso comportamento em relação aos outros, muitas vezes são os outros que nos levam a percebermos que o nosso comportamento é de risco, às vezes nem somos nós, são os outros que nos chamam à atenção para isso. Mas também há outros tipos de comportamentos de risco que nos chamam logo à atenção de que é algo mau...”

“E até o teu próprio corpo pode dar o alerta de que tu estás a ter um comportamento de risco já a algum tempo, e há pessoas que dependendo do organismo pode ser mais ou menos rápido. Tudo na vida em excesso faz mal, mas neste caso, estes três são muito específicos e fazem com que tu facilmente tenhas um comportamento de risco.”

“Eu discordo, eu acho que um comportamento de risco é comportamento de risco a partir do momento em que tu sabes que te vai fazer mal, não é só a partir do momento em tu atinges o

limite. É sempre comportamento de risco, percebes? Quando tu atinges o limite é a prova de que é um comportamento de risco.”

“Sim, se tu fores, por exemplo, para a queima e estares a beber álcool, tu sabes perfeitamente que o álcool te faz mal, não tens de ficar quase a desmaiar para saberes que aquilo é um comportamento de risco e que te está a fazer mal.”

“As coisas em excesso são sempre um comportamento de risco, independentemente de tu reagires bem ou mal, é um comportamento de risco mesmo que tu reajas bem.”

“Sim, eu acho que para ser valorizado tem de acontecer alguma coisa.”

“Sempre que acontece alguma coisa já é a validação de que aquilo é um risco.”

“Mas para ti, teoricamente...”

“Um risco não é confirmado, é um risco, é uma hipótese.”

“Eu acho que estou a perceber aquilo que tu estás a dizer, toda a gente percebe o que são comportamentos de risco, nós temos noção de que as drogas são um comportamento de risco, o álcool é um comportamento de risco e o tabaco também, mas nós arriscamos, não é?”

“Exatamente.”

“Se calhar, só nos apercebemos do risco real quando nos acontece algo.”

“Exato.”

“Mas lá está já é uma consequência do risco, não é o risco, é a validação.”

“Não é o risco, mas é, se calhar, uma forma de tu olhares de maneira diferente para isso.”

“Então, se calhar, quando é que julgamos que os comportamentos passam a ser de risco é quando realmente nos acontece alguma coisa.”

“Sim quando nos acontece alguma coisa.”

“Quando temos consciência disso...”

“Eu discordo, eu sou fumadora e tenho consciência de que é um comportamento de risco, não preciso de ter um ataque de asma para perceber que é um comportamento de risco.”

“Eu concordo, mas olhando para a maioria da população, se calhar, a maioria das pessoas precisa de sentir isso, porque é assim, tu até podes ter noção de que aquilo te faz mal, mas que é um comportamento de risco, talvez não. Tu se calhar sim, e nós que estudamos estas coisas também sabemos e temos o pensamento um bocado enviesado sobre isto.”

“Eu acho que a diferença está em nós darmos importância ou não ao risco. É nós querermos ou não, expormo-nos ao risco. Não é tanto o saber se é um comportamento de risco, mas sim o querer saber que aquilo é um comportamento de risco. No sentido de nos importarmos efetivamente naquilo que estamos a fazer. Toda a gente tem consciência, acho eu, ou a maior parta daquilo que está a fazer. Agora, o importante é nós sabermos e termos consciência se queremos ou não arriscar. Arriscar, está lá o risco. Nós sabemos que ele existe.”

4.ª Sessão

“Eu acho que para algumas pessoas sim, eu se consumir drogas e se for esporádico eu digo “ok pronto, não voltes a fazê-lo”, agora se vir alguém que consuma todos os dias, para mim, dou mais importância.”

“Eu acho que, como eu disse há bocado, é a partir do momento em que nós próprios perdemos o controlo do que estamos a fazer, seja o vício do tabaco, seja nas drogas e também no álcool, no café, em qualquer coisa. Quando perdemos o controlo e temos necessidade de voltar a fazer aquilo, penso que se torna um comportamento de risco.”

“Eu também acho que isso é um bocado relativo porque quando somos nós próprios a fazer as coisas, eu acho que nós não temos tanta perceção do risco, do que quando vimos as outras pessoas a faze-lo porque nós achamos que estamos a faze-lo controladamente e, se calhar já não estamos.”

“É exatamente por isso, não tens controlo do que estás a fazer, por muito que queiras...”

“É muito mais fácil tu olhares para outra pessoa e julgar.”

“Nós tendemos a camuflar um bocadinho os nossos próprios comportamentos...”

“Sim, imagina, eu fumo e acho que todos os cigarros que fumo é porque eu quero fumar, mas se calhar, se eu disser a alguém a quantidade de tabaco que eu fumo a pessoa não vai achar o mesmo.”

“É exatamente isso.”

“Acho que devemos ter um limite.”

“Eu acho que o limite tem muito a ver com... eu falo por mim, eu termos de álcool eu sei qual é o meu limite, e eu define esse limite há muitos anos. Eu acho que é até ao ponto de por exemplo eu sei que se estiver sozinha eu posso ir para casa, estou ciente de tudo, bebi, mas consigo fazer as minhas coisas normais. Para mim esse é o limite. Se calhar rio-me mais um bocado, mas consigo ir para casa na mesma.”

“Eu concordo com o que ela disse e também falo por mim e alguns dos limites que eu ultrapassei foi por ultrapassa-los, ou seja, ultrapassei por saber que era o limite e que não podia ir mais.”

“Corres mais o risco se tiveres alguém de confiança.”

“Eu também acho que sim.”

5.ª Sessão

“Eu acho que cada pessoa tem um limite e que cada pessoa tem que ter consciência do seu limite.”

“Estabeleces o limite quebrando o limite anterior...”

“Sim, é a única opção.”

“Mas aí já estás a por em risco. Se tens que quebrar o teu limite já te pões em risco ao mesmo tempo.”

“Talvez não tenhas necessariamente que quebrar o limite, mas também depende do que estejas a falar. Digamos que uma pessoa começa a notar que o álcool ou a droga está a afetar o seu comportamento e isto é difícil de explicar, depende do que a pessoa está a sentir naquele momento. E uma pessoa depois acaba por ter uma noção intrínseca do quanto é que aquilo está a afetar, às vezes, depois se calhar, essa noção que a pessoa tem depois não é a mesma que as outras pessoas têm, ao ver essa pessoa naquele estado. Mas, efetivamente, uma pessoa tem ideia do quão mal se encontra e o limite pode ser estabelecido por aí sem chegar a um nível

extremo. Quando bebo, por exemplo, eu começo-me a sentir alegre e digo ok é melhor ficar por aqui antes que caia para o lado, por exemplo.”

“Exatamente.”

6.^a Sessão

“Eu acho que tudo passa pela frequência das vezes que realizamos ou concretizamos certos atos, claro que toda a gente experimenta, mas ficar só por aí eu acho que não é um comportamento de risco, para se ter noção daquilo que é, mas uma pessoa para isso não precisa de voltar a repetir. Eu não sou a favor nem contra de se experimentar, cada um é livre de fazer o que quiser, mas se for só experimentar, eu não considero como comportamento de risco, mas se for experimentar esporadicamente com elevada frequência, aí já se torna um comportamento de risco, torna-se rotineiro, já se torna um comportamento de risco. Também tem a ver com a dose que uma pessoa ingere e administra no seu corpo.”

“Para mim a primeira experiência já é considerada um comportamento de risco.”

“Também penso um bocadinho dessa forma, é assim, também depende daquilo que estivermos a falar, pode ser consumo de substâncias ou outro tipo de situações, se pegarmos no exemplo de relações sexuais desprotegidas, mesmo não sendo um excesso porque não pode ser considerado por aí, não deixa de ser um comportamento de risco porque a partir daí podem surgir uma série de complicações como pode até nem acontecer nada, mas creio de não deixa de ser por si só um comportamento de risco. E mesmo o consumo de substâncias, por exemplo, se estivermos a falar de um café, algo que não é à partida prejudicial se for em doses controladas, até poderá ser benéfico e estamos a falar de outras substâncias que à partida serão sempre más, por exemplo o caso do tabaco, o seu consumo nunca trará nenhum benefício para a saúde, é algo que está comprovado.”

“No caso do álcool, há médicos que defendem que beber um copo de vinho à refeição não é prejudicial. E é álcool. Mas por exemplo, o tabaco e a droga acho que é mais preocupante experimentar do comparativamente ao álcool.”

“A nós ensinaram-nos no ano passado que o álcool é a pior droga.”

“E em relação às drogas leves, experimentar tudo bem, mas se for tipo continuamento com frequência, com doses controladas, se uma pessoa conseguir fazer a vida dela normalmente sem interferir com a vida profissional, familiar e tudo mais, não se torna um comportamento de risco, neste aspeto. Acho que é preciso acontecer alguma coisa má, apanhar um susto para aí se perceber que se tem de baixar, mas a pessoa depois por ela, tem de partir dela pensar “ok vamos dar um tempo”, cada um sabe de si, há pessoas que conseguem, há pessoas que não conseguem, também depende do quão envolvidas já estão em relação às drogas. Mas eu acho, em relação ainda às drogas leves, que se for com conta peso e medida, acho que se consegue fazer uma vida normal.”

“Eu concordo, mas depois isto do leve e do pesado é um bocado relativo. Eu uma vez li um artigo onde um professor dizia que por exemplo que um charro é considerado uma droga leve e a heroína uma droga pesada, mas se compararmos uma pessoa que consome heroína uma vez

de três em três meses, ou até uma vez por ano, e uma pessoa que fume um charro todos os dias, até que ponto o charro é leve e a heroína pesada? Também tem a ver com a dosagem. Mas eu percebo que o charro, por exemplo, por ser considerado droga leve há muitas pessoas que fumam esporadicamente em eventos, em convívios com os amigos. Mas, também conheço casos, em que eles próprios não têm noção de deixar de consumir, há pessoas que consomem todos os dias e estão viciadas e não têm consciência e depois há aquelas pessoas que fumam só de longe a longe, não têm necessidade, só fumam socialmente e sabem separar as coisas e podem passar um ano sem fumar porque não sentem necessidade disso.”

“Eu fumo e há vezes em que fumo normalmente, sou capaz de durante uns tempos todos os dias fumar, mas é uma coisa mesmo tranquila, a minha vida funciona normalmente, e depois há vezes que quando não tenho ou quando não quero, quando não me apetece, também estou muito tempo sem consumir. Quando uma pessoa vai sair claro que há mais vontade, mas ninguém morre se não o fizer, não sinto que preciso daquilo.”

“Eu tenho o caso do meu namorado, ele gaba-se que deixou de fumar tabaco, só que ele quando fuma um charro adiciona um cigarro, ou seja, ele não admite que está viciado, mas ele não consegue passar duas semanas sem fumar um charro e a desculpa dele é ir ter com os amigos. E ainda não lhe caiu a ficha, que ele está dependente daquilo, se fizer um sacrifício e se o isolarmos ele consegue passar sem aquilo, mas ele inconscientemente tende para aquilo e não tem consciência.”

“Eu acho que há pessoas que têm consciência, não querem é admitir. Nós tínhamos um caso no ano passado na nossa turma, uma colega que fumava esporadicamente e muitas vezes me dizia a mim que quando queria deixava, mas quando chegava a hora tinha de ir. E a professora confrontou-a com essa situação, ela era viciada, que não se enganasse, ela só deixa de ser viciada quando deixar completamente.”

“Exatamente.”

“Eu acho que aqui é se calhar um bocadinho importante diferenciar a questão do risco para a saúde física e quando falamos um pouco de dependências. Eu acho que o risco para a saúde a nível físico é óbvio em qualquer tipo de substâncias desse género, quando falamos por exemplo do álcool, como já referiram aqui, um consumo de um copo por dia é benéfico e sabe-se disso, enquanto que se tivermos um consumo exagerado de álcool pode gerar uma dependência e das mais graves. Se estivermos a falar de outro tipo de substâncias sejam drogas ilícitas, leves, pesadas, estamos a falar de substâncias que à partida provocam um dano, portanto... O tabaco provoca dano, fumar um cigarro por dia ou por semana nunca é benéfico. E agora focando mais nas dependências em si, uma substância que seja pesada, como a heroína, por exemplo, sabe-se que provoca uma dependência maior até pela ressaca que provoca e por aí a fora, enquanto que se calhar uma droga leve..., é verdade e eu conheço imensas pessoas que consomem substâncias esporadicamente em festas, mas que facilmente abandonam, passam meses, anos, se for preciso. Também conheço pessoas que fumavam esporadicamente, que tiveram um evento de vida, se calhar, um bocado mais negativo e que facilmente arranjam ali uma fuga para ir para isso e eu acho que começa a ser um bocado mais perigoso quando passa a ser um

consumo que se faz sozinho, um consumo onde as pessoas chegam a casa, no fim do dia e fumam o seu charro porque ajuda para aliviar o stress, é uma fuga e não sei que, se calhar aí é quando começa a ser mais preocupante porque já estamos a falar de um impacto na saúde não só a nível físico mas psicológico, algo que a pessoa não consegue deixar. Ou seja, para mim, pegando na pergunta, sim episódios esporádicos têm um impacto na nossa saúde, ainda que não haja dependência, mas se estivermos a falar de um episódio recorrente, temos muitos mais riscos porque à partida será mais difícil deixar, se deixar será muito mais fácil ter uma recaída, e é uma situação que se calhar requer uma abordagem mais diferente, embora eu acho que basta pegar em se calhar, patologias do foro psiquiátrico falando por exemplo de psicoses, surtos psicóticos, que são despoletados por consumos de droga, temos jovens nos seus 15-16 anos que têm um consumo esporádico e despoleta um surto psicótico que os acompanha para toda a vida, terão de fazer fármacos recorrentemente todos os meses para poder controlar esse tipo de situações, e pronto são casos complicados especialmente em idades tão jovens. Se calhar o consumo esporádico pode ter consequências graves, nesse sentido, agora também depende da substância que estamos a falar, claro que o conceito de se é pesado ou se é leve, depende muito do consumo.”

“E eu também acho que pode ter a ver com a saúde da própria pessoa, o organismo...há organismos que aguentam mais e outros nem tanto.”

“Também.”

“É verdade.”

“E há outro aspeto que ainda não foi referido que é tanto há pessoas que com o stress se refugiam no charro ou no álcool, eu por exemplo refugio-me na comida, no açúcar, em doces... para mim isso também é um comportamento de risco porque tudo que ingiro que não é propriamente saudável vai acabar por afetar a minha saúde, não física, também a estética, e depois isso ainda gera mais stress, uma pessoa fica ainda mais chateada, é uma categorização social, por exemplo, na Holanda as drogas são legais, fumar um charro na rua é completamente aceitável. É uma coisa que é individual, cada um deve ser responsável pelos seus atos, mas depois a pressão social e as leis impostas e a cultura de cada país, cidade, influencia isto, é uma coisa que é multifatorial, tem imensos fatores e imensas ligações, é algo que realmente tem de ser estudado.”

7.ª Sessão

“Eu acho que depende, se alguém te disser que experimentou fumar droga já vais associar a experimentação como um comportamento de risco, isso depende do comportamento de risco que tu associes.”

“Um comportamento mesmo que seja esporádico pode ser de risco.”

“Eu acho que basta experimentar, entras no mundo e acabou porque se tornam comportamentos sociais.”

“Sim a influência entre colegas é fácil, um leva ao outro, o outro a um outro...”

“Também a falta de controlo da própria pessoa.”

“Eu acho que mais uma vez isso tem a ver com os paradigmas da sociedade. Uma coisa é alguém chegar à tua beira e dizer que toma x cafés por dia e tu assumas isso como um excesso porque alguém discrimina e determina as doses recomendadas por dia, outra coisa é alguém falar de droga como comportamento de risco, isso além de ser ligado à saúde, como eu disse à pouco, é ligado aos paradigmas da sociedade, é a forma como a nossa sociedade está estruturada e o pensamento que é criado pelas entidades superiores determinam o que é certo e o que é errado, e não a perspetiva da pessoa que o faz. Mas para mim os comportamentos passam a ser de risco quando se tornam um vício ou quando é prejudicial à saúde.”

“Exatamente, quando de alguma forma pode prejudicar o teu bem-estar, o teu organismo, a tua saúde e que realmente pode ter consequências a curto prazo ou na longevidade.”

“Mas isso também depende, uma pessoa acaba por não se aperceber quando passa de uma coisa esporádica para algo mais frequente. É mais fácil ver isso nos outros.”

8.ª Sessão

“O meu juízo de valor baseia-se no consumo de qualquer droga pois já é um risco, na maioria das vezes um caminho sem volta, claro que se os episódios são mais frequentes é ainda mais assustador, e aí o risco já é mais evidente.”

“Eu acho que é quando percebemos que o comportamento deixa de ser controlado pela própria pessoa e ela sente-se quase em piloto automático quando age.”

“Eu acho que o juízo de valor que utilizamos está baseado no que a sociedade considera socialmente aceite. Quando o consumo é frequente e excessivo e as pessoas que o realizam perdem o controlo das suas vidas e adotam comportamentos que colocam o seu bem-estar em causa claro que é considerado de risco.”

“Na minha opinião, a partir do momento em que se consome alguma bebida alcoólica, drogas ou tabaco, por si só já é um comportamento de risco. Pode ser esporádico ou não, mas será sempre um comportamento de risco, até porque é na universidade que se descobre os nossos próprios limites e na entrada da mesma somos todos adultos as decisões de adotar ou não este CR é da nossa responsabilidade, cabe a cada um de nós.”

“A meu ver, é quando se excede e se ultrapassa o limite do nosso corpo, qualquer comportamento pode-se tornar um comportamento de risco. Podem-se tornar episódios ocasionais ou mesmo frequentes, mas isso dependerá da pessoa, ou seja, da frequência com que ultrapassa o seu limite e se sabe que o está a fazer. Qualquer tipo de droga pode levar a isso, existem drogas leves e pesadas, no entanto, se uma droga leve for usada em demasia em relação ao que a pessoa aguenta, pode levar de igual forma aos mesmos comportamentos de risco de uma droga pesada.”

“Eu acho que passam a ser de risco quando afeta a saúde da pessoa que se sujeita aos mesmo e os que estão envolvidos direta ou indiretamente com ele. Pode por vezes não afetar só a saúde, mas o meio da mesma, incluindo a família, amigos, habitação, etc. É fácil dizer: “estes drogados andam por aí a estragar as vidas deles e dos outros! Derretem dinheiro nesta porcaria. Não têm nada naquela cabeça...”. Infelizmente, se calhar até eu já o disse, mas também muitas situações

têm antecedentes que ninguém procurou compreender e ajudar, apenas julgou. Pessoas nestas situações precisam de ajuda, apoio e persistência da parte do outro. Considero que julgamos e consideramos de risco, seja esporádico ou não, a partir do momento que consome é considerado drogado, com comportamentos de risco. Isto tudo, independentemente da droga ou drogas consumidas.”

9.ª Sessão

“A partir do momento em que se sente que a atividade realizada é viciosa e que não se consegue viver sem a exercer.”

“A meu ver para se determinar se um comportamento é ou não de risco devemos ter em conta indicadores quantificáveis tais como, frequência, dosagem, local, etc.”

“Eu acho que julgamos que são de risco por serem episódios frequentes, pela intensidade dos mesmos comportamentos e pelo exagero de certo tipo de substâncias.”

“Concordo, os comportamentos começam a ser julgados de risco quando comprometem a nossa vida, quer a nível de saúde, quer pela própria maneira de agir e ainda pela intensidade e pela quantidade.”

“Quando começam a fazer parte da rotina, quando destes se verifica uma modificação de comportamento e quando já afetam o bem-estar e saúde da pessoa.”

“Eu acho que é quando estes se tornam repetitivos e pelas consequências que provocam.”

“Sim, quando saem do nosso controlo, por exemplo, quando me apercebo que o efeito que queria já ultrapassou o desejado e acaba por se tornar desagradável física e psicologicamente.”

Apêndice IV – Tabelas da Análise de Conteúdo

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo	Definição
<p>Perspetivas sobre os CR</p>	<p>Conceitos</p>	<p><i>“Para tudo o que põe em causa a tua saúde.”</i></p> <p><i>“Também os espaços que têm esse ambiente mesmo sem tu estares lá presente, de alguma forma. Tu não fumando, mas estando num espaço onde estejam fumadores e de certa forma um ambiente de tabaco, acaba por ser um comportamento de risco.”</i></p> <p><i>“Sim, é risco para ti e para as pessoas que estão à tua volta.”</i></p> <p><i>“Involuntariamente acabas sempre por estar no risco.”</i></p> <p><i>“Também se acaba por considerar de risco quando é em excesso.”</i></p> <p><i>“Sim, eu acho que sim.”</i></p> <p><i>“Acho que é tudo aquilo que nós fazemos que, de qualquer forma, pode colocar em causa a nossa qualidade de vida, portanto, para não usar a palavra risco outra vez. Por exemplo, o tabaco traz malefícios para a nossa saúde, o álcool, a ingestão de drogas, portanto, acho que é isso, é o comportamento, é algo que nós fazemos e que trás algum risco para a nossa vida.”</i></p> <p><i>“Eu também concordo, são ações que nós tomamos que mais tarde podem vir a ter consequências na nossa saúde.”</i></p> <p><i>“Tudo o que coloca em causa a nossa integridade física e psicológica, tudo o que é em excesso acaba por prejudicar.”</i></p> <p><i>“Depende, há comportamentos que são de risco e que não é preciso ser em excesso... há outros que sim, se for em excesso são considerados comportamentos de risco, há outros que não. O consumo de droga, mesmo que não seja em excesso, só o facto de consumires droga já é um comportamento de risco.”</i></p> <p><i>“E há pessoas que podem ou não ter a mesma consequência do que outra pessoa que se calhar consumiu álcool ou drogas, nem todos vão ter as mesmas consequências, alguns até podem nem chegar a ter consequências disso. Podem passar por aquela experiência sem ter problemas com isso, há sempre aquele lado de pode não acontecer, não quer dizer que aconteça.”</i></p> <p><i>“Então é um comportamento que tem associados riscos, neste caso, para a nossa saúde.”</i></p> <p><i>“Eu acho que também pode ser um comportamento em que nós deixamos de ter controlo sobre aquilo que fazemos muitas das vezes com os vícios ou mesmo naquele momento a gente perde a noção do que está a fazer...”</i></p> <p><i>“Eu acho que são todas as ações que prejudicam a nossa saúde, mas tenhamos nós a noção disso ou não.”</i></p> <p><i>“Quando afeta a pessoa... Para nós até pode não fazer nada, mas para outra pessoa até pode ser arriscado para a saúde dela, depende das quantidades e do estado em que uma pessoa está.”</i></p> <p><i>“Do ponto de vista mais generalista, não falando só dos comportamentos de risco que estão associados à ingestão de bebidas, mas a qualquer comportamento seja ele qual for, a partir do momento em que excede os limites do bom senso, e não digo só</i></p>	<p>Esta categoria procura compreender as perspetivas que os estudantes têm sobre os CR, nomeadamente o que atribuem à expressão, considerando os conceitos, os julgamentos e as significações que têm dos comportamentos em si e do(s) risco(s).</p>

Apêndice IV – Tabelas da Análise de Conteúdo

		<p><i>da ingestão de bebidas, álcool, mas a partir do momento em que nós temos um comportamento ou um cenário de risco para com alguém, somos violentos e isso aí... há limites que nós temos padronizados na nossa sociedade, e a partir do momento em que excedemos esses limites estamos a correr riscos que têm consequências para nós e dependendo do comportamento também para os outros.”</i></p> <p><i>“Para mim um comportamento de risco é algo que será um comportamento que por si só, poderá ter influência na probabilidade de poderem surgir, por exemplo, determinadas patologias ou aumenta o risco do aparecimento dessas mesmas patologias. De qualquer forma, coloca a saúde da pessoa em risco, seja a nível psicológico, como físico.”</i></p> <p><i>“É todo aquele comportamento que nos prejudica enquanto pessoa, na saúde, mental, física.”</i></p> <p><i>“Na minha perspetiva o conceito de comportamentos de risco remete para os próprios efeitos que são de risco.”</i></p> <p><i>“Eu também acho que emerge para os efeitos que estes provocam na saúde e para os riscos que têm na saúde pessoal, a partir do momento que se utilizam drogas, álcool e tabaco.”</i></p> <p><i>“Considero que o conceito também remete para um comportamento que se considera fora do que está estipulado como socialmente aceitável e que pode colocar em risco a vida do sujeito que os pratica e das pessoas que estão á sua volta.”</i></p> <p><i>“Na minha opinião remete para atuações nossas que quando excessivas e quando perdemos o controle nos deixam vulneráveis a situações de perigo e risco.”</i></p> <p><i>“Eu também acho que é mais pelos excessos...”</i></p>	
	<p>Julgamento do que é de risco</p>	<p><i>“Eu acho que é quando acontece alguma coisa de mais grave porque até lá se calhar nós não temos consciência da gravidade das situações.”</i></p> <p><i>“A partir do momento em que tu bebes e fumas tu já sabes que não estas a fazer bem à tua saúde, isso é óbvio, mas só tens mesmo perceção do quão mal estás quando acontece alguma coisa, até lá opa é só mais um cigarro...”</i></p> <p><i>“Porque tu apercebeste e sabes que faz mal, no entanto, não é isso que vai levar a deixares de o fazer.”</i></p> <p><i>“Às vezes há certos acontecimentos que nos marcam e que nos chamam à atenção, por exemplo a alteração do nosso comportamento em relação aos outros, muitas vezes são os outros que nos levam a percebermos que o nosso comportamento é de risco, às vezes nem somos nós, são os outros que nos chamam à atenção para isso. Mas também há outros tipos de comportamentos de risco que nos chamam logo à atenção de que é algo mau...”</i></p>	

Apêndice IV – Tabelas da Análise de Conteúdo

		<p><i>“As coisas em excesso são sempre um comportamento de risco, independentemente de tu reagires bem ou mal, é um comportamento de risco mesmo que tu reajas bem.”</i></p> <p><i>“Sim, eu acho que para ser valorizado tem de acontecer alguma coisa.”</i></p> <p><i>“Eu acho que (...) nós temos noção de que as drogas são um comportamento de risco, o álcool é um comportamento de risco e o tabaco também, mas nós arriscamos, não é?”</i></p> <p><i>“Eu acho que a diferença está em nós darmos importância ou não ao risco. É nós querermos ou não, expormo-nos ao risco. Não é tanto o saber se é um comportamento de risco, mas sim o querer saber que aquilo é um comportamento de risco. No sentido de nos importarmos efetivamente naquilo que estamos a fazer. Toda a gente tem consciência, acho eu, ou a maior parte daquilo que está a fazer. Agora, o importante é nós sabermos e termos consciência se queremos ou não arriscar. Arriscar, está lá o risco. Nós sabemos que ele existe.”</i></p> <p><i>“Eu acho que, como eu disse há bocado, é a partir do momento em que nós próprios perdemos o controlo do que estamos a fazer, seja o vício do tabaco, seja nas drogas e também no álcool, no café, em qualquer coisa. Quando perdemos o controlo e temos necessidade de voltar a fazer aquilo, penso que se torna um comportamento de risco.”</i></p> <p><i>“Eu acho que tudo passa pela frequência das vezes que realizamos ou concretizamos certos atos, claro que toda a gente experimenta, mas ficar só por aí eu acho que não é um comportamento de risco, para se ter noção daquilo que é, mas uma pessoa para isso não precisa de voltar a repetir. Eu não sou a favor nem contra de se experimentar, cada um é livre de fazer o que quiser, mas se for só experimentar, eu não considero como comportamento de risco, mas se for experimentar esporadicamente com elevada frequência, aí já se torna um comportamento de risco, torna-se rotineiro, já se torna um comportamento de risco. Também tem a ver com a dose que uma pessoa ingere e administra no seu corpo.”</i></p> <p><i>“Para mim a primeira experiência já é considerada um comportamento de risco.”</i></p> <p><i>“Eu acho que basta experimentar, entras no mundo e acabou porque se tornam comportamentos sociais.”</i></p> <p><i>“A partir do momento em que se sente que a atividade realizada é viciosa e que não se consegue viver sem a exercer.”</i></p> <p><i>“A meu ver para se determinar se um comportamento é ou não de risco devemos ter em conta indicadores quantificáveis tais como, frequência, dosagem, local, etc.”</i></p> <p><i>“Eu acho que julgamos que são de risco por serem episódios frequentes, pela intensidade dos mesmos comportamentos e pelo exagero de certo tipo de substâncias.”</i></p>	
--	--	--	--

Apêndice IV – Tabelas da Análise de Conteúdo

<p>Determinantes das escolhas</p>	<p>O que determina e o que potencia os CR</p>	<p><i>“Primeiro eu acho que são “pressões sociais”, quando vês amigos teus a começarem a fumar, a consumir álcool e drogas leves como a ganza, a marijuana...tudo acima disso é mais pesado, tu vais querer experimentar inevitavelmente, nem que seja por aquele vá experimenta se nunca experimentares nunca sabes. Depois acaba por ser ou o hábito ou o vício que começa a ganhar, ou então sei lá...tem impactos diferentes nas pessoas, pode relaxar uns, outros pode ser porque gostam do efeito que provoca.”</i></p> <p><i>“Sim também acho isso da pressão, mas não sei se será só pela pressão social e pela pressão do grupo em que estás inserido.”</i></p> <p><i>“Também a procura da experiência para se viver e ter uma opinião de como são as coisas, algumas delas, as que achamos que devemos experimentar, mas isso também é movido pela curiosidade e por os outros fazerem ou não.”</i></p> <p><i>“Sim eu concordo e para além disso acho que as consequências que isso vai ter ou não também são importantes, se virmos um mau episódio podemos ficar retraídos sobre experimentar ou praticar algum CR, se virmos que corre tudo bem já o fazemos mais facilmente.”</i></p> <p><i>“Sim no fundo é um conjunto de várias coisas aquilo que nos leva ou não a fazer algo, como já referiram e bem, são as influências, os efeitos, o dinheiro, os sítios onde estamos, tudo isso contribui para fazermos ou não alguma coisa.”</i></p> <p><i>“A influência social também tem algum peso nessa decisão muitas das vezes.”</i></p> <p><i>“Eu acho que ser aceite socialmente é um bocado... acho que não é por aí que as pessoas vão fazer ou deixar de fazer alguma coisa. Eu acho que tem a ver mais com estar à disposição de...”</i></p> <p><i>“A maior parte das pessoas quando é uma coisa que não é socialmente aceite fá-lo sem ninguém ver, se quiser fazer fá-lo sem ninguém ver, eu acho que é assim porque se tiveres de o fazer fazes na mesma, mas não dizes a ninguém.”</i></p> <p><i>“Era isso que eu estava a dizer também tem a ver com, aqui, por exemplo, no sítio onde eu moro, em relação a drogas é muito mais difícil de arranjar drogas do que se calhar aqui no Porto, é por isso que se calhar lá há muita gente que não consome e depois vem para aqui e consome.”</i></p> <p><i>“Tipo em meios mais pequenos normalmente quando vêm para a faculdade é o mundo da descoberta...”</i></p> <p><i>“Influências, por quererem fazer o mesmo que os outros fazem.”</i></p> <p><i>“Honestamente por estupidez e por quererem seguir os outros. O sentimento de querer pertencer ao grupo é forte nesse aspeto e depois a tua capacidade de te separares daquilo ou não. Há pessoas que pela sua personalidade não entram nisso e há outras</i></p>	<p>Pretende-se identificar os fatores que determinam, influenciam e contextualizam as escolhas/opções que os estudantes tomam, sobretudo as que acarretam risco(s), a fim de se perceberem o que determina e potencia a adoção de CR, assim como no que se pondera e o que nos protege/afastam dos mesmos, de forma a identificar motivações quer para a prática como para a rejeição destes comportamentos. E ainda verificar se existe uma correlação entre os CR e de que forma condiciona as escolhas presentes e futuras.</p>

Apêndice IV – Tabelas da Análise de Conteúdo

		<p><i>que não conseguem resistir. Eu já convivi com muitas pessoas dessas e nunca me meti nisso, por opção, pelos meus valores e princípios de vida.”</i></p> <p><i>“Exatamente, a personalidade é um ponto muito forte porque é isso que leva as pessoas a fazerem ou não as coisas.”</i></p> <p><i>“As escolhas passam pela experiência e por se sentirem “melhor” quando se encontram sob o efeito da dita ação. A libertação, a ausência de stress, que mesmo por breves momentos, causa vontade de repetir. Não acho que haja algum tipo de pensamento, pois caso houvesse, algumas atitudes seriam medidas, pensadas antes de ser feitas.”</i></p> <p><i>“Eu considero que o próprio grupo de amigos com quem nos relacionamos também determina as escolhas. Falo pela minha experiência pois também tive certos comportamentos e sabia os riscos que os mesmo tinham.”</i></p> <p><i>“Eu acho que depende muito das situações e das pessoas, o que potencia para uns pode ser protetor para outros, como por exemplo a família, a liberdade, a mudança de vida...tudo se resume a escolhas que cada um toma, é individual mesmo que os contextos sejam em grupo.”</i></p> <p><i>“Sim, eu acho que todos temos coisas que nos protegem desde as possíveis consequências ou a nossa educação, limites, bom senso, mas de alguma forma temos sempre algo que potencia. Termos ou não consciência é que faz a diferença.”</i></p> <p><i>“Eu acho que o que potencia é mesmo o meio onde nós estamos neste momento. Há muita diversidade, há pessoas que consomem tudo e mais alguma coisa, e tu se conheceres alguém que até agora não conhecias que consome uma coisa qualquer, é muito mais provável tu vires a consumir essa coisa porque já conheces alguém e antes não conhecias.”</i></p> <p><i>“É a curiosidade de experimentar.”</i></p> <p><i>“Sim, é a curiosidade e as festas.”</i></p> <p><i>“Eu acho que o dinheiro, à partida, é logo um fator de seleção. O poder de compra vai ter sempre influência.”</i></p>	
	<p>No que se pondera e o que nos protege (dos CR)</p>	<p><i>“Tudo se resume à experiência, eu acho, se eu faço algo é porque sei que vou gostar da experiência que vou ter, acho que é isso, mas penso às vezes que me vai fazer mal.”</i></p> <p><i>“Se calhar antes de fumar um cigarro penso esta coisa está-me a fazer mal, antes de beber eu paro sempre para pensar. Mas depois bebo porque acho que até aquele nível não me vai fazer mal, agora tu não me vês alcoólica todos os dias. E o que é que me leva a isso? É o facto de eu pensar no que isso me pode fazer.”</i></p> <p><i>“Mas lá está, eu acho que as pessoas até pensam, só que pararem de o fazerem...aí é que está o problema.”</i></p>	

Apêndice IV – Tabelas da Análise de Conteúdo

		<p><i>“Como se costuma dizer é curtir aquele momento...”</i></p> <p><i>“Eu acho que também pensam muito no que podem pensar deles, se estás num grupo e te oferecem álcool, droga ou tabaco e tu recusas, a tendência, mesmo que nem seja com esse intuito, a tendência é logo mandar uma boca tipo “que menino ou que mariquinhas”, e...”</i></p> <p><i>“Se calhar sente-se excluído, não é? Sente-se mais posto de parte, se calhar.”</i></p> <p><i>“Até porque há pessoas muito mais ponderadas e pessoas menos ponderadas... se calhar, eu antes de consumir algum tipo de droga penso que se me acontece alguma coisa a minha mãe vai descobrir e ela vai-se passar comigo, e se calhar, há pessoas que se atiram logo e não pensam no depois.”</i></p> <p><i>“Sem dúvida que o ter alguma pessoa, alguém da nossa confiança leva-nos a cometer um excesso que nunca cometemos.”</i></p> <p><i>“Não é por acaso que nos viramos para alguém que sabemos que não vai ficar bêbado e dizemos “toma conta de mim”.”</i></p> <p><i>“Eu acho que uma pessoa não pondera muito antes de fazer alguma coisa, eu acho que não.”</i></p> <p><i>“Eu acho que não, se forem coisas mais diferentes, digo eu, tipo... porque o álcool é uma coisa que toda a gente consome e acho que não se pensa muito antes de o fazer. Agora, se for drogas e assim, eu acho que as pessoas que pensam em experimentar isso, se nunca experimentaram devem pensar nisso um bocado.”</i></p> <p><i>“Também o ser uma droga leve ou pesada tem influência. Se tu sabes que é uma coisa leve que vais experimentar não ponderas tanto, e se tens pessoas ao teu lado que o fazem e que estão bem, se calhar tens mais essa liberdade.”</i></p> <p><i>“Eu acho que honestamente não pensamos muito, vamos mais na onda quando socializamos e só pensamos depois, e por norma se pensarmos é porque teve alguma consequência.”</i></p> <p><i>“Isso depende das pessoas, como referi anteriormente, a nossa personalidade tem um papel muito importante para fazermos ou não alguma coisa, neste caso, cometer ou não algum CR porque mesmo com influências é sempre a nossa opinião e decisão que vale, se algo for contra os nossos ideais pressupõe-se que não o vamos fazer.”</i></p> <p><i>“Acho que antes de o fazermos não pensamos nas consequências a longo prazo, mas sim nos efeitos que aquele consumo vai ter no momento. A personalidade desempenha um papel importante nesse aspeto, sendo que, nem todos veem o consumo da mesma forma e os efeitos que o mesmo provoca.”</i></p> <p><i>“Eu concordo, a nossa personalidade tem um papel importante neste aspeto, pois define quais os nossos limites e até onde poderemos ir, neste caso, saber parar ou dizer que não.”</i></p>	
--	--	--	--

Apêndice IV – Tabelas da Análise de Conteúdo

		<p><i>“Na minha opinião também não se pensa no que o mesmo poderá causar no futuro, simplesmente vive-se o momento, sendo que por vezes é influenciado, o que leva a crer que a personalidade não é algo impeditivo.”</i></p> <p><i>“Eu acho que a maioria das pessoas que têm comportamentos de risco acabam por relativizar o ato em cada ocasião, encontrando quase sempre uma justificação no seu entender válida, ignorando assim as consequências dos mesmos. A personalidade é talvez o fator individual com maior influência. A capacidade de racionalizar o que está em causa é indispensável para evitar estes comportamentos, ou pelo menos, minimizá-los significativamente.”</i></p> <p><i>“A minha razão para negar é apetece-me ou não me apetece.”</i></p> <p><i>“A educação que temos é sem dúvida protetora, quer dizer se tivermos um exemplo direto que cometa algum CR já nos pode suscitar mais depressa a curiosidade por experimentar, mas por norma acho que ajuda a proteger-nos, apesar de a família ainda inserir o álcool no meio familiar acho que em relação ao tabaco e às drogas na generalidade os renegam, vão-nos transmitindo valores e ideais para não sermos assim, para não ficarmos agarrados a qualquer tipo de vício. Claro que depois cada um retém aquilo que quer e depende muito da personalidade e das escolhas de cada um.”</i></p>	
	<p>Adição e junção de vícios</p>	<p><i>“Eu já ouvi muita gente a dizer que, por exemplo o haxixe é a porta de entrada para outras coisas. É a coisa mais absurda na minha opinião de se dizer porque acho que não influencia em nada.”</i></p> <p><i>“Sim e não, se calhar há dois pontos de vista sobre isto, para nós nunca influenciou nada, mas nós não sabemos se o caminho de alguém iniciou por aí. Não significa que tenha de ser obrigatoriamente, mas pode acontecer. Eu não concordo ok? Não concordo mesmo porque não acho que o facto de teres um hábito não significa iniciar outro, no entanto...”</i></p> <p><i>“Sim, mas pode ter sido iniciado por ali...”</i></p> <p><i>“Sim até um certo ponto sim. Se eu fumar e estiver a beber um fino vou querer fumar um cigarro, mas não vou querer mandar um risco.”</i></p> <p><i>“Lá está isso de ter outros comportamentos é porque ainda não estabeleceu o seu limite e então está aberto a experimentar tudo.”</i></p> <p><i>“Eu vou ser sincera, por mais que me custe admitir, eu acho que há ligação, porque a partir do momento em que tu fumas tu sabes que é errado, tu já és uma pessoa predisposta a correr riscos, sinceramente, eu acho que ficamos mais predispostos. Eu não acho que a palavra, se calhar, certa seja despoleta, não há ligação linear, mas acho que quem fuma está mais predisposto, vou beber um copinho, porque não? Vou beber uma cervejinha que vai tão bem com um cigarrinho e depois do café, cai tão bem um cigarrinho. Eu acho que há mais predisposição, se calhar, porque se fumamos valorizamos menos o corpo.”</i></p>	

Apêndice IV – Tabelas da Análise de Conteúdo

		<p><i>“Achas? Mas, por acaso eu acho que não, porque tu vais muito melindrado porque o primeiro cigarro geralmente deixa uma pessoa tonta, portanto, tu sabes, se tu fumas um cigarro e ficas um bocadinho tonta, pensas vou dar uma passa ali no catuco, acho que não vai correr bem. Estão a perceber o que eu quero dizer? Se calhar imagina, hoje experimentas um cigarro, se calhar daqui a uns meses vais experimentar um charrinho, agora, ser tudo ali muito junto não acho porque tu já estás a correr muitos riscos. Se tu não fumas, se tu não bebes, se tu nunca fizeste nada disso, és uma pessoa, geralmente, mais cautelosa ou que...é novo, o que é novo nós geralmente também não experimentamos na globalidade, eu acho.”</i></p> <p><i>“Sim, mas mesmo assim, acho que quem já comete comportamentos de risco está mais predisposto.”</i></p> <p><i>“Quando somos mais novos, somos mais inconstantes e somos mais dispostos a correr certos riscos.”</i></p> <p><i>“Completamente, principalmente o álcool eu acho que puxa muito o tabaco. Eu não sou fumadora e quando eu bebo muito, quando fico alegre, dá-me uma vontade enorme de fumar, por exemplo. Não sei se é do meu organismo, não sei se é de mim, mas comigo isso acontece muito.”</i></p> <p><i>“Acho que acontece mais com quem tem hábitos, porque eu bebo uma cerveja e isso não me puxa a fumar, nem a outra coisa porque eu não fumo.”</i></p> <p><i>“Eu acho que há mais essa tendência com o álcool e o tabaco. Mas há vários fatores a influenciar, um deles é sem dúvida o financeiro. As drogas, julgo ser por curiosidade e/ou por alívio. Quem tem hábitos é mais fácil ter comportamentos de risco e experimentar novos, porque já está acostumado aquele ritmo e estilo, quem tem novos há sempre a tendência para num primeiro momento, ou nunca aceitar, ou se não experimentar, mas até nem voltar a fazê-lo. Mais uma vez são vários os fatores a influenciar tanto para a adesão como recusa.”</i></p> <p><i>“Sim, na maioria das vezes quem bebe também fuma.”</i></p> <p><i>“Eu acho que não, conheço pessoas que consomem drogas e não bebem álcool, depende muito das experiências que as pessoas procuram e dos grupos em que estão inseridos.”</i></p> <p><i>“Para quem já tem algum dos hábitos, como por exemplo o tabaco, ao beber poderá ter uma maior tendência para fumar.”</i></p>	
<p>Caracterização dos consumos</p>	<p>Consumos na vida académica</p>	<p><i>“Honestamente eu acho que isto começa cada vez mais no ensino básico e secundário todos estes tipos... o álcool e o tabaco, começa já nessa fase. Na faculdade, se calhar como algumas das pessoas estão mais longe de casa, dos pais, e assim...pode acontecer com mais regularidade.”</i></p> <p><i>“O tabaco e o álcool.”</i></p>	<p>Deseja-se verificar a relação entre a vida académica e os consumos (percecionando</p>

Apêndice IV – Tabelas da Análise de Conteúdo

		<p><i>“O mais barato, a verdade é essa. Isso influência muito porque um estudante que não é de cá está a gastar dinheiro em propinas, em alojamento, em comida e isso tudo...quando quer consumir alguma destas três coisas acho que vai para o mais barato que neste caso é o álcool e o tabaco.”</i></p> <p><i>“Exatamente é o mais fácil de se obter, por isso...”</i></p> <p><i>“Nas universidades é onde acontece mais, é capaz de ser maioritariamente.”</i></p> <p><i>“Eu acho que as festas impulsionam.”</i></p> <p><i>“É difícil escolher um...”</i></p> <p><i>“Eu acho que depende dos contextos.”</i></p> <p><i>“Exato, mas eu acho que aquilo que existe em todos os contextos é o tabaco. O tabaco está em todo o lado, quem fuma, fuma em todo o lado.”</i></p> <p><i>“Mas olha que vês mais pessoas a não fumarem e a beberem nem que seja uma cerveja.”</i></p> <p><i>“Eu acho que no dia a dia da faculdade o consumo de tabaco é muito elevado, o álcool no dia a dia diria que é quase nulo e as drogas existem algumas.”</i></p> <p><i>“Mas também depende um bocado da altura, se for em festas liga-se mais ao álcool do que às drogas, ou os dois juntos... Mas acho que é sempre mais o álcool porque até quem não fuma ou usa drogas, nessa altura, normalmente, bebe sempre álcool.”</i></p> <p><i>“Sim, nem que bebam só uma cerveja. A percentagem de estudantes que durante a faculdade nunca consomem álcool deve rondar os 0,01%, na universidade.”</i></p> <p><i>“Tu no tabaco vês logo, acontece o mesmo com o álcool, no dia a dia não consomem nem tabaco nem álcool, e chegam a uma festa e fazem-no, isso acontece.”</i></p> <p><i>“Sim, são comportamentos sociais.”</i></p> <p><i>“Eu acho que mesmo quem nunca fumou, a maior parte das pessoas chega à faculdade e acaba por fumar, nem que seja só para experimentar.”</i></p> <p><i>“A vida académica ajuda a que uma pessoa experimente.”</i></p> <p><i>“Mas, no meio académico, lá está, é mais provável estares mais à vontade, sentires-te mais disposto a fazer isso porque estás com pessoas que não te vão criticar por isso.”</i></p> <p><i>“E não só...também, eu acho que na vida académica, eu vejo por mim, que não sou de cá...longe dos pais, aquela liberdade que, se calhar, não se tinha em casa...não sabem o que hão-de fazer, somos livres...”</i></p> <p><i>“É isso, é aí onde eu queria chegar, não tens de dar justificações a ninguém por estares mais distante e não vão saber realmente o que tu estás a fazer, só se tu comunicares.”</i></p>	<p>assim os CR antes, durante e após a frequência do Ensino Superior.) Pretende-se identificar quais os CR mais cometidos, compreendendo as experiências, os contextos, as influências, as motivações e o controlo que têm sobre os seus consumos. E ainda posicionar as opiniões que os mesmos têm sobre a abordagem a estes CR versus as escolhas e experiências dos mesmos.</p>
--	--	--	--

Apêndice IV – Tabelas da Análise de Conteúdo

		<p><i>“Eu acho que depende muito do meio de onde nós vivemos. (...) se tu vives de um meio em que não tens acesso a estas coisas, um meio mais pequeno em que toda a gente se conhece, toda a gente vai saber lá na aldeia e tu não tens acesso a isto, é como elas disseram, tu chegas aqui á cidade e ao virar da esquina tens uma tentação muito grande.”</i></p> <p><i>“Eu acho que isto é um bocado relativo porque vão dizer que as pessoas começam a fumar mais ou a ingerir mais drogas e a beber mais bebidas alcoólicas quando estão na faculdade. Eu acho que isso sim é verdade, mas acho que tem a ver com o momento da vida em que estás, que é um momento de experimentação porque se tens de experimentar é agora, não é mais tarde, nem antes. É uma altura em que tu conheces muita gente e estás numa fase da tua vida que eu acho que é uma fase de experimentar e te divertires e se é para isso é agora. É verdade que é na vida académica e é nesta fase, mas eu não vejo isso como uma coisa negativa.”</i></p> <p><i>“Eu acho que sim, que isso é verdade. Eu acho também que não é regra geral, mas tenho a sensação de que quem já praticava esses comportamentos antes da vida académica tende sim a acentuar na vida académica, quem não praticava tende a praticar esporadicamente, ou seja, a experimentar. Acho que há essa relação, não é regra geral, como é óbvio, mas tenho essa sensação.”</i></p> <p><i>“Sim e nesse sentido, eu comecei a fumar tabaco com 15-16 anos e eu antes de vir estudar para aqui é claro que fumava mas fumava muito mais controladamente e é claro que isso mudou desde que o momento em que eu estava num apartamento sozinho, onde podia estar a ver um filme e a fumar, ou estar no computador e a fumar, ou seja, tudo isto é facilitado, eu se quisesse fazer isso antes ou tinha de sair ou tinha que ir pelo menos para uma janela. Claro que a independência em si facilita não só para iniciar, mas para acentuar, sem dúvida.”</i></p> <p><i>“Eu também considero que a vida académica cria uma série de oportunidades para a iniciação de comportamentos de risco.”</i></p> <p><i>“Concordo, o ambiente social, o stress académico, tudo contribui...”</i></p> <p><i>“Sim em situações principalmente de festa uma pessoa perde facilmente o controlo do que bebe e das misturas que faz.”</i></p> <p><i>“Lá está, depende das situações. Na maior parte das vezes e durante alguns períodos de tempo sabemos, o pior é quando já nem sabes o que bebeste, o que misturaste, o que continham shots por exemplo, ou seja mesmo que saibamos que bebemos um shot quase ninguém sabe de que era feito, e dependendo das situações isso já não interessa e curtimos a noite ou pensamos nas consequências e que temos responsabilidades e aí paramos.”</i></p>	
--	--	--	--

Apêndice IV – Tabelas da Análise de Conteúdo

		<p><i>“Relativamente às bebidas é fácil chegares a um ponto onde já não sabes o que bebes, perdes a conta ou vais bebendo e misturando...”</i></p> <p><i>“Com a droga isso acontece mais de não saberes o que estás a fumar, com o que é feito.”</i></p> <p><i>“Geralmente, no caso do tabaco, há muita gente que começa a fumar quando chega ao ensino superior, mas há muita gente que já fumava e sai e continua a fumar porque é um vício.”</i></p> <p><i>“Eu acho que isto é uma forma de vermos se realmente a pessoa estava influenciada pela vida académica e pelas pessoas, porque normalmente quando saímos vamos trabalhar, constituir família e ter outras responsabilidades que se calhar não nos façam ir nestas direções.”</i></p> <p><i>“Eu, por exemplo, gostava de acreditar e tento acreditar, que quando acabar a faculdade vou deixar de fumar, é a minha ideia. Ainda não cheguei lá, mas depois falamos sobre isso. Mas o resto sim, eu acho que diminui imenso para toda a gente.”</i></p> <p><i>“Se a pessoa fumar pelo stress e tudo mais, que passa na faculdade, depois de sair da faculdade a procura por um trabalho, se calhar, por aí não vai deixar...”</i></p> <p><i>“Sim, mas o stress e o fumares pode até agravar quando tiveres um trabalho.”</i></p> <p><i>“Eu acho que depende da força de vontade.”</i></p> <p><i>“Exatamente, depende muito da pessoa.”</i></p> <p><i>“Eu acho que é mais o começares a trabalhar até porque tens menos tempo disponível e tens de ter um certo comportamento mais assertivo”</i></p> <p><i>“Já não tens aqueles tempos mortos como tinhas antes na faculdade.”</i></p> <p><i>“Tens pausas na mesma, mas não te vais enfrascar numa empresa quando tens a tua pausa, nem te vais drogar.”</i></p> <p><i>“O tabaco é uma exceção, mas o álcool e as drogas acho que decresce muito.”</i></p> <p><i>“Eu acho que a maior parte continua, ainda que o álcool e as drogas possam decrescer a quem o faz regularmente certamente continuará a fazer nem que seja de forma mais esporádica, o tabaco lá está é aquela questão de poderes fazer sempre e sem julgamentos sociais porque não altera o teu estado de consciência, no máximo pensam que quem está a fumar está a fazer mal a ele próprio e pronto, não afeta o desempenho por exemplo no trabalho, enquanto que o álcool e as drogas já o fazem.”</i></p> <p><i>“Exato a disponibilidade e responsabilidade que tens depois da faculdade é completamente diferente, mas nessa mudança de contextos e de vida o tabaco continua a ser aceite. É mau, mas é a verdade.”</i></p>	
--	--	---	--

Apêndice IV – Tabelas da Análise de Conteúdo

	<p>Experimentação</p>	<p><i>“Eu acho que a prática do álcool muitas vezes se inicia em casa com as próprias famílias porque o álcool está presente no dia a dia das famílias, senão for em comemorações é no dia a dia mesmo. E há muitas comemorações, aniversários, passagens de ano, comunhões, batizados, todas as épocas festivas. Eu acho que há muitas crianças e jovens que iniciam na presença dos pais obviamente que se vai acentuar na vida acadêmica, mas eu acredito que muitos jovens tenham experimentado com 9-10-11 anos.”</i></p> <p><i>“Eu acho que acontece com a cerveja...”</i></p> <p><i>“Sim, mas também acho que se deve à facilidade de obtenção, é cada vez mais fácil. Até é em casa que as pessoas começam...”</i></p> <p><i>“A questão é, qual é a diferença de dizeres que só podes comprar a partir dos 16 ou dos 18? Inseres-te num grupo em que tenha gente mais velha e quem te vai comprar é o teu amigo mais velho que já tem 18 anos, mas tu bebes na mesma.”</i></p> <p><i>“Mas isto às vezes até pode começar em casa, numa passagem de ano, num aniversário, “experimenta um bocadinho de champanhe” e tu experimentas em casa, e as crianças, os pré-adolescentes experimentam em casa e depois têm tendência a de ir ao café e experimentar outra vez, agora vou experimentar com os meus amigos.”</i></p> <p><i>“Quase sempre começa em casa.”</i></p> <p><i>“O álcool continua a ser inserido na família e socialmente.”</i></p> <p><i>“Eu acho que a família incentiva mais até os rapazes, do tipo “opa bebe aí uma cerveja””</i></p> <p><i>“Sim no nosso país ainda é muito assim.”</i></p> <p><i>“Sim também acho que é mais normal acontecer com os rapazes do que com as raparigas, porque tens aquele vício de ir ao café com o teu pai e pedir uma cervejinha mais ou menos com essa idade.”</i></p> <p><i>“O teu pai deu-te uma cerveja com essa idade?”</i></p> <p><i>“Sim, acho que no nosso contexto é normal.”</i></p> <p><i>“Eu concordo e discordo, sim depende muito dos contextos, contudo, nos meios rurais estás mais condicionado para fazer as coisas mesmo que os teus pais te deixem, aqui na cidade é que tens tudo, em qualquer sítio e a qualquer hora, ou seja, quem vive nas cidades sabe que não é preciso os filhos chegarem à universidade para comprarem droga, já nos meios urbanos tendem a pensar ok está longe não vou ver que experimente tudo lá, que é a idade certa para isso.”</i></p> <p><i>“Eu também não me lembro da idade com que experimentei, aliás eu fui experimentando e até a bem pouco tempo não gostava de álcool, não gostava mesmo de álcool. De há um ano para cá, não sei o que se está a passar, mas agora venha tudo o que vier...”</i></p>	
--	------------------------------	---	--

Apêndice IV – Tabelas da Análise de Conteúdo

		<p><i>“É a descoberta...”</i></p> <p><i>“Eu não me lembro a idade, só com quem foi.”</i></p> <p><i>“Provavelmente também foi com 13 anos.”</i></p> <p><i>“Sim, provavelmente, o champanhe foi aos treze anos ou assim.”</i></p> <p><i>“Eu também acho que foi por aí com champanhe também.”</i></p> <p><i>“Eu acho que foi por volta dos 14.”</i></p> <p><i>“Deve ter sido aos 13 com champanhe e cerveja.”</i></p> <p><i>“Eu também.”</i></p> <p><i>“Por acaso foi ali cerca dos 12 anos mais ou menos, e foi com os meus pais e foram eles que deram.”</i></p> <p><i>“Foi aos 14 anos.”</i></p> <p><i>“Eu foi quando fui a uma discoteca pela primeira vez aos 15 anos.”</i></p> <p><i>“Eu provei vinho do porto aos 10 anos.”</i></p> <p><i>“Não me lembro bem, mas deve ter sido por volta dos treze anos.”</i></p> <p><i>“A primeira bebedeira já foi aos 15.”</i></p> <p><i>“Sim foi antes de ir para o secundário.”</i></p> <p><i>“Foi exatamente aí, no nono, agora que me estou a lembrar, foi no nono.”</i></p> <p><i>“Para aí com 15 anos.”</i></p> <p><i>“Eu foi aos 18 anos.”</i></p> <p><i>“Eu foi aos 17 no baile de finalistas.”</i></p> <p><i>“A primeira bebedeira foi efetivamente aos 18 no baile de finalistas do secundário.”</i></p> <p><i>“A minha foi aos 18, mas já em contexto universitário.”</i></p> <p><i>“Eu acho que a curiosidade é a principal razão.”</i></p> <p><i>“Sim sem dúvida, é isso que nos move a experimentar as coisas.”</i></p> <p><i>“Sim sobretudo a curiosidade e os amigos fumarem.”</i></p> <p><i>“Enquanto fumadora identifico-me com algumas das razões apontadas, nomeadamente, libertar-se de apreciações e sentir prazer. Mas tentando identificar algumas das razões que levam a maioria dos estudantes a fumar considero, que é a curiosidade e o facto de existirem amigos que fumam.”</i></p> <p><i>“A questão monetária também é muito importante.”</i></p> <p><i>“Quer para os adolescentes, quer para nós universitários, acaba por ser o mais barato...”</i></p> <p><i>“Mais barato e com mais facilidade, encontras mais facilmente haxixe do que marijuana.”</i></p>	
--	--	---	--

Apêndice IV – Tabelas da Análise de Conteúdo

		<p><i>“Acontece às vezes não ter dinheiro para a marijuana e olha ok vai o haxixe...”</i></p> <p><i>“Mas eu acho que o consumo de erva está a aumentar.”</i></p> <p><i>“Eu também acredito que estes números se vão equiparar mais porque quem vende haxixe vende erva também, entre outras. E vai começando a ser mais usual e quem realmente torna da droga uma prática sabe onde ir buscar pequenas doses e onde ir buscar grandes doses, e sabe que ir buscar uma grande dose compensa mais a nível monetário.”</i></p> <p><i>“Eu concordo com a parte do fácil acesso e do preço, mas também acho que temos receio de experimentar as drogas mais pesadas, temos mais medo.”</i></p> <p><i>“Sim, eu acho que é muito aquela ideia de primeiro do que é que será, porque o fruto proibido é o mais apetecido e há sempre aquela curiosidade de perceber o que é, e depois também aquela curiosidade de opa vou fumar isto para ver o que me vai fazer porque se nós percebermos o que se passa ao nosso redor, toda a gente diz “ai aquilo é uma moca no cérebro que bate e tu estás nas nuvens e é tudo maravilhoso” e claro, as pessoas têm aquela curiosidade de realmente se sentirem assim e tentarem perceber se é realmente é aquilo que sentem e toda a gente se quer sentir bem.”</i></p> <p><i>“Se toda a gente se sente bem nós também queremos experimentar, não é?”</i></p> <p><i>“Se a pessoa gostou à primeira, claro que é fácil depois tornar a fazer.”</i></p> <p><i>“Sim, a curiosidade na minha opinião continua a ser a principal razão para o consumo, a experiência.”</i></p> <p><i>“Eu acho que as razões pelas quais as pessoas experimentam são as mesmas que para a experimentação do tabaco, influência de pares e curiosidade. Quanto à sequência do consumo, julgo que a cannabis proporciona um levitar, descontração e até alegria, riso, o que pode acabar por se adequar as mesmas razões, mais o “parecer fixe” aos amigos.”</i></p> <p><i>“Aumentaria o stress e a tentativa de integração em grupo.”</i></p>	
<p>EpS</p>	<p>Como renegar CR / Sugestões de mudança</p>	<p><i>“Vontade.”</i></p> <p><i>“Ou então acontecer-nos alguma coisa para nós percebermos que já não queremos isso.”</i></p> <p><i>“É muito complicado para uma pessoa quando não consome algo em limites exagerado, como nós, acho que nenhum de nós consome nada num nível exagerado, largar isso em definitivo falta coragem, se calhar.”</i></p> <p><i>“Porque é uma cena que te dá prazer, tu fazes aquilo porque gostas e porque sabe-te bem.”</i></p> <p><i>“E não corres riscos para já...até te acontecer alguma coisa.”</i></p> <p><i>“Não há consequências imediatas.”</i></p>	<p>Procurou-se identificar as noções que os(as) estudantes têm sobre a EpS e sobre a prevenção dos CR, compreendendo a sua importância e quando se deve</p>

Apêndice IV – Tabelas da Análise de Conteúdo

		<p><i>“Desde que tenhas noção e consciência de que há sempre um limite... só que isso é tudo discutível, isso é muito discutível porque só o facto de tu fazeres, mesmo que seja pouco, já é errado.”</i></p> <p><i>“A maior parte... uma grande parte das pessoas que eu conheço deixou de fumar porque lhes aconteceu alguma coisa, tiveram uma doença e ou largavam ou isso piorava. E foi esse o único motivo que os levou a deixar de fumar. Portanto, eu acho que é necessário fazer alguma coisa para tu te aperceberes que aquilo que comprovaram é realmente real porque até lá é complicado haver vontade para parar.”</i></p> <p><i>“Eu acho que deviam apostar na prevenção porque nas escolas, pelo menos, muita gente nunca chega a nadar na faculdade, mas na escola não é...nós temos de andar até aos 18 anos e sinceramente, tanto com drogas como com a sexualidade, quer como até com o ambiente, as crianças não estão...nós podemos dizer que há por aí muita informação, mas não sei até que ponto... elas passam o dia todo na escola, mas não sei até que ponto a escola as educa ou as informa realmente sobre todos estes temas.”</i></p> <p><i>“Eu acho que em tudo é preciso sensibilizar, não dar só informação, sensibilizar e explicar, e principalmente na fase da adolescência quando os jovens estão a crescer. É assim, se me dissessem: os vícios começam todos a acontecer na faculdade, opa eu até percebia, mas miúdos com catorze anos começarem já nisto de provar drogas, álcool e tabaco, é estranho...”</i></p> <p><i>“Não sei até que ponto vai mudar alguma coisa muito sinceramente.”</i></p> <p><i>“E nunca mudará...”</i></p> <p><i>“Lá está, só proibem não explicam o porquê.”</i></p> <p><i>“Sim, mas eu acho bem que proibam em sítios públicos.”</i></p> <p><i>“Mas não há educação, não há nada de educativo ali, é só proíbo, proíbo”</i></p> <p><i>“Lá está, mas é o que acontece em Portugal com tudo...”</i></p> <p><i>“É como a marijuana, eu gostava que viessem explicar porque razão é ilegal, gostava que dessem uma explicação razoável para ser ilegal. Para alguma coisa ser ilegal tem de se ter razões...tem de ter razões para ser ilegal e eles não explicam. O álcool ainda afeta mais, o álcool e o tabaco...”</i></p> <p><i>“Acho que a nível de consciencialização, devia começar muito mais cedo e devia ser mais prática e mais visual, em vez de estarem a falar “ah...os toxicod dependentes depois têm estas doenças, não, pegam em ti e levam-te a um centro e é assim é isto que te acontece. É isto o que te vai acontecer se tu continuares assim.”</i></p> <p><i>“Não é tomem lá mais textos e mais power point’s para verem... isso infelizmente não faz nada.”</i></p> <p><i>“Eu acho que têm de se promover ações, por exemplo na Holanda é legal a erva/ o cannabis, mas o que é que eles fazem? Quando uma pessoa vai comprar, o que paga, uma percentagem desse dinheiro vai para melhorar os serviços de saúde e de policiamento</i></p>	<p>implementar na escolaridade (de forma a ser significativa) e ainda refletir acerca das ações, apoios e normativas legais do tema em estudo, percecionando assim os investimentos que são necessários fazer e as sugestões que os(as) estudantes têm para se conseguir uma redução eficaz dos consumos/ práticas de CR.</p>
--	--	---	---

Apêndice IV – Tabelas da Análise de Conteúdo

		<p><i>do país, eles aproveitam o facto de uma pessoa a estar a comprar a cannabis para colocarem um imposto, mas esse imposto não vai para o estado, desculpando a expressão, encher o saco, vai par melhorar o serviço de saúde e de assistência policial, ou seja, eu acho que também devemos promover mais ações dessas, pegar naquilo que se calhar não é tão correto e fazer algo para que possa ao ajudar, e não dizer simplesmente que “faz mal, é mau, não faças”. Tipo podes fazer, no entanto, vais estar a contribuir para alguma coisa ou a tentar arranjar uma forma de pôr um limite, podes fazer até aqui e a pessoa faz até aí, e se calhar já se sente melhor do que se disserem não podes fazer de todo, que assim a pessoa vai fazer na mesma e não tem limites, já ultrapassou o limite e já vai sempre. Eu acho que se devam promover, se calhar, ações ou coisas destas, estás a perceber? Para que não seja simplesmente comprar e ponto, ou não poder comprar e ponto, pensar mais à frente.”</i></p> <p><i>“O estado ganha milhões com o imposto do tabaco e não está disposto a ficar sem ele.”</i></p> <p><i>“Exatamente e com o álcool também. Mas se fizermos um balanço dos ganhos nas vidas das pessoas, dos gastos em tratamentos de recuperação destes vícios e na reinserção social, será que não são bem maiores do que uns meros impostos?”</i></p> <p><i>“Falta a informação, a atenção com que é dada... falta ganhar consciência das coisas, do mal que nos estamos a fazer.”</i></p> <p><i>“Sim mesmo havendo essa consciência também passa muito por ainda ser tabu e ser ilegal, e se mostrar as coisas de maneira repressiva. Não digo para darem para experimentar, mas lá esta, tudo aquilo que falamos antes, investir na educação e na prevenção.”</i></p> <p><i>“Ter cuidado com os excessos mesmo experimentando, sinceramente, acho que pelo menos isso deveria acontecer, ou então estar bem rodeado para isso, mas esporadicamente.”</i></p> <p><i>“Eu acho que só se fosse mesmo apanhar um susto porque é assim...”</i></p> <p><i>“Eu acho que a melhor maneira é realmente a pessoa ser confrontada com a realidade, não é a falar e não é a conversar, claro que também temos de ir por aí, mas conversar à medida que vamos conhecendo essas realidades, vamos estando nesse meio e conhecendo pessoas que estão nessas situações, acredito que isso deve ser forte e até deve chocar.”</i></p> <p><i>“Sim, fumar, o cancro do pulmão e tudo mais...toda a gente sabe por alto os malefícios que faz, mas conhecer uma pessoa que passou por aquilo ou que está a passar ainda, se calhar melhor era, uma pessoa que está a passar por isso deve ser muito difícil. Mas pode resultar em termos de prevenção, não com todos, mas com alguns.”</i></p>	
--	--	--	--

Apêndice IV – Tabelas da Análise de Conteúdo

		<p><i>“Eu lembro-me de que na altura a minha mãe não me proibia de nada, nem proíbe agora, mas, eu acho que na altura tinha a ver com eu via tanta coisa na televisão e fizemos tantos trabalhos sobre o tabagismo e o alcoolismo, drogas e isso tudo, impingiam-nos de tal forma determinadas coisas, que nos iam fazer tão mal, que eu na minha cabeça... e não é só isso, a minha mãe não bebe álcool, não toca mesmo, zero. E eu vivo só com ela, mas nem ela nem o meu pai nunca beberam e eu também tinha isso mente, eu não preciso disso para me divertir. E eu sabia que não precisava disso para me divertir e eu tenho essa consciência agora também, só que acho que o facto de ter demasiados contextos em que vou sair à noite, agora não, mas eu saía à noite mais que uma vez por semana todas as semanas, estar em contextos onde o álcool é super barato, eu fui para a Polónia e o álcool ainda era muito mais barato e na altura, as pessoas perguntaram-me assim "ah, mas então tu lá deves ter levado uma vida pior que aqui" e por acaso não porque eu começo a ter consciência, e voltando outra vez ao secundário, que não preciso disso, do álcool principalmente para me divertir. Acho que é o ser consciente.”</i></p> <p><i>“Eu acho que a educação para a saúde no nosso ensino é péssima, é muito má, porque é assim, eu fiz cartazes sobre o que era o tabagismo, eu e toda a gente, e o que é isso?”</i></p> <p><i>“Não é nada...”</i></p> <p><i>“Sinceramente, eu acho que, eu por exemplo vi muitas palestras sobre a sexualidade e achei que a minha escola do secundário esteve preparada para chegar aos alunos nesse aspeto, mas lá esta, nestes três pontos (álcool, drogas e tabaco) zero.”</i></p> <p><i>“E acho que quando se está na adolescência é o ponto, a fase mais essencial, na faculdade também, mas na adolescência é aquele ponto essencial para tu começares a distinguir as coisas.”</i></p> <p><i>“Eu acho que por muita prevenção que faças, o fruto proibido é o mais apetecido.”</i></p> <p><i>“Prevenção é uma coisa, para não acontecer mesmo o que havia de existir eram regras definidas e ainda mais controlo, mas quanto mais controlo há, mais vontade há de as pessoas experimentarem, eu acho que é isso, sobretudo na fase até ao 12.º ano, estás numa fase de muita rebeldia e quanto mais te controlam mais tu queres fugir.”</i></p> <p><i>“Acabar com tudo o que é nocivo é impossível.”</i></p> <p><i>“Não é impossível, mas é bastante difícil, ainda temos um longo tempo e percurso para isso.”</i></p> <p><i>“Eu acho que alguém que fume nunca vai deixar de fumar por causa do valor do tabaco, pode fumar menos por não conseguir comprar.”</i></p> <p><i>“Depende de muitos fatores, não tens uma causa concreta que te possa levar a deixar aquilo, depende do contexto onde vais estar.”</i></p>	
--	--	--	--

Apêndice IV – Tabelas da Análise de Conteúdo

		<p><i>“Exatamente, aquilo que te leva para lá pode ser exatamente aquilo que te pode tira de lá. O grupo de amigos, com quem convives, os sítios onde estás, por aí...”</i></p> <p><i>“Em última análise eu acho que depende é mesmo da tua força de vontade porque tu até podes ter um grupo de amigos a quererem-te influenciar para fumares, mas vai de ti se te deixas influenciar e decisão de o fazeres ou não depende de ti, da tua vontade. Às vezes depende também da força para não o fazeres se tiveres vontade.”</i></p> <p><i>“Eu concordo com tudo aquilo que eles disseram, mas, por exemplo, medias implementadas no terreno desde os mais novos até aos mais velhos. Se muitos vão pelo mau aconselhamento de outros, deve-se desmitificar o que é o rico para não levar a que se cometa, muita gente comete pelo risco porque querem viver o risco.”</i></p> <p><i>“Vou falar de uma coisa, mas não vou pronunciar se sou a favor ou se ou contra, mas, por exemplo, a legalização de algumas substâncias como as drogas leves, eu acho que a partir do momento em que se tornam vulgares como o tabaco, se, por um lado, pode ter a face má de aumentar o número de pessoas a consumir, por outro lado, para os mais novos torna-se menos místico, menos misterioso, menos arriscado e se calhar até perde a chamada “pica”. A adrenalina que muitos justificam aí, por exemplo, acaba por se perder, por um lado, por ser mais controlado. Se legalizas tens de controlar o que é vendido, como é feito, e por outro lado tens a consciencialização dos mais novos porque lá está o que é vulgar perde o risco. Mas, o que eles disseram também é verdade, a partir do momento em que o lado mau está lá, tu vais para lá muito por influência dos outros, daquilo que tu és capaz de controlar em ti próprio, é um bocado de tudo. Mas, se desmitificares aquele lado de “aquilo deve ser fantástico ou então deve ser mau”, acho que os miúdos perdem um bocado disso, e é aí que entra um bocado a libertação das drogas ou não.”</i></p> <p><i>“Eu acho que os comportamentos de risco são coisas naturais, lá está, o álcool também é completamente acessível e se calhar acessível demais. Acho que tem de haver um meio termo entre tudo, tem de se perceber que o álcool mata tanto como a droga ou até mais.”</i></p> <p><i>“Eu posso dizer uma experiência que me marcou a mim, tive uma visita de estudo a um centro de reabilitação, e vou-te dizer que foi das experiências mais marcantes da minha vida. No dia em que chegamos lá descobrimos que havia lá uma pessoa conhecida de muita gente que lá foi e foi, se calhar, a experiência mais chocante para aquele grupo, eu posso garantir que pelo menos para o meu núcleo de 10-15 amigos que vimos aquilo, eramos bastante jovens, mas até hoje, muitas vezes relembramos isso, aquilo marcou-nos, teve um efeito muito esclarecedor nas nossas mentes e acho que nenhum de nós se meteu por essa via.”</i></p> <p><i>“Claro que isso tem um impacto muito maior.”</i></p> <p><i>“Sim, se estes estudos existem, que nos dão médias de idades para o início destes comportamentos, eu acho que deve ser nessas idades que se deve atuar, os mais novos não têm capacidade de</i></p>	
--	--	--	--

Apêndice IV – Tabelas da Análise de Conteúdo

		<p><i>decisão por isso, é nesses grupos de risco, nessas faixas etárias que estão ali quase a entrar nesta fase, isso sim, prevenir e reagir nesses grupos para depois quando forem mais velhos cada um já vai decidir.”</i></p> <p><i>“Falta vontade, coragem, consciência, mudança de mentalidades, alteração de quase tudo.”</i></p> <p><i>“É muito difícil arranjar soluções, mas eu acho que o ideal era começar a informar as pessoas antes delas começarem a ter qualquer tipo de comportamento de risco.”</i></p> <p><i>“Eu acho que é muito importante investirmos mais na EpS, mostrar aos miúdos antes de começarem qualquer tipo de comportamento aquilo que provoca e a situação em que as pessoas vão viver com aquilo. Embora haja muita informação e só se mete nas coisas quem quer, mas se calhar é importante mostrar testemunhos de pessoas que passaram para se mostrar como a pessoa está e para relatar a decadência porque passou.”</i></p> <p><i>“Sim eu concordo, ter outro tipo de abordagem, não só dizer que faz mal, mas explicar bem o porque, de que maneira, que a linha entre os consumos frequentes e o ficar agarrado a um vício é muito ténue, esse tipo de coisas...”</i></p> <p><i>“Eu também concordo, se formos a ver as pessoas não são assim tão esclarecidas, eu conheço universitários que fumam, mas que nem sabem a diferença entre haxixe e a erva. Isto para mim é preocupante, as pessoas fazem as coisas sem saberem o que leva, o que é, só porque os outros fazem? Não faz sentido nenhum no século XXI.”</i></p> <p><i>“Eu também partilho da mesma opinião, a informação como é dada na maioria das vezes não chega às pessoas, o uso de panfletos até serve para alguns depois fazerem filtros, a verdade é essa.”</i></p> <p><i>“Lá está a informação tem de ser bem dada, bem estruturada, mostrar mesmo a realidade para se ter a noção das coisas porque eu acho que senão se vir as consequências, a tal degradação, não levam isso a sério, é só mais uma coisa que dizem para não se fazer.”</i></p> <p><i>“Eu acho que deviam aumentar o preço do tabaco, eu lembro-me que cada vez que aumenta as pessoas reclamam, mas fumam na mesma, nem que deixem de fazer outras coisas como por exemplo tomar café para comprar um maço, mas se aumentassem em muito o preço, porque os aumentos que têm havido não são muito significativos, são cêntimos, nem sequer um euro.”</i></p> <p><i>“Mas também não o podem fazer porque senão as pessoas recorriam à contrafação e arriscava-se a economia, os ganhos que os impostos do álcool e do tabaco geram são enormes, quer para empresas quer para o estado.”</i></p> <p><i>“Eu concordo, deviam-se mudar as medidas de prevenção, iniciar no 4.º ano e estender-se até ao 12.º, começando com a parte teórica e base e ir aumentando, pormos os adolescentes em situações</i></p>	
--	--	---	--

Apêndice IV – Tabelas da Análise de Conteúdo

		<p><i>ativas e reais, mostrar o que realmente acontece, chocar as visões e formas de pensar sobre o assunto. Mas mesmo assim também sou obrigada a concordar que nunca vai acabar porque mesmo que tornassem tudo ilegal, há sempre a curiosidade e as pessoas mesmo sabendo dos riscos continuam a experimentar e se gostarem continuam e acabou. Por muitas medidas que possam haver dificilmente se acaba, mas podem-se ir fazendo alguns progressos como com o tabaco por exemplo com a invenção do cigarro eletrônico, máquinas de combustão lenta, que supostamente fazem melhor, ou menos mal, também haviam de haver mais medidas de substituição de vícios.”</i></p> <p><i>“Mas isso já é outra forma de negócio, substituir um por outro, vender os dois tipos, mais lucro. Faz com que exista uma diversidade de problemas causados por isso, daí eu defender que nunca vai acabar.”</i></p> <p><i>“A meu ver, podemos considerar que uma fatia expressiva da motivação para os CR provém da soma de pequenos desequilíbrios de uma pessoa, levando a que essa mesma pessoa desenvolva CR como um mecanismo compensatório. A solução ideal consistiria na irradicação desses problemas, porém essa solução é meramente utópica, pois implicaria acabar com famílias disfuncionais, precariedade nos empregos, problemas e barreiras impostas aos estudantes, etc. Como isso, uma vez mais, não é possível, a solução para amenizar o problema passa portanto pela educação adequada da sociedade em relação aos temas, ao contrário das proibições, que se apresentam como medidas estáticas que pouco ou nada acrescentam, falhando na ligação entre comportamentos e malefícios derivados e a população que os realiza ou em risco de os realizar.”</i></p>	
	<p>Importância e prevenção</p>	<p><i>“Eu acho que faz todo o sentido que seja considerado como uma doença, acho que a sociedade ainda não aceita muito bem que é uma doença. Mas eu sinto que a sociedade também não aceita muito bem todas as doenças que sejam do foro psicológico, as pessoas não veem como uma doença.”</i></p> <p><i>“É verdade, eu acho que há muita gente que tem dificuldade em perceber realmente que as doenças psicológicas são uma doença. Existem e têm de ser tratadas.”</i></p> <p><i>“E têm de ser tratadas, sim...”</i></p> <p><i>“Exatamente, mas para além dos apoios prestados acho que também é necessário mudarmos a forma como vimos certas doenças, sobretudo aquelas que são mais marginalizadas pela sociedade.”</i></p> <p><i>“Eu não sabia, mas sim faz todo o sentido.”</i></p> <p><i>“Sim, quem reconhece que é toxicodependente e recorre a estes serviços especializados, acho que o estado acaba por poupar dinheiro do que mandar as pessoas para clínicas ou prisões, onde</i></p>	

Apêndice IV – Tabelas da Análise de Conteúdo

	<p><i>às vezes mantém certos vícios, em vez de acompanhar e tentar ajudar, curar.”</i></p> <p><i>“Sim, o facto de ser toxicod dependente não pode ser um crime porque é uma doença.”</i></p> <p><i>“Para ser toxicod dependente está a consumir algo ilícito, poderia ser crime por aí.”</i></p> <p><i>“Sim, mas não tinha essa ideia porque no fundo quem está a ser mais prejudicado é quem consome.”</i></p> <p><i>“Eu sabia que era uma doença, mas pensava que também era crime pelas conotações e notícias que frequentemente vemos, continua a estar muito ligada essa imagem de que é crime, mas é sobretudo uma doença e uma decadência enorme por isso acho muito bem que apoiem estas pessoas.”</i></p> <p><i>“Eu concordo, com tantas evoluções que existem devemos sempre garantir que pelo menos em questões de saúde as pessoas têm o acompanhamento que merecem, mas também é importante que enquanto sociedade também se encare como doença, como referiram anteriormente ainda se conota muito como crime, como pessoas marginalizadas com as quais não queremos ter contacto e que tomamos como exemplos do que não queremos ser, mas não percebemos na maior parte das vezes que chegar lá é mais fácil do que aquilo que julgamos e que ninguém chega a esse estado por querer. Por isso concordo com tudo e acho que também se deveria apostar em ações de sensibilização, contacto e esclarecimento sobre esta doença para que as perceções sociais se mudem.”</i></p> <p><i>“Exatamente porque mesmo que eles recorram aos serviços de saúde se se sentirem olhados de lado e ouvirem comentários maliciosos podem voltar ao vício mais depressa, a nossa sociedade enterra as pessoas que não têm o suposto comportamento comum e ideal, em vez de ajudar a reinserir as pessoas.”</i></p> <p><i>“Sim e mesmo com outras doenças tem-se sempre aquele pensamento de “coitadinho” ou de coragem pela superação, depende muito das pessoas e das doenças, mas dificilmente se volta a tratar essas pessoas com normalidade.”</i></p> <p><i>“Eu tinha noção dos apoios e acompanho as pequenas evoluções que se vão notando quanto à prevenção. Não é doença na minha opinião, mas sim um vício que deixa as pessoas aliviadas e confortáveis. Os apoios ainda são poucos, mas há uma coisa que também tem que mudar, como o custo destes apoios e a sua continuidade.”</i></p> <p><i>“Tinha essa noção, mas continuo a achar que os apoios especializados ainda não estão preparados para ter sucesso.”</i></p> <p><i>“A prevenção devia começar em casa e depois na escola, eu acho que uma criança que está em casa e vê o pai a fumar ao lado dela vai pensar se ele pode eu quando crescer também vou poder, ou</i></p>	
--	--	--

Apêndice IV – Tabelas da Análise de Conteúdo

	<p><i>uma pessoa que está com os pais ao lado a beber sempre vai pensar que é algo normal. Se tiveres os teus pais a comerem todos os dias algo tu vais achar que também podes porque se eles estão a comer é porque é bom para eles e é porque também vai ser bom para ti. Portanto, nós também devemos dar o passo de mostrar o que é bom ou o que é mau, a educação começa em casa e isso é fundamental e depois tem de haver sensibilização e essa continuação nas escolas e desde sempre, tu também aprendes a reciclar na primária, podes começar a falar sobre isso na primária, claro que a altura certa, se calhar é ali a partir do 5.º ano e depois levar isso até ao 12.º ano, não é, se calhar na faculdade já chegávamos mais sensibilizados.”</i></p> <p><i>“Se calhar faz mais sentido a partir do 5.º ano, se a idade média é de 12,5 para começar a consumir álcool, no 5.º ano tens para aí 10 anos, é antes de se começar.”</i></p> <p><i>“Acho que os métodos que têm utilizado para a saúde fazem sentido, por exemplo eu não gosto de fumo de tabaco e não tenho que levar com o fumo de alguém que decide fumar ao meu lado. Eu no meu percurso escolar tive várias discussões, teatros e até testemunhos que me alertaram para isso. Acho que o 5.º ano é ideal para se começar a falar destas temáticas. Mas no fundo, o praticar ou não comportamentos de risco depende da consciência de cada um.”</i></p> <p><i>“Eu penso que tem de ser um trabalho multidisciplinar. Primeiro em casa os pais têm de falar com os filhos desde pequenos, depois não devem facilitar ou relativizar comportamentos desviantes, mas também não devem só proibir, é necessário diálogo. Segundo, na escola é necessário falar-se e desmistificar mitos e os efeitos desde cedo, no 5.º ano, e é também importante que conheçam a experiência dos mais velhos, de pessoas que começaram na brincadeira e agora estão dependentes. Tudo isto com uma vertente pedagógica e não proibitiva. Não é a lei que vai fazer a alteração de comportamentos. É sim a mudança de pensamento.”</i></p> <p><i>“(…) Concluindo, acho que a educação para a saúde deveria ser uma área mais desenvolvida, com um programa adaptado que acompanhasse o individuo na sua maturação, iniciando na primária e estendendo-se até acabarmos de estudar.”</i></p> <p><i>“Eu concordo, para mim este acompanhamento devia começar no 5º ano e estender-se até aos últimos anos de ensino.”</i></p>	
--	--	--