

72-4/198

Susana Andreia D. L. F. Francisco Monteiro

**Padrões de Consumo de Tabaco, Álcool e Drogas
na População Estudantil das Escolas Secundária/3
de Alfena e Secundária/3 de Ermesinde**



**Departamento de Zoologia / Antropologia
Faculdade de Ciências da Universidade do Porto
Maio 2005**



FC

Biblioteca
Faculdade de Ciências
Universidade do Porto

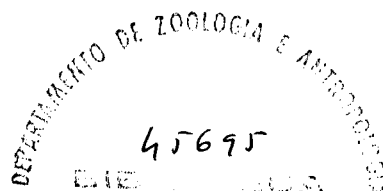


0000055190

Susana Andreia D. L. F. Francisco Monteiro

**Padrões de Consumo de Tabaco, Álcool e Drogas
na População Estudantil das Escolas Secundária/3
de Alfena e Secundária/3 de Ermesinde**

*Obrigado do júri,
Júri, Colef
24/07/2007*



Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Biologia para o Ensino, apresentada à Faculdade de Ciências da Universidade do Porto, orientada pelo Professor Catedrático Jorge Negreiros da Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade do Porto

**Departamento de Zoologia / Antropologia
Faculdade de Ciências da Universidade do Porto
Maio 2005**

AGRADECIMENTOS

Esta tese deve a sua concretização à solidariedade, à amizade, ao estímulo intelectual, à compreensão e ao trabalho de várias pessoas a quem gostaria de agradecer:

As minhas primeiras palavras de agradecimento vão para o meu orientador, figura distinta de académico, Doutor Jorge Negreiros, pelo modo como me orientou neste trabalho. Com efeito, a sua orientação atenta e sempre disponível foi factor determinante para a sua conclusão.

As instituições de ensino que colaboraram neste estudo, pela disponibilidade e prontidão com que atenderam às solicitações e pela forma acolhedora como me receberam. Destaco aqui o Dr. António Coelho e o Dr. Álvaro Pereira.

A todos os colegas que participaram prontamente na recolha de dados. A todos eles o meu muito obrigado.

Aos alunos e respectivos pais e mães que tornaram possível a realização deste estudo, o meu agradecimento pela forma generosa com que acederam participar.

A todos os colegas do grupo de Mestrado pela amizade, incentivo e apoio incondicional nos momentos mais difíceis.

Aos meus familiares que sempre acreditaram em mim, sempre me apoiaram incondicionalmente e sempre estiveram dispostos para me auxiliar, a todos eles manifesto o meu profundo reconhecimento. Em especial à minha mãe, Rosa, aos meus sogros, M^a de Fátima e Vitor e às minhas irmãs, Liliana e Vanessa, aos meus padrinhos Filipe e Sandra por tudo ... tudo o que nem estas, nem todas as palavras do mundo conseguirão agradecer.

A Deus, pelos dons que me deu e que me permitiram a concretização com êxito deste empreendimento.

Ao meu filho Vasco, sentido último de todo este trabalho, desculpando-me pelas muitas horas de convívio de que o privei.

Finalmente, um agradecimento muito especial para o meu marido Carlos que diariamente acolheu as minhas angústias, tristezas, alegrias... Também ele fez esta caminhada ao meu lado. Também ele adiou objectivos de vida para que eu pudesse concretizar este projecto. O seu apoio, desde o primeiro momento e o seu entusiasmo foram incentivos absolutamente fulcrais para a conclusão desta meta.

RESUMO

Este estudo pretendeu investigar os padrões de consumo de tabaco, álcool e drogas na população estudantil das Escolas Secundária/3 de Alfena e Secundária/3 de Ermesinde, ambas pertencentes ao concelho de Valongo. O facto de se tratarem de estabelecimentos de ensino que embora limítrofes se encontram inseridos em meios distintos (semi-urbano e urbano, respectivamente), justificou a opção de efectuar o tratamento dos dados recolhidos quer de um modo global quer por escola.

Participaram no estudo 658 alunos que se encontravam a frequentar, no ano lectivo 2006/2007, o 7º ao 12º ano de escolaridade: 307 da Escola Secundária/3 de Alfena e 351 da Escola Secundária de Ermesinde. Destes 46% eram do sexo masculino e 54% eram do sexo feminino. A idade dos sujeitos inquiridos variou entre os 12 e os 21 anos, sendo a média das idades dos alunos que constituíram a amostra de 14,7 anos (D.P.= 1.89). Foi utilizada uma metodologia quantitativa, com recurso a um questionário utilizado num estudo anterior.

Os resultados deste estudo revelam prevalências ao longo da vida e nos últimos 30 dias de 38,5 % versus 9%, para o consumo de tabaco, e 71,5 % versus 40 % para o consumo de álcool. Entre as drogas ilícitas a mais utilizada são os inalantes (20,4%), seguidos da marijuana ou haxixe (4%), dos tranquilizantes ou sedativos sem receita médica (3,3%), dos estimulantes (1,2%) e do ecstasy (0,8%). A experiência de consumo das restantes drogas é apenas residual. O uso de álcool, tabaco e drogas provou estar, na generalidade, mais associado aos rapazes do que às raparigas. O grupo de pares parece assumir-se como o factor mais importante no primeiro contacto com as diferentes substâncias.

Conclui-se que o consumo de tabaco, álcool e drogas na amostra em estudo é relativamente baixo, sendo que a maioria dos indicadores de consumo apresenta percentagens inferiores quer às registadas a nível nacional, quer na maior parte dos países europeus. No entanto, o consumo exagerado de vinho e de bebidas destiladas regista valores superiores aos registados no estudo a nível nacional (ESPAD, 2003).

Os dados recolhidos no presente estudo deverão ser tomados em consideração no desenvolvimento de estratégias preventivas para a redução do uso de tabaco, álcool e drogas a implementar nos estabelecimentos de ensino considerados.

SUMMARY

The main goal of this study was to investigate patterns of cigarette smoking, alcohol consumption and drug use, in a student population of both Alfena and Ermesinde Secondary Schools. These two institutions are located in Valongo area, Porto district. Considering the fact that these two schools are located in different environments (a scarcely populated area and a medium aggregate population area, respectively), although they're close to each other, this prompted a study taking into account a global analysis and also focused on each school independently. 658 students participated in this study. The participants were attending, during the 2006/2007 academic year, the 7th grade up to the 12th grade. 307 students were selected in Alfena Secondary School and 351 in Ermesinde Secondary School. 46 % of the sample were male and 54 % were female. The age ranged between 12 and 21 years old and the population's mean age was 14,7 years old ($SD = 1.89$). A quantitative methodology has been applied, based in a questionnaire used in a previous study.

The results of this study show a lifetime and last month prevalence of 38.5% versus 9% for respectively cigarette smoking and 71.5% versus 40% for alcohol consumption. Amongst illicit drugs (lifetime prevalence), the most popular are inhalants (20.4%), followed by hashish (4%), tranquilizers or sedatives without medical prescription (3.3%), stimulants (1.2%) and ecstasy (0.8%). The use of other illicit drugs is residual. Alcohol consumption, cigarette smoking and drug use has proven to generally be more associated with males rather than with females. Peer group seems be the most critical factor for the initiation of drug use. Besides, cigarette smoking, alcohol consumption and drug use is relatively low, considering the prevalences observed in studies conducted at a national level and in other European countries. Nevertheless, wine consumption and distilled drinks consumption is higher than the one observed in Portuguese national studies (ESPAD, 2003).

The results of this study should be taken into account on preventive strategies development aiming the decrease of alcohol consumption, cigarette smoking and drug use among adolescents in this specific area.

RÉSUMÉ

Cette étude a été développée avec l'objectif de définir les patrons de consommation de tabac, d'alcool et de drogues parmi les élèves des Écoles Secondaires/3 d'Alfena et d'Ermesinde, intégrées dans la commune de Valongo, district de Porto. Bien que les deux établissements scolaires se trouvent relativement proches, ils s'insèrent dans deux zones très différentes (semi urbaine et urbaine, respectivement). Ce fait a justifié l'option d'analyser les informations obtenues, tout en donnant une perspective globale et individuelle par école. L'échantillon s'est composé de 658 élèves – 307 de l'École Secondaire/3 d'Alfena et 351 de celle d'Ermesinde – de la 7^e jusqu'à la 12^e année d'études (5^e jusqu'au bac – équivalence au système français) pendant l'année scolaire 2006/2007. De ceux-ci, 46% étaient des garçons et 54% des filles. L'âge des intervenants a varié entre les 12 et les 21 ans, dont la moyenne a été fixée à 14,7 ans (D.S. = 1,89). On a appliqué une méthodologie quantitative, tout en utilisant un questionnaire.

Les conclusions de l'étude dénoncent une prépondérance de consommation pendant la durée de vie et pendant le dernier mois de 38,5% versus 9 % pour la consommation de cigarettes et de 71,5% versus 40% pour la consommation d'alcool. Parmi les drogues illicites, la plus utilisée sont les inhalants (20,4%), suivie de la marijuana / haschich (4%), des tranquillisants ou sédatifs sans prescription médicale (3,3%), des stimulants (1,2%) et de l'ecstasy (0,8%). L'expérience de consommation des autres drogues n'est que résiduelle. On constate que la consommation d'alcool, de tabac et de drogues est, en général, plus associée aux garçons qu'aux filles. Le groupe de paires semble s'assumer comme le facteur le plus important dans le premier contact avec les diverses substances.

On déduit ci-contre que la consommation de tabac, d'alcool et de drogues de l'échantillon analysé est relativement basse, étant donné que la majorité des indicateurs de consommation présente des pourcentages inférieurs aux résultats nationaux et de la plupart des pays européens (ESPAD, 2003). Toutefois, la consommation exagérée de vin et de boissons distillées présente des valeurs supérieures à celles de l'étude nationale (ESPAD, 2003).

Les données présentées dans cette recherche devront être considérées dans le domaine du développement de stratégies préventives de sorte à envisager la réduction de la consommation d'alcool, de tabac et de drogues dans les établissements d'enseignement concernés.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	2
RESUMO.....	3
SUMMARY	4
RÉSUMÉ	5
ÍNDICE.....	6
ÍNDICE DE FIGURAS	8
ÍNDICE DE TABELAS.....	12
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	13
CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO E ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO.	14
1.1. DEFINIÇÃO DE CONCEITOS.	14
1.1.1. <i>Introdução.</i>	14
1.1.2. <i>Origem e breve história das drogas.</i>	16
1.1.3. <i>Uso de drogas.</i>	23
1.1.4. <i>Abuso de drogas</i>	24
1.1.4.1. <i>Perspectiva médica.</i>	25
1.1.4.2. <i>Perspectiva social.</i>	26
1.1.5. <i>Consumo problemático.</i>	27
1.1.6. <i>Dependência de substâncias.</i>	28
1.2. FACTORES DE RISCO E FACTORES DE PROTECÇÃO.....	32
1.2.1. <i>Comportamentos de risco na adolescência.</i>	32
1.2.2. <i>Influência familiar.</i>	38
1.2.3. <i>Influência do grupo de pares.</i>	41
1.2.4. <i>Influência da escola.</i>	44
1.2.5. <i>Influência dos factores individuais.</i>	45
1.3. EPIDEMIOLOGIA DAS DROGAS.	48
1.3.1. <i>Retrato da situação mundial.</i>	48
1.3.1.1. <i>O consumo de drogas no mundo.</i>	48
1.3.1.2. <i>O consumo de tabaco no mundo.</i>	53
1.3.1.3. <i>O consumo de álcool no mundo.</i>	55
1.3.2. <i>Retrato da situação a nível Europeu</i>	58
1.3.2.1. <i>O consumo de drogas na Europa</i>	58
1.3.2.2. <i>O consumo de Tabaco na Europa.</i>	67
1.3.2.3. <i>O consumo de Álcool na Europa.</i>	69
1.3.3. <i>Retrato da situação nacional.</i>	71
1.3.3.1. <i>O consumo de drogas em Portugal.</i>	71
1.3.3.2. <i>O consumo de tabaco em Portugal</i>	77

1.3.3.3. O consumo de álcool em Portugal.....	79
1.4. CONCLUSÕES	84
CAPÍTULO II – MÉTODOS E MODELOS PREVENTIVOS – PREVENÇÃO EM MEIO ESCOLAR...	88
2.1. CONCEITOS E DEFINIÇÕES SOBRE PREVENÇÃO	88
2.2. EVOLUÇÃO DAS ABORDAGENS TEÓRICAS E DAS ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS.	92
2.3. EXPERIÊNCIAS DE PREVENÇÃO EM MEIO ESCOLAR.	98
2.4. CONCLUSÕES	105
CAPÍTULO III – ESTUDO EMPÍRICO.....	108
3.1. INTRODUÇÃO	108
3.2. METODOLOGIA	109
3.2.1. <i>Instrumento</i>	109
3.2.2. <i>Estudo piloto</i>	110
3.2.3. <i>Procedimentos</i>	110
3.2.4. <i>Métodos estatísticos</i>	111
3.2.5. <i>Seleção e características da amostra</i>	111
3.2.6. <i>Participantes</i>	112
3.3. RESULTADOS	116
3.3.1. <i>Consumo de Tabaco</i>	116
3.3.2. <i>Consumo de álcool</i>	123
3.3.3. <i>Consumo de drogas ilícitas</i>	136
3.3.4. <i>Conhecimento e atitudes em relação ao álcool e drogas</i>	145
3.3.4.1. <i>Percepção do risco de consumo de drogas</i>	146
3.3.4.2. <i>Facilidade de obtenção das drogas</i>	152
3.3.4.3. <i>Percepção do consumo de drogas pelos amigos</i>	158
3.3.4.4. <i>Reprovação do consumo de drogas pelos amigos</i>	162
3.3.5. <i>Actividades, interesses e tempos livres</i>	166
3.3.5.1. <i>Actividades de ocupação do tempo</i>	166
3.3.5.2. <i>Comportamentos anti-sociais</i>	173
3.4. CONCLUSÕES	178
BIBLIOGRAFIA	189
ANEXOS.....	203
ANEXO A – QUESTIONÁRIO	203
ANEXO B – VARIÁVEIS CONSIDERADAS NO QUESTIONÁRIO	208
ANEXO C – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO.	209

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1 – Consumo de droga ilegal e nível mundial (2004).

Figura 1.2 – Distribuição do número total de consumidores anuais (2003-2005) de cada substância, por região (%).

Figura 1.3 – Prevalência anual de consumo, por região (%) de cada substância.

Figura 1.4 – Tendências globais de evolução dos consumos, por substância, em 12 anos. **Figura 1.5** – Média de consumo de tabaco per capita em indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos.

Figura 1.6 – Prevalência no último ano do consumo de cannabis entre os jovens adultos (15-34 anos e 15-24 anos).

Figura 1.7 – Prevalência ao longo da vida e consumo recente (último ano) de ecstasy entre jovens adultos de idades seleccionadas, 15-34 e 15-24 anos, medido pelos inquéritos à população.

Figura 1.8 – Prevalência no último ano do consumo de cocaína entre todos os adultos (15-64 anos) e os jovens adultos (15-34 anos e 15-24 anos).

Figura 1.9 – Prevalências de fumadores em diversos países da UE (2005) *. População adulta – por sexo.

Figura 1.10 – Prevalências de fumadores em diversos países da UE (2005). População jovem (>15 anos) – por sexo.

Figura 1.11A – Prevalências de consumo em Portugal – 2001 – População entre os 15 e os 64 anos – Drogas.

Figura 1.11B – Prevalências de consumo em Portugal – 2001 – População entre os 15 e os 34 anos – Drogas.

Figura 1.12 – Prevalências de consumo (%) de diversas substâncias, em alunos dos 13 aos 18 anos do território nacional.

Figura 1.13 – Evolução das prevalências ao longo da vida (PLV) e nos últimos 30 dias (P30D) do consumo de tabaco em alunos do 3º Ciclo e Secundário.

Figura 1.14 – Evolução das prevalências de consumo ao longo da vida (PLV) e nos últimos 30 dias (P30D) de álcool em alunos do 3º Ciclo e do Ensino Secundário.

Figura 3.1 – Distribuição da amostra por sexo e ano de escolaridade – Total da amostra e por escola (%).

Figura 3.2 – Prevalências ao longo da vida – PLV (%) de tabaco por ano de escolaridade – Total e por género.

Figura 3.3 – Prevalências nos últimos 30 dias – P30D (%) de tabaco por ano de escolaridade – Total e por género.

Figura 3.4 – Consumo de tabaco por ano de escolaridade e por género – PLV (%) e P30D (%) em cada uma das escolas.

Figura 3.5 – Prevalência ao longo dos últimos 30 dias do consumo de tabaco por ano de escolaridade – Total da amostra (%).

Figura 3.6 – Dimensão do consumo de tabaco por ano de escolaridade – Rapazes. Frequência ao longo da vida (%).

Figura 3.7 – Dimensão do consumo de tabaco por ano de escolaridade – Raparigas. Frequência ao longo da vida (%).

Figura 3.8 – Intensidade do consumo de tabaco nos últimos 30 dias por ano de escolaridade – Rapazes.

Figura 3.9 – Intensidade do consumo de tabaco nos últimos 30 dias por ano de escolaridade – Raparigas.

Figura 3.10 – Idade em que foi consumido o primeiro cigarro (%) – Total e por género.

Figura 3.11 – Idade em que foi iniciado um consumo regular de tabaco (%) – Total e por género.

Figura 3.12 – Contextos de iniciação ao consumo de tabaco (%).

Figura 3.13 – Prevalências ao longo da vida – PLV (%) de álcool por ano de escolaridade – Total e por género.

Figura 3.14 – Prevalências nos últimos 30 dias – P30D (%) de álcool por ano de escolaridade – Total e por género.

Figura 3.15 – Consumo de álcool por ano de escolaridade e por género – PLV (%) e P30D (%) em cada escola.

Figura 3.16 – Intensidade do consumo de álcool nos últimos 30 dias por ano de escolaridade – Rapazes.

Figura 3.17 – Intensidade do consumo de álcool nos últimos 30 dias por ano de escolaridade – Raparigas.

Figura 3.18 – Bebida ingerida no último consumo de álcool (%).

Figura 3.19 – Quantidade de bebidas alcoólicas ingerida no último consumo (%).

Figura 3.20 – Prevalências dos estados de embriaguez (%).

Figura 3.21 – Prevalências dos estados de embriaguez por escola (%).

Figura 3.22 – Percentagem de alunos que referem o consumo de 5 ou mais bebidas numa única ocasião em função do ano de escolaridade.

Figura 3.23 – Percentagem de alunos que referem o consumo de 5 ou mais bebidas numa única ocasião em função do ano de escolaridade e por escola.

Figura 3.24 – Problemas provocados pelo consumo de álcool – Total da amostra. (%)

Figura 3.25 – Problemas causados pelo consumo de álcool, por escola. (%)

Figura 3.26 – Idades de iniciação ao consumo de cerveja, vinho e bebidas destiladas (%).

Figura 3.27 – Contextos de iniciação ao consumo de álcool por sexo (%).

Figura 3.28 – Prevalências do consumo de marijuana ou haxixe (%) – Total da amostra e por escola.

Figura 3.29 – Prevalências ao Longo da Vida (%) do consumo de haxixe em função do ano de escolaridade – Total e por género.

Figura 3.30 – Prevalência ao longo da vida (%) do consumo de haxixe, por ano de escolaridade, escola e sexo.

Figura 3.31 – Idades de iniciação ao consumo de marijuana ou haxixe (%).

Figura 3.32 – Prevalências do consumo de inalantes (%) – Total da amostra e por escola.

Figura 3.33 – Prevalências ao Longo da Vida (%) do consumo de inalantes em função do ano de escolaridade – Total e por género.

Figura 3.34 – Idades de iniciação ao consumo de inalantes (%).

Figura 3.35 – Prevalências de consumo ao longo da vida (%) do consumo de outras drogas – Total da amostra, ESPAD, 2003 e Negreiros, 2001.

Figura 3.36 – Prevalências de consumo ao longo da vida de “outras drogas” por escola (%).

Figura 3.37 – Primeira droga experimentada (%).

Figura 3.38 – Primeira droga experimentada por escola (%).

Figura 3.39 – Percepção do risco de consumir tabaco. Percentagens dos estudantes que responderam “Risco elevado” por escola segundo o sexo (%).

Figura 3.40 – Percepção do risco de consumir álcool. Percentagens dos estudantes que responderam “Risco elevado”, por escola, em função do sexo (%).

Figura 3.41 – Percepção do risco de consumir marijuana. Percentagens dos estudantes que responderam “Risco elevado”, por escola, em função do sexo (%).

Figura 3.42 – Percepção do risco de consumir inalantes. Percentagens dos alunos que responderam “Risco elevado”, por escola, em função do sexo (%).

Figura 3.43 – Percepção do risco de consumir drogas. Percentagens dos alunos que responderam “Risco elevado” e “Não sei”, por escola, em função do sexo (%).

Figura 3.44 – Estudantes que percebem diferentes bebidas alcoólicas como “fáceis” ou “muito fáceis” de obter, por escola (%).

Figura 3.45 – Estudantes que percebem a marijuana ou haxixe como “fácil” ou “muito fácil” de obter (%) – por ano de escolaridade e escola.

Figura 3.46 – Alunos que percebem os inalantes como “fáceis” ou “muito fáceis” de obter (%) – por ano de escolaridade e escola.

Figura 3.47 – Alunos que percebem os inalantes como “fáceis” ou “muito fáceis” de obter, por escola e ano de escolaridade.

Figura 3.48 – Alunos que percebem os tranquilizantes e o ecstasy como drogas “fáceis” ou “muito fáceis” de obter, por escola e ano de escolaridade (%).

Figura 3.49 – Percepção do consumo de tabaco pelos amigos por escola e ano de escolaridade – Alunos que responderam “A maioria” (%).

Figura 3.50 – Percepção do consumo de bebidas alcoólicas pelos amigos por escola e ano de escolaridade – Alunos que responderam “A maioria” (%).

Figura 3.51 – Percepção da embriaguez pelos amigos por escola e ano de escolaridade – Alunos que responderam “Alguns” ou “A maioria” (%).

Figura 3.52 – Percepção do consumo de drogas ilícitas por escola e ano de escolaridade – Alunos que responderam “Alguns” e “A maioria” (%).

Figura 3.53 – Percepção do consumo de marijuana ou haxixe por escola e ano de escolaridade – Alunos que responderam “Alguns” e “A maioria” (%).

Figura 3.54 – Reprovação do consumo de tabaco pelos amigos por escola e ano de escolaridade. Alunos que responderam que “Acham mal” ou “Muito mal” (%).

Figura 3.55 – Reprovação do consumo de álcool pelos amigos por escola e ano de escolaridade. Alunos que responderam que “Acham mal” ou “Muito mal” (%).

Figura 3.56 – Reprovação da embriaguez pelos amigos por escola e ano de escolaridade. Alunos que responderam que “Acham mal” ou “Muito mal” (%).

Figura 3.57 – Reprovação do consumo de drogas ilícitas pelos amigos por escola e ano de escolaridade. Alunos que responderam que “Acham mal” ou “Muito mal” (%).

Figura 3.58 – Actividades de ocupação dos tempos livres por escola, segundo o sexo (%).

Figura 3.59 – Actividade de “ir as um bar” segundo o ano de escolaridade, por escola (%).

Figura 3.60 – Actividade “ir a uma discoteca” segundo o ano de escolaridade, por escola (%).

Figura 3.61 – Actividades de ocupação dos tempos livres por escola, segundo o sexo (%).

Figura 3.62 – Actividades de ocupação dos tempos livres por escola, segundo o sexo (%).

Figura 3.63 – Actividade “jogar jogos de computador” segundo o ano de escolaridade, por escola (%).

Figura 3.64 – Actividades “ir à missa 1 ou duas vezes nos últimos três meses” e “1 ou 2 vezes por semana”, por escola (%).

Figura 3.65 – Actividade “ida à missa 1 ou 2 vezes por semana” segundo o ano de escolaridade, por escola (%).

Figura 3.66 – Prevalência no último ano de comportamentos anti-sociais. Total da amostra e por escola (%).

Figura 3.67 – Prevalência no último ano de comportamentos anti-sociais em função do sexo (%).

Figura 3.68 – Prevalência de comportamentos anti-sociais no último ano por ano de escolaridade (%).

Figura 3.69 – Prevalência de comportamentos anti-sociais no último ano por ano de escolaridade – Escola Secundária/3 de Alfena (%).

Figura 3.70 – Prevalência de comportamentos anti-sociais no último ano por ano de escolaridade – Escola Secundária/3 de Ermesinde (%).

ÍNDICE DE TABELAS

- Tabela 1.1** – Critérios de diagnóstico para abuso de substâncias (DSM – IV).
- Tabela 1.2** – Sumário dos Factores de Risco para o uso de drogas.
- Tabela 1.3** – Estimativa do consumo anual de drogas, por região e substância – 2003-2005 (Milhões de consumidores) / (em % na população dos consumidores com idades entre 15 a 64 anos).
- Tabela 1.4** – Número estimado de fumadores (em milhões) e prevalências de uso de tabaco para indivíduos com idades superiores a 15 anos.
- Tabela 1.5** – Os vinte países mais consumidores de cerveja, vinho e bebidas espirituosas.
- Tabela 3.1** – Média de idades por ano de escolaridade e sexo.
- Tabela 3.2** – Características sócio-demográficas da amostra total e por escola (%).
- Tabela 3.3** – Distribuição dos jovens face à reprovação escolar.
- Tabela 3.4** – Bebidas consumidas nos últimos 30 dias (%).
- Tabela 3.5** – Consumo nos últimos 30 dias por tipo de bebida e sexo (%).
- Tabela 3.6** – Consumo nos últimos 30 dias por tipo de bebida e ano de escolaridade (%).
- Tabela 3.7** – Consumo de cerveja, vinho e bebidas destiladas nos últimos 30 dias, por escola (%)
- Tabela 3.8** – Informação sobre as drogas e episódios de oferta para consumo (%).
- Tabela 3.9** – Frequência do consumo de tranquilizantes, estimulantes e ecstasy (%).
- Tabela 3.10** – Hábitos de Lazer dos adolescentes nos últimos três meses (%) – Total da amostra.
- Tabela 3.11** – Correlações entre o consumo de drogas e actividades de ocupação do tempo livre.
- Tabela 3.12** – Correlações entre medidas de comportamentos-problema.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- BASICS** – Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students
- CAN** – The Swedish Council for information on Alcohol and Other Drugs
- CID-10** – International Standard Classification of Diseases and Related Health Problems – Tenth Revision
- CSAP** – Center for Substance Abuse Prevention
- DEPS** – Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde
- DGS** – Direcção-Geral da Saúde
- DSM IV** – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Revision
- EMCDDA** – European Monitoring Center for Dugs and Drug Addiction
- ESPAD** – European School Survey on Alcohol and Other Drugs
- EUA** – Estados Unidos da América
- FAD** – Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción
- IDT** – Instituto da Droga e da Toxicodependência
- INME** – Inquérito Nacional em Meio Escolar
- INSA** – Inquérito Nacional de Saúde
- IOM** – Institute of Medicine
- LSD** – Dietil Amida do Ácido Lisérgico
- LST** – Life Skills Training
- NIDA** – National Institute of Drug Abuse
- OEDT** – Observatório Europeu das Drogas e da Toxicodependência
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- P12M** – Prevalência nos Últimos 12 Meses
- P30D** – Prevalência nos Últimos 30 Dias
- PLV** – Prevalência ao Longo da vida
- UN** – United Nations
- UNODCCP** – United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention
- WHO** – World Health Organization

CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO E ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO.

1.1. Definição de conceitos.

1.1.1. Introdução.

As drogas fizeram sempre parte da história da humanidade. Em grego arcaico, a palavra droga deriva do termo “*pharmakon*” (que originou “*pharmacie*”, em francês) que significa simultaneamente veneno e remédio. Esta aparente contradição advém, efectivamente, da própria natureza das substâncias e das variáveis sociais, culturais e éticas a estas associadas.

É sabido que, na maior parte das sociedades, existiram culturas que valorizaram o uso de drogas num determinado contexto social, tendo-as rejeitado noutros tantos. Para muitos, o seu uso ou acesso proporcionou mais ainda a ideia de poder, estando estas frequentemente ligadas a monopólios de alguns – chefes, elites, sacerdotes, conselheiros.

Assim sendo, a própria cultura foi-se adaptando ao uso de drogas, mantendo a sua utilização, incentivando o seu consumo, dando-lhe um cariz elitista ou segregando os que as renegam. Por outro lado, a par com esta permissividade, tem-se assistido em todos os tempos à sua rejeição, lutando e desafiando esses movimentos, principalmente quando estes põem em risco o poder vigente ou a ordem social (Borges, 2004).

Depreende-se, deste modo, que o uso de drogas e a reacção social a este associada tenha variado largamente de acordo com os diversos espaços temporais e culturais sendo por isso compreensível a dificuldade de encontrar um consenso na própria definição de droga.

Actualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define «droga» como sendo toda a substância que, introduzida no organismo vivo modifica uma ou mais das suas funções. A definição considerada engloba substâncias ditas lícitas (bebidas alcoólicas, tabaco e certos medicamentos) assim como as substâncias ilícitas (cocaína, LSD, opiáceas, entre outras). Desta definição importa ressaltar, uma vez mais, o aspecto social e cultural na definição de droga lícita ou ilícita. Note-se o caso da Índia, um país em que o uso de álcool, totalmente reprimido em decurso da sua religiosidade, e em que algumas formas de marijuana, como o *bangue*, não só são toleradas como são habitualmente prescritas, servindo ainda usos religiosos. Do mesmo modo, nesse país, se o uso continuado de marijuana e ópio, por parte dos pastores desencadear comportamentos adictivos, estes não são, no entanto, considerados desviantes e consequentemente, passíveis de repreensão. De facto, o ópio tem sido o principal agente terapêutico na medicina desde há dois mil anos (Clinard, 1985).

Podemos afirmar que quase tudo pode ser considerado uma droga. De facto, o que faz de uma substância uma droga não são as suas propriedades químicas, mas a forma como ela é usada pelos indivíduos (Isralowitz, 1998). Dependendo da droga e do modo e contexto na qual é utilizada, podemos pensar nela enquanto válida para a medicina, um elemento social, cerimonial ou religioso importante ou uma fonte de problemas. No entanto, são poucas as drogas que encaixam unicamente num só destes grupos. (Brands, 1998). Qualquer droga apresenta assim, intrinsecamente, um duplo potencial enquanto veneno ou remédio, sendo que a sua categorização em nociva ou benéfica depende exclusivamente da: a) dose; b) ocasião em que se utiliza; c) pureza; d) condições de acesso a esse produto e padrões culturais de uso. O quarto ponto é, claramente, extrafarmacológico, embora tenha actualmente um peso comparável às razões farmacológicas. (Escohotado, 1992).

Numa perspectiva sociológica, o conceito de droga é visto como um artefacto cultural, uma fabricação social, algo que foi definido arbitrariamente por certos segmentos da sociedade como uma droga. (Goode, E., 1989 cit *in* Isralowitz, R., 1998). Na mesma linha de pensamento, Comas (1984, cit. *in* Fernandes, 1990) define droga enquanto aquilo que uma dada comunidade, num determinado momento, convencionou chamar droga e, enquanto uma substância não for denominada como tal, ela não o é.

É consensual que a definição social tem influência directa nos nossos valores, atitudes e comportamentos perante as diversas substâncias. Atente-se, a este propósito, no estudo apresentado por Abelson (1973 cit *in* Isralowitz, 1998), levado a cabo nos E.U.A., que visou estudar o modo como diferentes substâncias eram percebidas pela comunidade. Os resultados foram claramente reveladores. Substâncias como heroína, cocaína, marijuana, anfetaminas e barbitúricos foram consideradas, inequivocamente, pelo público, como drogas ao invés de substâncias como o álcool e o tabaco excluídas da categoria de drogas, pela maioria dos indivíduos inquiridos.

Diante esta complexidade torna-se importante adquirir uma perspectiva histórica do desenvolvimento do fenómeno das drogas – das naturais, às drogas sintéticas, dos seus usos pelo homem e pela sociedade, dos seus significados e importância.

A classificação das drogas pela origem e no seu uso e objectivo factual pelo homem, apesar das limitações, oferece uma compreensão dos fenómenos sociais pelos quais algumas substâncias são socialmente aceites e outras rejeitadas, a cada momento histórico, que por sua vez permite uma melhor avaliação dos padrões actuais do uso e abuso de drogas na sociedade (Borges, 2004).

Assim, seleccionou-se um leque, apenas exemplificativo, de drogas mais utilizadas, pretendendo-se não uma abordagem exhaustiva às diferentes substâncias mas antes proporcionar uma visão mais abrangente do fenómeno.

1.1.2. Origem e breve história das drogas.

Segundo Escotado (1999), as primeiras drogas deverão ter aparecido em plantas ou nos seus componentes, como resultado de uma coevolução entre os reinos animal e vegetal. Certas plantas terão, possivelmente, desenvolvido defesas químicas contra a voracidade dos herbívoros produzindo drogas letais. Não é, de todo, improvável que alguns seres humanos possam ter experimentado alterações ao degustarem certas plantas, frutos ou sementes com propriedades psicoactivas, senão, veja-se as muitas lendas acerca da relação entre o alimentar-se do fruto e a visão do paraíso, comum em todos os continentes. Em todo o caso, e durante milhões de anos, muitos vegetais e frutos eram venenosos e de pequenas dimensões, tais como o milho arcaico (que actualmente ainda existe na América Central) ou a relva selvagem.

As primeiras experiências humanas com drogas deram-se, assim, através do consumo de plantas e dos seus derivados directos, situação que acompanhou a história da humanidade durante milénios. São estas as drogas chamadas naturais, como a coca e o ópio mas também a cocaína e a morfina, princípios adictivos retirados directamente das plantas em questão. (Borges, 2004).

A título de exemplo, foram encontradas descrições do cultivo da «papoila do sono» – *Papaver somniferum*, e da preparação do ópio em tábuas de argila deixadas pelos sumérios na Mesopotâmia, datadas de 7000 a 4000 a.C. (Milby, 1988). Outras referências ao ópio apareceram numa tábuas sumeriana encontrada em Nipur sob a forma de dois ideogramas, um representando uma planta e outro, a alegria (Bergeret, 1991, cit. in Borges, 2004). Estes conhecimentos bem como o das virtudes terapêuticas do ópio, foram difundidas primeiramente aos povos Assírios, posteriormente aos Babilónios e finalmente aos Egípcios.

Existem referências à sua prescrição e uso na medicina grega desde o século X a.C. sendo referido nos trabalhos de Hipócrates (460 - 375 a.C.), Dioscrides de Anazarba (40 – 90 d.C.) e Galeno (120 – 200 d.C.). No século VIII, passa a ser usado na China como modo de tratamento da disenteria e, mais tarde, como substituto de alimentos em tempo de fome (Milby, 1988).

Com a expansão colonial portuguesa e castelhana durante os séculos XV e XVI, o encontro de culturas permitiu que o ópio passasse a ocupar um lugar de relevo na rota comercial entre a Índia e Lisboa, pela sua importância sócio-económica. Garcia de Orta, na sua obra datada de 1563, refere mesmo a utilidade medicinal do ópio para algumas disfunções sexuais, como a ejaculação prematura (Poiars, 1999).

Em 1793, Samuel Crumpe no seu livro "Inquiry into the nature and properties of opium", reconhece já os consumidores de ópio como indivíduos incapazes de controlar voluntariamente os consumos (Berridge, 1994 cit. in Borges, 2004). Não obstante o exposto, só mais tardiamente, no século XIX, é que se assiste a uma dependência problemática da substância, principalmente entre os Britânicos. O Opium Act é então aprovado tendo por finalidade a redução do consumo de ópio na Inglaterra.

A partir de 1912, assiste-se a Convenções Internacionais que tentam a aplicação de legislação restritiva à produção, importação, distribuição, tráfico, aquisição e uso médico desta substância bem como dos seus derivados (Brands, 1998).

O alcalóide *Principium somniferum* ou morfina é descoberto no início do século XIX por Serturmer, tendo sido considerado na altura, um aperfeiçoamento «perfeito» do ópio sendo a sua comercialização e uso generalizado quase imediatos (Bergeret *et al.*, 1991). Da sua comercialização ao uso generalizado contam-se menos de duas décadas.

A administração de morfina injectável e em doses elevadas foi aplicada a soldados durante a guerra civil americana e a contenda franco-prussiana dando lugar ao aparecimento dos primeiros morfínómanos. Como resultado assistiu-se à primeira vaga de assaltos a depósitos farmacêuticos para obtenção de morfina (Poiães, 1999).

Na China, por exemplo, o estimulante do sistema nervoso central (SNC), designado Efedrina, extraído de uma planta local, *Ephedra equisetina*, tem sido usada na medicina tradicional desde há vários séculos. A utilização de Efedrina na medicina ocidental tem vindo, de igual forma, a ocorrer desde a sua introdução nos anos 90 (Brands, 1998) sendo o principal uso médico o alívio dos sintomas de asma (Brands, 1998). Em decurso das suas propriedades estimulantes, a efedrina foi banida pelo Comité Internacional olímpico e em muitos outros corpos desportivos (Brands, 1998). Devido aos seus efeitos estimulantes, a efedrina tem o potencial de proporcionar sensações de bem-estar o que a torna potencialmente adictiva.

De entre as drogas naturais de uso e abuso mais antigas destaca-se o álcool. Esta droga, legalizada e comercializada na maior parte das sociedades, faz parte dos hábitos alimentares, sociais e recreativos humanos desde pelo menos o período paleolítico (Goodwin, 2000). Nesta época da história da Humanidade, sumos de fruta, grãos ou mel fermentados consistiam fontes de produção de álcool. A produção da cerveja pela civilização Mesopotâmica data de 8000 a.C.. A este registo, acrescem as primeiras descrições clínicas sobre intoxicação e cura da ressaca (Goodwin, 2000).

O álcool tornou-se, mundialmente, uma das drogas psicoactivas mais populares, assumindo um papel importante nos comportamentos sociais da maioria dos grupos culturais não obstante alguns (tais como os seguidores do Islamismo), proibam expressamente o seu consumo. Tradicionalmente destacam-se três utilizações: uso médico, enquanto anestésico e pelas suas propriedades sedativas e sedativo-hipnóticas; uso em celebrações religiosas e em rituais, incluindo o uso sacramental entre os Cristãos e os Judeus e, finalmente, o uso recreativo (Brands, 1998).

O álcool encontra-se hoje entre as três drogas (não médicas) mais consumidas no mundo – sendo as outras a cafeína e a nicotina – e é responsável por uma taxa de morbilidade e mortalidade mais elevada do que todas as drogas ilícitas combinadas (Brands, 1998). Esta droga dita legal não é mais do que um agente depressivo do sistema nervoso central (SNC) que é rapidamente absorvido pelo trato gastrointestinal e metabolizado no fígado. O seu uso excessivo está relacionado com numerosas complicações médicas e psiquiátricas.

Álcool e tabaco são duas drogas únicas no extenso leque de substâncias psicoactivas com implicações sérias ao nível social, legal e de saúde pública. Únicas porque indivíduos adultos podem adquiri-las livremente sem necessidade de prescrição médica. Se conjugarmos a isto a sua facilidade de obtenção, a grande aceitação social e a popularidade dos seus efeitos psicoactivos, percebemos que todos estes factores associados conduzem facilmente ao abuso da substância por parte dos indivíduos que a consomem. No entanto, vieram recentemente a público resultados de pesquisas científicas que apontam para uma maior protecção cardiovascular em consumidores regulares de bebidas alcoólicas, de média e elevada idade, desde que os consumos ocorram em doses moderadas. Estes indivíduos demonstraram ser menos propensos do que os abstémicos, a patologias relacionadas com o sistema coronário. Pelo contrário, em indivíduos jovens o cenário é diferente registando-se um aumento de mortalidade associada aos consumos (principalmente devido a suicídios, acidentes e violência) (Brands, 1998).

Actualmente, na Europa, o consumo de álcool tem aumentado assistindo-se a alterações em termos quer de padrão de consumo de álcool quer do tipo de bebida ingerida. Estas alterações são também visíveis em Portugal que, em 2003, situava-se no 8º lugar com um consumo de 9,6 l *per capita*, atrás de países como o Luxemburgo, República Checa, República da Irlanda, Alemanha, Espanha e Reino Unido (Word Drink Trends, 2005).

Virtualmente, todas as culturas que permitiram o uso de álcool também reconheceram os efeitos potencialmente nefastos associados aos consumos crónicos e agudos da substância. Por conseguinte, cada um desenvolveu o seu padrão próprio de sancionamento legal e social de modo a desencorajar o seu abuso e/ou punir os abusadores cujo comportamento prejudica ou apresenta risco de prejuízo para os restantes elementos da comunidade.

A par com o álcool, o consumo de tabaco constitui uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível global, estando associado ao aparecimento de cancro, doenças cardiovasculares e respiratórias. O uso de tabaco é originário das Américas conhecendo-se registos do seu uso com oito mil anos. Foram encontradas gravações históricas feitas em pedra pelos Maias, mostrando sacerdotes fumando cachimbo (Milby, 1988). De facto, as plantas do tabaco – *Nicotiana tabacum* e *Nicotiana glauca* –, foram usadas de forma extensiva no Continente Americano, muito antes dos europeus entrarem em contacto com elas, de forma regular, no final do século XV, por intermédio de Colombo. Desde então, através das suas viagens, portugueses e espanhóis difundiram o tabaco rapidamente pelos diferentes continentes.

As aplicações medicinais do tabaco aparecem descritas por Hipócrates (460 – 375 a. C.), por Discordes de Anazarba (40 - 90 d.C.) e Galeno (120 – 200 d.C.) que recomendavam a inalação do fumo do tabaco para o tratamento da asma (Huber e Pandina, 1997).

O termo «nicotina» decorre do apelido do diplomata Francês, Jean Nicot (1530 – 1600) que estudou e atribuiu propriedades medicinais à planta do tabaco exaltando os seus efeitos benéficos. Assim, a partir de 1600, a planta já fazia parte do quotidiano dos europeus, acabando por ser

legalizada e taxada (Borges, 2004). Durante o século XIX, o tabaco torna-se um hábito definitivo na cultura ocidental, industrializando-se.

Nos anos 30, surge na comunidade científica uma série de preocupações com a saúde ligadas ao consumo de tabaco e à sua possível relação com determinados tipos de cancro, nomeadamente o cancro do pulmão. As investigações necessárias à sua confirmação aparecem unicamente após o término da segunda Guerra Mundial (Slade, 1997).

Apesar dos vários esforços da indústria tabaqueira quer no sentido de negar a relação do fumo do tabaco com o aparecimento de diversas doenças quer com vista a minimizar os riscos associados à inalação do tabaco (apostando na colocação de filtros como forma de reduzir a quantidade de alcatrão presente nos cigarros), a relação entre o cancro do pulmão e o tabagismo foi, nos anos 60, definitivamente estabelecida. Não obstante, só nos anos 80 surgem as primeiras políticas voltadas para a prevenção e combate ao consumo de tabaco, proibindo-se o uso de tabaco em locais fechados, lojas transportes públicos, etc.. Em 1987, a Organização Mundial de Saúde (OMS) cria o Dia Mundial sem Tabaco (31 de Maio). Desde então, esta organização tem assumido um papel fundamental e agregador da luta em relação ao tabaco.

A marijuana, o haxixe e o óleo de haxixe, são obtidos a partir da planta *Cannabis sativa*, ou planta do cânhamo, arbusto originário da Ásia que cresce facilmente em climas tropicais ou temperados. O principal constituinte psicoactivo da planta é o THC (delta-9-tetrahidrocannabinol), responsável pela maior parte dos seus efeitos. A utilização da *Cannabis* para consumo com fins medicinais, religiosos e outros é conhecida há mais de 12000 anos encontrando-se, deste modo, entre as substâncias mais antigas e mais usadas no mundo (Welch *et al.*, 2003).

Aparecem registos de uso pelos chineses, como forma de alimento e como remédio para numerosas doenças como a diarreia, a malária e dores reumáticas (Welch *et al.*, 2003). Por volta do ano 3000 a.C. é descrita pelo imperador Shen Nung, como forma de medicamento (Milby, 1988). Muitas outras referências ao uso médico da substância foram surgindo, sendo importante destacar as obras de Discordes de Anazarba (40 – 90 d.C.) e Galeno (120 – 200 d.C.) que durante séculos foram a principal fonte de conhecimento farmacológico para os médicos (Ramos Atance *et al.*, 2000, cit *in* Borges, 2004).

Só no século XIX, por intermédio de O' Shaughnessy, aparecem os primeiros estudos sobre a utilização de *Cannabis* e suas propriedades curativas. Este médico do exército colonial inglês foi o responsável pela introdução da substância, sob a forma de extracto, na Inglaterra e sua incorporação na Farmacopeia Inglesa (Milby, 1988). Em 1932, a *Cannabis* deixa de fazer parte da farmacopeia britânica e quase simultaneamente, através do “*Marijuana Tax Act*” nos EUA, são introduzidas restrições ao seu uso e distribuição em decurso da associação da droga a usos e abusos recreativos (Milby, 1988).

O movimento *hippie*, nos anos sessenta, veio a contribuir para uma forte eclosão do consumo desta substância. No entanto, novas restrições seriam impostas em 1971, através da Convenção sobre

Substâncias Psicotrópicas das Nações Unidas, proibindo-se o uso médico tanto da erva como dos seus constituintes activos (Nações Unidas, 1971 cit *in* Borges, 2004).

A legalização da *Cannabis sativa* e seus derivados, em 1984, na Holanda, e a autorização pela Alemanha, em 1988, da utilização de *Cannabis* para fins médicos, fez ressurgir a polémica sobre a legalidade da substância, proliferando a nível europeu vários movimentos defensores da legalização do consumo que chegam hoje a encher dezenas de páginas na Internet. Estes movimentos, apontam cinco princípios que consideram efectivos para a não proibição do consumo da substância que, aliás, consideram tratar-se de uma droga leve. A saber: a) Não existirem riscos assinaláveis de saúde pública ou individual; b) As consequências nefastas a nível físico serem mínimas, a nível neuro-fisiológico serem, mesmo no longo prazo, negligenciáveis e a nível psicológico limitarem-se, em casos extremos, a um défice motivacional reversível; c) O consumidor de cannabis não representar um perigo para a sociedade. Ao contrário do álcool, o consumo de cannabis induz a comportamentos pacíficos; d) A dependência à cannabis existir estritamente a nível psicológico e ser comparável e inferior, respectivamente, às dependências causadas pelo café e tabaco; e) A tolerância à substância desenvolver-se e desvanecer-se com relativa rapidez (2 a 4 dias); f) A síndrome de abstinência manifesta-se apenas nos consumidores excessivos. Contudo, a presença de sintomas de abstinência entre alguns consumidores regulares e crónicos de cannabis e o relato de complicações agudas entre estes (depressão, quadros psicóticos) colocou em causa a teoria de que se tratava de uma “droga leve” (Quiroga, 2000).

O estimulante cocaína, presente nas folhas de *Erythroxylum coca*, tem estado em uso médico e não médico no Peru desde há centenas de anos. Diversos achados arqueológicos permitem afirmar que o seu uso é ancestral, existindo consumidores de folha de coca no Equador e no Peru no ano 5000 a.C. . Existem indicações do uso de um composto líquido elaborado a partir das folhas de coca como anestésico para cirurgia cerebral datadas de 1500 anos a.C. . Nas sociedades pré-colombianas, a coca servia para fins medicinais, era utilizada nas celebrações e práticas mágicas (Borges, 2004).

No século XVI, a coca foi levada para a Europa, no entanto, só em 1859, Albert Niemann isola o princípio activo responsável pelos efeitos da planta, um alcalóide que designou de «cocaína» (Milby, 1988; Bergeret *et al.*, 1991). Passou então a ser rapidamente comercializada como remédio para os nervos, forma inofensiva de curar a tristeza e ainda pelas suas propriedades nas cordas vocais (Borges, 2004). A partir deste momento o seu prestígio social aumenta tornando-se largamente utilizada como anestésico local e como remédio e tónico para o tratamento de vários tipos de doenças (Pascual, 2001). O efeito da cocaína dá-se ao nível do sistema nervoso central (SNC), funcionando como um potente estimulante que aumenta a vigília, reduz o apetite e necessidade de descanso proporcionando ainda um intenso sentimento de euforia (Brands, 1998). Está também demonstrado o aumento do nível de glucose no sangue, aumento da pressão arterial, aumento da efectividade da contracção cardíaca e melhor ventilação pulmonar (Pascual, 2001).

Numa época em que a farmacologia era uma ciência incipiente e as restrições legais poucas ou inexistentes, a cocaína passa a ser comercializada em larga escala, convertendo-se em ingrediente fundamental de produtos como o Vinho de Coca Mariani ou a popular Coca-Cola. Em 1880, chegou mesmo a acreditar-se no poder terapêutico da cocaína no tratamento do “morfinismo” (Brands, 1998). Como resultado do forte poder eufórico e propriedades energéticas, o abuso de cocaína atingiu níveis preocupantes na última metade do século XIX, culminando na introdução de legislação restritiva ao seu uso não médico (Brands, 1998).

A cocaína ressurgiu novamente nos anos 70, quer nos EUA quer na Europa, assistindo-se a um aumento do número de utilizadores com problemas associados ao uso da substância. Nos anos 90 a droga tornou-se mais acessível, alargando o seu espectro de utilizadores a camadas mais jovens, em virtude da comercialização da “*free base*” e do *crack*, formas de consumo com um maior potencial aditivo (Pascual, 2001).

A partir do século XIX, dá-se um novo desenvolvimento do fenómeno da droga. Passa a ser possível o isolamento dos princípios activos vegetais (alcalóides) para produção de novas e mais potentes drogas, mantendo-se, contudo, a dependência das plantas correspondentes (Borges, 2004). É o aparecimento das drogas semi-sintéticas, como é o caso da heroína e do LSD.

A primeira, sintetizada em 1874, por C. Wright passa a ser produzida em laboratório, em 1895, através da reacção do produto natural, a morfina, com o acetilânido ou acetilclorido (Brands, 1998). Acreditava-se que a heroína servia para tratar dependentes de morfina e todo um conjunto de doenças, incluindo a tuberculose, não apresentando aparentemente efeitos adversos. Assim, no início dos anos 90, a *Philanthropic Saint James Society*, nos Estados Unidos da América, chegou a efectuar, via postal, uma campanha de distribuição de amostras gratuitas de heroína para dependentes de morfina que tentavam parar os seus consumos (Borg *et al.*, 2003). No final da época de 60, a heroína era já a principal causa de morte para indivíduos entre os 15 e os 35 anos em Nova Iorque, com taxas de detenção por crimes associados a drogas das mais altas alguma vez verificadas (Marlatt, 1999 cit *in* Borges, 2004).

O LSD, ou Dietilamida de Ácido Lisérgico é a 25ª substância de uma série de 27 estudadas por Albert Hoffman, em 1938 (Bergeret *et al.*, 1991). Esta substância, obtida a partir do ácido lisérgico por hidrólise dos alcalóides – ergotamina, ergosina, ergocriptina, ergocomina, ergocristina e ergobasina – existente no fungo cravagem-do-centeio (Bergeret *et al.*, 1991) é o mais poderoso dos alucinogénicos conhecidos.

Chegou a ser utilizado em psiquiatria, embora por um curto período de tempo, em virtude dos seus efeitos secundários bastante adversos (UNODCCP, 2000). Foi também utilizado como instrumento de pesquisa no estudo de doenças mentais, tratamento de abuso de substâncias, da sociopatia e de reincidência de prisioneiros, assim como no tratamento de apoio a doentes terminais (Borges, 2004). Actualmente não tem qualquer uso médico.

As primeiras experiências relacionadas com a síntese totalmente laboratorial de substâncias sem necessidade de precursores vegetais ou animais, concretiza-se nos finais do século XIX e marca a terceira fase deste fenómeno. As primeiras drogas sintetizadas deste modo foram a anfetamina Benzedrine, em 1887 e paralelamente, os barbitúricos, em 1863. Posteriormente têm sido desenvolvidos muitos outros derivados destas substâncias.

As anfetaminas constituem um grupo de substâncias psicotrópicas estimulantes de origem sintética (Ministério da Justiça, 1992; Kaplan *et al.*, 1997; UNODCCP, 2000 cit. in Borges, 2004). Actualmente distinguem-se dois tipos de anfetaminas, as clássicas – dextroanfetaminas, metanfetamina e metilfenidato – e as de design – MDMA, MDEA, MMDA, DOM, entre outras (Kaplan *et al.*, 1997).

O uso de anfetaminas é recente. A aplicação de Benzedrine no tratamento da asma, congestão nasal e estimulação do sistema nervoso data de 1927 (Milby, 1988). Em 1932 passa a ser comercializado sem prescrição médica sob a forma de inalantes. Esta venda livre duraria poucos anos já que em 1937 volta a ser unicamente comercializado mediante receita médica, como resultado do forte aumento nos padrões de consumo e abuso destas substâncias. As anfetaminas haviam passado a funcionar como substitutos legais da cocaína a preços notoriamente inferiores (Gorelick *et al.*, 2003).

Estas drogas foram utilizadas durante a Primeira Guerra Mundial, pelas forças armadas dos E.U.A., Reino Unido, Alemanha e Japão como forma de combate da fadiga, para melhorar a disposição e aumentar a resistência e a vigília (Milby, 1988). Foram ainda usadas na Segunda Guerra Mundial pelas tripulações dos aviões durante as longas missões de bombardeamento. (ibidem). Na década de 50, passam a ser prescritas para tratamento de depressões, controlo de peso, entre outros.

Dado o modo comum de apresentação dos derivados de anfetamina serem na forma de inaladores, esta forma líquida por ser de fácil manipulação, foi amplamente abusada, principalmente através de injeção endovenosa (Borges, 2004) o que desencadeou na proibição deste tipo de apresentação, nos EUA., em 1959 (Gorelick *et al.*, 2003).

A evolução destas drogas culminou na popularização, nos anos oitenta, das chamadas *designer drugs* (ou drogas de desenho) cuja característica principal consiste no facto de terem sido modificadas em laboratório, com o objectivo de criar ou potenciar efeitos psicoactivos e evitar efeitos indesejáveis. São assim drogas preparadas sinteticamente que foram desenhadas de forma a assumirem determinada/s propriedade/s farmacológica/s impossíveis de obter através de drogas naturais (Brands, 1998). Estas drogas ganharam notoriedade por serem consumidas nas discotecas e raves enquanto os indivíduos dançam ao som de música electrónica, num ambiente marcadamente colorido e sintético, como é o caso do *ecstasy* (Borges, 2004).

O MDMA, ou *ecstasy*, sintetizado pela primeira vez em 1912 por químicos Alemães e patenteado em 1914 pela companhia farmacêutica Pfizer, foi inicialmente utilizado pelos soldados, durante a Primeira Guerra Mundial, com o objectivo de aumentar os tempos de permanência no teatro de batalha, através da supressão da sensação de apetite (Viana, 2002).

No início dos anos setenta, o MDMA passa a ser utilizado por vários psicoterapeutas, como forma de aumentar os sentimentos de empatia e diminuir as barreiras no processo terapêutico (Mendelsohn, 2003). Os primeiros usos da substância associados a fins recreativos datam da década de setenta como alternativa legal ao MDA que havia sido considerado ilegal.

Em 1985 o MDMA foi incluído na categoria I das substâncias controladas, primeiro a título provisório e preventivo e, em 1988, em carácter definitivo (Viana, 2002).

Em 1863, Von Baeyer sintetizou a malonil-ureia (ácido barbitúrico), tendo posteriormente sido desenvolvidos muitos outros derivados dessa substância, conhecidos por barbitúricos (FAD, 1997). Estes compostos, foram usados massivamente desde a sua introdução nos E.U.A., em 1903, como sedativos-hipnóticos. O seu sucesso manteve-se até ao aparecimento do clorodiazepóxido e outras benzodiazepinas, na década de sessenta, substâncias mais seguras e com menos complicações neurológicas, respiratórias e cardíacas (Bergeret *et al.*, 1991).

Os ansiolíticos, sedativos e hipnóticos são drogas depressoras do Sistema Nervoso Central (SNC). Os ansiolíticos e sedativos são drogas que reduzem a tensão subjectiva, a ansiedade e induzem tranquilidade mental. Os hipnóticos têm como característica a indução do sono (Kaplan *et al.*, 1997).

As benzodiazepinas têm sido largamente usadas na prática médica e psiquiátrica devido aos seus efeitos ansiolíticos, sedativo/hipnóticos, relaxantes musculares e antiepiléticos. Anteriormente eram referenciadas como «tranquilizantes menores» termo este que, hoje em dia, se encontra ultrapassado (WHO, 1994; Juergens, 2003 cit. in Borges, 2004). Embora eficazes para os fins a que se destinam, estas drogas apresentam um potencial de dependência física e efeitos adversos, como o aumento da tolerância pelo que o seu uso deverá sempre ser monitorizado pelo médico (Juergens, 2003).

Pelo exposto se depreende que praticamente todas as drogas passaram, nos diferentes contextos espaço-temporais, por períodos de aceitação/valorização e de rejeição/penalização. Esta dualidade perniciosa tem vindo certamente a contribuir para o estabelecimento de problemas relacionados com o uso e abuso dessas substâncias.

1.1.3. Uso de drogas

O prazer, ou aquilo que os cientistas apelidam de recompensa/reforço, representa uma poderosíssima força biológica para a nossa sobrevivência. O cérebro humano encontra-se instintivamente adaptado e predisposto a repetir experiências satisfatórias. Deste modo, actividades das quais depende a nossa sobrevivência, como a alimentação, activam circuitos de células nervosas especializadas as quais, por sua vez, produzem e regulam as sensações de prazer. O uso de drogas segue o mesmo padrão.

É sabido que a utilização de drogas pressupõe sempre um ganho, real ou hipotético, por parte do utilizador. Este ganho pode ser traduzido quer pela alteração de comportamentos e/ou sentimentos

As primeiras experiências relacionadas com a síntese totalmente laboratorial de substâncias sem necessidade de precursores vegetais ou animais, concretiza-se nos finais do século XIX e marca a terceira fase deste fenómeno. As primeiras drogas sintetizadas deste modo foram a anfetamina Benzedrine, em 1887 e paralelamente, os barbitúricos, em 1863. Posteriormente têm sido desenvolvidos muitos outros derivados destas substâncias.

As anfetaminas constituem um grupo de substâncias psicotrópicas estimulantes de origem sintética (Ministério da Justiça, 1992; Kaplan et al., 1997; UNODCCP, 2000 cit. in Borges, 2004). Actualmente distinguem-se dois tipos de anfetaminas, as clássicas – dextroanfetaminas, metanfetamina e metilfenidato – e as de design – MDMA, MDEA, MMDA, DOM, entre outras (Kaplan et al., 1997).

O uso de anfetaminas é recente. A aplicação de Benzedrine no tratamento da asma, congestão nasal e estimulação do sistema nervoso data de 1927 (Milby, 1988). Em 1932 passa a ser comercializado sem prescrição médica sob a forma de inalantes. Esta venda livre duraria poucos anos já que em 1937 volta a ser unicamente comercializado mediante receita médica, como resultado do forte aumento nos padrões de consumo e abuso destas substâncias. As anfetaminas haviam passado a funcionar como substitutos legais da cocaína a preços notoriamente inferiores (Gorelick et al., 2003).

Estas drogas foram utilizadas durante a Primeira Guerra Mundial, pelas forças armadas dos E.U.A., Reino Unido, Alemanha e Japão como forma de combate da fadiga, para melhorar a disposição e aumentar a resistência e a vigília (Milby, 1988). Foram ainda usadas na Segunda Guerra Mundial pelas tripulações dos aviões durante as longas missões de bombardeamento. (ibidem). Na década de 50, passam a ser prescritas para tratamento de depressões, controlo de peso, entre outros.

Dado o modo comum de apresentação dos derivados de anfetamina serem na forma de inaladores, esta forma líquida por ser de fácil manipulação, foi amplamente abusada, principalmente através de injeção endovenosa (Borges, 2004) o que desencadeou na proibição deste tipo de apresentação, nos EUA., em 1959 (Gorelick et al., 2003).

A evolução destas drogas culminou na popularização, nos anos oitenta, das chamadas *designer drugs* (ou drogas de desenho) cuja característica principal consiste no facto de terem sido modificadas em laboratório, com o objectivo de criar ou potenciar efeitos psicoactivos e evitar efeitos indesejáveis. São assim drogas preparadas sinteticamente que foram desenhadas de forma a assumirem determinada/s propriedade/s farmacológica/s impossíveis de obter através de drogas naturais (Brands, 1998). Estas drogas ganharam notoriedade por serem consumidas nas discotecas e raves enquanto os indivíduos dançam ao som de música electrónica, num ambiente marcadamente colorido e sintético, como é o caso do *ecstasy* (Borges, 2004).

O MDMA, ou *ecstasy*, sintetizado pela primeira vez em 1912 por químicos Alemães e patenteado em 1914 pela companhia farmacêutica Pfizer, foi inicialmente utilizado pelos soldados, durante a Primeira Guerra Mundial, com o objectivo de aumentar os tempos de permanência no teatro de batalha, através da supressão da sensação de apetite (Viana, 2002).

No início dos anos setenta, o MDMA passa a ser utilizado por vários psicoterapeutas, como forma de aumentar os sentimentos de empatia e diminuir as barreiras no processo terapêutico (Mendelsohn, 2003). Os primeiros usos da substância associados a fins recreativos datam da década de setenta como alternativa legal ao MDA que havia sido considerado ilegal.

Em 1985 o MDMA foi incluído na categoria I das substâncias controladas, primeiro a título provisório e preventivo e, em 1988, em carácter definitivo (Viana, 2002).

Em 1863, Von Baeger sintetizou a malonil-ureia (ácido barbitúrico), tendo posteriormente sido desenvolvidos muitos outros derivados dessa substância, conhecidos por barbitúricos (FAD, 1997). Estes compostos, foram usados massivamente desde a sua introdução nos E.U.A., em 1903, como sedativos-hipnóticos. O seu sucesso manteve-se até ao aparecimento do clorodiazepóxido e outras benzodiazepinas, na década de sessenta, substâncias mais seguras e com menos complicações neurológicas, respiratórias e cardíacas (Bergeret *et al.*, 1991).

Os ansiolíticos, sedativos e hipnóticos são drogas depressoras do Sistema Nervoso Central (SNC). Os ansiolíticos e sedativos são drogas que reduzem a tensão subjectiva, a ansiedade e induzem tranquilidade mental. Os hipnóticos têm como característica a indução do sono (Kaplan *et al.*, 1997).

As benzodiazepinas têm sido largamente usadas na prática médica e psiquiátrica devido aos seus efeitos ansiolíticos, sedativo/hipnóticos, relaxantes musculares e antiepiléticos. Anteriormente eram referenciadas como «tranquilizantes menores» termo este que, hoje em dia, se encontra ultrapassado (WHO, 1994; Juergens, 2003 cit. in Borges, 2004). Embora eficazes para os fins a que se destinam, estas drogas apresentam um potencial de dependência física e efeitos adversos, como o aumento da tolerância pelo que o seu uso deverá sempre ser monitorizado pelo médico (Juergens, 2003).

Pelo exposto se depreende que praticamente todas as drogas passaram, nos diferentes contextos espacio-temporais, por períodos de aceitação/valorização e de rejeição/penalização. Esta dualidade perniciosa tem vindo certamente a contribuir para o estabelecimento de problemas relacionados com o uso e abuso dessas substâncias.

1.1.3. Uso de drogas

O prazer, ou aquilo que os cientistas apelidam de recompensa/reforço, representa uma poderosíssima força biológica para a nossa sobrevivência. O cérebro humano encontra-se instintivamente adaptado e predisposto a repetir experiências satisfatórias. Deste modo, actividades das quais depende a nossa sobrevivência, como a alimentação, activam circuitos de células nervosas especializadas as quais, por sua vez, produzem e regulam as sensações de prazer. O uso de drogas segue o mesmo padrão.

É sabido que a utilização de drogas pressupõe sempre um ganho, real ou hipotético, por parte do utilizador. Este ganho pode ser traduzido quer pela alteração de comportamentos e/ou sentimentos

resultantes da interacção da droga com a química cerebral, quer através de benefícios na interacção social ou simplesmente pela emoção de experimentar algo novo e possivelmente arriscado (Brands, 1998). Em todos eles, quando o que se experimenta é agradável, um novo uso torna-se mais que provável.

Vários estudos têm demonstrado a existência de uma relação entre a potência de uma droga (enquanto “reforço”) e a capacidade desta aumentar os níveis de neurotransmissores em certas áreas cerebrais. Por exemplo, a cocaína, as anfetaminas, o etanol, os opiáceos e a nicotina, todas elas drogas que proporcionam sensações agradáveis para muitos utilizadores, constituem fortes reforços e aumentam a concentração de dopamina disponível numa área particular do cérebro. No entanto, estudos sugerem que os ditos efeitos agradáveis proporcionados por estas drogas estão também relacionados com alterações nos níveis de outros neurotransmissores, assim como com as características únicas de cada utilizador e suas expectativas quanto aos efeitos proporcionados pela substância (Brands, 1998).

É impossível compreender o uso de substâncias fora de um contexto social, cultural e religioso e, consequentemente legal. No cenário contemporâneo, uma das consequências da intervenção da lei a partir de pressupostos médicos é que todo o consumidor de drogas ilegais tem o status de criminoso e transgressor da lei (Mountian, 2002). No aspecto social, e a nível individual discursivo, surge o conhecido mas incongruente slogan: “diga não às drogas e sim à vida”. De facto “as drug cultures apresentam uma fascinação notável para uma estética relacionada à morte” (Loose, 2002, pp.144). Porém, “nenhuma delas necessariamente representa um desejo para morrer mas, ao invés, uma tentativa de desafiar a morte. A proximidade do toxicodependente (junky) com a morte provê a fantasia de ser capaz de dominá-la” (Loose, 2002, pp.145).

A sociedade apresenta regras complexas para o uso tolerável de substâncias psicoactivas, geralmente aceitando certos usos desde que as condições por ela impostas sejam respeitadas. Por exemplo, a utilização de morfina para alívio da dor, desde que medicamente prescrita e devidamente administrada, ou o uso de álcool em contextos religiosos, cerimoniais e sociais desde que obtido legalmente e consumido em doses moderadas que não ponham em causa normas sociais – como conduzir embriagado ou em certas sociedades, embriagar-se.

Todo o uso que não vai de encontro a estas regras, ou ao seu objectivo, pode ser visto como um problema médico, legal e/ou social.

1.1.4. Abuso de drogas

Não existe consenso universal na definição do termo “abuso de drogas”. Por exemplo, Edwards e Arif (1980) definem-no como “a utilização de uma droga que é percebida pela sociedade como

causadora de problemas". Outros autores consideram-no como "o uso não especificado de uma droga com outras finalidades que não as legítimas" (Olatawura et al., 1975).

Estas definições ao assentarem numa imposição social/legal do fenómeno expõem um significado para o termo claramente vago e complexo. Diferentes sociedades percebem diferentes abusos, o mesmo sucedendo dentro de uma mesma sociedade tendo em conta as diversas sub-culturas e, por conseguinte, os diferentes valores, normas e estilos de vida. Muitas sociedades chegam mesmo a não reprovarem o abuso de substâncias que não produzam alterações evidentes de comportamento. A título de exemplo, na Nigéria, drogas como os sedativos-hipnóticos, aceites em uso médico, são manifestamente drogas de abuso que, ao invés das anfetaminas, não recebem qualquer publicidade adversa. Isto deve-se ao facto de, contrariamente às anfetaminas, estas drogas não produzirem, de forma evidente, alterações bizarras no comportamento. Não obstante, o crescente número de tentativas de suicídio por ingestão de sedativos em combinação com tranquilizantes aponta para a necessidade de uma efectiva preocupação social com estas substâncias (Pela et al., 1982).

A dificuldade em traçar uma linha firme entre o uso e abuso é ainda mais complicada quando se assiste em certos países, à prescrição médica regular de heroína para indivíduos heroíno-dependentes, como políticas de redução de danos. Para muitos, torna-se difícil compreender essa toma de heroína como uso legítimo, enquanto que as hipotéticas tomas suplementares que os mesmos indivíduos possam adquirir ilegalmente nas ruas, um abuso de drogas (Brands, 1998).

Não obstante todos os problemas existentes com a definição de abuso de drogas, podemos encontrar na literatura algumas definições, quer médicas quer sociais. Destacam-se em seguida duas que, embora seja do reconhecimento do autor o facto de não serem inteiramente satisfatórias, se revelam pertinentes.

1.1.4.1. Perspectiva médica.

O DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, da American Psychiatric Association's (APA's)), que se encontra actualmente na 4ª edição, definiu como critérios de diagnóstico para abuso de substâncias os expostos na tabela seguinte:

<i>Critérios de diagnóstico para abuso de substâncias (DSM-IV)</i>
A. Padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a um deficit ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por um ou mais dos pontos seguintes, ocorrendo durante um período de doze meses: 1. Utilização recorrente de uma substância resultando na incapacidade em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa; 2. Utilização recorrente de uma substância em situações em que tal se torna fisicamente perigoso; 3. Problemas legais recorrentes relacionados com a substância; 4. Continuação da utilização da substância apesar dos problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância. B. Os sintomas nunca preencheram os critérios de Dependência de Substâncias, para esta classe de substâncias.

Tabela 1. Critérios de diagnóstico para abuso de substâncias (DSM – IV). (Adaptado de Brands, 1998)

Os critérios da DSM-IV, referem-se apenas às consequências prejudiciais do uso repetido de substâncias, não incluindo tolerância, abstinência nem padrão de uso compulsivo. Mais ainda, esta definição não é aplicável à cafeína ou à nicotina.

1.1.4.2. Perspectiva social.

O modelo de desvio social de abuso de drogas encontra-se orientado no sentido da permissividade (i.e., aceitação social) e não permissividade (i.e. não aceitação social) do uso de drogas numa dada sociedade (Brands, 1998).

Segundo Jaffe (1980) citado por Brands (1998, pp.112), “o abuso de drogas refere-se ao uso, usualmente por auto-administração, de qualquer droga de um modo desviante da aprovação médica ou padrões sociais dentro de uma determinada cultura. O termo transmite a noção de desaprovação social, não sendo necessariamente descritivo de nenhum padrão particular de uso de drogas ou das suas potenciais consequências adversas”. De facto, contrariamente ao modelo médico de abuso de drogas que procura a definição de uma série de critérios rígidos para aplicação universal, o modelo de desvio social assenta primariamente nas variáveis específicas culturais e, por conseguinte, de aplicabilidade cultural/civilizacional.

O modelo médico tradicional e o modelo social complementam-se mutuamente servindo diferentes propósitos. Enquanto que o primeiro tem sido criticado por ser muito restritivo, o segundo (tal como aplicado na nossa sociedade) é visto como excessivamente inclusivo.

1.1.5. Consumo problemático

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o consumo problemático de drogas encontra-se contemplado na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e é definido como um consumo pernicioso ou uma dependência de substâncias psicoactivas. O uso pernicioso é descrito como tratando-se de “um padrão de utilização de substâncias psicoactivas que causa prejuízos à saúde. Os danos podem ser físicos (tal como nos casos de hepatite resultantes da auto-administração de drogas injectáveis) ou mentais (e.g. episódios de desordem depressiva derivados de um forte consumo de álcool)” (WHO, cit. in Brands, 1998).

Este enfoque na saúde do utilizador reflecte a importância que nesta definição é dada ao diagnóstico. No entanto o uso pernicioso, no seu sentido de diagnóstico, deve ser distinguido do uso mais coloquial do termo. Isto é enfatizado pelo ICD-10 que alerta para o facto de não ser, por si só, evidência de uso pernicioso (no sentido de diagnóstico), padrões de uso de substâncias reprovadas individual ou culturalmente, ou ainda que estejam (ou tenham estado) na base de uma série de consequências socialmente negativas como é o caso de prisão ou de discussões conjugais. Com efeito e segundo os critérios supracitados, o diagnóstico requer obrigatoriedade na existência de um ou mais danos causados à saúde física e/ou mental do indivíduo. Exclui-se assim desta definição, a intoxicação aguda por álcool ou a chamada “ressaca”, visto não ser ela própria evidência suficiente do requerido dano à saúde. Mais ainda, o uso nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência, um transtorno psicótico ou outra qualquer forma específica de transtorno relacionado ao uso de drogas estiver presente.

Mais recentemente, o Observatório Europeu das Drogas e Toxicodependência (OEDT), definiu consumo problemático de drogas como sendo o “consumo de droga injectada ou o consumo prolongado/regular de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas”, excluindo deste modo quer o consumo de ecstasy e cannabis quer o consumo esporádico ou irregular de opiáceos, cocaína ou anfetaminas. Nesta definição encontram-se incluídos os opiáceos medicamente prescritos, tais como a metadona (EMCDDA, 2003).

Segundo Negreiros (2001, pp.98), “a definição do conceito de consumo problemático de drogas integra, frequentemente, aspectos que se prendem com o padrão de consumo utilizado pelo consumidor (e.g., consumo regular) mas igualmente com as consequências que estão associadas a esse padrão de consumo (aos níveis médico, social e psicológico)”. O mesmo autor atenta ainda na importância de atender ao tipo de drogas utilizadas já que, “determinadas substâncias em virtude não

só das suas propriedades farmacológicas mas igualmente dos modos de utilização cultural que lhes estão associados, constituem, indubitavelmente, um sério problema para o indivíduo e para a sociedade”.

O consumo problemático de droga tem vindo a diversificar-se. Problemas associados ao policonsumo adquirem um peso crescente na maioria dos países, enquanto noutros, onde os problemas associados aos opiáceos têm tradicionalmente predominado, dão agora conta de mudanças para outros tipos de drogas (EMCDDA, 2005). Em última análise, não é mais do que o constatar da imagem do uso de drogas enquanto fenómeno dinâmico, muitas das vezes, imprevisível.

1.1.6. Dependência de substâncias

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o termo dependência refere-se a “um estado de necessidade física e/ou psíquica de uma ou mais drogas, resultante do uso contínuo ou periódico da/s substância/s”.

Em termos epistemológicos, a compreensão da dependência enquanto doença surge unicamente em meados do século XIX, tendo o primeiro contributo para a construção do modelo de dependência surgido por intermédio de Rush (1746-1813).

Embora tenha limitado o seu estudo à dependência do álcool, Rush evidenciou o seu poder tóxico enfatizando unicamente a substância como actor determinante da dependência. O papel do indivíduo era excluído. Este modelo designado por Nadeau (1994, cit. in Ribeiro, 1995) como unifactorial, atribui ao produto a causa máxima para o consumo de drogas e marca a primeira das três fases da história conceptual do conceito de dependência.

Na primeira metade do século XX, como proposta da Sociedade dos Alcoólicos Anónimos, surge o modelo bi-factorial. Este prevê uma interacção determinante entre o produto e o indivíduo, considerando que o problema da dependência reside mais na mente do indivíduo que consome do que no produto de consumo, isto é, a dependência enquanto resultante das necessidades do indivíduo (Jelinek, 1960 cit. in Ribeiro, 1995). Na mesma linha de pensamento, Rado (1933, cit. in Ribeiro, 1995, pp.28) considera que “a toxicodependência é função da personalidade do consumidor, mais do que da substância”.

Em 1920, com vista à caracterização do fenómeno do consumo abusivo, surgem pela primeira vez os conceitos de tolerância e abstinência enquanto importantes adaptações do organismo à presença da droga. Por tolerância passa a definir-se a necessidade do aumento da dose de determinada substância psicoactiva, para obter os mesmos efeitos que se produziam com a dose inicial.

A magnitude da resposta do corpo a uma determinada droga depende não só da sua concentração e local de acção mas igualmente da sensibilidade das células-alvo. Esta sensibilidade é

comandada por factores genéticos e por mudanças adaptativas que podem ocorrer no corpo em resposta à exposição crónica à substância. O resultado dessas adaptações é, frequentemente, a progressiva perda de sensibilidade à droga⁽¹⁾ (Brands, 1998).

Por “síndrome de abstinência” entende-se, segundo definição da OMS, “o conjunto de sintomas físicos e psíquicos resultantes da supressão da ingestão de uma droga relativamente à qual existe uma dependência física”.

Com o uso crónico de certas drogas, o corpo adapta-se fisiologicamente à presença contínua da droga numa determinada concentração nos tecidos. Quando a droga é abruptamente removida, ou a dose significativamente reduzida, um estado disfuncional de “privação de droga” é desenvolvido. Os indivíduos neste estado experimentam o chamado “síndrome de abstinência” que se reflecte conjunto de sintomas de dor, geralmente acompanhados de sinais físicos directamente observáveis, que constituem indícios da adaptação do corpo à presença da droga (Brands, 1998).

A natureza, severidade, início e duração da abstinência variam largamente, dependendo da natureza da droga utilizada, da dose, frequência e duração do seu uso bem como das próprias características do utilizador (ibidem, 1998). O desconforto da privação pode ser tão severo que o indivíduo temendo-o (ou experimentando-o) pode voltar a usar a droga novamente unicamente para evitar (ou aliviar) os sintomas.

Tendo por base as definições anteriores, surge no século XX, o modelo biopsicosocial que aponta como causa da dependência a interacção entre o produto, o consumidor e o meio. Este modelo, amplamente divulgado com a publicação do DMS-IV, descreve a característica essencial da dependência de uma substância enquanto “um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicativos do contínuo uso da substância, pelo indivíduo, apesar dos problemas significativos a ela associados (...) um padrão de repetidas auto-administrações que usualmente resultam em tolerância, privação e comportamento compulsivo no consumo da substância^{(2)*}”.

(1) Os conceitos mais importantes na área da tolerância incluem:

Tolerância metabólica – o utilizador da droga usualmente pretende que o efeito da droga seja o maior possível. O processo de metabolismo da droga ou sua transformação e posterior excreção limitam a duração da acção da maioria das drogas. Para muitas das drogas, o seu uso crónico faz acelerar a velocidade e a eficiência no metabolismo da droga.

Tolerância metabólica intercruzada – Este tipo de tolerância ocorre quando o uso crónico de uma droga reduz os efeitos farmacológicos de uma segunda droga. A primeira droga no processo de indução do seu metabolismo aumentado, também induz um aumento no metabolismo da segunda droga. De facto, muitas drogas que afectam o sistema nervoso são metabolizadas pelas mesmas enzimas.

Tolerância funcional ou neurológica – Este tipo de tolerância ocorre quando o SNC, ou pelo menos uma parte dele, se adapta gradualmente à acção de uma dada droga de um modo que reduz o efeito que a droga, em determinada concentração, produziria nas células. Este tipo de tolerância também ocorre na forma intercruzada (i.e., com duas drogas do mesmo tipo).

“Tachyphylaxis” – Este tipo de tolerância é caracterizada por uma rápida redução no efeito máximo da droga qualquer que seja a dose administrada. Drogas com estas capacidades, se forem tomadas durante menos de 4 dias, de uma forma regular, produzem um estado no qual a droga deixa de ter qualquer efeito. O utilizador que pretenda re-experimentar os efeitos da droga terá de se abster da substância durante alguns dias de forma a recuperar a sensibilidade do SNC.

Tolerância comportamental – Foca a habilidade apreendida por abusadores experientes em compensar o efeito da droga controlando o seu comportamento. Indivíduos com grande experiência no consumo de uma droga particular sabem como esta os afecta. Com uma tarefa em particular, desenvolvem uma forma de compensar o efeito da substância por forma a que o seu comportamento, no âmbito desta tarefa em específico, pareça inalterado ou que simule o nível de droga no sangue usual.

(2) DSM-IV. Copyright 1994 American Psychiatric Association (cit. in Brands, 1998).

Embora esta descrição inclua a tolerância e a abstinência como características usuais da dependência de substâncias, o DSM-IV repara que nenhuma delas é obrigatória para o diagnóstico de dependência da substância.

O uso compulsivo associado à dependência é descrito mais à frente pela DSM-IV, em termos dos seguintes critérios:

i. A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia.

ii. Existe um desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar a utilização da substância.

iii. Dispendio de uma grande parte do tempo na obtenção, uso ou recuperação dos efeitos da substância. Nalguns casos toda a actividade diária do indivíduo é feita em torno da substância.

iv. Abandono ou privação da participação em importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas, devido à utilização da substância.

v. A utilização da substância é mantida apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização da substância.

De acordo com os critérios anteriores, facilmente se depreende que o dependente se caracteriza por não conseguir controlar o consumo de drogas, agindo de forma impulsiva e repetitiva.

É sabido que não existe um consumo absolutamente isento de riscos, no entanto, quando este se mostra compulsivo e destinado a evitar síndromes de abstinência e cuja intensidade é, mais ainda, potenciadora de problemas sociais, físicos e/ou psicológicos, deparamo-nos com o problema da dependência.

A divisão da dependência de substâncias em dependência física e a dependência psicológica, não é mais do que a projecção do fenómeno nas duas esferas do efeito da droga no organismo humano (Brands, 1998).

Segundo critérios do DSM-IV e da CID-10⁽³⁾, a dependência física pode ser entendida enquanto o desenvolvimento de sintomas de tolerância e de abstinência, como consequência da adaptação do organismo à presença continuada da droga, numa concentração particular.

A dependência psicológica é caracterizada por uma debilidade de controlo do uso de substância (Ribeiro, 1995) e por uma ânsia persistente ou desejo irresistível de consumo (Brands, 1998). Este último, também designado por muitos autores contemporâneos como "craving", surge com o objectivo de contornar a dicotomia dependência física/psicológica e traduz "uma urgência compulsiva que emerge nos pensamentos do consumidor e afecta os seus humores levando a alterações de comportamento" (Ribeiro, 1998).

(3) Classification of Mental and Behavioral Disorders, publicado pela World Health Organization (WHO). Os critérios adoptados pela CID-10 para a dependência de substâncias são idênticos aos do DSM IV.

Segundo o mesmo autor, dois outros elementos: sentido activo da dependência e automedicação, ajudam-nos a perceber a perspectiva psicodinâmica e a caracterizar a dependência como um processo global. Assim, segundo Ribeiro (1998), “a dependência psicológica resulta da estimulação de memórias (reflexo psíquico) induzida por uma dependência biológica” daqui parte uma necessidade impulsiva de obtenção do produto recorrendo a meios lícitos ou ilícitos para o obter. O sentido activo da dependência é o elemento que coloca em evidência um conjunto de memórias em acção funcionando como recarga e substituição no comportamento aditivo, isto é, a experiência da ausência ou da privação do produto resulta na incapacidade de suportar a ausência da substância bem como dos seus efeitos.

A automedicação, por outro lado, encontra-se relacionada com o poder da substância de forma a diminuir fenómenos desagradáveis ou impedir a emergência de reacções psicóticas. Sendo assim, o consumo da droga permite a transformação do corpo e a sua protecção contra a dor psíquica que possa ser sentida (ibidem, 1998).

Nas sociedades ditas primitivas, *pharmakon* sempre esteve presente sob a forma de rito, de reconhecimento do divino ou de algum contacto com o sagrado. Poder-se-á dizer que *pharmakon* seria um contacto com Deus, uma experiência da ordem do inefável, uma experiência com o outro (no sentido hegeliano). É neste ponto de dissociação que encontramos a expressão da dependência, isto é, no ponto onde ela falha. A dependência revela-se quando ela falha em suprir no indivíduo a existência de algo que ele próprio denomina como paixão. Citando Huizenga (pp. 125), quando este afirma: “drogar-se é uma acção livre executada dentro de um “*como si*” e percebida como situada fora da vida corrente, mas que pode absorver completamente o jogador, sem que ele encontre algum interesse ou obtenha algum proveito: uma acção dentro de outra acção (...), que se estabelece num tempo preciso e num espaço determinado, que se desenrola numa ordem submissa a regras, que permite associações onde reina uma propensão ao mistério e à fantasia, a fim de permitir ao homem separar-se do seu mundo habitual e do seu mal-estar do dia-a-dia”.

O sentido e significado da dita “paixão” pode ser compreendida com base em Foucault (1978) quando este ressalta que “a experiência da droga produz uma transformação radical no segredo e no sagrado. Algo que por vezes não é traduzível pela linguagem.” É o que se observa quando se pede aos toxicodependentes para falarem do que vivenciaram na sua “viagem” com a droga. Eles não são capazes de descrever nada que se relacione com o afecto, mas são capazes de descrever durante horas o filme alucinatório que produziram a partir do seu próprio imaginário (Baptista, 2004). Pelo exposto, se compreende a dependência enquanto relação alterada entre o indivíduo e a substância e/ou o seu modo de consumo.

O acto de drogar-se é um gesto psicoactivo. No final, independente da opinião do outro, como também do outro. Em última análise, a questão da dependência de drogas parece ter muito mais relação com a dor de existir do que com o mal-estar na civilização (Baptista, 2004).

1.2. Factores de Risco e Factores de Protecção.

1.2.1. Comportamentos de risco na adolescência.

O impacto do consumo de drogas na adolescência, bem como a observância do seu potencial nefasto no imediato e no futuro tem sido preocupação autêntica de pais, professores, profissionais de saúde e da própria comunidade como um todo. A abordagem muitas vezes alarmista conduzida pelos media ao deter-se no problema quase sempre a partir da droga, dos seus efeitos nefastos e tráfico, esconde um processo muito mais alargado, considerando os demais factores interrelacionados.

A adolescência é entendida como o período mais susceptível para o início do uso de drogas. Com efeito, a iniciação ao consumo verifica-se, normalmente, nesta etapa da vida dos indivíduos (Botvin et al., 1990). Iniciando-se com as transformações da puberdade (por volta dos 12 anos) e terminando com a entrada na vida adulta (por volta dos 20 anos), este período da vida, apresenta-se para o indivíduo, como uma fase de transição na qual se operam mudanças físicas, sociais e psíquicas. São características da adolescência: a maturação dos órgãos reprodutores; alterações no corpo que o aproximam da forma e aparência que terá na vida adulta; a emergência do pensamento formal; uma maior autonomia face aos pais (comparativamente ao que acontecia na infância); o alargamento das relações sociais com os pares; alterações no relacionamento com o sexo oposto; a construção de projectos de carreira e de valores e, finalmente, a construção de uma identidade positiva (Martins, 2005).

Erikson (1976) considera que nesta fase da vida, o indivíduo experimenta uma crise ou conflito entre a identidade positiva e a confusão da identidade. A construção da identidade será uma tarefa crucial no decurso da adolescência, na medida em que o “eu” é chamado a operar uma recapitulação do conjunto das identificações da infância, com vista a integrá-las numa identidade que permitirá enfrentar as tarefas da vida adulta.

A construção de uma identidade positiva pressupõe que o indivíduo assume a continuidade temporal do seu “eu”, apesar das mudanças a que está sujeito; que se demarca das imagens parentais interiorizadas e que se compromete com escolhas que garantem a coerência do “eu”, principalmente através das opções escolares e profissionais, da polarização sexual e de compromissos ideológicos de carácter político, religioso ou social (Martins, 2005). Nos jovens que exibem condutas anti-sociais o processo de construção da identidade parece ter ficado comprometido, pois, em vez de uma identidade positiva, os jovens parecem ter caminhado no sentido de uma identidade negativa (Erikson, 1976).

Alguns autores tentaram fornecer explicações para o facto da adolescência ser o período de vida em que os indivíduos tendem a assumir mais e maiores comportamentos de risco. Arnett (1992) sugere que muitas das condutas de risco, que parecem ser mais comuns na adolescência do que em quaisquer outros períodos do ciclo de vida, radicam numa necessidade exacerbada de procura de

sensações fortes, associada ao que Elkind (1972) designou por egocentrismo adolescente. Esta visão parece verosímil se considerarmos que, em termos biológicos, é exactamente neste período de vida que certos indicadores hormonais atingem os níveis máximos. Este facto não explica, contudo, porque a maioria dos adolescentes não se envolve neste tipo de condutas.

Elkind (1972) considera que o egocentrismo da infância não é completamente ultrapassado quando se atinge a adolescência, na medida em que os adolescentes parecem exibir dificuldades em destringir os seus pensamentos dos pensamentos dos outros. Tendem a acreditar que os outros estão preocupados com o seu comportamento e aparência, construindo assim o que Elkind (1972) designou por uma “audiência imaginária” capaz de levar os adolescentes a acreditar que existe algo único e especial nas suas vidas. Isto, por sua vez, conduziria a uma crença irracional que consistiria em pensarem que o carácter excepcional das suas vidas os torna invulneráveis às consequências dos comportamentos de risco, aspecto que foi designado pelo mesmo autor como a “fábula pessoal”, uma história que o jovem conta a si próprio sobre a sua vida e que não é real. Alguns estudos empíricos parecem confirmar esta tendência constatando que os jovens atribuem menos probabilidades de consequências nefastas aos seus próprios comportamentos de risco do que aos dos outros (Arnett, 1992 cit in Martins, 2005).

Em oposição a esta perspectiva mais individualista, a análise sociológica sobre o desvio juvenil tem vindo a ser desenvolvida em torno de dois modelos: o modelo do controlo social e o modelo da aprendizagem social. O primeiro, afirma que a conformidade se desenvolve a partir dos laços que se estabelecem com os outros e com as instituições convencionais, do envolvimento com as orientações legítimas e da consolidação de crenças em torno da legitimidade da ordem social (Ferreira, 2000). Durante a adolescência, as principais instituições representantes da sociedade são a família e a escola, competindo-lhes, por isso, a responsabilidade de assegurarem a conformidade dos jovens. Assim, a existência do desvio só pode sugerir um fracasso, pelo menos parcial, dessas duas instituições sociais. A incapacidade das famílias e da escola exercerem uma supervisão eficaz nos adolescentes para lhes inculcarem o sentido do auto-controlo estaria na base da eclosão das manifestações de não conformidade. Porém, uma das críticas a esta teoria é a sua falta de explicação do que motiva os indivíduos manifestarem comportamentos ditos de não-conformidade.

No segundo modelo encontram-se explicações que apelam para o nível cultural ou subcultural. Assim, a teoria da aprendizagem social (Bandura, 1977; 1986) sugere que o desvio é resultante da adesão a normas, expectativas e definições que diferem das normas, expectativas e definições dominantes na sociedade e, por isso, o comportamento torna-se reactivo em relação a estas. As manifestações de desvio resultam de um processo de aprendizagem através das associações mantidas com os outros, em particular com os que representam relações significativas, como pais e amigos, e com os grupos de referência (Ferreira, 2000).

Para este modelo, o comportamento dos indivíduos é influenciado pelo grupo em que convive e pelas normas gerais e específicas criadas por esse próprio grupo. Os conceitos mais importantes

desta teoria são a aprendizagem vicariante, ou por modelagem, e a auto-eficácia ou a percepção de auto-controlo. Através da modelagem o sujeito aprende observando o comportamento dos outros e as consequências desse comportamento. A auto-eficácia é a percepção do sujeito sobre a sua capacidade para controlar esse comportamento (Vitória, 2004). A escola assume um papel particular na génese dessas manifestações na medida em que coloca o adolescente em contacto com um mundo institucional e formal que exige o respeito pelas regras que o regulam. A realização dos deveres e das orientações, o consentimento da disciplina e a aceitação das exigências e esforços escolares marcam a acção conformista, enquanto a orientação contrária passa pela indiferença, rejeição e resistência às prescrições normativas (Ferreira, 2000). No entanto, esta perspectiva tem sido igualmente objecto de crítica ao não explicar, por exemplo, porque apenas certos jovens assumem manifestações desviantes.

Para ultrapassar tais limitações, têm vindo a surgir teorias integradas do comportamento desviante. Com efeito, a oposição dualista dos dois modelos não obriga a respostas necessariamente exclusivas. Por exemplo, a leitura a partir do modelo de controlo social permitirá compreender melhor os mecanismos de controlo social que são actualmente exercidos pelas principais instituições de socialização – a escola e a família –, enquanto que o modelo da aprendizagem social dá conta da importância da influência dos grupos, das sociabilidades e das culturas juvenis no desenvolvimento das identidades dos jovens. A integração das duas teorias produz assim um maior poder preditivo e explanatório do que ambas as teorias de um modo isolado (Svensson, 2003).

Mais ainda, a conjugação dos modelos anteriores, que conceptualizam as condutas de risco dos adolescentes no âmbito de uma perspectiva essencialmente social, com a perspectiva de carácter mais individualista de Arnett (1992), permite considerar a existência de múltiplos factores de risco e factores de protecção enquanto variáveis passíveis de encorajar ou desencorajar, respectivamente, o envolvimento dos jovens em actividades desviantes. De facto, foi o próprio conceito de risco, originário da investigação epidemiológica, que mais tarde foi adoptado por cientistas sociais com vista ao estudo do comportamento social (Jessor, Van Den Bos, Vanderryn, Costa, & Turbin, 1995 cit in Crosnoe et al., 2002).

Por factores de risco, entendem-se as características individuais, relações interpessoais ou condições sociais que estão associadas a uma maior probabilidade dos jovens se envolverem em condutas de risco (Garmezy & Masten, 1986; Masten, 1994 cit in Crosnoe et al., 2002; Martins, 2005).

A protecção é mais complexa do que simplesmente a inexistência do risco (Rutter, 1987). De facto, apesar da presença de situações ou contextos de aparente alto risco, muitos jovens não incorrem em condutas de risco, situações essas em que provavelmente, se verifica a presença de factores de protecção. Estes factores referem-se a características e recursos individuais e sociais que promovem o desenvolvimento positivo apesar da presença do risco (Jessor et al., 1995; Mounts & Steinberg, 1995; Wills, Vaccaro, & McNamara, 1992 cit in Crosnoe et al., 2002).

Um factor de protecção pode reduzir a probabilidade da existência de um comportamento problemático de dois modos distintos: actuando directamente por forma a reduzir o comportamento

(Jessor et al., 1995; Stacy et al., 1992 cit in Crosnoe et al., 2002), designando-se, neste caso, de factor de protecção compensatório (Gest, Neemann, Hubbard, Masten, & Tellegen, 1993), ou moderando a relação existente entre o risco e o comportamento (Jessor et al., 1995; Stacy et al., 1992 cit in Crosnoe et al., 2002) designando-se de factor de moderação. Interagindo com a condição de risco, os factores de protecção moderativos diminuem o impacto do risco no comportamento (Garmezy, 1985). Assim, quando a protecção é elevada, a força da relação existente entre o factor de risco e o comportamento negativo diminui. Segundo Jessor (1992), os factores de protecção atenuam e contrabalançam o efeito dos factores de risco assumindo-se, assim, enquanto factores distintos e não como factores opostos ou reversos aos factores de risco.

Muitos têm sido os factores de risco e de protecção frequentemente citados na literatura especializada. Estes factores apresentam-se geralmente em conjunto e estão inter-relacionados podendo ser divididos em categorias que abrangem desde características do próprio indivíduo, da droga e do meio, até aquelas inerentes à fase da adolescência, à família e aos aspectos situacionais (Seibel et al., 2004). Contudo, os factores de protecção parecem estar mais relacionados com factores psicológicos, atitudinais e de relações familiares, ou seja, mais directamente com o adolescente, enquanto que os factores de risco surgem mais directamente relacionados com factores ambientais, uma vez que o risco surge do exterior ou se relaciona com condições externas à própria adolescência (Newcomb & Ortiz, 1992, cit in Newcomb, 1995). Também, no âmbito dos factores identificados, os que dizem respeito ao indivíduo e à droga estão mais associados à repetição e à manutenção do uso, enquanto que os relativos ao meio influenciam mais a experimentação (Seibel et al., 2004).

Newcomb (1995) apresenta-nos um sumário dos principais factores de risco assinalados por Hawkins et al. (1992). Estes factores reflectem as diferentes esferas da vida do adolescente: cultural, social, interpessoal, psicocomportamental e biogenética (Tabela 2).

Jessor (1992), por outro lado, conceptualiza cinco domínios que podem, em seu entender, aumentar a probabilidade do jovem incorrer em condutas de risco, a saber: aspectos biológicos e genéticos, ambiente social (geral), ambiente social percebido (próximo), personalidade e comportamento. Relativamente aos cinco domínios, o autor considera a presença ou ausência de factores de risco e de factores de protecção. Por exemplo, no domínio genético/biológico, o autor considera que uma história de alcoolismo e de toxicodependência por parte dos pais é um factor de risco; por outro lado, um nível elevado de inteligência é um factor de protecção. No domínio do ambiente social geral, são factores de risco a pobreza extrema e a desigualdade de oportunidades relacionadas com a raça e a etnia; serão factores de protecção a qualidade das escolas, a coesão das famílias, a disponibilidade dos recursos comunitários e a disponibilidade dos adultos interessados nos problemas dos jovens. No que se refere ao domínio do ambiente percebido, são factores de risco a presença de modelos para o comportamento desviante (pais, amigos, colegas, vizinhos) e os conflitos entre pais e filhos; serão factores protectores, neste domínio, a presença de modelos para o comportamento social ajustados e a presença de controlos elevados para o comportamento desviante.

Âmbito	Factor de risco
→ Cultura e Sociedade	→ leis favoráveis ao uso de drogas; → normas sociais favoráveis ao uso de drogas; → disponibilidade de drogas; → privações económicas extremas; → desorganização da vizinhança;
→ Interpessoal	→ uso de drogas pelos pais e/ou familiares; → atitudes familiares positivas em relação ao uso de drogas; → práticas de organização/gestão familiar pobres/inconsistentes; → conflito familiar e “disruption”; → rejeição de pares numa fase precoce do desenvolvimento; → associação com pares utilizadores de drogas;
→ Psicocomportamental	→ comportamento problemático precoce/ persistente; → insucesso escolar; → fraco envolvimento escolar; → alienação; → rebeldia; → atitude favorável em relação ao uso de drogas; → início precoce do uso de drogas
→ Biogenético	→ susceptibilidade herdada ao abuso de drogas; → vulnerabilidade psicofisiológica ao efeito de drogas.

Tabela 2. Sumário dos Factores de Risco para o uso de drogas. Fonte: NIDA Research Monograph 156, 1995. (Disponível em: <http://www.drugabuse.gov/pdf/monographs/156.pdf>.)

Quanto ao domínio da personalidade, constituem factores de risco a percepção de fracas oportunidades de vida, a baixa auto-estima, a propensão para assumir o risco; constituem factores de protecção a valorização do sucesso escolar e da saúde e a intolerância face ao desvio. No que concerne ao domínio do comportamento, são factores de risco o consumo de álcool e o fraco desempenho escolar; serão factores de protecção a religiosidade, o envolvimento em actividades académicas e extracurriculares na escola.

Embora não especificado em nenhum dos anteriores, outro factor de risco será a própria adolescência, frequentemente citada como sendo o período de vida onde existe maior probabilidade de início do consumo de substâncias (Dupont, 1987; Sanchez & Nappo, 2002). Esta constatação coloca todos os adolescentes, pelo menos em teoria, particularmente susceptíveis ao uso de drogas. Vários autores comungam desta afirmação, identificando a faixa etária de início do uso de drogas dentro da

adolescência, ou seja, de acordo com a OMS, entre os 10 e os 19 anos (Kandel & Logan, 1984; Piko, 2000; DeMicheli & Formigoni, 2001; Sanchez & Nappo, 2002; Chatuvedi et al., 2003).

A idade do adolescente é apontada, igualmente, como factor de risco. Com efeito, este aumenta para a maioria das drogas, atingindo o pico durante o meio e o final da adolescência diminuindo logo a seguir (Kandel & Logan, 1984 cit in Newcomb, 1995). Os mesmos autores apresentam o tabaco enquanto substância tipicamente de iniciação, responsável pelo aumento da probabilidade de consumo de outras substâncias tais como o álcool, a marijuana e os estimulantes. O uso de cocaína encontra-se, por sua vez, associado ao início da idade adulta ocorrendo subsequentemente ao uso de outras drogas (Kandel & Yamaguchi, 1993 cit in Newcomb, 1995).

Os factores de risco variam também em tipo e força de acordo com as diferentes fases do desenvolvimento (Bell, 1986). Assim, enquanto que numa criança mais jovem os factores de risco familiares apresentam um papel preponderante (Dishion, 1999), durante a adolescência, o grupo de pares desviante constitui um risco importante por proporcionar modelos de comportamento desviantes, oportunidades de experimentar esses comportamentos e, mais frequentemente, pressões normativas para levar a cabo actos desviantes (Jessor et al., 1995 cit in Crosnoe, 2002). De facto, a pressão do grupo de pares manifesta-se com maior evidência aos 14-16 anos (Negreiros, 1990). É nestas idades que se inicia um afastamento da influência familiar e onde surgem com grande relevo as influências sociais como os media, a escola e o próprio grupo (ibidem).

Vários estudos epidemiológicos assinalam, também, a existência de uma relação estreita entre a precocidade do uso de drogas e a futura dependência ou abuso, dessa ou de outras substâncias. Uma iniciação precoce ao consumo de drogas, constitui um factor de risco para o subsequente abuso de álcool e drogas (Grant, 1997 cit in Simons et al., 2004) e para o surgimento de comportamentos delinquentes e problemáticos (Dawkins, 1997 cit in Simons et al., 2004).

Segundo De Micheli & Formigoni (2002), a baixa condição socioeconómica é um importante factor de risco ao uso de drogas. Somado a isso, Carr e Vandiver (2001) relatam ser a pobreza um importante agente de pressão e um factor de risco para a delinquência. Também a facilidade de acesso e o preço das drogas lícitas e ilícitas são outros importantes factores pois actuam como facilitadores do consumo (Plant et al., 1981 cit in Plant et al., 1997). Do mesmo modo, a residência ou frequência de locais de tráfico onde a oferta e o consumo é maior acaba por criar condições favoráveis ao uso de drogas, implicando um ambiente permissivo ao uso de substâncias ilícitas (Newcomb, 1995).

Também o abuso sexual na infância pode ser um importante indicador de futuros comportamentos problemáticos. Estudos indicam que vítimas de abuso sexual apresentam taxas de prevalência mais elevadas e um risco acrescido de abuso e dependência de álcool, cocaína, estimulantes e alucinogéneos (Dembo, Dertke, Borders, Washburn, & Schneider, 1988 cit in Moseley et al., 2004). Os mesmos autores evidenciam ainda a existência de uma forte associação entre abusos sexuais na infância e a dependência de tabaco em mulheres adultas.

Dada a multiplicidade de estudos sobre factores de risco e de protecção que desde há muito vêm surgindo, apresentam-se, em seguida, e de um modo que não se pretende extensivo, alguns estudos relevantes que confirmam certos factores de risco e de protecção do uso de drogas. Centrar-se-á na família, no grupo de pares, nos factores inerentes ao próprio indivíduo e na escola, por serem as influências mais enfatizadas na literatura especializada.

1.2.2. Influência familiar

A família, muito mais do que pela via de transmissão de genes, desempenha uma importante influência na definição dos padrões de uso de drogas. Não obstante a predisposição genética seja um importante factor de risco para alguns tipos de abuso de álcool e drogas, estudos de gémeos e de adopção não conseguiram até hoje demonstrar, de uma forma clara, o envolvimento dos factores genéticos nos comportamentos aditivos (Vaillant, 2004). Embora as influências biogenéticas possam possivelmente potenciar a emergência do problema do abuso de drogas, elas são claramente moldáveis e modificáveis quer por outros atributos pessoais quer por condições ambientais (Marlatt et al., 1988 cit in Newcomb, 1995). No entanto, diversos estudos (Needle et al., 1988; Pandina & Jonhson, 1988; Rosa et al. cit in Negreiros, 1997) têm encontrado padrões idênticos de bebida dos pais e dos adolescentes. Também a sensibilidade aos efeitos do álcool é um factor de protecção para muitas pessoas (Schuckit, 1995), facilitando assim o uso social sustentado de substâncias altamente adictivas.

Para além da componente hereditária, diversos estudos permitem-nos equacionar, no que respeita à família, os seguintes factores de risco: percepção da qualidade da relação com os pais, estilo educativo e percepção das atitudes dos pais em relação ao consumo de álcool e drogas (Negreiros, 1997; Lee, J. & Bell, N., 2003). Com efeito, num estudo realizado por Negreiros com base numa amostra de 1152 adolescentes a frequentar dez escolas do Concelho de Aveiro, quer os consumidores de álcool quer os de cannabis, percepcionavam a sua relação com os pais como sendo menos positiva descrevendo ainda o estilo educativo dos pais como autoritário. De facto, há já muito tempo que a relação existente entre a ligação pais-filhos e os comportamentos de risco na adolescência é reconhecida e reflectida em muitas teorias sociobiológicas da delinquência (Siegel, 1998 cit in Lee et al., 2004), em teorias relacionadas com o uso de substâncias pelos adolescentes (Petrakis, Flay & Miller, 1995 cit in Lee et al., 2004) e na análise de factores de risco e de protecção (Hawkins, Catalano & Miller, 1992).

A proximidade emocional aos pais é frequentemente designada como um factor de protecção contra comportamentos de risco pois ela assinala a identificação com valores sociais convencionais (Lee et al., 2003). Mais ainda, a percepção menos favorável da relação com os pais poderá estar relacionada com um maior investimento em actividades desenvolvidas fora do círculo familiar, isto é,

mais centradas no grupo de pares e menos na família (Negreiros, 1997). Diversos estudos empíricos indicam que o envolvimento na delinquência possa estar relacionado com a participação frequente em actividades não supervisionadas e fraca participação em actividades organizadas e relacionadas com a família (Agnew & Petersen, 1990; Caspi & Moffitt, 1991 cit in Stovoll et al., 2002).

Outros estudos acrescentam que mais do que as boas relações com os pais, é a qualidade dos vínculos que faz a diferença enquanto factor protector (Sternschuss & Angel, 1991; Bowlby, 1969/1982). Um desenvolvimento ideal estará assim relacionado com altos níveis quer de vínculos familiares quer de autonomia, isto é, um balanço de ambos em que ligações seguras proporcionam bases para desencadear acções independentes (Sroufe & Waters, 1977; Rica, 1990 cit in Lee et al., 2004; Bowlby, 1969/ 1982). Este balanço está associado ao desenvolvimento de competências que permitirão ao adolescente lidar convenientemente com a experimentação, evitando comportamentos excessivos, problemáticos e disfuncionais (Lee et al., 2004). Também Allen, Aber e Leadbeater (1990) sugerem que indivíduos que apresentam fracos índices de autonomia, mesmo apresentando boas relações familiares, possam, com maior probabilidade, apresentar comportamentos delinquentes ou problemáticos durante o período da adolescência.

No que se refere à percepção das atitudes dos pais em relação ao consumo de drogas, constata-se que, de um modo geral, a percepção por parte do adolescente de atitudes favoráveis dos pais conduz, tendencialmente, ao consumo mais elevado de drogas por parte do adolescente (Pandina & Jonhson, 1988; Marston et al., 1988 cit in Negreiros, 1997). Também Alexander Von Eye, G. Anne Bogat e Jean E. Rhodes (2006) encontraram no seu estudo, uma interacção entre as atitudes parentais e os níveis de consumo de álcool. Assim, os adolescentes que antecipavam uma reacção pouco favorável dos pais ao consumo de álcool apresentavam baixos níveis de consumo dessa substância. Similarmente, adolescentes cuja percepção da atitude dos pais quanto ao consumo de álcool fosse mais permissiva, apresentavam altos níveis de consumo da substância.

Outras investigações (Butters, 2002) têm também demonstrado que a natureza do ambiente familiar do adolescente poderá ser um importante indicativo do uso de drogas nos jovens. Pesquisas sugerem que situações de famílias disfuncionais, divórcios ou de morte colocam o adolescente numa posição de risco aumentado (Foxcroft & Lowe, 1991; Wells & Rankin, 1991; Hoffman, 1993; Hoffman & Johnson, 1998 cit in Butters, 2002). Mais ainda, as fracas relações familiares podem criar um ambiente no qual o jovem experimenta insegurança e se sente pressionado (Maccobt & Martin, 1983 cit in Butters, 2002). Uma resposta a essa pressão pode incluir a participação em actividades delinquentes tais como o uso de cannabis como forma de rebeldia (Hawkins et al., 1992; Boyle et al., 1993; Crundall, 1993 cit in Butters, 2002).

A probabilidade do adolescente envolver-se com drogas e de apresentar um comportamento delincente é ainda aumentada quando no ambiente familiar há fraco controlo parental, pobre envolvimento parental e baixas expectativas dos pais quanto aos filhos (Newcomb, 1995; Svensson, 2003; Morton, 2004; Crosnoe, 2002).

O controlo parental é uma prática que promove o auto-controle no desenvolvimento da criança (Gibbs, Giever, & Martin, 1998). Pode proteger o adolescente contra o envolvimento em actividades desviantes quer fortalecendo o auto-controle, quer reduzindo as oportunidades para o adolescente praticar esses tipos de comportamento (Jessor et al., 1995). De acordo com a teoria do controlo social de Hirschi (1969), os pais, através de um controlo parental indirecto (por ele designado de supervisão virtual) agiriam enquanto presença psicológica promovendo uma forte ligação aos filhos. Esta ligação seria responsável por diminuir consideravelmente a probabilidade do jovem adolescente cometer actos delinquentes, não porque os seus pais o proibam mas porque estes partilham as suas actividades; não porque os seus pais saibam de facto onde o adolescente está mas porque este os percebe como conhecedores da sua localização (Svensson, 2003). Gottfredson & Hirschi (1990) chegam a afirmar que a supervisão parental é tendencialmente um dos mais importantes predictores da delinquência.

O envolvimento parental, por sua vez, reflecte os esforços conscienciosos dos pais no sentido de sensibilizarem os seus filhos para objectivos e valores convencionais (Chen, 1999). Adolescentes que percebem os pais como sendo interessados e fazendo parte das suas vidas, estarão mais receptivos às suas opiniões e reacções (Crosnoe, 2002). Segundo Hirschi (1969) estes adolescentes têm menor probabilidade de desapontar os seus pais, colocando-os de parte e preferindo comportamentos desviantes (Crosnoe, 2002). Para estes autores, não é possível estabelecer uma relação causal entre grupos de pares desviantes e o fenómeno da delinquência. As fracas ligações à sociedade, nomeadamente através do controlo parental, são as causas últimas do comportamento delincente que leva à associação com amigos também delinquentes (ibidem).

Contrariamente, no âmbito de teorias integradas do Controlo Parental e do Desvio de Pares, Svensson (2003) refere que um pobre controlo parental terá um efeito indirecto no uso de drogas. Adolescentes expostos a um fraco controlo parental estarão mais predispostos para se associarem a grupos de pares desviantes. É dentro do contexto de inserção nestes grupos que o adolescente encontra a motivação quer para o uso de drogas quer o reforço social para este tipo de comportamento sendo, portanto, o grupo de pares um dos factores de risco mais importantes para a delinquência.

Não obstante as diferenças conceptuais, ambas as teorias percebem o controlo parental e o envolvimento parental enquanto componentes integrais de um tipo de paternidade caracterizada por uma democracia afectiva e de controlo (Baumrind, 1978). Este tipo de paternidade está associado a baixos níveis de problemas de comportamento (Lamborn, Mounts, Steinberg, & Dornbusch, 1991 cit in Crosnoe et al., 2002) e modera a relação entre o uso de substâncias pelo grupo de pares e pelo adolescente (Mounts & Steinberg, 1995 cit in Crosnoe et al., 2002). A importância destas duas variáveis: controlo parental e envolvimento parental coexistirem numa educação equilibrada é visível nos resultados do estudo de Crosnoe et al. (2002), realizado em nove escolas secundárias da Califórnia e de Wisconsin. Os dados obtidos revelaram que o controlo parental, quando exercido sem envolvimento parental, exacerba o risco, principalmente nas raparigas, do uso de drogas. As raparigas

percepcionavam o comportamento dos seus pais como excessivamente restritivo ou mesmo sufocante, reagindo contra tentativas de controlo através da ligação a grupos de pares desviantes.

Menos atenção tem sido dada à dimensão da organização e funcionamento familiar. A organização familiar é um processo pelo qual a vida familiar se torna estruturada e previsível através de tarefas concertadas que são estandardizadas e que fazem parte de uma rotina. Assim, uma casa que funciona bem, em termos organizacionais, pode operar enquanto factor de protecção pela simples razão de facilitar a transmissão de valores parentais e de códigos de conduta (Chen, 1999). Grossman e col. (1992) registaram que famílias que apresentam rotinas familiares regulares (e.g., jantar juntos) mostravam níveis de protecção elevados quanto ao consumo de drogas, em especial no caso das raparigas.

O início da adolescência pode ser ainda um período particularmente importante para o desenvolvimento de expectativas relacionadas com o álcool na medida em que os adolescentes estão cada vez mais expostos aos media, que promovem o consumo de álcool (Lipsitz, Brake, Vicent & Winters, 1993 cit in Morton, 2004), influenciados por amigos que bebem e que alinham noutros comportamentos problemáticos (Ary et al., 1993). Morton (2004), no seu estudo realizado com base numa amostra de 1009 estudantes do 6º ano de escolaridade, concluiu que as expectativas dos pais quanto ao comportamento dos filhos podem ser particularmente importantes durante o início da adolescência, quando os adolescentes estão ainda a formar as suas próprias expectativas acerca do uso de álcool e de outras drogas. O mesmo autor assinala ainda a importância acrescida de expectativas positivas, no caso de adolescentes com expectativas favoráveis ao uso de álcool, já que estes se encontram num risco mais elevado para uma iniciação precoce do consumo dessa substância.

1.2.3. Influência do grupo de pares

A existência de uma correlação entre a associação com grupos de pares delinquentes e o uso de drogas e a delinquência está bem estabelecida neste campo de pesquisa (e.g. Akers & Cochran, 1985; Paternoster & Triplett, 1988; Thornberry & Krohn, 1997 cit in Svensson, 2003).

Agnew (1993) concluiu que a associação a grupos de pares desviantes proporciona a motivação para o desvio pois estes transmitem valores delinquentes, reforçam os comportamentos anti-sociais e funcionam como modelos de delinquência. Também Matsueda e Anderson, 1998 cit in Crosnoe, 2002, consideram que algumas amizades estabelecidas durante a adolescência promovem comportamentos desviantes. O envolvimento do adolescente com esses grupos desviantes torna-se assim num dos mais consistentes indicadores do comportamento problemático na adolescência (Aseltine, 1995).

A influência do grupo de pares como factor de iniciação ao uso de álcool é frequentemente encontrada em outros estudos (Hawkins et al.; Petraitis et al., 1995 cit in Morton, 2004). Muitas

hipóteses explicativas têm sido enunciadas para as relações encontradas. Os grupos de pares desviantes podem actuar enquanto modelo de comportamento desviante afirmando e exprimindo atitudes concordantes com esse comportamento. Também o contacto com esses grupos pode criar a percepção no adolescente, que esse comportamento é mais normativo exercendo pressão para o uso de álcool. Mais ainda, o facto de conviver com grupos desviantes facilita o acesso à substância, favorecendo, deste modo, o seu consumo (Morton, 2004).

Não obstante, existirá uma “susceptibilidade diferencial” às influências do grupo de pares e alguns adolescentes encontram-se mais vulneráveis para sucumbir à pressão exercida pelo grupo (Botvin, 1983). Por exemplo, o impacto do grupo de amigos no comportamento do adolescente é mais fraco nas raparigas, entre adolescentes que estão menos envolvidos em actividades com os amigos, e entre os que estão mais ligados às instituições convencionais como a escola e a família (Agnew, 1991; Elliott et al., 1995).

Caspi (1993) considera que a selecção do grupo de pares e a influência do grupo de pares são processos complementares que trabalham em conjunto na produção do contexto social do adolescente. Com efeito, a evidência mostra que os adolescentes adquirem amigos semelhantes a eles, que, por sua vez, parecem ser semelhantes aos que tinham anteriormente. Este processo de selecção tende a produzir continuidade no contexto social do adolescente (Urberg et al., 2003). Contudo, os amigos não são nunca idênticos ao adolescente, podendo ser semelhantes nalgumas características mas diferentes noutras o que proporciona oportunidades para que ocorra uma influência entre ambos. Os adolescentes podem então alterar as suas atitudes e comportamentos como resultado desta influência condicionando as futuras amizades (Caspi, 1993). O contexto social do adolescente é, por conseguinte, um processo dinâmico no qual a influência e a selecção trabalham em conjunto produzindo, simultaneamente, alterações e continuidade para o adolescente. No entanto, existem por vezes constrangimentos que podem limitar a possibilidade do adolescente se associar a certos amigos. Os factores de proximidade tais como o local de estudo ou de habitação colocam alguns adolescentes em contacto frequente limitando, ao mesmo tempo, o contacto com outros.

Muitos adolescentes escolhem amigos que são idênticos a eles no uso de certas substâncias (Kandel, 1978 cit in Urberg et al., 2003). Contudo, apenas uma pequena minoria de adolescentes não utilizadores de substâncias escolhem amigos que as utilizam. Leventhal e Cleary (1980) sugerem que provavelmente, o processo do adolescente tornar-se num utilizador de substâncias inicia-se muito antes do momento da selecção de amigos utilizadores. Os mesmos autores não excluem, porém, a possibilidade de um adolescente não utilizador de substâncias adquirir, de forma accidental, amigos que as utilizem expondo-se assim, não intencionalmente, a uma situação que o pode influenciar à iniciação aos consumos.

Embora alguns adolescentes tenham amigos que são consumidores de substâncias numa taxa mais elevada do que a sua, nem todos os adolescentes aumentam os seus níveis de consumo. Do mesmo modo, nem todos os adolescentes que convivem com grupos desviantes se tornam

consumidores de drogas. As características dos indivíduos, a relação estabelecida com o/os amigo/os e o contexto em que a amizade ocorre deverão desempenhar um papel importante na conformidade ou não conformidade do adolescente com a influência do comportamento do grupo de pares (Urberg et al., 2003). As características individuais que podem tornar os adolescentes mais ou menos vulneráveis à influência dos pares são, entre outras, a percepção dos malefícios associados ao uso da substância, a busca de sensações, a auto-estima e a identificação com valores sociais tradicionais. Estas variáveis têm mostrado ser factores de risco para o uso de substâncias (Hawkins, Catalano & Miller, 1992; Petraits, Flay & Miller, 1995 cit in Urberg et al., 2003).

Outros autores têm vindo a demonstrar, através de estudos empíricos, a importância da qualidade da relação de amizade enquanto factor susceptível de influenciar o uso de drogas (Aloise-Young, Graham, & Hansen, 1994). Uma relação de alta qualidade pode ser muito importante para um adolescente que assim estará mais disponível para modificar o seu comportamento de forma a agradar ao amigo. Também os adolescentes que apresentam relações de alta qualidade podem passar mais tempo juntos dispondo, conseqüentemente, de mais oportunidades para se inter-modelarem em termos comportamentais. Os mesmos autores verificaram ainda que a aceitação do grupo de pares poderá ter um impacto igualmente significativo no adolescente, influenciando-o quanto ao consumo de substâncias. Adolescentes que não tinham amizades recíprocas apresentavam maior probabilidade de serem influenciados pelos seus amigos quando comparados com os que apresentavam amizades recíprocas. Possivelmente, este comportamento poderá estar relacionado com uma tentativa de aceitação no grupo.

Investigação recente referente à influência do grupo de pares (Ennett & Bauman, 1994; Urberg et al., 1997) sugere que a influência do grupo de pares pode não ser a causa mais importante para o uso de drogas na adolescência. Os estudos de Urberg et al. (2003) mostraram que, na fase de selecção dos amigos, os adolescentes que menos valorizavam os pais e a escola encontravam-se de algum modo mais vulneráveis a colocarem-se num contexto social negativo. Por outro lado, na fase da influência do grupo de pares, os adolescentes com as amizades mais positivas encontravam-se mais propensos à influência dos seus amigos.

Compreender o que torna certos adolescentes mais susceptíveis do que outros à influência do grupo de pares torna-se importante para a definição de programas de prevenção eficientes e eficazes. A influência do grupo de pares, embora claramente relevante, parece ser apenas um dos factores importantes para a compreensão do uso de drogas nos adolescentes.

1.2.4. Influência da escola

Há uma forte evidência que experiências escolares negativas (Rosenbaum & Lasley, 1990 cit in Storvoll, 2002) estejam relacionadas com comportamentos desviantes na adolescência.

A juventude é fortemente influenciada pelo sucesso ou insucesso pessoal que experimenta no ambiente escolar. Nestas idades, a auto-estima e a percepção de competências são geralmente frágeis e ameaças a estas variáveis podem constituir uma fonte de tensão substancial (Clayton, 1992). No contexto escolar, existem muitas oportunidades para a auto-estima e as competências serem ameaçadas. Estas ameaças podem ser particularmente relevantes para aqueles adolescentes que apresentam dificuldades escolares. A experiência do stress em ambiente escolar pode contribuir para o aparecimento de comportamentos desviantes, tais como o uso de certas drogas (Butters, 2002).

A realização académica e a orientação escolar são características individuais da juventude que podem também ter propriedades de protecção na presença do risco (Crosnoe, 2002). A realização académica contribui de forma consistente para o decréscimo de problemas de comportamento (Gottfredson, 1987; Hundelby & Mercer, 1987). Um adolescente que tenha uma boa realização académica está mais fortemente ligado à organização escolar e menos inclinado a colocar em risco as suas oportunidades futuras com a entrada em actividades desviantes (Hirschi, 1969 cit in Crosnoe, 2002).

O bom relacionamento e a forte ligação aos professores estão também relacionados com baixos níveis de comportamentos problemáticos nos adolescentes (Noddings, 1992). Tal como o envolvimento parental, esta proximidade pode agir enquanto promotor de integração de normas e valores sociais, nomeadamente no que diz respeito ao comportamento. Também pode garantir ao adolescente o suporte emocional necessário para resistir às influências negativas de amigos desviantes (Grossman et al., 1992; Hawkins et al., cit in Crosnoe, 2002).

Em Portugal, o Relatório elaborado pela Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga (DATA) destaca igualmente a escola enquanto factor de risco. Estabelecimentos de ensino com reduzidas dimensões e instalações deficientes; estabelecimentos com ausência de regras; conflitos escolares e a reduzida participação e envolvimento dos estudantes nas actividades escolares são apontados como factores passíveis de desencadear comportamentos problemáticos. Também a mesma comissão dá conta que o insucesso escolar e o abandono escolar precoce constituem factores de risco para o uso de substâncias (Pereira, 1999). De facto e segundo Jessor et al. (1995), avaliando o objectivo convencional da educação, este torna-se incompatível com práticas desviantes.

1.2.5. Influência dos factores individuais

Existe uma crescente evidência que a personalidade e o temperamento sejam importantes determinantes da vulnerabilidade de um indivíduo para se tornar alcoólico (Merenakk et al., 2003). Para além do alcoolismo, o uso de substâncias nos adolescentes tem sido frequentemente associada a certos traços de personalidade como a agressividade, a hiperactividade, a procura de novas sensações, a impulsividade e grandes dificuldades de concentração (Glenn et al., 1989; Chassin & DeLucia, 1996).

Outros autores apresentam as características individuais enquanto factores passíveis de tornar os adolescentes mais susceptíveis à influência dos pares (Hawkins, Catalano, & Miller, 1992; Petraitis, Flay, & Miller, 1995). Estas características incluem a percepção do adolescente do risco de utilização da substância, a procura de sensações, a baixa auto-estima e a fraca identificação com valores sociais tradicionais. Todas estas variáveis mostraram ser factores de risco para o uso de substâncias (ibidem). De facto, adolescentes que procuram novas sensações, ou que desejam experimentar novos comportamentos, estarão possivelmente mais receptivos à influência do grupo de pares que lhes pode proporcionar quer o modelo, quer a oportunidade para experimentar esse novo comportamento (Urberg et al., 2003). Também os adolescentes que apresentam baixos níveis de auto-estima podem perceber a utilização de substâncias e a presença no grupo como o meio mais adequado de serem aceites por este, enquanto que aqueles que percebem baixo risco do uso de determinadas substâncias, podem ver poucas razões para não compactuarem com o comportamento do grupo (ibidem). Não obstante, no seu estudo, Merenakk e col. (2003) sugerem que, embora se verifique uma associação entre traços de personalidade e o uso de substâncias, as variáveis independentes da personalidade contribuem apenas modestamente para a predição do uso de álcool e de drogas ilícitas.

Também, Bergert (1991) trata do tema da personalidade na dependência de drogas. Mesmo sem admitir a existência de uma personalidade típica do dependente, este autor refere-se a algumas “possibilidades de estruturação da personalidade” e a traços funcionais que seriam comuns, como as por ele designadas carências imaginárias e identificatórias, assim como a exacerbação do funcionamento comportamental, manifestada através de certas actuações com o jovem submetendo inclusive o seu próprio corpo ao comportamento. A partir desta concepção, a maioria dos dependentes de drogas apresentaria um tipo de estruturação da personalidade depressiva, caracterizada por uma importante imaturidade afectiva e problemas de identidade. Estas características levariam a um prolongamento da crise da adolescência, ficando o indivíduo à mercê das influências dos grupos de pares (Seibel et al., 2004).

Alguns autores referem-se também a factores motivadores intrínsecos do adolescente (Scivoletto, 1998), como a necessidade de estimulação, de vencer o desânimo e de quebrar a rotina, factores esses mais particularmente relacionados ao uso de substâncias estimulantes do sistema

nervoso central. Scivoletto (1998) apresenta o exemplo do uso de cocaína e levanta a hipótese de sintomas depressivos poderem preceder o início do consumo de drogas. Contudo, no caso do álcool, estudos multigeracionais demonstraram que, embora a depressão e o alcoolismo possam ocorrer nas mesmas famílias, os laços familiares para cada perturbação estão geneticamente separados (Weissman et al., 1984).

Muitos estudos têm surgido para a melhor compreensão dos motivos que conduzem adolescentes ao uso de drogas. No entanto, pouco se sabe a respeito dos factores protectores no âmbito de um grupo de risco específico, ou seja, dos factores que possam explicar o não envolvimento com drogas por adolescentes pertencentes a esses grupos (Scheier et al, 1994; Baus et al, 2002 cit in Sanchez et al., 2004; De Micheli & Formigoni, 2001).

Embora a importância da religiosidade seja citada como elemento importante na recuperação e no tratamento de dependentes de substâncias (Carter, 1998; Pullen et al., 1999; Arnold et al., 2002), é cada vez maior o número de trabalhos que apontam a religiosidade como importante factor de prevenção à iniciação ao consumo de drogas pelo adolescente (Francis, 1997; Miller, 1998; Patock-Peckham, 1998; Miller et al., 2000; De Micheli & Formigoni, 2001).

Um estudo recente, com base numa amostra de jovens adolescentes brasileiros residentes em favelas, revelou que quer o consumo quer a dependência de substâncias psicotrópicas podem ser evitados, mesmo em ambientes caracterizados pela abundância de factores de risco, como o observado em favelas e arredores onde o tráfico “dita as regras” e a influência dos grupos de pares é evidente (Sanchez et al., 2004). O estudo aponta para uma série de factores que parecem influenciar o não-uso de drogas, a saber: a estrutura familiar, a religiosidade, a disponibilidade de informações acerca da dependência e suas consequências e o estabelecimento de perspectivas de futuro. Porém, chama especial atenção o papel desempenhado pela espiritualidade e religiosidade do entrevistado.

A espiritualidade encontrou-se presente em todos os entrevistados não utilizadores de drogas. Estes jovens revelavam uma preocupação quanto à manutenção de seu bem-estar e auto-preservação, atribuídas, principalmente, ao facto de estabelecerem planos para a sua vida futura. A espiritualidade parece estar intimamente associada com a religiosidade já que a maior parte dos entrevistados desse grupo, acreditava e praticava uma determinada religião. Em contrapartida, a maioria dos utilizadores de droga não manifestou religiosidade nem sequer a crença numa religião, factos que os mesmos autores assumem poder justificar a ausência da valorização da vida decorrentes da pouca espiritualidade nesse grupo. Curiosamente, o mesmo grupo citou a religiosidade como um importante factor protector.

Contrariamente à religiosidade, o género encontra-se bem estabelecido, entre a literatura especializada, como uma das variáveis importantes relacionadas com a delinquência e o consumo de drogas (e.g. Giordano & Cerkevich, 1997; Mears, Ploeger, & Warr, 1998; Rutter, Giller, & Hagel, 1998; Wilson & Herrnstein, 1985 cit in Svensson, 2003). Dum modo geral, os estudos demonstram que os homens, comparativamente às mulheres, usam mais frequentemente drogas (e.g. Elliot,

Huizinga, & Menard, 1989; Hindelang, Hirshi, & Weis, 1981; Penning & Barnes, 1982 cit in Svensson, 2003).

No que se refere à delinquência, um dos factores mais regularmente discutido nas explicações das diferenças de género é a família e, em particular, o efeito da supervisão e do controlo parental (Bartuch & Matsueda, 1996; Kruttschnitt, 1996). Como anteriormente referido, um pobre controlo parental aumenta o risco de uso de drogas e de comportamento delinquente. A pesquisa acerca da influência do controlo parental na diferença de género produziu, contudo, resultados inconclusivos. Alguns investigadores registaram que um fraco controlo parental apresentava efeitos similares nos rapazes e nas raparigas (Martins, 1997; Ring, 1999 cit in Svensson, 2003), equanto outros apontaram para um efeito mais significativo nos rapazes (Cernkovish & Giordano cit in Svensson, 2003). Não obstante, a conclusão geral das pesquisas anteriores é que as raparigas estão mais fortemente ligadas à família o que poderá ser um factor importante para explicar os seus baixos níveis de delinquência (ibidem).

No seu estudo, entre 859 estudantes adolescentes da Suécia, Svensson (2003) concluiu que um dos motivos pelo qual as mulheres são, regra geral, menos delinquentes do que os homens é porque estão mais expostas a elevados níveis de controlo e supervisão por parte dos seus pais. Contudo, quando esse controlo é pobre, as raparigas adolescentes correm um risco mais elevado do que os rapazes de se envolverem com grupos desviantes e, assim, experimentarem drogas.

Negreiros (1997) sugere que o consumo de drogas nas raparigas esteja mais intimamente associado a variáveis familiares do que os rapazes. No seu estudo, este autor pode verificar que as raparigas apresentavam percepções mais negativas acerca da qualidade da relação com os seus pais do que os rapazes. Por sua vez, Grossman et al. (1992), registou que a existência de rotinas familiares funcionava como uma protecção, principalmente para as raparigas.

A importância da influência do grupo de pares na diferença de género tem sido igualmente discutida em vários estudos empíricos, contudo, esta tem recebido menos atenção do que os estudos acerca da influência da família.

Comparativamente às raparigas adolescentes, os rapazes são mais desviantes, têm amigos mais desviantes e estão mais susceptíveis a influências negativas de amigos desviantes (Elliot, Huizinga & Menard, 1989; Lin, 1996; Mears et al., 1998; Wall et al., 1993 cit in Crosnoe, 2003). Também Svensson (2003) verificou que os rapazes tendem a exibir um maior grau de exposição a grupos de pares desviantes do que as raparigas. Mais ainda, os grupos de pares parecem ter uma relação significativa com o uso de drogas quer para os rapazes quer para as raparigas. Importa notar, no entanto, que o efeito é mais pronunciado nos rapazes.

Idêntica conclusão é apresentada por Agnew (1991) que sugere que o impacto das amizades desviantes no comportamento dos adolescentes é mais fraco nas raparigas, entre adolescentes que estão menos envolvidos em actividades com grupos desviantes e entre aqueles que estão mais ligados a instituições convencionais como a escola e a família.

Como anteriormente referido, há uma forte evidência empírica que experiências escolares negativas estejam relacionadas com comportamentos desviantes na adolescência (Storvoll et al., 2002). No entanto, e uma vez mais, os estudos realizados sobre esta variável e sua relação com as diferenças de género são inconclusivos. Alguns autores apontam para o fraco desempenho escolar e as baixas atitudes para o conseguir alcançar serem factores de risco mais relacionados com a delinquência nos rapazes (Khron, & Massy, 1980 cit in Storvoll et al., 2002). Outros estudos concluíram que os mesmos factores são mais importantes no que diz respeito à delinquência nas raparigas (Rosenbaum, & Lasley, 1990 cit in Storvoll et al., 2002). Outros ainda, não encontraram diferenças de género na associação entre problemas de conduta e performance escolar (Rantakallio et al., 1995 cit in Storvoll et al., 2002). Não obstante, é sabido que comparativamente aos rapazes, as raparigas tendem a ser mais sensíveis a interiorizar as figuras autoritárias dos professores e, geralmente, obtêm melhores performances na escola (Bank, 1997; Fagot, 1994). Consequentemente, poderão ter mais protecção do que os rapazes, no que respeita a factores relacionados com a escola.

Crosnoe (2002) investigou as funções de protecção associadas a relações familiares e a factores escolares entre adolescentes do sexo masculino e feminino. Os resultados obtidos permitiram concluir que rapazes e raparigas não diferem, grandemente, no que diz respeito aos factores de risco e de protecção relacionados com a família e com a escola. No entanto, os factores individuais e interpessoais desempenham diferentes papéis entre géneros, dependendo do problema de comportamento e do tipo de risco. Assim, a realização académica e a orientação escolar mostrou ser um factor de protecção idêntico para ambos os sexos; a organização familiar mostrou-se compensatória para a delinquência nos rapazes, mas não nas raparigas e a ligação aos professores e a realização académica apresentaram-se moderadores apenas para as raparigas. Esta investigação mostra assim a importância de ter em conta as diferenças de género quando se procuram explicações para o comportamento anti-social e para o uso de droga.

1.3. Epidemiologia das drogas.

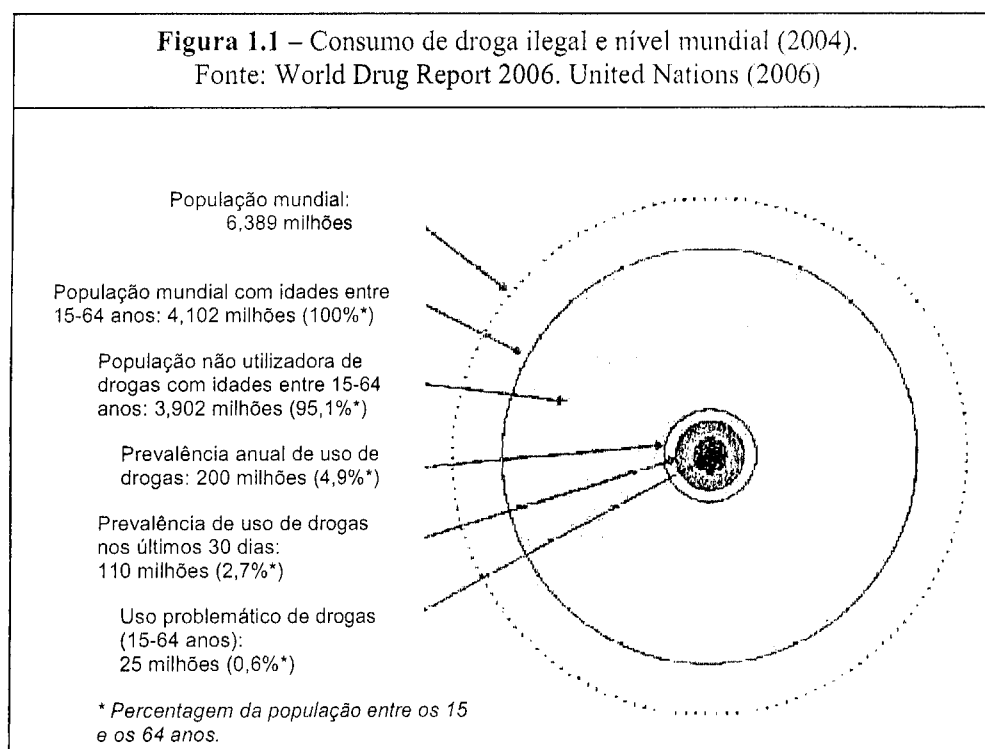
1.3.1. Retrato da situação mundial.

1.3.1.1. O consumo de drogas no mundo.

O consumo de droga, enquanto fenómeno dinâmico e multifacetado, apresenta dimensões, padrões e consequências de consumo diferentes de região para região, de país para país, e ao longo dos tempos.

O Relatório Anual das Nações Unidas de 2006 (World Drug Report, 2006) (UN, 2006a) estima que em 2004-2005, o número total de consumidores de droga no mundo tenha sido aproximadamente 200 milhões, o equivalente a 5% da população mundial com idades compreendidas entre os 15-64 anos. Destes, cerca de 162 milhões consumiram cannabis; 35 milhões consumiram estimulantes de tipo anfetamínico (ETA), dos quais 25 milhões terão consumido anfetaminas/metanfetaminas e 10 milhões ecstasy; 16 milhões consumiram opiáceos, dos quais 11 milhões consumiram heroína e, por fim, 14 milhões consumiram cocaína.

Dos 5% da população (entre 15-64 anos), que usam drogas ilícitas pelo menos uma vez por ano (prevalência nos últimos 12 meses), apenas cerca de metade (2,7% da população) usa drogas regularmente, isto é, pelo menos uma vez por mês. O número de dependentes de substâncias ou de consumidores problemáticos, a nível mundial, ronda os 25 milhões, o equivalente a 0,6% da população com idades entre os 15 e os 64 anos (World Drug Report, 2006). (Figura 1.1)



Por comparação a dados anteriores, assiste-se a uma estabilização do fenómeno à excepção da cannabis que continua a ser a droga mais consumida no mundo, seguida dos estimulantes de tipo anfetamínico, da cocaína e dos opiáceos.

No que concerne ao tabaco, o mesmo relatório aponta para um consumo mundial de 28% da população adulta, o que excede, largamente o número de pessoas utilizadoras de drogas ilícitas (4% para cannabis e 1% para as restantes substâncias).

Número de consumidores

A análise da situação referente a 2003-2005 a nível mundial, por região, evidencia acentuadas assimetrias geográficas relativamente ao indicador de consumo recente (prevalência nos últimos 12 meses). A tabela 1.3 representa uma estimativa do número de consumidores de cada substância, existente por região/continente. A figura 1.2 mostra a percentagem do total de consumidores de cada substância por região.

A análise da tabela 3 evidencia um consumo máximo de cannabis no continente Asiático (52 milhões), seguido da África (40 milhões), da América (37 milhões) e da Europa (31 milhões), contra apenas 3 milhões de consumidores na Oceânia.

REGIÃO	SUBSTÂNCIA											
	Cannabis		Anfetaminas		Ecstasy		Cocaína		Opiáceos		Só Heroína	
	N.º / % (15-65 anos)		N.º / % (15-65 anos)		N.º / % (15-65 anos)		N.º / % (15-65 anos)		N.º / % (15-65 anos)		N.º / % (15-65 anos)	
Europa	30,8	5,6	2,7	0,5	3,2	0,6	3,5	0,7	4,0	0,7	3,3	0,6
E. Ocidental	23,4	7,4	2,2	0,7	2,8	0,9	3,3	1,1	1,6	0,5	1,4	0,5
E. Leste	7,4	6,1	0,5	0,4	0,4	0,3	0,2	0,2	2,5	1,8	1,9	1,4
Ásia	52,1	2,1	15,3	0,6	3,0	0,1	0,3	0,1	8,5	0,3	5,4	0,2
Oceânia	3,2	15,3	0,6	3,0	0,6	3,0	0,2	0,9	0,1	0,4	0,0	0,2
África	39,6	8,1	2,0	0,4	1,9	0,0	1,0	0,2	0,9	0,2	0,9	0,2
América	36,7	6,4	4,3	0,8	2,7	0,5	8,5	1,5	2,3	0,4	1,5	0,3
A. Norte	29,4	10,3	3,2	1,1	2,2	0,8	6,5	2,3	1,3	0,5	1,2	0,4
A. Sul	7,3	2,6	1,1	0,4	0,5	0,2	2,0	0,7	1,0	0,3	0,3	0,1
TOTAL	162,4	3,9	24,9	0,6	9,7	0,2	13,4	0,3	15,8	0,4	11,3	0,3

Tabela 1.3 – Estimativa do consumo anual de drogas, por região e substância – 2003-2005 (Milhões de consumidores) / (em % na população dos consumidores com idades entre 15 a 64 anos). Fonte: Trends in World Drug Markets – 2006. United Nations (2006a)

A seguir à cannabis, as maiores prevalências de consumo vão para os estimulantes tipo anfetamínico – anfetaminas e ecstasy – com 37 milhões de consumidores. Os 25 milhões de consumidores de anfetaminas são maioritariamente do continente Asiático (15 milhões) seguindo-se os Americanos (4 milhões), os Europeus (3 milhões), os Africanos (2 milhões) e finalmente os habitantes da Oceânia (600 mil). Por sua vez, dos cerca de 10 milhões de consumidores de Ecstasy, a maioria são Europeus e Asiáticos (3 milhões cada), seguindo-se os Americanos (menos de 3 milhões), depois os Africanos (2 milhões) e com menos de 1 milhão de consumidores situa-se a Oceânia.

Quanto aos 13 milhões de consumidores de cocaína e derivados (base e crack), perto de 9 milhões são Americanos e cerca de 4 milhões são Europeus. Em número inferior aparece a África, com 1 milhão de consumidores, 300 mil na Ásia e 200 mil na Oceânia.

Dos cerca de 16 milhões de consumidores de opiáceos (ópio, heroína, morfina, metadona, etc.), perto de 9 milhões encontram-se na Ásia, 4 milhões na Europa, 2 milhões na América, 1 milhão em África e apenas 100 mil na Oceânia.

A análise dos dados relativos ao consumo de heroína mostra que 2/3 dos consumidores de opiáceos são consumidores de heroína e que o consumo de outros opiáceos, que não a heroína, só é significativo na Ásia e na Europa de Leste. Para além disso, verifica-se ainda que cerca de 1/3 dos consumidores de heroína se situam na Ásia, outro terço no continente Europeu e outro nos continentes Americano e Africano.

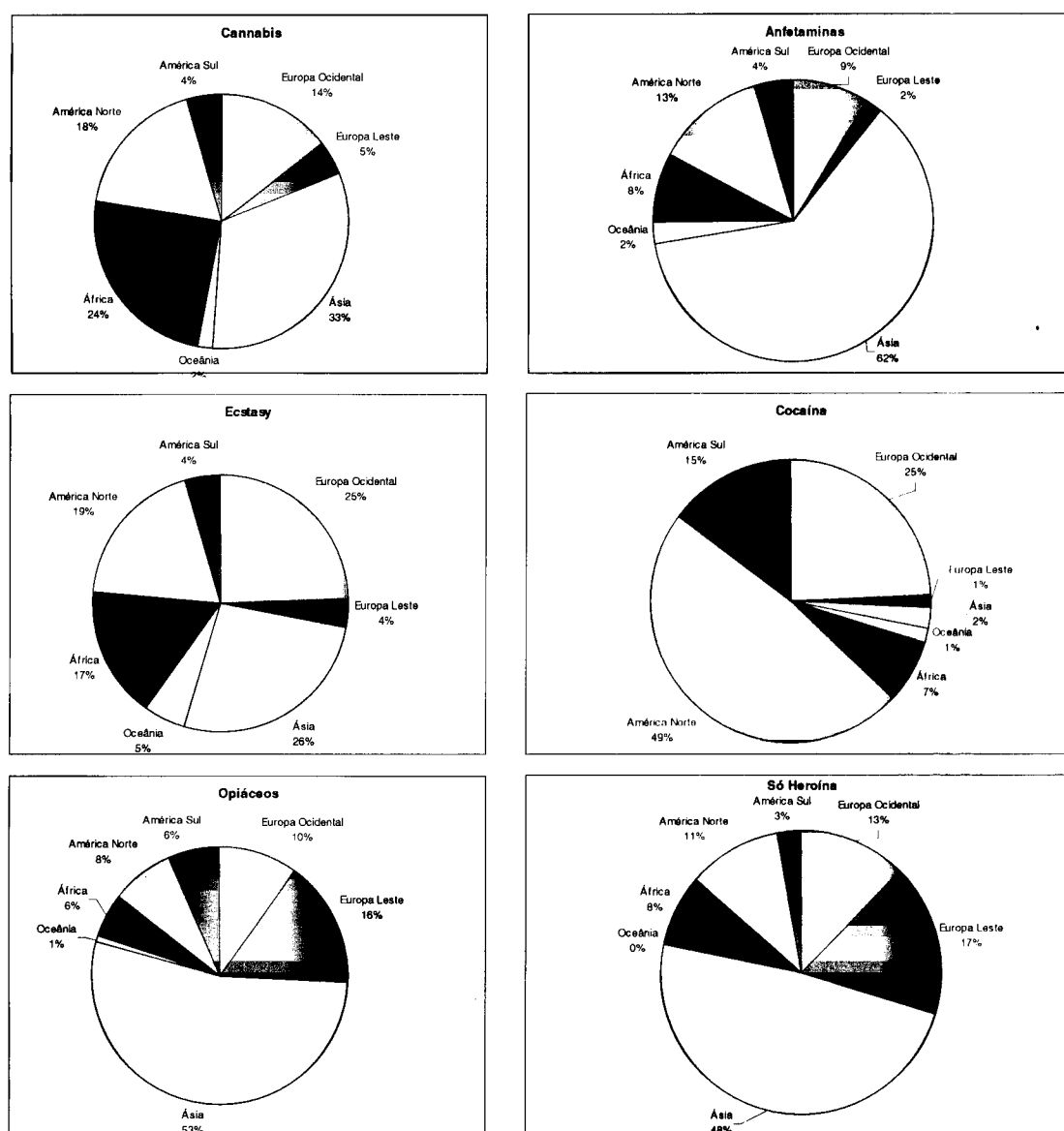


Figura 1.2 – Distribuição do número total de consumidores anuais (2003-2005) de cada substância, por região (%). Fonte: Trends in World Drug Markets – 2006. United Nations (2006a)

Pela análise global da figura 1.2, torna-se possível identificar três tipos de padrões de distribuição geográfica dos consumidores dos diferentes grupos de drogas: uma distribuição razoavelmente equitativa pelas diferentes regiões de cannabis e de ecstasy; uma distribuição bastante assimétrica de anfetaminas, opiáceos e heroína, cuja maioria dos consumidores se localiza na Ásia e, por fim, uma distribuição muitíssimo assimétrica de cocaína, com mais de três quartos dos consumidores mundiais localizados nos continentes Americano e Europeu.

Convém ainda destacar que qualquer que seja a substância considerada, a Oceânia é a região com menor número de consumidores de droga.

Prevalências de consumo.

A perspectiva do número de consumidores mundiais afigura-se mais pertinente quando analisadas as prevalências anuais de consumo de cada substância, nas diferentes regiões. A análise da distribuição dos consumos mundiais de cada substância, quer em termos absolutos (número de consumidores) quer em termos relativos (prevalências de consumo) facilitam a descrição da dimensão ou extensão do fenómeno.

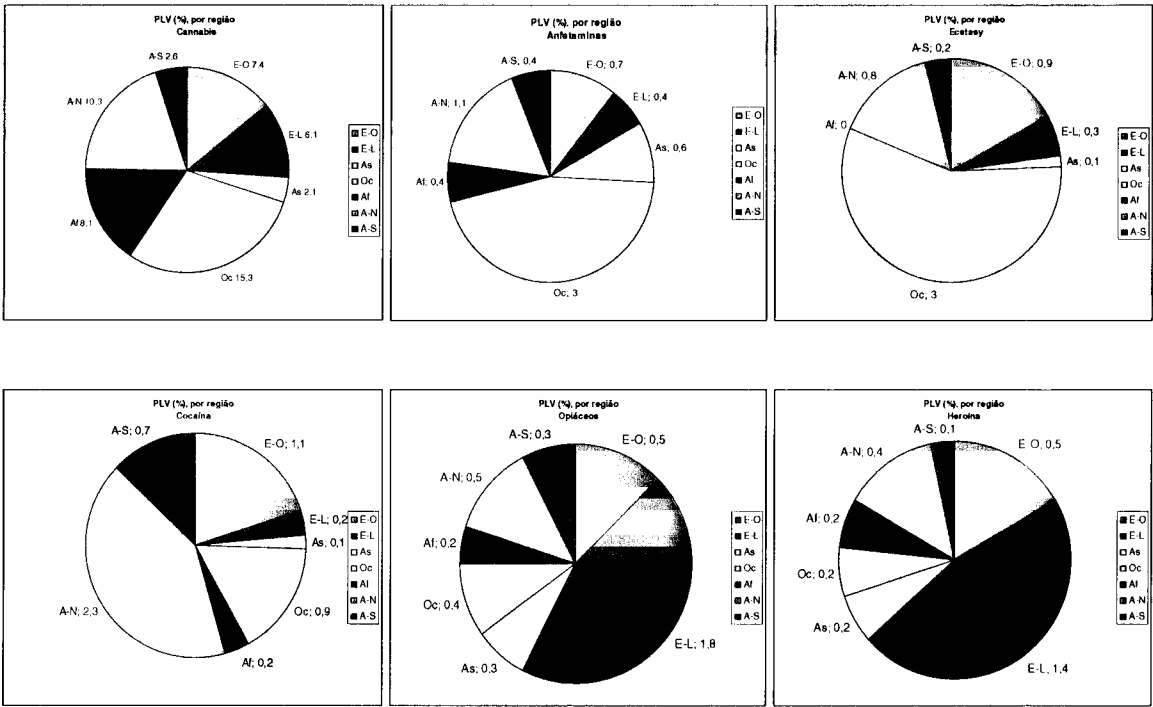


Figura 1.3 – Prevalência anual de consumo, por região (%) de cada substância.
Fonte: Trends in World Drug Markets – 2006. United Nations (2006a).

A figura 1.3 representa graficamente e em termos percentuais, as prevalências de consumo anual de drogas, por região, na população entre os 15 e os 65 anos e foi elaborada com base nos dados da tabela 1.3.

Da análise da figura anterior resulta que, qualquer que seja a região, o consumo de cannabis é bastante superior à percentagem equivalente relativa às outras drogas.

A Oceânia, embora seja a região do mundo com menor número de consumidores é a que apresenta maior percentagem de consumidores em todas as drogas, à excepção da cocaína (que atinge os valores mais elevados de consumo na América do Norte) e dos opiáceos (com maior percentagem de consumo na Europa de Leste), relativamente à população maior de 15 anos.

Em termos globais, destaca-se a Ásia enquanto continente com menor percentagem de consumidores de todas as drogas. Sucede-lhe a África que, à excepção da cannabis, apresenta percentagens de consumidores de drogas igualmente reduzidas.

Constatam-se também prevalências de consumo relativamente idênticas na Europa Ocidental e América do Norte possivelmente relacionáveis com o semelhante grau de desenvolvimento social e económico das duas regiões.

No que diz respeito à evolução dos consumos a nível mundial, com base no Relatório das Nações Unidas de 2006, pode dizer-se que, embora o uso de drogas tenha vindo a aumentar nos últimos anos, esta situação resulta, fundamentalmente, do aumento verificado no uso de duas drogas: a cannabis e o ecstasy. No que se refere às restantes drogas, não se verificaram mudanças significativas, à excepção da cocaína onde se verificou uma tendência ligeira de declínio (Figura 1.4).

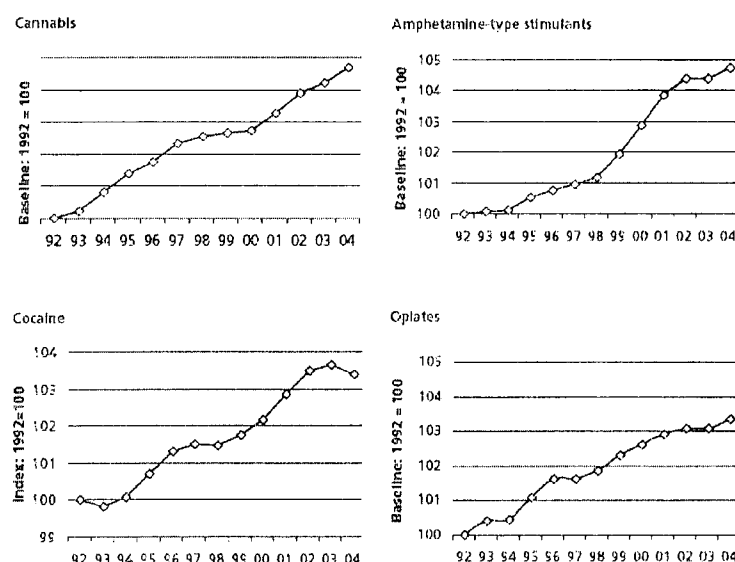


Figura 1.4 – Tendências globais de evolução dos consumos, por substância, em 12 anos. Fonte: Annual Reports Questionnaire Data for trends and UNODC, WDR 2005 estimates of the number of drug users, in Trends in World Drug Markets – 2006. United Nations (2006a).

1.3.1.2. O consumo de tabaco no mundo.

Calcula-se que actualmente, cerca de 1.3 biliões de pessoas em todo o mundo sejam fumadoras, prevendo-se um aumento de cerca de 500 milhões de fumadores até ao ano 2025 (Thun, 2003). Este número representa cerca de um terço da população mundial com idade superior a 15 anos

e a maioria dos fumadores (cerca de 84%) habita em países em vias de desenvolvimento (Esson, 2004).

O consumo de tabaco é reconhecido como a mais importante causa de morte evitável nos países industrializados, com elevados custos directos e indirectos. Segundo estimativas da ONU, estima-se que em 2030 possam morrer prematuramente, devido ao consumo de tabaco, cerca de 10 milhões de pessoas em todo o mundo, metade das quais no grupo etário dos 35 aos 69 anos. Os impactos na mortalidade e morbilidade tenderão a afectar predominantemente as populações dos países em desenvolvimento, onde residem já 82% dos fumadores, cerca de 950 milhões de pessoas (World Bank, 2003).

A tabela 1.4 representa, a nível mundial, o número estimado de fumadores (em milhões) e as prevalências de uso de tabaco para indivíduos com idades superiores a 15 anos.

PAÍS	Número estimado de fumadores			Prevalências	
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
Desenvolvido	275	150	425	35%	22%
Em desenvolvimento	700	100	800	50%	9%
Mundial	975	250	1225	47%	12%

Tabela 1.4 – Número estimado de fumadores (em milhões) e prevalências de uso de tabaco para indivíduos com idades superiores a 15 anos. (Fonte: Mackay J. and Eriksen, M. The Tobacco Atlas. WHO, 2002.)

Os dados recolhidos pelo WHO, 2002 apontam para um declínio do uso de tabaco nos países desenvolvidos e um forte aumento nos países em desenvolvimento. A taxa de fumadores nos países desenvolvidos ronda os 35% enquanto que nos países em desenvolvimento chega a atingir ou a ultrapassar os 50%.

Só na China existem cerca de 350 milhões de fumadores, o correspondente a um terço dos homens chineses. Se estes padrões de consumo se mantiverem, provavelmente 100 milhões de Chineses, com idades hoje compreendidas entre os 0 e os 29 anos, morrerão futuramente em resultado directo do uso de tabaco (Guidon, 2003).

A nível mundial, a monitorização epidemiológica dos níveis e padrões de consumo de tabaco é geralmente feita através de inquéritos populacionais em que é calculada a prevalência de fumadores e ex-fumadores na população, assim como através da contabilização dos volumes de produção e de trocas comerciais de cada país (Dias, 2004). De acordo com essas fontes, o consumo actual de tabaco é caracterizado por uma estabilização e mesmo por uma diminuição nos países mais desenvolvidos e por um aumento nos países em desenvolvimento (Thun, 2003).

Apesar das estatísticas globais apresentarem o tabaco como uma pandemia, existem já resultados visíveis que reflectem as medidas internacionais tomadas no controlo a esta substância. A figura 1.5 representa a taxa de consumo per capita (estimada como (produção+ importação - exportação) / população com mais de 15 anos) em diversos países.

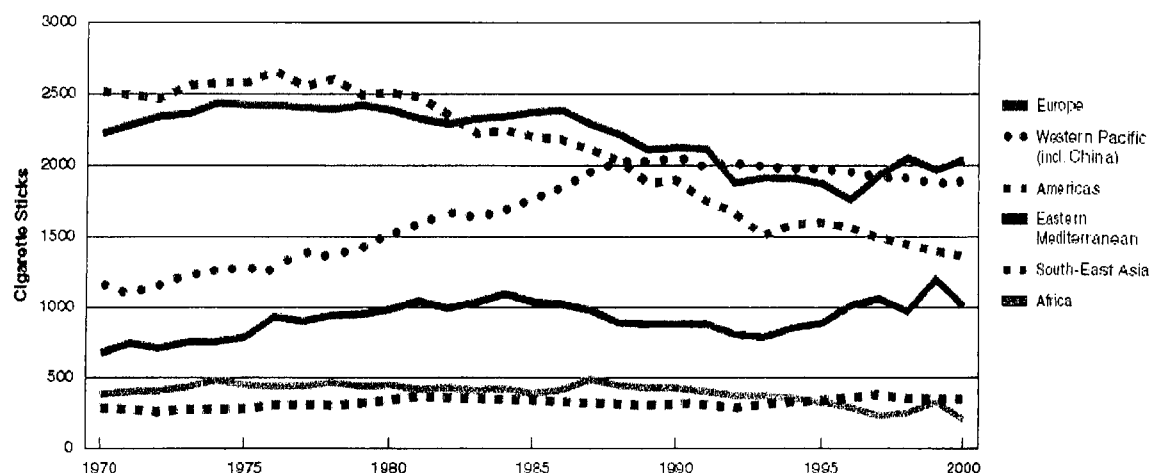


Figura 1.5 – Média de consumo de tabaco per capita em indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos. Fonte: United Nations Statistics Division (2003). Commodity Trade Statistics Database. In Tobacco Control Country Profiles 2003, 2nd. Ed.

As diferenças internacionais na prevalência de fumadores repercutem-se também no desfasamento da prevalência de fumadores no sexo masculino, a qual, no mesmo país, aumenta mais precocemente do que a do sexo feminino. A mortalidade por doenças relacionadas com o tabaco atinge assim mais tardiamente as mulheres (Ramstrom, 1997).

1.3.1.3. O consumo de álcool no mundo.

A World Health Organization (WHO) estima que existam actualmente cerca de 2 biliões de pessoas em todo o mundo consumidoras de álcool. Destas, cerca de 76,3 milhões apresentam desordens relacionadas com o uso de álcool (WHO, 2004).

O consumo de álcool na população, pode ser medido quer através de estimativas obtidas pela contabilização da produção e das trocas comerciais de bebidas alcoólicas, quer através da aplicação de questionários a segmentos da população que atentam no conhecimento dos seus padrões de consumo da substância (Midanik & Room, 1992 cit in WHO, 2004). O primeiro modo de monitorização é, em geral, o mais utilizado visto que o recurso a estudos é normalmente da responsabilidade das autoridades de saúde, as quais raramente apresentam recursos para a elaboração de estudos de base populacional (WHO, 1999).

Um outro factor que dificulta a monitorização epidemiológica do consumo de álcool e dos comportamentos a ele associados é a ausência de métodos consensuais para a sua medição obrigando a interpretações comparativas forçosamente cautelosas (Dias, 2004). Nalgumas populações, o consumo e produção de álcool são mesmo actividades ilícitas, o que compromete a medição directa do seu consumo. O mesmo pode ser verificado em situações em que o consumo de álcool não pode ser medido mas unicamente inferido. Destas situações ressalta-se o caso dos países em que a economia informal e a produção doméstica são importantes. Por exemplo, estima-se que na África de Leste, cerca de 90% do consumo de álcool seja não registado (WHO, 2004).

Poucos países têm vindo a conduzir estudos que visem estimar o nível de consumo de álcool não registado. A nível regional, estima-se que este consumo seja de, pelo menos, dois terços de todo o álcool consumido no subcontinente Indiano, aproximadamente metade do consumo de álcool em África e cerca de um terço na Europa de Leste e América Latina (Rehm et al., 2003 cit in WHO, 2004). Neste contexto entende-se que os indicadores mais utilizados na monitorização dos níveis e padrões de consumo de álcool sejam construídos com base em volumes de trocas comerciais os quais, em conjunto com as estimativas da população residente em cada país, permitem o cálculo de consumos *per capita*, geralmente referido à população com idade superior a 15 anos (WHO, 1995).

Não obstante os constrangimentos anteriormente referidos, o quadro global sugere que os consumos per capita de álcool entre a população mundial, com idade superior a 15 anos, sejam mais elevados nas regiões do globo com maior desenvolvimento económico. Nestas, principalmente a nível Europeu onde são registados os níveis mais elevados de consumo, tem vindo a notar-se um decréscimo acelerado desde o início da década de 80. A região Este Mediterrânea tem mantido os consumos mais baixos enquanto duas regiões têm mostrado aumentos recentes e contínuos de consumo de álcool: o sudeste Asiático e a região Oeste do Pacífico (WHO, 2004).

A nível regional, constata-se um declínio acentuado do consumo de álcool nas zonas com níveis de consumo mais elevados contrastando com um aumento acelerado nas zonas com consumos mais baixos.

A análise dos índices de consumo de álcool por regiões mundiais permite destacar um diminuto consumo desta substância nos países de cultura e religião Islâmica ou Maometana onde o álcool é interdito. Esta determinação parece ter origem nos efeitos psicotrópicos comuns que, nestas populações, são agravados como resultado de uma alteração genética (polimorfismo), que se mantém em cerca de 50% dos Asiáticos e que resulta da inactividade de uma enzima da cadeia de metabolização do álcool, o 2-aldeído-dehidrogenase (ALDH₂). Ao inibir a degradação do acetaldeído a sua acumulação no organismo provoca uma reacção, designada de flush. Esta é responsável quer pela ruborização aguda quer por tonturas, náuseas, cefaleias e taquicardia (Syed, 2003 cit in Carvalho, A., 2004).

Atendendo às preferências ao nível das bebidas alcoólicas é possível estabelecer uma categorização dos países. Assim, temos os consumidores essencialmente de cerveja, os de vinho e os

de bebidas espirituosas. A tabela 5 apresenta as preferências de bebidas em diferentes países. Encontram-se referenciados para cada categoria de substância, os 20 países com maior taxa de consumo, usando (litros de álcool puro *per capita* para indivíduos de 15 ou mais anos para cada uma das substâncias).

Os maiores consumidores de cerveja encontram-se principalmente na Europa e na África. O vinho é a bebida mais consumida nos seus países de produção, nomeadamente na Europa. As bebidas espirituosas são consumidas em maior número na Europa de Leste, Ásia e nalgumas ilhas.

De acordo com o “World Drink Trends” de 2003, o principal consumidor de bebidas destiladas no Mundo, com 5,6 litros de álcool puro, é a Letónia, seguido de perto pela Rússia com 5,5 litros. Quanto à cerveja, é a República Checa quem toma a dianteira do consumo, com 160 litros, antes da República da Irlanda (152,9 L) e da Alemanha (125,5 L).

Beer		Wine*		Spirits	
Country	APC	Country	APC	Country	APC
Czech Republic (the)	9.43	Luxembourg	9.43	Republic of Moldova (the)	10.94
Ireland	9.24	France	8.38	Reunion	8.67
Swaziland	7.49	Portugal	7.16	Russian Federation (the)	7.64
Germany	7.26	Italy	6.99	Saint Lucia	7.27
Austria	6.42	Croatia	6.42	Dominica	7.20
Luxembourg	6.16	Switzerland	6.23	Thailand	7.13
Uganda	6.14	Argentina	5.63	Bahamas (the)	7.05
Denmark	6.02	Spain	5.07	Latvia	6.62
The United Kingdom	5.97	Bermuda	4.95	Haiti	6.46
Belgium	5.90	Greece	4.78	Belarus	6.34
Venezuela	5.69	Denmark	4.57	Lao People's Democratic Republic	6.09
Lithuania	5.53	Austria	4.47	Bosnia and Herzegovina	6.03
Slovakia	5.34	Hungary	4.47	Saint Vincent and Grenadines	5.98
Australia	5.20	Uruguay	4.35	Dem. People's Republic of Korea	5.48
Croatia	5.16	Germany	3.38	Slovakia	5.44
Netherlands Antilles	4.96	Romania	3.37	Grenada	5.06
Netherlands (the)	4.91	Chile	3.25	Lithuania	4.92
Finland	4.89	French Polynesia	3.10	Azerbaijan	4.66
United Republic of Tanzania	4.85	Bulgaria	3.05	Kyrgyzstan	4.61
Gabon	4.77	Republic of Korea (the)	2.99	Czech Republic (the)	4.41

Tabela 1.5 – Os vinte países mais consumidores de cerveja, vinho e bebidas espirituosas. Fonte: WHO Global Status Report on Alcohol, 2004.

*Nesta tabela, no que diz respeito ao vinho, só foram considerados, em termos estatísticos, os dados referentes a esta substância. Se as bebidas fermentadas tivessem sido incluídas nesta categoria, países como o Uganda, a Nigéria, Burundi, Serra leoa, Ruanda e São Tomé figurariam entre os países mais consumidores de vinho.

Nem num caso nem noutro Portugal integra o grupo dos dez principais consumidores. Contudo, atendendo ao consumo total de álcool entre 1997 e 2000, em dez países europeus, o nosso surge em terceiro lugar, com 10,8 litros, depois do Luxemburgo (12,1L) e da Roménia (11,7L).

Seguem-se-lhe a República da Irlanda (10,7L), a República Checa (10,6L) e a França (10,5). O mesmo relatório atenta ainda numa diminuição do consumo de álcool na Europa Ocidental entre 1999 e 2000, passando de 8,09 litros *per capita*, para 8,01. Não obstante, entre os quinze, a tendência foi inversa: a média passou de 9,29 litros para 9,47 litros tendo-se verificado, igualmente, um acréscimo dos consumos na América Latina, América do Norte e na Austrália.

1.3.2. Retrato da situação a nível Europeu

1.3.2.1. O consumo de drogas na Europa

O consumo de drogas na Europa apresenta uma forte assimetria geográfica decorrente da conjugação de múltiplos factores entre os quais o desfasamento do desenvolvimento político e económico entre duas regiões (Feijão, 2004). Assim, “qualquer discurso sobre o consumo de drogas na Europa deverá reflectir quer a diversidade ao nível do consumo das diferentes substâncias quer, globalmente, ao nível das duas realidades geográficas que são a Europa Ocidental e a de Leste” (ibidem, 2004).

O Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), é um organismo existente no espaço Europeu, que visa acompanhar e monitorizar a evolução da situação dos fenómenos relacionados com o consumo de drogas, ao longo do tempo e na Europa. O Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) é, em Portugal, o chamado Ponto Focal do OEDT, a quem compete recolher, tratar e disponibilizar dados, a nível nacional sobre, entre outros, os indicadores considerados indispensáveis para a monitorização da situação.

Com base nos dados do Relatório Anual de 2006 do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, apresentam-se em seguida, para cada substância e país europeu, o valor das prevalências ao longo da vida (experiências de consumo), as prevalências nos últimos doze meses (consumo recente) e as prevalências nos últimos trinta dias (consumo actual).

A. Cannabis.

A cannabis continua a ser a substância ilícita mais consumida em toda a EU sendo que 65 milhões de europeus (o correspondente a mais de 20% da população entre os 15 e os 64 anos) admitem ter já experimentado a substância. As taxas de prevalência do consumo ao longo da vida mais baixas verificam-se em Malta (3,5%), Bulgária (4,4 %) e Roménia (1,7%) e as mais elevadas em França (26%), Espanha (29%) Reino Unido (30%) e Dinamarca (31%). Na maioria dos países (13 dos 25 países com informação), a prevalência ao longo da vida varia entre 10% e 20%.

Dos 62 milhões, cerca de 22,5 milhões (mais de 7% da população entre os 15 e os 64 anos) consumiram cannabis nos últimos doze meses e cerca de 12 milhões (quase 4% da população adulta) nos últimos 30 dias. O relatório de 2004 aponta mesmo para um número aproximado de 3 milhões de jovens adultos, sobretudo do sexo masculino, consumidores diários ou quase diários da substância (OEDT, 2004). Com efeito, tal como nas restantes drogas ilícitas, o número de homens consumidores é superior ao das mulheres, observando-se as maiores diferenças entre os adultos. Os maiores consumos registam-se ainda nas zonas urbanas ou nas de maior densidade populacional (OEDT, 2006).

Quando analisadas as taxas de consumo dos jovens adultos (15-34 anos), verifica-se à semelhança do que acontece com outras drogas, que estas são sempre mais elevadas. Em 2004, 3% a 44% dos jovens europeus entre os 15 e os 34 anos afirmaram já ter experimentado cannabis, registando-se as taxas de prevalência mais baixas na Grécia, Portugal e Polónia e as mais elevadas em França (39,9%), Reino Unido (43,4%) e Dinamarca (44,6%). O consumo recente foi mencionado por 3% a 20% dos jovens adultos, com os valores mais baixos na Grécia, Suécia, Polónia e Portugal, e os mais elevados no Reino Unido (19,5%), França (19,7%) e República Checa (22,1%), tendo 11 países referido taxas de prevalência do consumo recente entre 7% e 15%. As prevalências dos consumos nos últimos 30 dias (consumo actual) apontam para um consumo da substância entre 1,5% a 13% dos jovens adultos.

Atendendo a que as estimativas para mesma prevalência em indivíduos na faixa etária entre os 35 e os 64 anos são de 0,5% a 9% dos adultos e que, entre os 15 e os 24 anos são de 1,2 a 16%, conclui-se que o consumo de cannabis é preponderante nas camadas mais jovens. (Figura 1.6).

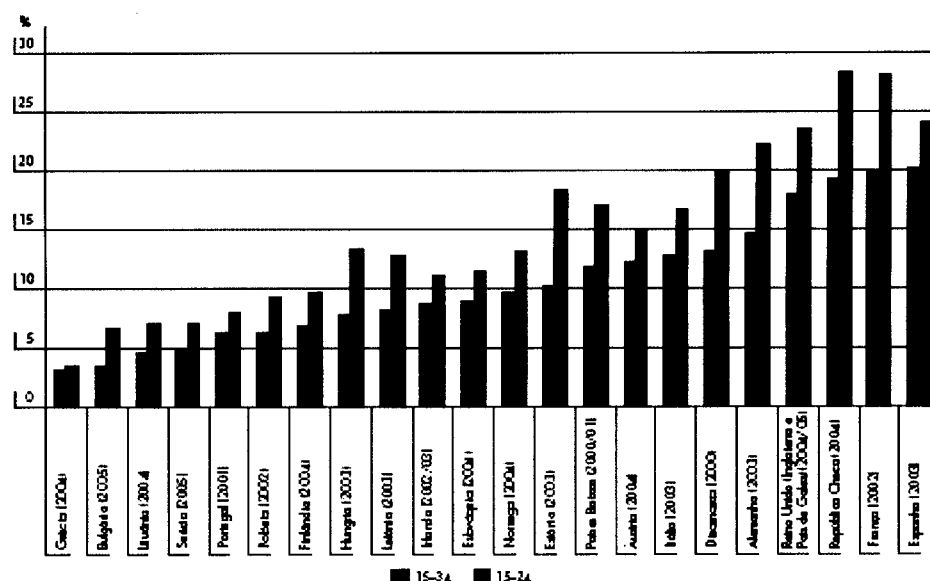


Figura 1.6 – Prevalência no último ano do consumo de cannabis entre os jovens adultos (15-34 anos e 15-24 anos). Fonte: Relatórios nacionais Reitox (2005), obtidos a partir de inquéritos à população, relatórios ou artigos científicos. (<http://www.ar2006.emcdda.eu.int>). Os dados provêm dos inquéritos nacionais mais recentes disponíveis em cada país. Alguns países utilizam uma faixa etária ligeiramente diferente da faixa etária padrão do OEDT para jovens adultos. A variação dos intervalos etários pode explicar, em alguma medida, as disparidades entre países.

Relativamente aos padrões de consumo de cannabis, o facto de as taxas de consumo recente e de consumo actual serem substancialmente inferiores às taxas de experiência ao longo da vida sugere que o consumo de cannabis tende a ser ocasional, ou a cessar ao fim de algum tempo. Não obstante, os dados mais recentes de Espanha e do Reino Unido sugerem uma continuação dos consumos para lá dos 30/ 40 anos de idade o que poderá ser já evidência de uma alteração nos padrões de consumo da substância.

O relatório de 2005 do OEDT dá conta que, dos pedidos de tratamento comunicados em 2004, a cannabis foi a droga com mais casos de encaminhamento (cerca de 15% dos casos), logo a seguir à heroína.

O Projecto Europeu de Inquéritos Escolares (ESPAD) sobre o álcool e outras drogas, iniciado em 1995, tem permitido a divulgação de dados comparáveis sobre o consumo de álcool e drogas entre jovens estudantes com 15 a 16 anos, de diferentes países Europeus. O inquérito mais recente, de 2003, fornece dados comparáveis de 22 Estados-Membros da EU, Noruega e três países candidatos (Bulgária, Roménia e Turquia). A comparabilidade do inquérito escolar ESPAD baseia-se na uniformização do grupo alvo e do método e calendário de recolha de dados, na utilização de amostras aleatórias, na solidez da concepção do questionário e na garantia do anonimato (OEDT, 2005). Assim, os dados mais recentes, relativos a 2003, revelam que a prevalência mais elevada de consumo de cannabis ao longo da vida entre estudantes de 15 a 16 anos de idade se verifica na República Checa (44%). Apresentam ainda prevalências elevadas (entre 32% a 40%) países como a Bélgica, França, Irlanda e Reino Unido. Apesar da prevalência ao longo da vida mais elevada ter sido registada na República Checa, o consumo actual (prevalência nos últimos 30 dias) mais elevado verifica-se em Espanha e em França (ESPAD, 2003).

As estimativas de prevalência ao longo da vida mais baixas (inferiores a 10%) registaram-se na Grécia, Chipre, Suécia, Noruega, Roménia e Turquia o que aponta para a existência de variações acentuadas entre os diferentes países. Na maior parte deles, verifica-se, contudo, desde 1995 um aumento constante do número de estudantes que já experimentaram cannabis.

Atendendo às tendências na prevalência ao longo da vida do consumo de cannabis entre a população escolar de 15-16 anos, o relatório da OEDT de 2006 aponta para a possibilidade da sua categorização em três grupos geográficos distintos: por um lado a Irlanda e o Reino Unido, com consumos claramente elevados mas mantendo-se tendencialmente estáveis na última década; os Estados-Membros da Europa Central e Oriental, juntamente com a Dinamarca, a Espanha, a França, a Itália e Portugal que apresentam, desde 1995, consumos crescentes e por último, a Finlândia, a Suécia, a Grécia, o Chipre, Malta e a Noruega, cujos níveis de consumos se têm mantido relativamente baixos (OEDT, 2006).

As diferenças de género apresentam-se em quase todos os países, com os rapazes a consumirem mais do que as raparigas. Estas diferenças são mais acentuadas para consumos de cannabis 40 ou mais vezes ao longo da vida (ESPAD, 2003).

Os inquéritos evidenciam também uma estreita relação entre a percepção que os estudantes têm da cannabis (tanto dos riscos associados ao seu consumo como da disponibilidade da droga) e a prevalência de consumo desta substância ao longo da vida. Assim, enquanto que as percepções de risco elevado estão associadas a uma baixa prevalência de consumo e vice-versa, a percepção da disponibilidade da droga está directamente correlacionada com a prevalência do consumo ao longo da vida (ibidem).

Curiosamente, a maioria dos países que apresentam estimativas relativamente elevadas de consumo de cannabis também o apresentam quanto ao uso compulsivo de álcool nos últimos 30 dias o que sugere que os dois comportamentos possam fazer parte de um estilo de vida comum. Constituem excepções a este padrão países como a França, a Itália e a Bulgária que, apesar do consumo de cannabis ser relativamente elevado, o consumo compulsivo de bebidas alcoólicas apresenta-se comparativamente baixo (OEDT, 2005).

B. Anfetaminas e ecstasy.

As anfetaminas foram durante muitos anos, a substância ilícita mais consumida na Europa depois da cannabis. Este padrão parece estar actualmente a mudar em muitos países, com o ecstasy a ultrapassar as anfetaminas, tanto nos inquéritos à população em geral como nos inquéritos escolares mais recentes (OEDT, 2005). Nos últimos anos tem vindo ainda a verificar-se um aumento generalizado dos consumidores de cocaína a nível europeu, de tal modo que as estimativas mais recentes de consumo desta substância permitem já situar esta droga ligeiramente à frente das anfetaminas e do ecstasy, como a segunda droga ilegal mais consumida na Europa (OEDT, 2006).

O consumo ao longo da vida de anfetaminas, entre todos os adultos (15 aos 64 anos) nos Estados-Membros da UE, é relativamente baixo, variando entre 0,1% e 6%, com a excepção do Reino Unido, onde chega a atingir 11,2%. O consumo recente é ainda inferior, variando entre 0% e 1,4%, com a Dinamarca, a Estónia e o Reino Unido a ocuparem o topo da escala.

O relatório de 2006 da OEDT estima que existam quase 10 milhões de europeus que já experimentaram esta substância e que destes, mais de 2 milhões tenham consumido anfetaminas nos 12 últimos meses e menos de 1 milhão nos últimos 30 dias. O consumo destas substâncias afigura-se claramente baixo no que se refere à população em geral, no entanto, as taxas de prevalência entre os grupos etários mais jovens apresentam-se significativamente mais elevadas. Em qualquer dos casos, as taxas de prevalência são mais elevadas nos indivíduos do sexo masculino do que no sexo feminino.

Nos inquéritos à população de jovens adultos (15 aos 34 anos), foram obtidos valores, para experiência do consumo de anfetaminas ao longo da vida, variando entre 0,1% e 9,6%, com o Reino Unido a referir uma taxa excepcionalmente elevada de 16,5%. A maior prevalência de consumo recente de anfetaminas (jovens adultos) foi relatada na Dinamarca e na Estónia (+/- 3%).

No respeitante ao ecstasy, cerca de 0,2 a 7,1% da população adulta já experimentou a substância, situando-se as percentagens relativas à maioria dos países, entre 1% e 4%. As taxas de prevalência mais elevadas foram as comunicadas pela República Checa (7,1%) e pelo Reino Unido (10,7%). O consumo recente varia entre 0,2% a 3,5% com metade dos países a referir taxas de prevalência iguais ou inferiores a 0,5%. As estimativas mais recentes apontam para a existência de mais de 1 milhão de consumidores actuais da substância na União Europeia.

Entre os jovens adultos (15 aos 34 anos), 0,5% a 14,6% dizem já ter experimentado ecstasy. O consumo recente é apontado por 0,4% a 6% das pessoas deste grupo. As taxas mais elevadas de consumo vêm da Estónia, Espanha, República Checa e Reino Unido. Já uma estabilização dos consumos tem vindo a verificar-se em países como Alemanha, Grécia e Reino Unido.

Quando analisados os dados relativos às prevalências de consumo de ecstasy numa faixa etária inferior (15 aos 24 anos), observa-se que a experiência de consumo continua a aumentar, variando entre 0,4% e os 18,7%, sendo os valores mais elevados os comunicados pela República Checa (18,7%) e pelo Reino Unido (10,7%). As taxas relativas ao consumo recente apresentam oscilações entre os 0,3% e os 12%, registando-se os valores mais elevados na República Checa (12%) e na Estónia (6,1%). O consumo de ecstasy assume-se, deste modo, enquanto fenómeno predominantemente juvenil, associado a contextos espaciais e temporais específicos. (Figura 1.7)

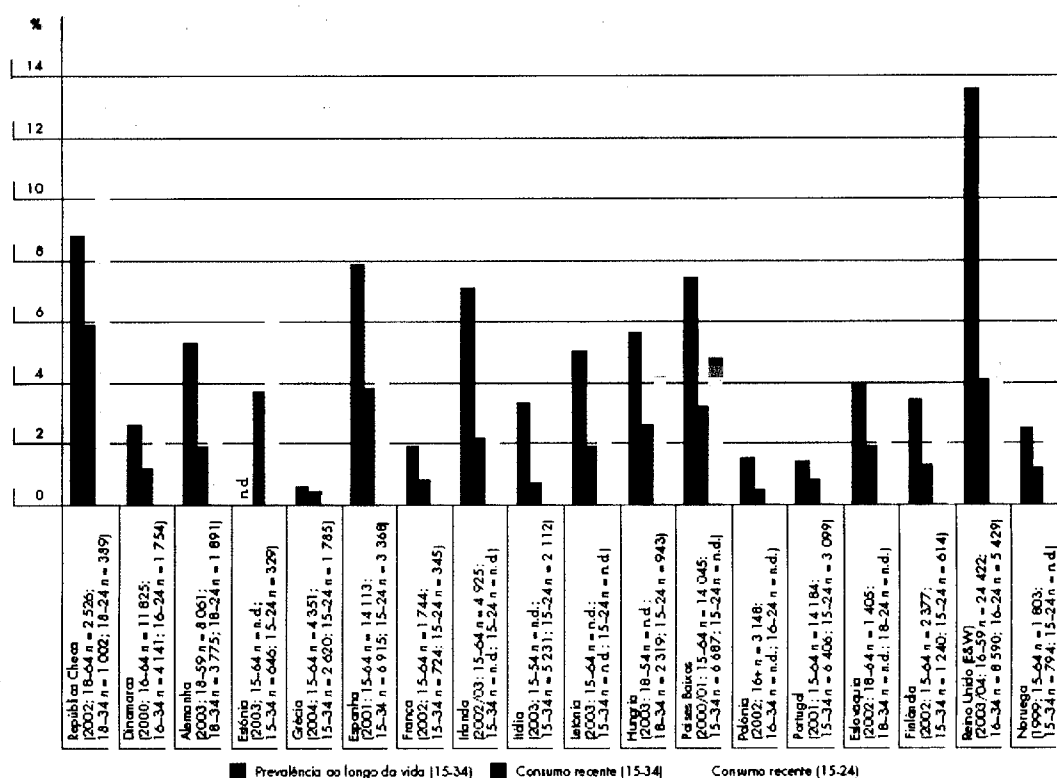


Figura 1.7 – Prevalência ao longo da vida e consumo recente (último ano) de ecstasy entre jovens adultos de idades seleccionadas, 15-34 e 15-24 anos, medido pelos inquéritos à população. Fonte: Relatórios nacionais Reitox (2004), obtidos a partir de inquéritos à população, relatórios ou artigos científicos (<http://www.ar2005.emcdda.eu.int>).

Os estudos já existentes sobre o consumo de ecstasy e da sua relação com eventos de música e dança, têm revelado taxas de prevalência muito superiores entre os frequentadores dessas actividades quando comparativamente à população em geral. Tal facto poderá explicar o porquê das diferenças entre países no consumo de estimulantes. Questões como a variedade e disponibilidade de locais de diversão nocturna, a cultura musical, a disponibilidade da droga e a existência de rendimentos para a adquirir, entre outras, poderão estar na base das disparidades (OEDT, 2006).

Apesar de nos últimos anos se ter registado uma tendência crescente no consumo de ecstasy e de anfetaminas, inquéritos mais recentes à população apontam para uma estabilização ou mesmo uma diminuição do consumo destas substâncias entre a maioria dos jovens adultos dos países da União Europeia. No caso do ecstasy, constitui excepção a República Checa.

Os dados provenientes dos inquéritos consecutivos do ESPAD mostram que, de um modo geral, a prevalência ao longo da vida entre os estudantes de 15 a 16 anos da UE aumentou no período entre 1995 e 2003, tendo os maiores aumentos sido registados na República Checa e na maioria dos novos Estados-Membros (OEDT, 2005).

De acordo com o inquérito de 2003, a prevalência de consumo de ecstasy foi superior à das anfetaminas em 14 Estados-Membros da UE e nos países candidatos que participaram nesse inquérito. As experiências de consumo de ecstasy mais baixas (2% ou menos) registaram-se na Dinamarca, Grécia, Chipre, Lituânia, Malta, Finlândia, Suécia, Noruega, Roménia e Turquia. Taxas de prevalência superiores (entre 3% a 4%) registaram-se na Bélgica, Alemanha, França, Itália, Letónia, Áustria, Polónia, Portugal, Eslovénia, Eslováquia e Bulgária. Os países que apresentaram maiores prevalências ao longo da vida foram a República Checa (8%) e a Estónia, Espanha, Irlanda, Países Baixos e Reino Unido (todos com 5%) (ESPAD, 2003).

No que diz respeito às metanfetaminas, muito embora se venha a observar um consumo crescente na África, Ásia, Austrália, Nova Zelândia e EUA, um consumo significativo destas substâncias na Europa só é verificado na República Checa. Não obstante, o relatório de 2006 da OEDT revela que nos últimos anos as metanfetaminas passaram a ser a droga primária nos pedidos de tratamento entre indivíduos que a estes recorrem pela primeira vez na Eslováquia e nalgumas subpopulações da Hungria. No entanto, até ao momento não é ainda possível retirar conclusões sólidas sobre as tendências de consumo, dessas substâncias nos diversos países, dada a reduzida ou mesmo inexistente informação neles recolhida.

C. Cocaína.

A cocaína está actualmente a tornar-se na substância estimulante de eleição para muitos jovens europeus, consistindo já um dos elementos principais no panorama da droga no contexto europeu. Segundo os inquéritos nacionais mais recentemente realizados, entre 0,5% e 6% da população adulta reconhece ter experimentado cocaína pelo menos uma vez (experiência de consumo desta substância),

sendo a Itália (4,6%), a Espanha (5,9%) e o Reino Unido (6,1%) os países onde se registam as percentagens mais elevadas nesta matéria.

De um modo geral, menos de 1% dos adultos refere ter consumido cocaína recentemente (últimos 12 meses), o correspondente a cerca de 3,5 milhões de adultos. Na maior parte dos países esta percentagem varia entre 0,3% e 1%. Em Espanha e no Reino Unido, os índices de consumo recente são superiores a 2%. Estes valores posicionam a cocaína como a droga actualmente mais utilizada na Europa, a seguir à cannabis.

A experiência de consumo é, à semelhança do que acontece com as restantes drogas ilícitas, mais elevada entre os jovens adultos (15 aos 34 anos) com valores que oscilam entre os 1% e 10%. O consumo recente é, no entanto, ligeiramente superior na faixa etária dos 15 aos 24 anos (Figura 1.8). A Espanha e o Reino Unido apresentam-se, com as estimativas de prevalência mais elevadas para todos os grupos etários.

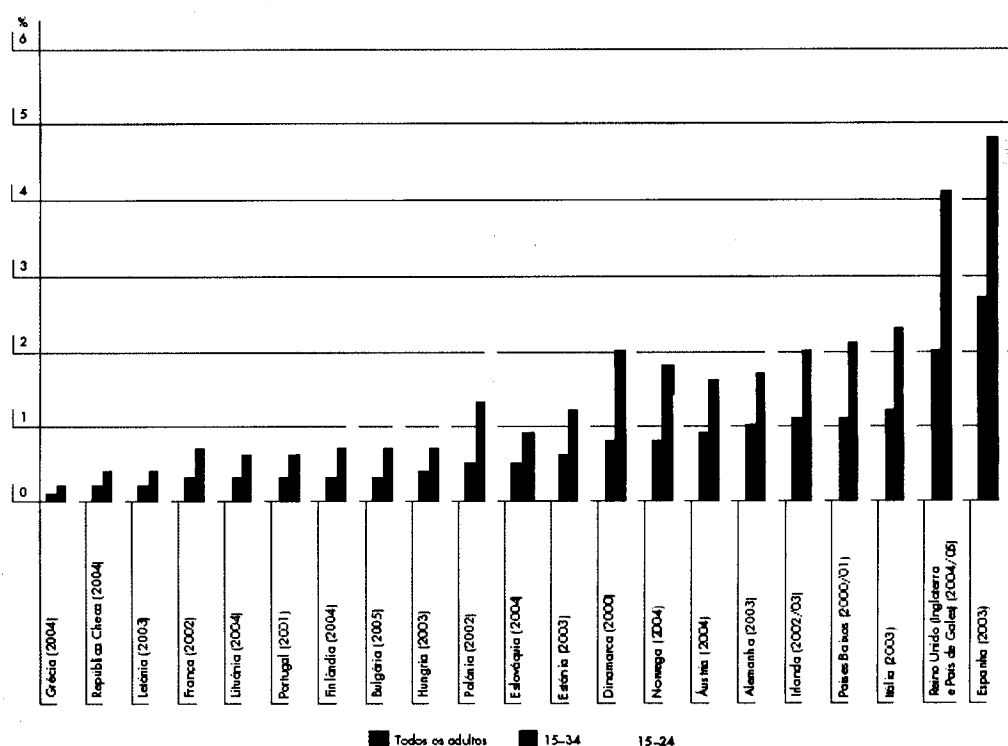


Figura 1.8 – Prevalência no último ano do consumo de cocaína entre todos os adultos (15-64 anos) e os jovens adultos (15-34 anos e 15-24 anos).

Fonte: OEDT (2006). Relatório Anual 2006: Evolução do fenómeno da droga na Europa. <http://ar2006.emcdda.europa.eu/download/ar2006-pt.pdf>

Os dados provenientes dos inquéritos escolares revelam uma prevalência ao longo da vida do consumo de cocaína muito baixa, oscilando entre os 0% e os 6%. As estimativas de consumo de crack são ainda menores, variando entre os 0% e os 3% (Hibell et al., 2004).

Entre a população em geral, o consumo de cocaína é apontado como sendo descontínuo após um período de experimentação durante a juventude adulta ou ocasional, ocorrendo sobretudo aos fins-

de-semana e em contextos recreativos (bares e discotecas), onde pode atingir níveis elevados. Estudos efectuados entre jovens em locais de dança e música de diversos países, revelam prevalências de consumo ao longo da vida de cocaína que variam entre 10% e 75%, muito superiores portanto, às da população em geral (OEDT, 2006).

O consumo actual (nos últimos 30 dias) é comunicado por apenas 13% dos adultos europeus que afirmam já ter experimentado cocaína, o que parece apontar para a existência no espaço europeu de cerca de 1,5 milhões de adultos dos 15 aos 64 anos, consumidores regulares da substância. Destes, 80% pertencem à faixa etária dos 15 aos 34 anos. Contudo, esta estimativa é por defeito já que é provável que nem todos os casos tenham sido notificados.

Os padrões de consumo da cocaína apresentam variações consoante os grupos de consumidores. Estudos recentes documentam o uso de cocaína fumada ou injectada como fazendo parte de uma ínfima porção dos consumidores da substância já que a grande maioria (95%) cheirava cocaína, sendo que o seu consumo associado à cannabis e ao álcool era muito comum. (Prinzleve et al., 2004 cit in OEDT, 2005). Estudos locais sobre os consumidores de droga injectada sugerem que, em algumas zonas, possa existir o consumo simultâneo de heroína e cocaína na mesma injeção, podendo este consumo estar já a popularizar-se (OEDT, 2006). Mais ainda se acrescenta que o uso de cocaína atinge valores superiores em indivíduos do sexo masculino.

Dados sobre a procura de tratamento apresentam a cocaína como a droga que a seguir aos opiáceos e à cannabis, é a mais mencionada como principal droga de consumo, estando na base de cerca de 8% dos pedidos de tratamento em toda a UE, em 2004 (OEDT, 2006).

Apesar destes valores, presume-se que a nível geral os níveis de consumo tenham estabilizado na maioria dos países. Globalmente, os consumos mais significativos desta substância encontram-se restritos a um pequeno grupo de países, principalmente da Europa Ocidental (ibidem).

No respeitante ao crack, a prevalência do seu consumo ao longo da vida afigura-se muito baixa em todo o espaço europeu, havendo estudos que o colocam a um nível inferior ao do consumo de heroína. No entanto, em certas cidades e contextos europeus, o consumo de crack entre grupos marginalizados ou consumidores de opiáceos é hoje motivo de preocupação.

C. Opiáceos.

Relativamente ao consumo de opiáceos na UE, os valores comparativos disponíveis baseiam-se em estudos para estimar o “consumo problemático”, conceito que na definição da OEDT se refere “ao consumo de longa duração e/ou ao consumo por via injectada, de opiáceos, cocaína ou anfetaminas”.

Estes estudos utilizam uma metodologia diferente dos inquéritos em populações gerais, recorrendo quase sempre, ao estudo dos registos sobre tratamento de toxicodependentes.

Não obstante o reduzido número de indivíduos com este tipo de comportamento relativamente ao conjunto da população, o impacto que o consumo problemático de droga assume na actualidade é de facto, considerável.

Historicamente, o consumo de heroína tem sido responsável pela maior parte dos problemas associados ao consumo de drogas na maioria dos países da EU. Contudo, na Finlândia e na Suécia, predomina o consumo problemático de estimulantes, onde a maioria dos consumidores problemáticos de drogas consome sobretudo anfetaminas. De igual modo, na República Checa, os consumidores de metanfetaminas têm constituído, ao longo do tempo, uma percentagem significativa dos consumidores problemáticos de droga (OEDT, 2005).

Dos poucos dados existentes é possível concluir que a prevalência geral do consumo problemático de opiáceos a nível europeu, varia entre dois e oito casos por 1000 habitantes com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (OEDT, 2006). Não há, de facto, estimativas locais e regionais disponíveis que se refiram especificamente ao consumo problemático de opiáceos, contudo, os dados recolhidos sobre o consumo problemático de drogas (incluindo o consumo de estimulantes e outras drogas) sugerem que a prevalência varia muito consoante a cidade e a região. As estimativas de prevalência locais mais elevadas são as comunicadas pela Irlanda, Portugal, Eslováquia e Reino Unido (índices de 15 e 25 por cada 1000 habitantes). A variabilidade geográfica é também acentuada a nível local dificultando, uma vez mais, as generalizações.

A avaliação das tendências do consumo problemático de opiáceos ao longo do tempo torna-se dificultada pela falta de dados coerentes e fiáveis. Aparentemente a prevalência deste consumo parece apresentar grandes diferenças consoante os países do território da UE. Dados disponíveis de estimativas repetidas em relação ao período de 2000 a 2004, referentes a sete países, evidenciam uma diminuição do consumo problemático de opiáceos em países como a República Checa, Alemanha, Grécia e Espanha e um aumento na Áustria.

No que se refere à droga injectada e apesar da sua importância no contexto da saúde pública, poucos países europeus fornecem estimativas nacionais ou subnacionais sobre este consumo. A maioria das estatísticas disponíveis provém de taxas de overdoses fatais ou de dados relativos a doenças infecto-contagiosas, como o VIH.

Uma vez mais, as estimativas nacionais parecem variar consideravelmente entre os diferentes países, situando-se entre um a seis casos por cada 1000 habitantes com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos. Os países que desde o ano 2000, têm vindo a relatar as prevalências mais elevadas são o Luxemburgo e a Áustria (6 casos por cada 1000 habitantes) enquanto que no Chipre e na Grécia verificam-se as estimativas mais baixas (1 caso por cada 1000 habitantes).

De um modo geral, a procura de tratamento por consumo de heroína parece ser rara entre os jovens revelando uma tendência para o envelhecimento da população que procura tratamento por consumo de opiáceos. Mais de metade dos pedidos de tratamento em todos os países da UE, referem-se a indivíduos geralmente do sexo masculino e com idades superiores a 30 anos. Os dados

disponíveis a nível europeu mostram que apenas um número muito reduzido de consumidores (menos de 7%) com idade inferior a 20 anos procura tratamento.

No que diz respeito à situação de Portugal no conjunto dos países da União Europeia é possível observar que, não obstante o nosso país se encontre no grupo dos países com menores percentagens de consumidores de todos os tipos de drogas, o mesmo não sucede com a heroína. Com efeito, Portugal integra actualmente, e de acordo com os dados disponíveis, o grupo de países com as maiores percentagens de consumidores da substância ainda que, no que diz respeito à percentagem de consumidores de droga que procuram tratamento afirmando ter um consumo problemático de heroína, se insira no grupo intermédio (entre 50% a 70%) a par com a Alemanha, Espanha, França, Irlanda, Chipre, Letónia, Reino Unido e Roménia (OEDT, 2006).

Presume-se que o número dos consumidores de heroína tenha diminuído por toda a Europa. Em muitos países, a maioria dos consumidores problemáticos de droga eram historicamente consumidores de heroína, contudo, o policonsumo tem vindo, actualmente, a assumir um peso crescente. Assim, o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) alerta para necessidade de se atentar no quadro complexo do consumo de múltiplas substâncias, incluindo o álcool e o tabaco quando o que se pretende é a análise do impacto actual do consumo de droga na saúde pública.

1.3.2.2. O consumo de Tabaco na Europa.

De acordo com os dados fornecidos pelo WHO, em 2005, cerca de um quinto de todos os jovens com quinze anos de idade na União Europeia eram fumadores diários de cigarros, verificando-se as percentagens mais elevadas na Alemanha (32,2% dos rapazes e 33,7% das raparigas), na Finlândia (28,3% dos rapazes e 32,2% das raparigas) e na República Checa (28,7% dos rapazes e 30,6% das raparigas). As prevalências mais baixas foram registadas na Grécia (13,5% de rapazes e 14,1% de raparigas), na Dinamarca (16,7% de rapazes e 21,0% de raparigas) e na Polónia (26,3% de rapazes e 17% de raparigas). Portugal encontra-se logo a seguir com 17,6% de rapazes fumadores contra 26,2% de raparigas fumadoras. (Figuras 1.9 e 1.10)

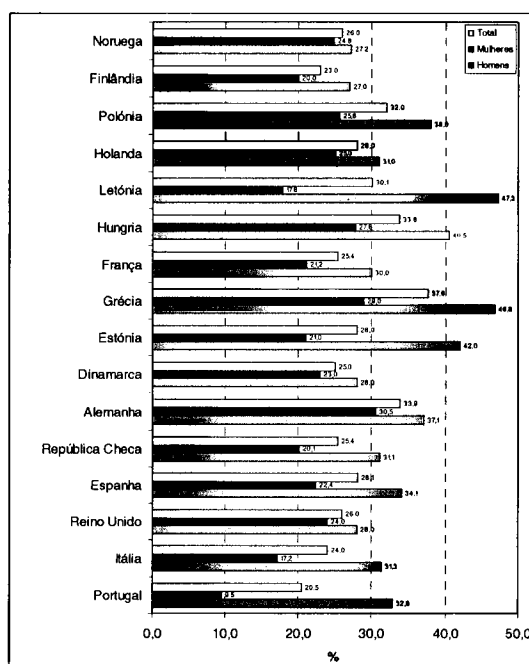


Figura 1.9 – Prevalências de fumadores em diversos países da UE (2005) *. População adulta – por sexo.

Fonte: European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. <http://data.euro.who.int/hfad>

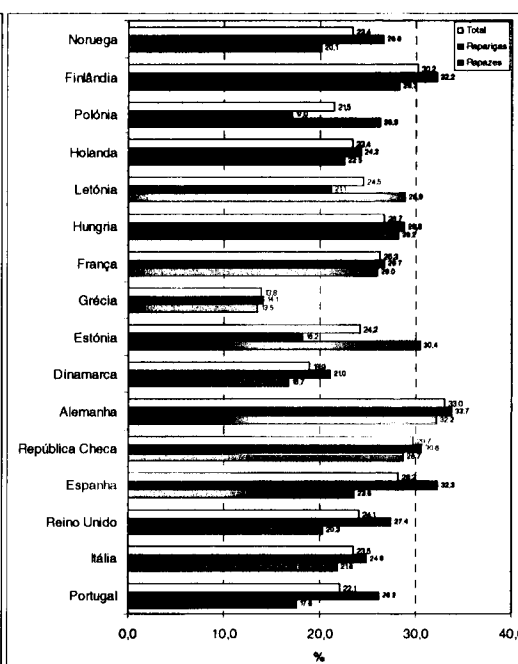


Figura 1.10 – Prevalências de fumadores em diversos países da UE (2005). População jovem (≤15 anos) – por sexo.

Fonte: European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. <http://data.euro.who.int/hfad>

A primeira experiência de consumo de tabaco começa, frequentemente, ainda antes da adolescência. De acordo com um estudo da OMS em 1997/1998, 50% a 80% dos alunos com 15 anos de idade referem já ter experimentado fumar (OMS, 1998).

De acordo com os dados mais recentes, disponibilizados pela WHO (2005), na maioria dos países europeus estudados a prevalência de fumadores no grupo etário dos 15 anos é mais elevada entre as raparigas do que entre os rapazes. No entanto, na faixa etária com idades superiores a 15 anos, o número de fumadores do sexo masculino é, na generalidade, substancialmente superior ao registado no sexo feminino.

Os inquéritos mostram que a prevalência de fumadores de 15 anos (pelo menos uma vez por semana) não diminuiu em nenhum dos países Europeus antes evidenciando uma estabilização ou, na maioria dos casos, um aumento. Este facto é particularmente importante uma vez que a maioria dos jovens fumadores continua a fumar durante a vida adulta, em parte devido às propriedades aditivas da nicotina (European Commission, 2006).

1.3.2.3. O consumo de Álcool na Europa.

As percepções e os comportamentos associados ao consumo de álcool variam, significativamente, entre os diferentes países europeus fruto das acentuadas diferenças culturais nestes verificadas. A quantidade de álcool consumido, os padrões de consumo e a prevalência de problemas sociais e/ou de saúde pública associados ao consumo desta substância, apresentam variações importantes de país para país.

A maioria da população Europeia pode ser classificada em consumidores ligeiros ou moderados (Rehn et al., 2001 cit in Weinberggroup, 2006). No entanto, a proporção de abstémicos e de consumidores excessivos difere significativamente de país para país (WHO, 2004).

É historicamente aceite que os padrões de consumo de álcool variam consideravelmente entre a Europa do Norte e a Europa do Sul (SIRC, 2000; Room, 1997).

Em geral, as culturas do sul da Europa são tradicionalmente marcadas por um consumo de álcool regular, integrado na própria vivência diária. Nestes países, tais como Espanha, Portugal, França, Itália, entre outros, observam-se baixas taxas de abstinência e um alto consumo diário de álcool *per capita* ainda que a níveis baixos ou moderados. A maioria dos consumos ocorre em ocasiões sociais perfeitamente integradas, tais como às refeições, celebrações religiosas ou em reuniões familiares. Estes países são, regra geral, produtores de vinhos (Room, 1997). Os consumidores não procuram grandes alterações de comportamento, mas antes apreciar o valor nutritivo e o sabor das bebidas alcoólicas (ibidem).

A título de exemplo, estudos realizados em Espanha e em Portugal permitiram a caracterização da população desses países (no que diz respeito ao consumo de bebidas alcoólicas) em consumidores moderados diários ou semanais (1-39 e 40-79 gramas de álcool por dia ou por semana, respectivamente) (Alvarez et al., 1993). Um estudo levado a cabo em 2001 na região de Castela Castilla-Léon (Espanha) registou um consumo diário de álcool em 26,2% da população e um consumo semanal em 66% da população. Tanto os abstémicos como os consumidores excessivos representavam uma franja muito reduzida da população (menos de 3%) (Weinberggroup, 2006).

Em oposição, os países da Europa do Norte (e.g., Suécia, Noruega, Finlândia) e da Europa Central (e.g., Alemanha, Áustria, Bélgica, Dinamarca, Reino Unido, Dinamarca, Holanda, Irlanda e Luxemburgo), são caracterizados por um baixo consumo de álcool *per capita*. As bebidas alcoólicas são maioritariamente consumidas aos fins-de-semana, fora das refeições e sobretudo, em grandes volumes. Nestes países registam-se elevadas taxas de abstémicos e as preferências de consumo recaem principalmente para as bebidas espirituosas e para a cerveja (Kuntsche et al., 2004 cit in Weinberggroup, 2006). Ao invés dos consumidores do Norte da Europa, as propriedades intoxicantes das bebidas alcoólicas são aqui fortemente apreciadas (Room, 1997). A título de exemplo, na Finlândia, 42,7% dos consumidores de álcool do sexo masculino e 20% do sexo feminino são

consumidores excessivos esporádicos, apresentando consumos de cinco ou mais bebidas numa única ocasião, pelo menos uma vês por mês, no último ano (WHO, 2004).

O Reino Unido é caracterizado pela existência de um elevado número de abstémicos (12%), contudo, as bebidas alcoólicas são aí consumidas em quantidades muito elevadas (WHO, 2004). Este país contrasta com os restantes do Norte da Europa por apresentar um consumo elevado de álcool *per capita*, principalmente devido ao número de consumidores excessivos e de consumidores excessivos esporádicos. Estimativas da WHO, de 2004, apontam para a existência no Reino Unido de 17% de adultos consumidores pesados esporádicos, consumindo seis ou mais bebidas numa única ocasião, pelo menos uma vez por semana (WHO, 2004).

Na primavera de 2000 foi promovida uma pesquisa em seis países europeus, dois tradicionalmente vínicos (França e Itália); dois de consumo de cerveja (Alemanha e Reino Unido) e dois de bebidas espirituosas (Finlândia e Suécia). Embora tivessem concluído ser difícil a obtenção de dados comparáveis, foi possível aceder a alguns resultados importantes. Assim, o consumo regular apresentou-se mais comum a Sul e menos a Norte, enquanto que a quantidade foi maior a Norte e no Reino Unido e menor no Sul e na Alemanha. Foram também verificadas diferenças sistemáticas no perfil da idade: na Finlândia, Suécia e Reino Unido os jovens (18 aos 29 anos) bebem mais, quer ocasionalmente quer habitualmente, ao contrário do que acontece nos três restantes países (com a excepção das mulheres da Alemanha), sendo difícil de perceber se é casualidade do efeito geracional, do efeito de idade ou de ambos. A frequência de ingestões excessivas é também maior no mesmo intervalo etário em todos os países, com a excepção da Itália. Por falta de dados que documentem a evolução dos hábitos de beber é impossível perceber se tais disparidades decorrem de padrões culturais tradicionais ou da emergência de um novo padrão juvenil (Carvalho, 2004).

Embora os estudos realizados até ao momento, na caracterização dos padrões de consumo de álcool tenham contribuído para a clarificação e categorização dos hábitos tradicionais de consumo nos diversos países europeus, a existência de diferenças regionais nas percepções e práticas dentro de cada país demonstra a complexa influência cultural, religiosa, entre outras, nos padrões de consumo desta substância.

Em Portugal, por exemplo, um país tradicionalmente produtor de vinho, onde a população é caracterizada por um consumo diário de álcool, principalmente vinho e às refeições, estudos recentes vêm demonstrando um decréscimo nos consumos desta substância. Os consumos são mais prevalentes nas regiões do Norte, com o vinho a assumir-se enquanto bebida alcoólica de preferência. No Sul a prevalência de consumo de álcool é menor e a cerveja apresenta-se enquanto bebida preferida (Marques & Dias, 2005). Fica assim demonstrado que dentro de um mesmo país podem coexistir diferentes realidades e comportamentos de consumo.

Os debates recentes sobre se os padrões de consumo de álcool entre os diversos países Europeus, se encontram a convergir ou a tornar-se simplesmente mais diversificados constituem hoje um desafio aos estudos sobre o consumo de álcool. Com efeito, nas culturas Europeias, o consumo de

álcool é marcado por elementos quer estáticos quer dinâmicos, resultando em comportamentos complexos e diversificados (Weinberggroup, 2006).

Os dados disponíveis sobre o consumo de álcool entre a população estudantil europeia provêm do mais recente relatório do ESPAD, de 2003. Neste estudo, realizado em 35 países da UE, foi percebida uma ligeira tendência de estabilidade ou um decréscimo dos consumos na maioria dos países europeus, ainda que em alguns, nomeadamente nos países da Europa Oriental, a tendência seja no sentido do aumento das prevalências (ESPAD, 2003).

Globalmente, os valores médios das Prevalências nos Últimos 12 Meses de consumo de Álcool, foram de 83% (valor idêntico ao registado no estudo do ESPAD de 1999), e da ocorrência de embriaguez de 53% (valor idêntico ao registado no estudo do ESPAD de 1999).

Embora a percentagem de consumidores de álcool não esteja a aumentar, entre os que consomem, os padrões de consumo intensivo são cada vez mais frequentes. Países como Portugal, Lituânia, Eslováquia, Ucrânia, Bulgária, Estónia, Ilhas Farøe, Letónia e Suécia encontram-se neste grupo.

1.3.3. Retrato da situação nacional

1.3.3.1. O consumo de drogas em Portugal

A análise mais detalhada do consumo de drogas em Portugal pode fazer-se através dos dados dos inquéritos nacionais realizados em 2001, na população portuguesa (Balsa et al., 2003) e em meio escolar, (Feijão et al., 2003; Feijão et al., 2004).

A comparação dos dados disponíveis sobre a população global (15-64 anos), os adolescentes e jovens adultos (15 – 34 anos) e sobre os jovens em idade escolar do 3º Ciclo do Ensino Básico (maioritariamente com idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos) e Secundário (maioritariamente com idades compreendidas entre os 16 e os 18 anos) permite a retirada de algumas conclusões, entre elas, a evolução da situação no contexto nacional.

Os dados disponibilizados pelo Primeiro Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral, conduzido no CEOS (Investigações Sociológicas da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da UNL) para o IDT (Instituto da Droga e da Toxicodependência), relativos a 2001, têm vindo a ser citados (Balsa et al., 2003) e constam nas Figuras 1.11A e 1.11B.

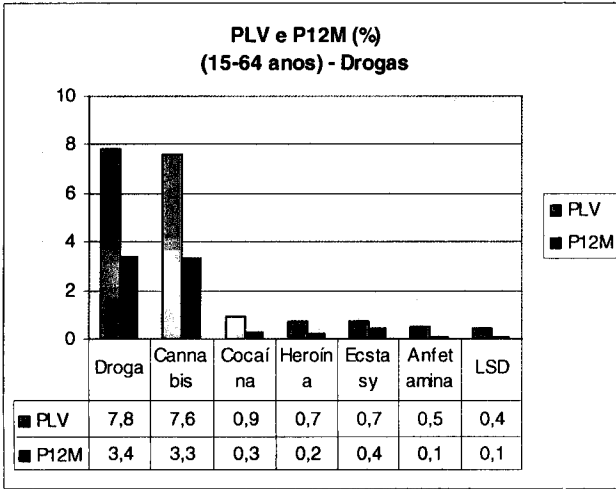


Figura 1.11A – Prevalências de consumo em Portugal – 2001 – População entre os 15 e os 64 anos – Drogas.
Fonte: Balsa et al., 2001 Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Portuguesa, 2001.

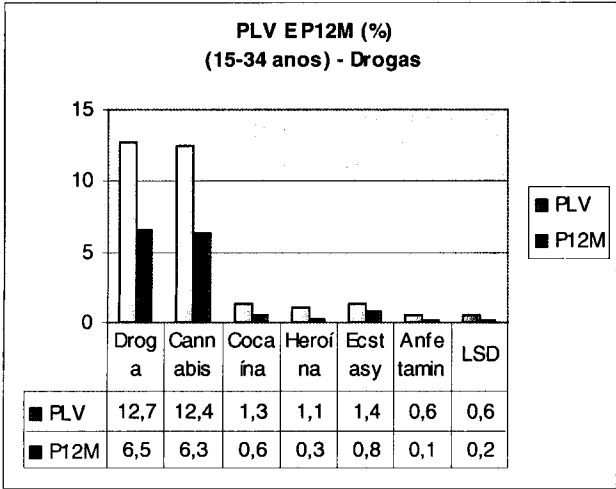


Figura 1.11B – Prevalências de consumo em Portugal – 2001 – População entre os 15 e os 34 anos – Drogas.
Fonte: Balsa et al., 2001 Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Portuguesa, 2001.

Relativamente à população global (15-64 anos) constata-se que cerca de 8% dos portugueses já experimentaram alguma droga e que 3% a consumiram nos 12 meses que antecederam o estudo. No que diz respeito à população mais jovem (15 - 34 anos) os resultados indicam que cerca de 13% já experimentaram alguma droga, tendo cerca de 7% consumido nos últimos 12 meses.

As prevalências de consumo de cannabis são muito idênticas aos resultados anteriores, pelo que se depreende que nestas populações, em 2001, quase todas as pessoas que consumiram droga, consumiram cannabis, podendo, além disso, ter ou não consumido outras drogas.

No que diz respeito ao consumo de cocaína, heroína e ecstasy, um pouco menos que 1% das pessoas dos 15 aos 65 anos já experimentou estas substâncias e um pouco mais de 1% dos mais jovens (15-34 anos) afirma já o ter feito. Constata-se que para qualquer uma destas substâncias os valores da prevalência ao longo da vida (PLV) e da prevalência nos últimos 12 meses (P12M), são semelhantes, quer na população geral quer entre os mais jovens.

Relativamente ao consumo de anfetaminas e/ou LSD em qualquer dos grupos etários, cerca de 0,5% das pessoas referem ter experimentado estas substâncias embora a percentagem daquelas que relatam consumos recentes (P12M) tenha sido mínima (cerca de 0,1%).

A análise das prevalências de consumo por sexo, evidencia uma acentuada discrepância com os homens a consumir sempre mais do que as mulheres que, no grupo de adolescentes e jovens adultos (15 – 34 anos), se traduz na existência de mais do dobro de homens do que mulheres com experiência de consumos.

Assiste-se também a consumos mais elevados, nomeadamente o referente à cannabis, nos grupos etários mais jovens.

As prevalências de consumo mais elevadas foram obtidas no Algarve, onde se registou uma percentagem de pessoas com experiência de consumo de uma qualquer substância de 9,1%, valor claramente acima dos 7,8% que caracterizam esse consumo para o conjunto da população na amostra nacional. Outras regiões com valores igualmente acima da média nacional foram a Madeira (8,6%) e Lisboa e Vale do Tejo (8,1%).

O mesmo estudo revela que os primeiros consumos ocorrem, essencialmente, na juventude: 14% antes dos 15 anos; 58% entre os 15 e os 19 anos e 20% entre os 20 e os 24 anos. Não obstante, 8% dos indivíduos inquiridos revelam ter iniciado os consumos após os 25 anos de idade. A idade média no momento do primeiro consumo é de 18 anos, para a cannabis, 19 para as anfetaminas, 21 para o LSD e 20 para as restantes substâncias.

A maioria dos indivíduos refere os colegas de escola como fonte da primeira obtenção de cannabis. No caso dos consumidores de heroína e cocaína, o parceiro é indicado como tendo maior relevância na iniciação dos consumos. Nas restantes substâncias psicoactivas, observa-se que a maior parte dos indivíduos aponta os amigos enquanto fonte primária de obtenção da substância.

A análise da situação dos consumos de droga na população estudantil e/ou na faixa etária inferior à do Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral pode fazer-se quer através de estudos em meio escolar, designadamente o INME (Inquérito Nacional em Meio Escolar – 2001) efectuado numa amostra representativa de alunos dos Ensinos Básico (7º, 8º e 9º anos) e Secundário (10º, 11º, 12º anos), quer através dos resultados do projecto “ECATD” (Estudo sobre o Consumo de Alcool, Tabaco e Droga em alunos do ensino público – Portugal Continental), inserido no Programa de “Estudos em Meio Escolar”. Este último, iniciado em 2003 no IDT, representa um alargamento do projecto ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) e tem como alvo todos os alunos do ensino público (3º Ciclo e Secundário) de todos os grupos etários dos 13 aos 18 anos. Ambos os estudos ocorrem com a periodicidade de quatro anos, existindo entre eles um desfasamento de dois anos o que permite o acompanhamento da evolução do fenómeno nestas faixas etárias, em contexto escolar, com pontos de referência a cada dois anos.

Tendo por base os resultados mais recentes (provenientes do ECATD/2003), apresenta-se na Figura 1.12, uma síntese das prevalências de consumo ao longo da vida, por idade para diferentes substâncias.

Comparando estes valores com os obtidos nos dois grupos etários do Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral, verifica-se que, a partir dos 14 anos, a

percentagem de pessoas com experiência de consumo de droga é superior à que existia na população dos 15 aos 64 anos (9% versus 8%) e aos 15 anos, na população dos 15 aos 36 anos (13% versus 14%).

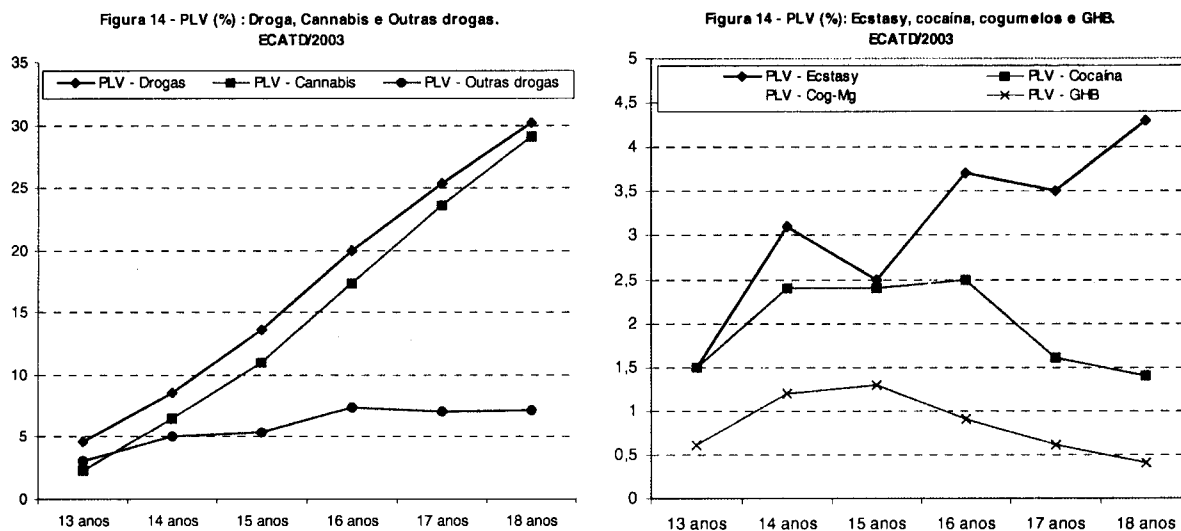


Figura 1.12 – Prevalências de consumo (%) de diversas substâncias, em alunos dos 13 aos 18 anos do território nacional. Fonte: Feijão, F.; Lavado, E.– ESCATD/2003. http://www.idt.pt/media/relatorios/investigacao/ECATD/ecatd_Droga.pdf

Por oposição ao estudo efectuado à população geral, onde todos os indivíduos que tinham consumido droga tinham consumido cannabis (valores idênticos de PLV droga e PLV cannabis), no estudo efectuado em meio escolar (ESCATD), todos os grupos etários apresentaram mais consumidores de droga do que consumidores de cannabis. Conclui-se assim que a cannabis já não é a única substância de iniciação ao consumo de drogas. Curiosamente, e pela primeira vez, foi encontrada uma prevalência de “outras drogas” superior à da cannabis no grupo etário dos 13 anos. Este facto traduz uma alteração do padrão de consumos que existia desde os finais dos anos 80, altura em que se iniciaram os estudos em meio escolar. Note-se que resultados semelhantes já haviam sido obtidos através do Inquérito Nacional em Meio Escolar (INME), realizado em 2001 a alunos do 3º Ciclo do Ensino Básico e do Ensino Secundário. Nessa altura verificou-se, pela primeira vez, um número superior de consumidores de droga do que de cannabis quer para alunos do 3º Ciclo (PLV (droga) = 14% e PLV (cannabis) = 10%) quer para o Secundário (PLV (droga) = 28% e PLV (cannabis) = 26%) (Feijão et al., 2003). Apesar destes dados não serem directamente comparáveis com os do ESCATD/2003, (já que utilizam um questionário diferente) parecem apontar no mesmo sentido dos dados observados. Tendo em consideração que o Ensino Básico tem, maioritariamente, alunos compreendidos entre os 13 e os 15 anos e o Ensino Secundário tem, maioritariamente, alunos entre os 16 e 18 anos, parece existir grande compatibilidade entre ambos (Feijão, 2004).

A prevalência que permite a obtenção de um valor mais aproximado (por excesso) de um eventual consumo regular/ habitual é a prevalência de consumo nos últimos 30 dias. Assim, em 2003,

existiam no máximo 3% de consumidores habituais de drogas com 13 anos e 12% com 18 anos. Estes resultados vêm confirmar a tendência que vem sendo evidenciada nos estudos anteriores e que se traduz num acréscimo da percentagem de jovens em idade escolar que já experimentou drogas ou que as consome esporádica ou habitualmente (Feijão et al., 2004).

Quando comparados os valores das prevalências ao longo da vida (PLV) nos estudos do ESPAD de 1995, 1999 e 2003, por substância, entre os alunos de 16 anos, constata-se um aumento significativo para quase todas as substâncias, com excepção das anfetaminas cuja prevalência estabilizou (de 1999 para 2003) e da heroína, que apresentou um ligeiro decréscimo. Com efeito, verifica-se que, de 1999 para 2003, a percentagem de alunos com 16 anos que já consumiu alguma droga subiu de 12% para 18% (ibidem).

À semelhança do que foi constatado na população em geral verifica-se, neste estudo do ECATD/2003, a existência de assimetrias nas prevalências de consumo ao longo da vida, por sexo. No entanto, só para o caso da heroína o número de rapazes com experiência de consumo é o dobro ou mais do dobro, em todas as faixas etárias, do das raparigas. Esta situação é claramente diferente da que se assiste na população em geral, em que as prevalências em função do género eram bastante mais acentuadas o que pode insinuar, caso esta situação se mantenha ao longo do tempo, uma tendência para o seu esbatimento.

A análise dos consumos na população estudantil, em 2003, evidencia também a existência de assimetrias no número de consumidores de drogas em função da idade. Estas assimetrias permitem a percepção de dois padrões distintos: um para o consumo da cannabis e outro para o consumo de “outras drogas”. Com efeito, enquanto a percentagem de cannabis aumenta acelerada e uniformemente com a idade, passando de 2% aos 13 anos para 28% aos 18 anos, as “outras drogas” sofrem incrementos relativamente pequenos, passando de 3% aos 13 anos para 7% aos 18 anos.

De entre as “outras drogas” destaca-se a cocaína, o ecstasy e os cogumelos alucinogéneos com dois tipos distintos de padrões de consumo. Assim, enquanto a percentagem de consumidores de ecstasy aumenta com a idade, possivelmente associado a culturas de festas musicais – *techno* e *trance*, o consumo de cocaína e de cogumelos alucinogéneos, associado a dinâmicas sociais mais grupais, não tão massificadas, aumenta até aos 15/16 anos decrescendo posteriormente.

A caracterização geográfica dos consumos, ao longo do território nacional, pode ser realizada através dos dados recolhidos no Inquérito Nacional em Meio Escolar – 2001. Os resultados deste estudo vieram revelar uma geografia de consumos de certo modo inesperada já que seria de esperar encontrar, à partida, uma maior prevalência de consumidores de droga nas grandes metrópoles, nomeadamente, na Grande Lisboa e no Grande Porto. Contudo, verificou-se que em 2001, as prevalências mais elevadas de consumos situavam-se nos distritos do interior norte e centro do país, existindo, nesses locais, um número superior de alunos com experiências de consumo do que nos grandes centros urbanos. No entanto, embora na Grande Lisboa e Grande Porto as prevalências de

consumo não sejam as mais elevadas, o simples facto de se tratarem das regiões mais densamente povoadas fazem com que continuem a ser aquelas em que existe um maior número de consumidores.

Outros estudos, ainda que locais, podem ser fontes importantes de dados permitindo caracterizações mais pormenorizadas de realidades pontuais. Assim, em 2001, foi levado a cabo, por Negreiros, um estudo em escolas do Ensino Básico e Secundário do Concelho de Matosinhos, tendo em vista a caracterização dos consumos de álcool, tabaco e drogas ao nível da população estudantil desse Concelho (Negreiros, 2001).

A estimativa encontrada para a prevalência ao longo da vida do consumo de marijuana ou haxixe foi de 8%. Para a mesma substância, a estimativa de consumo recente (P30D) apontou para um valor de 4%. Note-se que ambos os resultados vão de encontro aos obtidos pelo ESPAD/1999.

Confirmou-se igualmente um consumo superior de substâncias ilícitas, em indivíduos do sexo masculino e a existência de um aumento no número de consumidores de drogas com a idade.

O mesmo estudo permitiu ainda a obtenção de dados relativos à idade de iniciação dos consumos. Assim, e no que se refere à marijuana ou haxixe (referenciada por 76% dos alunos como a primeira droga consumida, seguida pelos tranquilizantes, 14% e do ecstasy, 4%), para a maioria dos alunos consumidores desta substância, o início dos consumos parece ocorrer, predominantemente, depois dos 13 anos e até aos 15 anos de idade.

Observou-se ainda um consumo de inalantes superior ao apresentado pelo ESPAD/1999 (29% versus 3%). Este encontra-se associado a idades mais precoces (10-14 anos), verificando-se que a maioria dos indivíduos relata como início de experiência do consumo destas substâncias, os 11 anos ou menos.

Relativamente ao consumo de outras drogas, as percentagens obtidas foram, dum modo geral, baixas, oscilando entre os cerca de 0,5% para o crack e os 3,3% para os tranquilizantes. O ecstasy apresentou uma prevalência ao longo da vida de 2% (Negreiros, 2001).

Em 2004 foi conduzida, por Silva, uma investigação sobre padrões de consumo de drogas em estudantes do 3º Ciclo do Ensino Básico e do Ensino Secundário do Concelho de Vila Nova de Gaia. Dos 948 alunos inquiridos, 14,5% já tinham experimentado uma droga pelo menos uma vez ao longo da vida. Destes, 80,5 % consumiram marijuana, 12,6% tranquilizantes e cerca de 3% consumiram ecstasy.

A estimativa de consumo recente de marijuana (P30D) encontrada foi de 6,8%. Note-se que para esta substância, quer os valores de prevalência ao longo da vida quer os de prevalência nos últimos 30 dias, afiguram-se bastante mais elevados do que os referenciados quer pelo ESPAD/ 2001 quer pelos obtidos por Negreiros em 2001 o que parece indicar uma grande proliferação desta droga no concelho (Silva, 2005).

Relativamente ao consumo problemático de drogas em Portugal que apresentava, em 2000, como já anteriormente referido, das prevalências mais elevadas da União Europeia, constata-se que consiste principalmente no consumo de heroína, ou heroína e cocaína em policonsumo (Negreiros,

2001). Embora muito deste consumo se faça ainda por via injectada, parece que, à semelhança do que ocorre noutros países, a percentagem de consumidores que a utilizam esteja a diminuir (IDT, 2003).

Apesar dos acréscimos referidos, em termos globais, Portugal continua a ter prevalências de consumo de drogas das mais baixas entre os países Europeus, à excepção dos inalantes, medicamentos e das outras drogas que não a cannabis, onde apresenta valores dentro da média.

1.3.3.2. O consumo de tabaco em Portugal

De acordo com os dados disponíveis, a prevalência de consumo de tabaco em Portugal tem vindo, de um modo geral, a diminuir nas últimas décadas, estando, no entanto, a aumentar no sexo feminino, em especial nas camadas mais jovens (Dias, 2001 cit in Dias, 2004).

Os dados decorrentes dos Inquéritos Nacionais de Saúde, realizados no território continental em 1987, 1995/1996 e 1998/1999, apontam para um decréscimo na percentagem de fumadores do sexo masculino em todas as Regiões, à excepção do grupo etário dos 35-44 anos em que se verifica um aumento da prevalência (ibidem).

No que se refere ao sexo feminino, tem vindo a observar-se um aumento na prevalência de fumadoras. Assim, em 1987, 5% das mulheres com mais de 15 anos afirmavam fumar diariamente, valor que aumentou para 9,5% em 2001 (DEPS, 1990; WHO, 2005). O aumento da prevalência de fumadoras apresenta-se mais significativo em jovens com idades inferiores ou iguais a 15 anos, onde a percentagem de raparigas fumadoras (26,2%) ultrapassa a dos rapazes (17,6%), seguindo assim as tendências da maioria dos países Europeus (WHO, 2005).

O comportamento tabágico nas jovens raparigas é especialmente perigoso pois, além das conhecidas consequências negativas no sistema respiratório e cardiovascular, onde o risco de exposição ao fumo de tabaco parece ser superior nas mulheres do que nos homens, produz também efeitos nocivos e imediatos na função reprodutiva, como, por exemplo, maior risco de doença inflamatória pélvica, que pode afectar a fertilidade, maior risco de aborto espontâneo e diminuição do peso à nascença nos bebés de mães fumadoras (Joossens, 1999; USDHHS, 1994).

De acordo com os dados do Eurostat de 2006, disponibilizados pela Comissão Europeia, relativos ao Inquérito Nacional de Saúde realizado no território de Portugal Continental em 2002/2003, 16,4% dos entrevistados referiu ser fumador à data da entrevista, sendo a frequência nos homens (27,1%) muito superior à observada nas mulheres (6,8%). Ainda de acordo com este inquérito, 81,3% da população de todas as idades referiu nunca ter fumado (69,6% dos homens e 91,8% das mulheres) (Eurostat, 2006). Portugal continua assim a ser o país da UE com menor prevalência de fumadores.

Os dados mais recentes sobre padrões de consumo de tabaco na população estudantil provêm dos estudos realizados em meio escolar, INME/2001 e dos elaborados no âmbito do projecto ESPAD/2003.

De acordo com o Inquérito Nacional em Meio Escolar – 2001, a prevalência ao longo da vida de consumidores de tabaco ao nível dos alunos do 3º Ciclo do Ensino Básico, foi de 49% e no Ensino Secundário 70%. Foram referenciadas, como regiões com maior índice de PLV, o Alentejo e a Região Autónoma dos Açores.

A evolução da prevalência ao longo da vida pode ser analisada por comparação dos valores de PLV, obtidos neste estudo, com os de estudos anteriores em meio escolar (EME/1989; EME/1995 e ESPAD, 1995). Assim, constata-se um aumento significativo na percentagem de consumidores de tabaco em alunos do Ensino Básico (33,1% em 1998 para 49% em 2001) e uma estabilização no número de consumidores em alunos do Ensino Secundário (69,7% em 1995 e 69,9% em 2001). No entanto, quando analisadas as prevalências nos últimos 30 dias (P30D) verifica-se uma estabilização na percentagem de alunos ditos “consumidores actuais”, em ambos os níveis de ensino (19,1% em 1989 e 19,2% em 2001, para o 3º Ciclo, e 31,7% em 1995 e 32,6% em 2001, para o Secundário) (Figura 1.13).

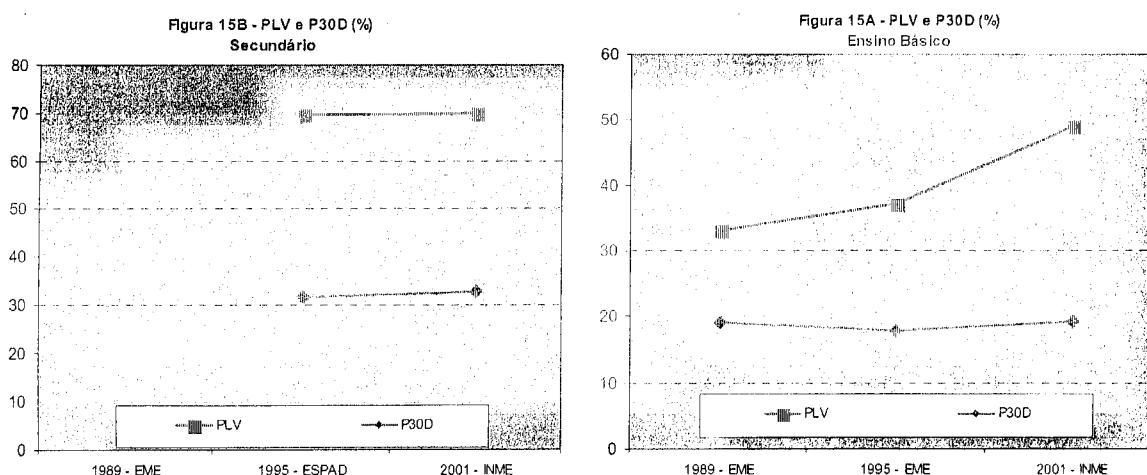


Figura 1.13 – Evolução das prevalências ao longo da vida (PLV) e nos últimos 30 dias (P30D) do consumo de tabaco em alunos do 3º Ciclo e Secundário.

Fonte: Inquérito Nacional em Meio Escolar – 2001. Consumo de drogas e outras substâncias psicoactivas: uma abordagem integrada Vol. II – Ensino Secundário. http://www.idt.pt/media/Desdobravel_IDT.PDF

Segundo dados mais recentes, disponibilizados pelo ECATD/ 2003, cerca de 30% dos alunos de 13 anos e 70% dos alunos de 18 anos já tinham experimentado fumar tabaco (experiência de consumo). Destes, cerca de 8% dos alunos com 13 anos e 35% dos alunos com 18 anos admitem tê-lo feito nos últimos 30 dias (estimativa de consumo recente). Em ambos os casos não foram encontradas diferenças significativas entre os dois sexos. Assim e comparativamente aos dados recolhidos pela WHO, 2005, relativos à população global com idade inferior ou igual a 15 anos, não se confirma a

maior prevalência de fumadores do sexo feminino do que masculino nesta faixa etária, entre a população estudantil.

Quando comparados os resultados de consumo de tabaco, apresentados no relatório do ESPAD/1999 com os do ESPAD/2003 verifica-se uma estabilização no consumo o que, aliás, acompanha a tendência dos restantes países europeus.

Portugal continua a evidenciar-se pelos seus baixos resultados (PLV = 62% e P30D = 28%).

A nível regional, e relativamente ao estudo realizado por Negreiros em 2001 em escolas de Matosinhos, observou-se, nos estudantes do Ensino Básico e Secundário, uma prevalência de tabaco ao longo da vida de 47% com os rapazes a apresentarem percentagens mais elevadas, comparativamente às raparigas (Negreiros, 2001). A prevalência nos últimos 30 dias encontrada foi de 22% mantendo-se as taxas de consumo mais elevadas nos alunos do sexo masculino.

Relativamente à distribuição das taxas de prevalência nos últimos 30 dias em função do ano de escolaridade, foi observado um forte aumento no consumo de tabaco, do 7º até ao 9º ano, seguindo-se uma estabilização até ao 11º ano.

O mesmo estudo revelou ainda a idade de iniciação ao consumo, que, para a maioria dos alunos, se situa entre os 11 e os 13 anos.

O estudo elaborado por Silva, em 2004, em escolas do Concelho de Vila Nova de Gaia, aponta no mesmo sentido observando-se uma prevalência de tabaco ao longo da vida de 53% e uma prevalência de tabaco nos últimos 30 dias de 22,5%, com maior incidência no sexo masculino. Note-se que quer as prevalências encontradas no estudo de Matosinhos quer no de Vila Nova da Gaia apresentam-se inferiores às dos estudos do ESPAD/1999 e do ESPAD/2003.

1.3.3.3. O consumo de álcool em Portugal

Considerando o Inquérito Nacional de Saúde realizado no território Continental em 1998/1999, 60% da população residente com 15 ou mais anos de idade declarou ter consumido pelo menos uma bebida alcoólica nos 12 meses anteriores à entrevista, sendo a frequência nos homens (82,2%) claramente superior à evidenciada nas mulheres (45,8%) (INSA, 2000).

Comparativamente aos inquéritos Nacionais de Saúde anteriores (1987 e 1995/1996), tem vindo a observar-se um decréscimo da percentagem de consumidores do sexo masculino, em todas as regiões. Não obstante, destacam-se aumentos na prevalência em consumidores pertencentes a grupos específicos (15-17 anos e mais de 75 anos).

Relativamente ao sexo feminino, terá ocorrido um ligeiro aumento na prevalência de consumidoras observando-se alguma diminuição nas regiões Norte, Centro e Lisboa e um aumento acentuado nas regiões do Alentejo (em todos os grupos etários) e Algarve (a partir dos 35 anos) (Matias Dias et al., 2003).

A informação obtida através da análise dos dados da produção industrial e do comércio indicam que o consumo médio de álcool *per capita*, em Portugal foi de 9,38 no ano de 2003. Portugal figura assim no décimo terceiro lugar entre os maiores consumidores de álcool a nível mundial (Produktschap Voor Gedistillerde Dranken, 2005). A análise comparativa dos resultados relativos à evolução dos consumos *per capita* no nosso país desde 1961, aponta para um claro decréscimo dos volumes consumidos. Assim enquanto que em 1961 o consumo *per capita* era de 12,2 litros de álcool no território Continental, em 1971 o mesmo atingiu o valor máximo de 14,3 litros para, a partir daí, decrescer sucessivamente, encontrando-se já em 2000, valores de consumo *per capita* de 10,8 litros de álcool (Produktschap Voor Gedistillerde Dranken, 2000).

Dados da mesma fonte atentam na importância relativa da cerveja enquanto bebida cada vez mais consumida no território nacional. Com efeito, enquanto que em 1961 eram consumidos 4,9 litros de cerveja *per capita*, no ano 2000 foram consumidos em Portugal, 65,3 litros de cerveja *per capita*. O volume de cerveja consumido em média por cada português durante um ano, terá assim aumentado mais de catorze vezes (Dias, 2004).

O estudo realizado por Gameiro, entre 1996 e 1997, numa amostra representativa nacional, designado “Hábitos de Consumo de Bebidas Alcoólicas em Portugal”, estimou que (em maiores de 15 anos para o país, incluindo as regiões Autónomas) existam 580.000 doentes alcoólicos (síndrome de dependência de álcool), representativo de cerca de 7% da população nacional e 750.000 bebedores excessivos (síndrome de abuso de álcool), o equivalente a 9,4% da população nacional (Gameiro, 1998 cit in Dias, 2004). O mesmo estudo sugere ainda que cerca de um terço da população portuguesa nunca tenha consumido álcool, ou tenha deixado de consumir; um terço da população consuma habitualmente bebidas alcoólicas e, finalmente, um terço as consuma em todas ou quase todas as refeições (ibidem).

Entre a população estudantil, os dados mais recentes provêm quer dos inquéritos realizados em meio escolar, em 2001 (no 3º Ciclo e Secundário), quer dos realizados no âmbito do projecto ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Drugs), sendo o mais recente de 2003.

Os resultados do INME (Inquérito Nacional em Meio Escolar) de 2001 relativos às prevalências de álcool ao longo da vida (PLV) em alunos do 3º Ciclo apontaram para uma percentagem de 67% de jovens que já experimentaram a substância. As maiores prevalências aparecem no Alentejo (74%), nos Açores (73%) e no Algarve (72%). As estimativas mais elevadas de consumo recente (P30D) aparecem no Alentejo (36%), nos Açores (30%) e na região centro (28%) (Feijão, 2003).

A caracterização do consumo de álcool em alunos do Ensino Secundário, resultante do mesmo estudo, aponta para uma PLV de álcool, em 2001 de 91%. Destes, 76% apresentavam consumos recentes, o equivalente a 3 em cada 4 alunos.

O mesmo estudo revelou ainda, uma percentagem de consumidores de bebidas destiladas superior à de cerveja, com maior incidência para o consumo recente e actual. Os distritos que mais se

destacaram pelos elevados valores de PLV e P30D, quer no consumo de cerveja quer de bebidas destiladas, foram o Porto e Beja (Feijão, 2003).

Uma fonte importante de dados e de informação para a monitorização do consumo de bebidas alcoólicas na população jovem têm sido os inquéritos realizados no âmbito do projecto ESPAD e pelo seu alargamento, o ECATD (Estudo sobre o consumo de Álcool, Tabaco e Droga, em alunos do ensino público). As perguntas dos inquéritos concentram-se, quanto ao consumo de álcool, na prevalência ao longo da vida, nos últimos doze meses e no último mês, consumo médio e no consumo esporádico excessivo.

Segundo dados do ESPAD, em 2003, 78% dos jovens inquiridos revelou ter já consumido álcool (PLV), enquanto que a prevalência de consumo actual (P30D) foi de 48%. Dos 78% com experiência de consumo, 32% admitem ter experimentado uma bebida, pelo menos uma vez na vida (PLV). Destes, 14% fizeram-no na actualidade.

Quando analisados os dados do ECATD/2003 relativos ao consumo de álcool por grupo etário, verifica-se que naquele período, 47% dos alunos de 13 anos e 94% dos alunos de 18 anos já tinham experimentado bebidas alcoólicas (PLV). Destes, 30% dos alunos com 13 anos e 69% dos alunos com 18 anos tinham consumido álcool nos últimos 30 dias anteriores ao da realização do estudo. Constatase, assim, a manutenção da tendência crescente no consumo de álcool relacionada com a faixa etária.

As diferenças de consumo encontradas entre géneros são baixas continuando, contudo, os rapazes a consumirem mais do que as raparigas em qualquer um dos grupos etários.

As bebidas mais consumidas nos últimos 30 dias à data da realização do estudo, foram as bebidas destiladas (variando entre 22% entre os alunos de 13 anos e 58% entre os de 18 anos), com percentagens de consumo muito próximas em ambos os sexos, particularmente entre os alunos mais jovens. Segue-se a cerveja (variando entre 12,3% entre os alunos de 13 anos e 40% entre os de 18 anos), que apresenta as diferenças de consumo mais acentuadas entre sexos, com os rapazes a revelarem consumos significativamente superiores principalmente na faixa etária entre os 15 e os 18 anos. Finalmente encontra-se o vinho (variando entre 8,4% entre os alunos de 13 anos e 24,1% entre os de 18 anos) que apresenta as menores prevalências de consumo não se evidenciando diferenças acentuadas de consumo entre os sexos.

Os indicadores de consumo excessivo de álcool revelaram que 7% dos jovens com 13 anos e 49,9% dos jovens com 18 anos já tiveram pelo menos uma situação de embriaguez ao longo da vida. Nos rapazes, as intoxicações alcoólicas foram mais acentuadas do que nas raparigas, encontrando-se as diferenças mais acentuadas entre os alunos mais velhos.

Quanto à frequência das intoxicações alcoólicas, embriagaram-se mais de 5 vezes nos últimos 12 meses, 1% dos rapazes e 0,3% das raparigas com 13 anos e 12% dos rapazes e 6,5% das raparigas com 18 anos.

Os contextos apresentados pelos jovens para o local de consumo de álcool apontam para a existência de diferenças acentuadas, relacionadas com a idade. Enquanto que aos 13 anos a casa

própria ou o restaurante são os locais que ocasionam maior contexto de consumo (26,9% para os rapazes e 23,4% para as raparigas) e o bar-pub, o local menos utilizado (4,5% para os rapazes e 3,9% para as raparigas), aos 18 anos os bares apresentam-se os locais mais privilegiados para o consumo de álcool (41% para os rapazes e 38,4% para as raparigas). Qualquer que seja a idade, o consumo de álcool em casa/restaurante revela-se relativamente estável.

Aos 16 anos os bares-Pubs e Discotecas, cumulativamente, representam já em ambos os sexos, quase o dobro de contextos de consumo quando comparativamente ao consumo em casa própria/restaurante. Esta inversão marcada nos contextos de consumo estará possivelmente relacionada com a possibilidade de, nesta idade, os jovens poderem frequentar legalmente os Bares-Pubs e Discotecas.

A evolução das prevalências ao longo da vida e nos últimos 30 dias do consumo de álcool pode ser analisada por comparação dos valores de PLV e P30D, obtidos neste estudo, com os de estudos anteriores em meio escolar (EME/1989; EME/1995, INME/2001, ESPAD, 1995 e ESPAD, 1999). Assim, constata-se um aumento significativo na percentagem de consumidores de álcool em alunos do Ensino Básico (54,7% em 1989 para 67,3% em 2001) e uma flutuação no número de consumidores de álcool em alunos do ensino secundário o que aponta, possivelmente, para a existência de um número de indivíduos com experiência de consumo relativamente estável (Figura 1.14).

As prevalências nos últimos 30 dias mostram-nos, a nível do ensino Básico, uma diminuição do número de jovens consumidores habituais de tabaco. O mesmo se assiste no Ensino Secundário onde se têm verificado os decréscimos mais acentuados (68,3% em 1995 e 27,6% em 2004).

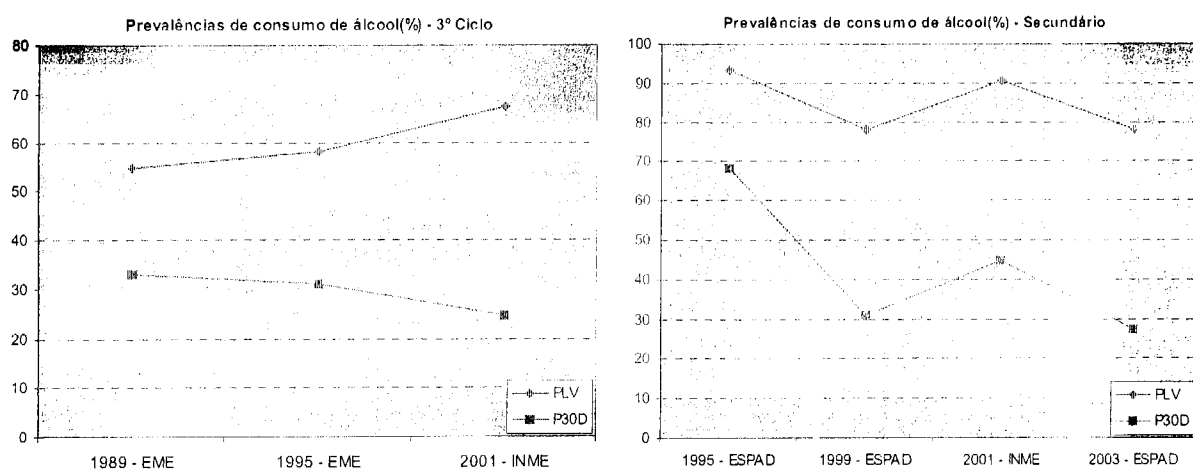


Figura 1.14 – Evolução das prevalências de consumo ao longo da vida (PLV) e nos últimos 30 dias (P30D) de álcool em alunos do 3º Ciclo e do Ensino Secundário.

Fontes: (Inquérito Nacional em Meio Escolar – 2001. Consumo de drogas e outras substâncias psicoactivas: uma abordagem integrada Vol. II – Ensino Secundário; Feijão, et al., 2004).

Em 2001 foi realizado um outro estudo, junto de 6903 jovens do 6.º, 8.º e 10.º anos de todo o país, utilizando um questionário. Este estudo intitulado “Os Jovens Portugueses e o Álcool”, a cargo do Projecto Aventura Social e Saúde da Faculdade de Motricidade Humana de Lisboa, concluiu que 71% dos inquiridos já tinham experimentado uma bebida alcoólica pelo menos uma vez na vida, e que 12 % dos alunos do 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade eram consumidores habituais de bebidas alcoólicas (Matos et al., 2002).

Os resultados do mesmo estudo sugerem que, no geral, quer os jovens que já experimentaram quer os consumidores regulares ou abusivos de álcool, apresentam um perfil de afastamento em relação à família, à escola e ao convívio com os colegas em meio escolar. Apresentam também com mais frequência, envolvimento na experimentação e consumo de tabaco e outras drogas ilícitas e envolvimento em lutas e situações de violência na escola.

A nível regional, o estudo realizado, em 2001, por Negreiros, em escolas do Concelho de Matosinhos, revelou uma estimativa bastante elevada de experiência de consumo de álcool (95%) nessa população. A estimativa de consumo nos últimos 12 meses foi de 88% e 35% dos indivíduos inquiridos admitiram ter consumido álcool 6 vezes ou mais nos últimos 30 dias. Também 55% dos alunos admitiu ter tido pelo menos, uma experiência de embriaguez ao longo da vida. Destes, 32% fizeram-no nos últimos 12 meses e 15%, nos últimos 30 dias. A mesma população referiu ainda como preferência de consumo o vinho e as bebidas destiladas seguido da cerveja (Negreiros, 2001).

O estudo realizado por Silva, em 2004, em escolas de Vila Nova de Gaia, veio constatar um consumo de álcool bastante propagado entre os estudantes dos ensinos Básico e Secundário daquele concelho, ainda que a níveis bastante mais baixos do que os apresentados no estudo de Negreiros para a população estudantil das escolas do Concelho de Matosinhos. As experiências de consumo (PLV) encontradas foram de 69,3% e as estimativas de consumo actual (P30D) de 39,5%.

De entre as bebidas alcoólicas, foram as bebidas destiladas que apresentaram uma maior prevalência de consumo nos últimos 30 dias (42%), seguindo-se a cerveja (34%) e o vinho (17%).

Os estados de embriaguez foram experimentados pelo menos uma vez na vida, em 24,2% dos sujeitos da amostra, destes, 8,2% embriagaram-se nos últimos 30 dias (Silva, 2005).

Não obstante os elevados valores de prevalências de consumo obtidos pelos diferentes estudos, quando comparativamente com os dados gerados pelos inquéritos ESPAD noutros países, Portugal continua a figurar entre os países Europeus com as mais baixas prevalências ao longo da vida e nos últimos 30 dias, quer no consumo de álcool quer em bebedeiras (Hibell, 2004).

1.4. Conclusões

As drogas, de uma forma geral, têm sido presença constante na vida do Homem e nas sociedades desde sempre. As substâncias que interferem com o psiquismo exercem sobre o Homem um fascínio de experimentação, na procura de vivências de êxtase sensorial, de experiências que lhe permitam sair de si próprio, de se tornar diferente de si mesmo, de atenuar ou acentuar algumas características que pretenda moldar, de se melhorar, de superar ou de curar dos males do físico e da alma. Os motivos alegados para esta procura são de ordem tão diversa como a religiosidade, o desenvolvimento económico, a socialização, as ansiedades próprias ou a perseguição de objectivos que, na sua solidão não se sente capaz de atingir (Borges et al., 2004).

Em termos sociais, o uso de qualquer droga começa a tornar-se um problema quando existem circunstâncias sociais e culturais que por um lado fomentam e tornam possível o seu uso generalizado, com todas as suas consequências e, por outro lado, se desenvolvem atitudes contrárias de repressão, incompatíveis com o uso considerado excessivo ou mesmo com qualquer uso dessa substância.

O desenvolvimento de novas drogas tem decorrido de forma cada vez mais acelerada, numa procura de efeitos específicos e potenciados. Ao mesmo tempo assiste-se a uma generalização do uso das diversas drogas já existentes, o que torna cada vez mais difícil a associação de drogas específicas a grupos com determinadas características. Paralelamente, as indústrias que produzem as ditas drogas lícitas (álcool, tabaco e fármacos) desenvolveram-se e atingiram um público cada vez maior, utilizando todos os meios à sua disposição, passando a ter um peso na economia e no comércio dos Estados que dificulta o seu controlo.

A caracterização do consumo de drogas requer informação quer quantitativa (prevalências, incidências) quer qualitativa (padrões de consumo, características das substâncias, dos consumidores, dos contextos de consumo, etc.) dada a grande diversidade de realidades que ele contempla.

Para descrever a dimensão ou extensão do fenómeno, o indicador mais utilizado em epidemiologia é a prevalência sendo a terminologia mais utilizada: a Prevalência ao Longo da Vida, como indicador da experiência de consumo; a Prevalência nos últimos 12 Meses, como indicador do consumo recente e a Prevalência nos últimos 30 Dias, como indicador do consumo actual.

Os dados relativos à extensão do consumo a nível mundial revelam que as drogas mais consumidas são a cannabis e as anfetaminas seguindo-se o ecstasy, os opiáceos e a cocaína. A distribuição dos consumos é, contudo, fortemente assimétrica. A maioria dos consumidores de anfetaminas, opiáceos e heroína, localizam-se na Ásia enquanto que, mais de três quartos dos consumidores mundiais de cocaína, encontram-se localizados nos continentes Americano e Europeu. Constitui excepção a cannabis e o ecstasy que apresentam uma distribuição razoavelmente equitativa pelas diferentes regiões do globo.

Não obstante a Oceânia ser a região com menor número de consumidores de droga, qualquer que seja a substância considerada, esta região é a que apresenta maior percentagem de consumidores

em todas as drogas à excepção da cocaína (que atinge os valores mais elevados de consumo na América do Norte) e dos opiáceos (com maior percentagem de consumo na Europa de Leste), relativamente à população maior de 15 anos. É na Ásia e na África que se verifica a menor percentagem de consumidores de todas as drogas.

Nos últimos anos a evolução dos consumos de drogas a nível mundial, tem sido pautada no sentido de um acréscimo. Esta situação resulta, no entanto, do aumento verificado no uso de duas drogas: a cannabis e o ecstasy. No que se refere às restantes drogas não se verificaram mudanças significativas, com a excepção da cocaína que tem vindo a apresentar uma tendência ligeira de declínio. Não obstante, no continente Europeu o consumo de cocaína tem vindo a aumentar atingindo hoje níveis históricos.

Na União Europeia a droga mais consumida é a cannabis, assistindo-se às prevalências mais elevadas na Dinamarca, Reino Unido e França. O consumo desta substância parece ser preponderante nas camadas mais jovens e terminar ao fim de algum tempo de experimentação.

As estimativas mais recentes de consumo de cocaína apontam para um aumento generalizado do número de consumidores desta substância o que permite já situar esta droga ligeiramente à frente das anfetaminas e do ecstasy, como a segunda droga ilegal mais consumida na Europa. É na faixa etária dos 15 aos 24 anos que ocorre a maior parte dos consumos sendo a Espanha e o Reino Unido os países europeus que apresentam as estimativas de prevalência de consumo mais elevadas.

Apesar de nos últimos anos se ter registado uma tendência crescente no consumo de ecstasy e de anfetaminas, inquéritos mais recentes à população apontam para uma estabilização ou mesmo uma diminuição do consumo destas substâncias entre a maioria dos jovens adultos dos países da União Europeia. No caso do ecstasy, constitui excepção a República Checa.

O consumo de estimulantes é, no entanto, superior em contextos e grupos específicos, nomeadamente entre frequentadores de clubes nocturnos e de discotecas, atingindo nessas populações níveis preocupantes.

A percentagem de consumidores problemáticos de heroína é maior no Luxemburgo, Portugal e Reino Unido. Actualmente parece tender a estabilizar em vários países, no entanto os policonsumos assumem-se cada vez mais preocupantes havendo a necessidade de definir e compreender melhor este fenómeno. Cumulativamente o crescente consumo de estimulantes em diversos países e as implicações mais abrangentes do consumo de cannabis, merecem hoje especial atenção em termos de saúde pública. Assim, perante novas realidades urge repensar prioridades até agora tradicionalmente direccionadas para o consumo de heroína, particularmente injectada.

Ao nível do território nacional, o consumo das diferentes drogas ilícitas tem vindo a aumentar, à semelhança do que se passa nos restantes países Europeus, particularmente entre as camadas mais jovens.

A cannabis continua a ser a substância de eleição mas, ao contrário do que sucedia anteriormente, já não é a única substância de iniciação aos consumos. Assiste-se ainda a uma

segmentação dos consumos surgindo quer consumidores especializados em determinada(s) substância(s) quer o aumento dos policonsumos.

Nos jovens, a iniciação aos consumos processa-se cada vez mais cedo com as assimetrias de género nas prevalências de consumo a diminuir, essencialmente entre as camadas mais jovens.

É no interior (Norte e Centro) do país e nas Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores que se registam as percentagens mais elevadas de consumidores, particularmente de "outras drogas". No entanto, em números absolutos, é nas regiões da Grande Lisboa e do Grande Porto que se continua a verificar o maior número de consumidores.

Apesar dos acréscimos referidos, Portugal continua a figurar entre os países da União Europeia que apresentam as menores prevalências de consumo de todas as drogas, com a excepção do consumo problemático de heroína.

Os padrões de consumo de álcool, tradicionalmente regulares e de vinho, têm vindo a modificar-se essencialmente ao nível das camadas mais jovens da população, com aumento do consumo de bebidas destiladas e consumo de grandes quantidades em curtos períodos de tempo.

No que diz respeito ao consumo de tabaco, a tendência tem sido no sentido de uma estabilização ou decréscimo dos consumos entre indivíduos do sexo masculino, e um aumento dos consumos nos indivíduos do sexo feminino, principalmente e uma vez mais, nas camadas mais jovens. Este facto assume-se preocupante confirmando a necessidade de uma intervenção específica junto dessa população.

A publicação dos resultados do Inquérito em Meio Escolar (2006) permitirá acompanhar a evolução dos consumos das diferentes substâncias entre jovens estudantes adolescentes do território nacional. Os dados até agora disponíveis apontam para um aumento do número de consumidores em Portugal. Ver-se-á se os resultados desse estudo confirmam esta tendência.

Sabe-se hoje que o abuso e a dependência de substâncias têm na sua origem interações complexas de factores biológicos, sociais e psicológicos que variam de acordo com o estágio de desenvolvimento do indivíduo (Brown, 2002). Estes factores de risco e de protecção em relação ao uso de drogas são reconhecidos na actualidade, como temas de estudo da maior utilidade, sobretudo para o trabalho preventivo mas também para o desenvolvimento de estratégias de tratamento.

As influências atrás descritas encontram-se relacionadas com o envolvimento dos adolescentes com o uso ou abuso de drogas. Contudo, nenhuma delas revelou ser o factor primário responsável por desencadear este tipo de comportamento. Parece claramente improvável que um único factor, ou mesmo alguns factores, sejam a causa última para o envolvimento do jovem com as drogas pelo que, se depreende, que este envolvimento seja multideterminado (Newcomb, 1995).

Partindo deste pressuposto, quanto maior for o número de factores de risco a que um adolescente está exposto, maior probabilidade ele terá de revelar comportamentos problemáticos. A exposição a um maior número de factores de risco não está unicamente relacionada com o uso de

drogas, como também pode contribuir com o tempo, ao aumento dos consumos (Newcomb & Félix-Ortiz, 1992; Newcomb et al., 1986; Scheier & Newcomb, 1991 cit in Newcomb, 1995).

Newcomb (1995) sugere que o uso de drogas na adolescência seja apenas uma resposta que pode ser usada quando o indivíduo é exposto a um grande número de condições que o tornam vulnerável sendo a própria acumulação de factores de vulnerabilidade que favorecem a emergência de comportamentos problemáticos. De forma inversa, o conjunto dos factores de protecção operando quer directamente, reduzindo o envolvimento com as drogas, quer indirectamente, moderando a associação entre os factores de risco e o uso e abuso de drogas, promoverá o não envolvimento nesse tipo de comportamentos. É, portanto, através deste balanço dinâmico, que poderão ser compreendidos os comportamentos desviantes na adolescência.

A vulnerabilidade e a protecção não devem ser vistas apenas enquanto dois pólos da mesma variável, mas sim como processos reciprocamente atenuantes sobre o comportamento num determinado ponto do desenvolvimento humano (Seibel, et al., 2004), sendo uma evolução considerada saudável aquela que é resultante do equilíbrio dinâmico entre os factores de risco e os de protecção. Um importante objectivo da prevenção será, assim promover a alteração do balanço entre factores de risco e de protecção de forma a que os factores protectores ultrapassem os de risco. De facto, e apesar de todos os condicionamentos, o ser humano nunca é completamente determinado por eles. Até nas situações mais difíceis há sempre um espaço, maior ou menor, de liberdade que pode permitir ao indivíduo melhorar, até onde possível, a sua situação particular e aceitar o que não for susceptível de alterar.

CAPÍTULO II – MÉTODOS E MODELOS PREVENTIVOS – PREVENÇÃO EM MEIO ESCOLAR.

2.1. Conceitos e definições sobre prevenção

A Prevenção – na toxicodependência ou noutro qualquer domínio – é uma intervenção que visa evitar algo considerado negativo. É geralmente uma estratégia assente no pressuposto de que o estado de um sistema – individual/interno, familiar, comunitário, etc. – anterior a um dado problema é mais harmonioso e, como tal, objecto de um menor esforço técnico para repor/preservar a sua funcionalidade (Melo, 2002).

Na falta de uma única definição, o termo prevenção, na área do uso de substâncias, indica geralmente qualquer actividade realizada no sentido de reduzir as possibilidades ou adiar o uso de uma dada substância (Buhringer et al., 1998 cit in Borges, 2004). Segundo as Nações Unidas, a prevenção visa alterar os determinantes sociais e ambientais e inclui estratégias que desencorajam o início do uso de substâncias e previnem a progressão para um uso mais frequente ou regular entre populações de risco (UNODCCP, 2000). Em termos gerais pode dizer-se que essas estratégias assentam em três princípios base, podendo apresentar-se de forma isolada ou conjugada no planeamento das acções: o da redução da oferta, o da redução das condições sociais associadas ao fenómeno e o da redução da procura.

Assim, no âmbito da política e da justiça, a prevenção passará essencialmente pela redução da oferta contemplando estratégias que vão desde a penalização do seu consumo até medidas como a limitação, por exemplo, da idade de acesso a uma determinada substância, ou o aumento do seu preço (NIDA, 1997; Borges et al., 2004).

No plano social, apostando em estratégias que visam o melhoramento das condições sociais associadas ao fenómeno, encontramos iniciativas em grupos que actuam essencialmente em duas áreas distintas: o das ciências sociais e acção comunitária e o da educação e promoção para a saúde (Borges et al., 2004). O primeiro assenta no pressuposto de que uma comunidade provida de todas as condições de bem-estar é menos propensa à agressividade e menos sujeita a processos de sobrevivência baseados em práticas ilícitas (Melo, 2002) enquanto o segundo defende que qualquer intervenção deverá ter sempre um carácter de promoção da saúde, visando o bem-estar e a adopção de estilos de vida saudáveis. Neste, é privilegiando o envolvimento da população como um todo e as estratégias e métodos utilizados assumem um carácter genérico aplicável não apenas à toxicodependência, mas a todo um conjunto de patologias centradas no agir (ibidem).

Por sua vez, os profissionais de saúde, entre outros, preconizam a prevenção enquanto associada a medidas que visam a redução da procura. Tradicionalmente o modelo de saúde pública representa a matriz conceptual donde emergiram as intervenções preventivas, existindo uma ampla zona de convergência no caso das doenças mentais, nos modelos explicativos, princípios e estratégias de intervenção preconizadas pela psiquiatria preventiva e pela abordagem da saúde pública (Negreiros, 1998).

No modelo de saúde pública o termo prevenção é suficientemente englobante para designar três níveis independentes: primário, secundário e terciário (Negreiros, 1998). Assim, a prevenção primária que na sua acepção original ligada à saúde pública, diz respeito a um tipo de intervenção que visa interceptar as causas das doenças antes que estas tenham a possibilidade de se manifestar (ibidem), na área do uso de substâncias, atentar-se-á na implementação de acções que visem redução das probabilidades de um indivíduo usar uma dada substância. São dela exemplo as estratégias que promovem o fortalecimento dos factores de protecção e a diminuição dos factores de risco (Borges, et al., 2004).

A prevenção secundária envolve a “efectivação de um diagnóstico precoce e de um tratamento adequado” (Negreiros, 1998 pp.44). Em termos do uso de substâncias, os conhecimentos profissionais, teóricos e práticos são utilizados em acções que interrompam o abuso e a dependência de substâncias, como é o caso quer de intervenções breves quer de tratamento e reabilitação propriamente ditos (Borges et al., 2004).

Finalmente, a prevenção terciária aproxima-se das abordagens que visam manter o indivíduo abstinente a longo prazo, como os cuidados pós-tratamento ou mesmo de prevenção da recaída (ibidem).

Recentemente, tem vindo a verificar-se uma tendência progressiva para a supressão das expressões “prevenção secundária” e “prevenção terciária”, substituindo-as por termos mais adequados como “tratamento” e “reabilitação” e, simultaneamente, a aposta numa definição sinónima para as expressões “prevenção” e “prevenção primária”.

Contudo, entre os investigadores e aqueles que trabalham no terreno, a falta de consenso no conceito de prevenção primária da toxicodependência tem causado alguma perturbação, nomeadamente, na elaboração dos programas, na definição dos objectivos a atingir, nas metodologias utilizadas e sua aplicabilidade. Colocam-se por exemplo questões sobre em quem actuar (grupo alvo directo e indirecto) e que tipo de acções ou programas podem e devem ser utilizados (Mendes, 2000).

Alguns autores abordam a prevenção a partir da compreensão e conhecimento dos factores que actuando precocemente podem conduzir à dependência (Bergeret, 1982); para outros, a prevenção é um processo activo que visa implementar e desenvolver iniciativas tendo como objectivos modificar e aperfeiçoar a formação integral e a qualidade de vida do indivíduo, aumentando o auto-domínio e a resistência à tentação das drogas (Martín, 1993). Encontram-se também reflexos desta tendência em Portugal onde definições oficiais de prevenção foram já adoptadas, como a constante no Regime Geral

da Política de Prevenção Primária das Toxicodependências, no âmbito do Plano de Acção Nacional da Luta Contra a Droga e a Toxicodependência – Horizonte, 2004, em que o termo prevenção das toxicodependências aparece como “um processo de prossecução de iniciativas tendentes a modificar e a melhorar a formação integral e a qualidade de vida dos indivíduos, fomentando o auto-controlo individual e a resistência colectiva perante a oferta de drogas” (IPDT, 2001).

Gordon, em 1987, propôs três formas distintas de intervenção tendo em conta a avaliação do risco e as componentes dos programas: prevenção universal, prevenção selectiva e prevenção específica. Tal classificação operacional seria mais tarde adoptada pelo American Institute of Medicine, substituindo os polémicos e confusos conceitos de prevenção primária, secundária e terciária.

A classificação adoptada pelo IOM (1994) encara a prevenção e o tratamento enquanto processos que fazem parte de um *continuum* de cuidados que termina com a manutenção. Enquanto a prevenção lida com possíveis problemas, o tratamento lida com o problema após este ter já ocorrido. A manutenção, por sua vez, diz respeito a intervenções de índole educacional, de apoio e/ou de natureza farmacológica, sendo prestadas a longo prazo a pessoas que cumprem os critérios de diagnóstico do DSM-IV (NIDA, 1997).

As intervenções preventivas de carácter universal, selectivo ou indicado, representam os grupos para os quais as acções de prevenção são dirigidas tendo em conta uma avaliação dos factores de risco e de protecção presentes. Assim, os programas de prevenção universal destinam-se à população em geral, incluindo jovens e famílias e são seus objectivos prevenir ou adiar o abuso de qualquer substância (Mendes, 2000; Borges et al., 2004). As modalidades mais comuns são os programas de informação, educação crítica, alternativas ao prazer e significado das drogas, e programas de desenvolvimento de competências sociais (Marlatt, 2004).

Existe uma série de programas de prevenção universal que têm resultados bastante satisfatórios. Entre estes podem destacar-se o Life Skills Training, desenvolvido por Botvin (2000) e o Northland, concebido por Perry et al. (2002). O primeiro foi desenvolvido com o objectivo de instrumentalizar os jovens de modo a lidarem com sentimentos desagradáveis ou situações conflituosas. Parte da concepção, bastante razoável, de que alguns jovens usam drogas para amenizarem a ansiedade e o conflito intrínseco relacionado com situações sociais novas que a adolescência oferece com abundância. O Life Skills Training (LST) convida os estudantes e os professores a discutirem os desafios efectivos e emocionais dentro da sala de aula e a tentar criar e exercitar formas de lidar com os mesmos. Propõe três eixos de actividades, cada um deles focado no desenvolvimento de habilidades sociais distintas: a auto-gestão; as competências sociais e a competência para resistir às drogas (Marlatt, 2004).

O projecto Northland tem por objectivo a prevenção do uso de álcool antes dos 21 anos. Tem por base a comunidade na qual a escola funciona como catalizadora de acções que se desenvolvem nos *mass media*, na família, entre alunos, professores, funcionários e comerciantes. Visa, essencialmente,

consciencializar a comunidade em relação ao consumo de álcool nos jovens, aumentar a vigilância comunitária em relação à comercialização indevida de bebidas, encorajar os pais a expressarem claramente as regras de disciplina nos seus lares e oferecer alternativas atractivas aos jovens de forma a que o “sair para beber” não seja a sua principal via de socialização (Marlatt, 2004).

Apesar dos bons resultados atingidos pelos programas anteriores, este tipo de estudos tem sido realizado principalmente nos Estados Unidos, ficando em aberto a questão se estes encontrariam resultados semelhantes noutros países. Mais ainda, os programas de prevenção universal têm pouco para oferecer aos que já usam substâncias que podem, ou não, ter alguma ambiguidade quanto ao seu comportamento. Também contribuem de forma reduzida para aqueles cujo risco de se virem a envolver com drogas é elevado. A prevenção universal é assim principalmente útil para que jovens não consumidores perpetuem o seu comportamento de não consumidores proporcionando-lhes competências assertivas que visem “ajudar o indivíduo a tomar consciência dos seus pensamentos e sentimentos e a comunica-los directa e honestamente, respeitando os direitos dos outros” (Negreiros, 2001 pp.15) para que assim procurem outros caminhos de vida, prazer e busca de identidade que não incluam o abuso de drogas.

As intervenções selectivas dirigem-se a populações em risco de se envolver com algumas substâncias gerais ou específicas, sendo o risco determinado “com base em factores biológicos, psicológicos ou sociais, exteriores à própria população-alvo” (Negreiros, 2001 pp.16). O programa Early Risers Skills for Success (Early Risers) ilustra bem este tipo de prevenção. Este programa baseia-se em actividades geralmente mais ligadas ao dia a dia dos participantes de modo a facilitar mudanças específicas, como por exemplo, aumentar as habilidades de comunicação dos participantes (Borges, 2004). Desenvolvido pela Universidade do Minnesota (August et al., 2001), trabalha com crianças entre os seis e os dez anos de idade que têm problemas de agressividade e de convívio social. O programa encontra-se estruturado em três frentes principais, estruturando acções específicas para cada caso individual. Assim, enquanto que para as crianças são oferecidas aulas complementares de escrita e matemática e actividades para as tornar mais competentes na vida em grupo, para os pais dessas crianças, são fornecidas orientações de como lidar com o stress, de como educar os filhos além do apoio personalizado de terapeutas nas questões mais específicas de cada caso. Para os profissionais da escola, o programa proporciona ainda a oportunidade de aprenderem a lidar, adequadamente, com comportamentos agressivos e de rebeldia para com a disciplina escolar.

Os programas de prevenção indicada dirigem-se a populações em risco de desenvolverem uma determinada condição desfavorável em virtude de características específicas dos próprios indivíduos. Este tipo de prevenção é assim dirigida a indivíduos que apresentam um risco muito elevado de consumo de substâncias ou que já apresentam problemas relacionados com o seu uso, incluindo a experimentação ou o uso regular de uma ou mais drogas (Negreiros, 2001). Realizada individualmente, através do aconselhamento e “feedback”, procura minimizar os riscos de danos graves durante a trajectória de desenvolvimento dos jovens, ajudando a motivá-los para a construção

de um sentido crítico e de competências sociais (Marlatt, 2004). Tem ainda por objectivo consciencializar aqueles que apresentam uma maior propensão para se manterem utilizadores durante a vida adulta, procurando ajudar os jovens a perceber a sua maior vulnerabilidade e a necessidade urgente de abstinência do uso (ibidem).

O Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS) é um programa já testado de prevenção indicada, desenvolvido pela Universidade de Washington por Alan Marlatt e colaboradores. Este programa é destinado a caloiros universitários que confessam ter bebido exageradamente ao longo do ensino secundário relatando problemas relacionados com esse tipo de comportamento (Baer et al., 2001 cit in Marlatt, 2004). No BASICS, o jovem é convidado a conhecer os dados que comparam o seu uso de álcool com os de outros caloiros, são discutidos os riscos de um consumo excessivo, possíveis estratégias de mudança, alternativas e métodos de monitorização do consumo e da alcoolemia, entre outros.

Numa comunidade, todos estes níveis de acção podem e devem ser integrados uma vez que tipicamente se observará a convivência de todas as realidades acima descritas: uma maioria que não usa drogas, grupos de risco para o uso de substâncias e indivíduos que já usam e enfrentam problemas.

No entanto, há quem argumente que são ainda falíveis os métodos destinados a identificar “populações de risco” para o consumo de drogas podendo mesmo desencadear a ampliação do próprio fenómeno. Mais se acrescenta que, para muitos programas, não há ainda resultados conclusivos sendo incerto se os mesmos terão algum tipo de eficácia ou se poderão até potenciar respostas desfavoráveis, desde o aumento de curiosidade em relação às drogas até ao próprio estímulo para a iniciação aos consumos (Negreiros, 2001). Polémicas à parte, o que a realidade nos apresenta é que a convivência da Humanidade com drogas não é uma questão de escolha mas um facto histórico, na medida em que não há registo de sociedades em que o uso de substâncias que alterem a consciência seja inexistente (Marlatt, 2004). Este pressuposto tem como consequência a defesa da convivência da pluralidade de propostas, visando responder à diversidade de situações a serem enfrentadas. O grande desafio hoje será conseguir encontrar a acção preventiva, educacional ou terapêutica adequada à intensidade e à singularidade dos diversos padrões de uso.

2.2. Evolução das abordagens teóricas e das estratégias preventivas.

Historicamente, no contexto da prevenção universal é possível identificar três etapas fundamentais quanto às abordagens preventivas, decorrentes, essencialmente, das concepções de intervenção prevalecentes em diferentes momentos sócio-históricos. Assim, enquanto que nos anos 60 se assistiu ao predomínio de modelos informativos, nos anos 70, destacaram-se os modelos sócio-

afectivos e a partir dos anos 80/90 impuseram-se os programas baseados nos modelos de influência social (Gorman, 1996; Botvin et al., 1998).

Para o modelo Informativo, o problema do uso de drogas resume-se à ausência de conhecimentos acerca destas substâncias sendo, por isso, resultado directo de factores cognitivos (Jaccard, 1981; Negreiros, 1998). Este modelo, fortemente enraizado no paradigma da instrução didáctica, parte do pressuposto que existe uma correlação directa entre Conhecimentos-Atitudes-Comportamentos. Assim, a mera aquisição de conhecimentos seria capaz de provocar alterações ao nível das atitudes que, por sua vez, desencadeariam mudanças comportamentais.

À luz deste quadro conceptual, florescem nos anos 60 vários estudos sobre o modo de comunicar de forma persuasiva uma determinada mensagem, as chamadas “técnicas de comunicação persuasiva” (Negreiros, 1998). Multiplicam-se as investigações relacionadas quer com o emissor da mensagem, quer com o receptor da mensagem quer com a natureza da própria mensagem.

Neste tipo de abordagem, torna-se frequente o recurso a estratégias de medo, por forma a dramatizar os efeitos negativos do uso de drogas, ou à mera transmissão de informação factual sobre as diferentes substâncias. No entanto, estas abordagens mostraram-se inefectivas já que vários estudos revelam que os modelos que assentam exclusivamente na disseminação de informação produzem pouco ou nenhum impacto na detenção ou redução do uso de drogas (Tobler, 1986). Também Dorn (1975), através da análise dos resultados de vinte estudos por ele realizados, sobre educação relativa às drogas, nos E.U.A, Inglaterra e Holanda, critica a existência de uma relação directa entre Conhecimentos-Atitudes-Comportamentos. Certos estudos chegam mesmo a salientar o risco deste tipo de estratégias de prevenção potenciarem a emergência de efeitos negativos, nomeadamente, o aumento do consumo de drogas (Stuart, 1974; Morgen & Hayward, 1976 cit in Negreiros, 1998).

No que diz respeito à adopção de mensagens geradoras de medo, os resultados das investigações efectuadas nesta área apresentam-se discrepantes. Enquanto que alguns estudos evidenciam a superioridade de mensagens geradoras de “medo forte” por contraste com as mensagens de “medo fraco” (Higbee, 1969 cit in Negreiros, 1998), outros apontam para a existência de uma relação negativa entre a intensidade do medo provocado pela mensagem e a aceitação de determinadas recomendações (Janis & Feshback cit in Negreiros, 1998) enquanto outras ainda concluem que a intensidade do medo provocado pela mensagem não está significativamente relacionada com a retenção do seu conteúdo (Fritzer e Mazer, 1975 cit in Negreiros, 1998).

Face à insatisfação provocada pelos modelos baseados na mera transmissão de informação, surgem, nos anos 70, as estratégias humanistas de prevenção do abuso de drogas. Esta corrente teórica, de cariz mais científico, traduz a importância crescente que passou a ser dada aos factores psicológicos envolvidos no uso de substâncias, resultantes da investigação sobre o uso de drogas. Tais investigações demonstraram “a existência de uma clara associação entre atitudes, crenças e valores, bem como certos factores da personalidade e o consumo de substâncias psicoactivas específicas” (Negreiros, 1998, pp.132).

A título de exemplo, Gorsuch & Butler, 1976 (cit in Negreiros, 1998) sugerem que os consumidores de droga, comparativamente aos não consumidores, atribuem maior importância a “valores estéticos, aos sentimentos e à experiência em vez de valorizarem a ciência, a planificação e a lógica”. Também, “o seu sistema de valores poderia ser globalmente considerado como mais subjectivo, não estruturado, orientado para o indivíduo e anti-religioso”. Do mesmo modo, os utilizadores de substâncias psicoactivas “teriam tendência a experimentar sentimentos de rejeição em relação à família, partilhando ainda a convicção que os seus pais não confiavam neles”.

Em termos conceptuais, a iniciação ao consumo de drogas é explicada como “resultado da actuação de factores sócio-culturais e interpessoais específicos bem como de certas variáveis individuais” (Carvalho, 1990, pp.49). Valoriza-se a função das atitudes, necessidades e valores dos indivíduos em relação às drogas como catapulta do processo de iniciação dos consumos. Assim, a decisão de usar, ou não usar determinadas substâncias não está confinada ao plano cognitivo mas revela antes posições atitudinais, valores e necessidades intrínsecas a cada indivíduo. Deste modo, os programas preventivos serão tanto mais adequados quanto forem capazes de se focalizar nas dimensões afectivas ou nos aspectos psicológicos (Horwitz, cit in Negreiros, 1998) que levam um indivíduo a utilizar substâncias psicoactivas.

Nas abordagens humanistas, as drogas, enquanto agentes farmacológicos específicos, deixam de ser percepcionadas como fenómeno intrinsecamente negativo para apresentarem um significado funcional, podendo desempenhar diferentes finalidades que podem até ser positivas.

Esta filosofia assenta na noção de “consumo responsável” considerando que seria irreal preconizar a erradicação do uso de drogas em sociedades claramente dependentes. O mais importante seria então proporcionar aos indivíduos “uma aprendizagem que os ajudasse a viver sabiamente com esta realidade” (Nowlis, 1970 pp.38). Simultaneamente, o abuso de drogas é visto como “um sintoma de problemas sociais básicos (ibidem, pp.56).

A prevenção passará, assim, pela modificação das atitudes dos sujeitos no referente aos consumos. Esta acredita-se poder ser realizada, eliminando o enfoque na componente informativa e apostando em estratégias de clarificação de valores em relação ao uso de álcool e drogas. Tais estratégias deveriam promover a consciência activa do indivíduo quanto aos significados e funções que o consumo de álcool e drogas desempenham na sua vida. Assim, e partindo-se unicamente do pressuposto da existência de uma relação directa entre atitudes e comportamentos, através do exame de atitudes e valores em relação às drogas, seria possível a sua clarificação, o que, por sua vez, teria como efeito o desencadear de decisões específicas com posterior expressão a nível comportamental.

As dimensões afectivas enfatizadas nesta perspectiva, promoveram a reformulação dos métodos utilizados pelas abordagens tradicionais de prevenção. A apologia dos métodos activos, capazes de favorecer um envolvimento afectivo dos sujeitos, a promoção do auto-conhecimento e da tomada de decisão responsável, surgem enquanto panaceias para o problema dos consumos, procurando conjugar a educação afectiva com a informação sobre as drogas (Moscowitz, 1983).

As estratégias mais utilizadas passam pela clarificação de valores, pela tomada de decisão e pelo fornecimento de alternativas ao uso de drogas. A primeira, que não se reduz unicamente ao uso excessivo de álcool e drogas, assenta em dois pressupostos: a) que os consumidores de substâncias psicoactivas apresentam dificuldades relacionadas com a aquisição da noção de identidade. Tais dificuldades poderiam, contudo, ser resolvidas através de estratégias de clarificação de valores; b) a valores clarificados corresponderão comportamentos adequados.

A segunda atenta na promoção do auto-conhecimento e da tomada de decisão (Garfield & Jones, 1980, cit in Negreiros, 1998) responsável. A aquisição de competências de comunicação ou de resolução de problemas; o reforço da auto-imagem; a análise de sentimentos e atitudes em relação a figuras de autoridade são, entre outras, as metodologias ditas favoráveis à obtenção de resultados positivos numa tomada de decisão que, dado tratar-se de uma questão pessoal, competirá ao sujeito tomá-la de uma forma livre e esclarecida.

Finalmente, o pressuposto de que a existência de alternativas não químicas ao uso de drogas seria capaz de reduzir a probabilidade do indivíduo utilizar de forma excessiva aquelas substâncias foi formulado por Cohen em 1968. Este autor admite a possibilidade de organização de tipos de actividades alternativas, específicas para cada indivíduo, admitindo que a identificação de alternativas passaria pela identificação de diferentes níveis de experiência os quais estariam, por sua vez, relacionados com motivos específicos que favorecem o uso de drogas (Cohen, 1971 cit in Negreiros, 1998). Assim, se o motivo principal do uso de drogas fosse a necessidade de satisfação física ou de obtenção de energia, as alternativas possíveis poderiam incluir a prática de uma actividade física e a dança (ibidem).

Não obstante este modelo tenha passado a conferir às estratégias preventivas um estatuto de maior cientificidade, por oposição às estratégias tradicionais de prevenção, e tenha apresentado uma preocupação constante na determinação da sua eficácia, vários estudos de avaliação demonstraram que a sua aplicação exclusiva não surtiu qualquer efeito significativo na redução do consumo de drogas (Kearney & Hines, 1980; Kim, 1988). Certos estudos criticam também a existência de uma relação directa entre mudança de atitudes e mudança de comportamentos (e.g. Dorn, 1975) e até o impacto deste modelo na alteração das próprias atitudes perante o uso de substâncias (Negreiros, 1998). Alguns relataram mesmo a ocorrência de efeitos negativos verificando quer o aumento dos consumos quer a emergência de atitudes mais favoráveis ao uso de substâncias psicoactivas (e.g. Oster, 1983 cit in Negreiros, 1998). Mais ainda, estas abordagens, ao focalizarem-se essencialmente na influência de factores quase exclusivamente pessoais, como certas características da personalidade, minimizam os processos interpessoais na iniciação ao uso de drogas que a investigação tem vindo a identificar como estando associados à iniciação e/ou manutenção dos consumos.

Devido à ineficácia das abordagens informativas e afectivas começa a organizar-se, a partir de finais dos anos 70, um novo tipo de abordagens preventivas fortemente inscritas em formulações teóricas neo-behavioristas. Estas abordagens baseiam-se no princípio geral de que a iniciação ao uso

de drogas ocorre como resultado da falta de competências sociais individuais adequadas, pelo que, indivíduos com deficits no reportório comportamental, em particular de competências sociais, estariam mais vulneráveis ao uso e, por conseguinte, à experimentação. Com efeito, a literatura especializada fornece alguma evidência de que os consumidores de álcool e drogas poderão não possuir determinadas competências sociais que lhes permitam actuar em situações que encorajam o uso dessas substâncias (Negreiros, 1998). Também uma vasta literatura especializada parece apontar para “uma clara relação entre a iniciação ao uso de substâncias psicoactivas e a presença, no ambiente social do adolescente, de influências sociais ou pressões que iriam no sentido de facilitar essa iniciação” (Negreiros, 1998, pp.182).

Ao galvanizar o impacto das múltiplas influências sociais e ambientais na iniciação aos consumos de álcool e drogas, esta perspectiva preconiza a prevenção enquanto processo passível de proporcionar aos indivíduos aprendizagens de competências específicas com vista a neutralizar as referidas influências sociais. Nestas, a pressão do grupo de pares surge como a mais relevante.

O pressuposto teórico de que as competências podem ser objecto de aprendizagem e, por conseguinte, ensinadas aos indivíduos que não as possuem (Trower & Bryant, 1975) permitiu a definição de múltiplas estratégias de treino de competências sociais, consideradas capazes de reduzir, ou até eliminar, a vulnerabilidade dos adolescentes. Tais estratégias preventivas permitiriam ao adolescente resistir às pressões sociais que promovem o uso de drogas, particularmente as que derivam do grupo de pares.

Uma análise das intervenções preventivas no âmbito deste modelo conceptual, permite-nos distinguir, contudo, dois tipos de orientações quanto às abordagens preventivas que, em termos gerais, visam atingir o mesmo objectivo, isto é, dotar o indivíduo de competências capazes de neutralizar as pressões ou influências sociais que têm impacto no consumo de álcool e drogas. Assim, encontramos programas de prevenção baseados em modelos de influência social enquanto outros têm por base o desenvolvimento de competências sociais positivas mais gerais também designadas de “competências de vida” (Botvin, 1996).

As formulações teóricas que conceptualizam a iniciação ao uso de drogas no quadro de um “modelo de influência social” (Botvin, 1985;1996) sugerem que o início do uso de certas substâncias psicoactivas é resultado de um processo de influência social através da qual os indivíduos sofrem, no decurso das suas relações sociais, influências para usar drogas. Nesta perspectiva, a valorização da aprendizagem de competências específicas de recusa de oferta de drogas torna-se a estratégia mais adequada. Incluem-se, nesta orientação, a valorização da assertividade e estratégias de inoculação social.

As competências assertivas parecem estar negativamente relacionadas com o uso de determinadas substâncias como o álcool e a marijuana (Negreiros, 1998). No entanto, é limitada a evidência segundo a qual os procedimentos ligados à utilização deste método, sejam capazes de desencadear mudanças efectivas no comportamento, no que diz respeito ao uso de álcool ou drogas.

(Foy et al., 1976). Também estudos acerca dos efeitos deste método junto de toxicodependentes relataram, unicamente, um aumento de comportamentos assertivos verbais sem que tivesse sido produzido qualquer tipo de impacto nos padrões de consumo de drogas nessa população (Calnner & Ross, 1978 cit in Negreiros, 1998).

O conceito de inoculação social decorre do conceito de inoculação psicológica proposto por McGuire. Segundo este autor, as atitudes poderiam ser protegidas dos apelos persuasivos, “pré-tratando” os indivíduos com a exposição a formas enfraquecidas ou mitigadas desses apelos (Negreiros, 1998). Tal como uma vacina, este tratamento teria por si só o potencial de imunização contra um determinado “agente” não desejado. Na mesma linha de pensamento, a inoculação social pode ser entendida como um conjunto de procedimentos capazes de inocular os adolescentes contra as pressões sociais com que possam vir a confrontar-se futuramente. As drogas funcionam como uma “infecção” provocada por influências sociais a que os indivíduos estão sujeitos “germes”. Será então necessário expor os indivíduos a esses “germes” de maneira a que desenvolvam “anticorpos” para criarem uma maior resistência a uma nova exposição (Botvin, 1996). Ou seja, os indivíduos desenvolvem resistência às pressões sociais quando reconhecem as diferentes formas de pressão, adquirem motivação para resistir e praticam essas formas de resistência (Kirby, 1992).

As primeiras formas de prevenção baseadas neste modelo foram desenvolvidas por Evans em 1976, relativamente ao uso de tabaco e às pressões exercidas pelos pares e pelos media. O programa foi concebido no sentido dos estudantes tomarem consciência das diferentes formas de pressão social e, através deste conhecimento, se tornarem psicologicamente preparados para resistir às influências sociais (Evans, 1976; Evans et al., 1978).

No entanto, o treino de competências só parece revelar-se eficaz se os adolescentes apresentarem atitudes desfavoráveis ao uso de drogas (Donalson et al., 1997). Com efeito, um pressuposto destas abordagens é que o adolescente não está motivado para o uso de drogas mas não dispõe de competências sociais adequadas para recusar a sua oferta (Negreiros, 2001). Mais ainda, este tipo de estratégias pode ter mesmo efeitos contrários aos desejados, aumentando a possibilidade do consumo dessas substâncias. Negreiros (2001) atenta no facto da percepção do adolescente acerca da oferta de álcool, tabaco e drogas na sua escola consistir num valor preditivo em relação ao uso de álcool e de drogas. Por conseguinte, uma “centração na aprendizagem de competências de recusa poderá provocar no adolescente uma tendência para considerar que existe uma oferta elevada de drogas, o que, por sua vez, aumentaria a probabilidade do consumo das mesmas” (Negreiros, 2001, pp.25).

Os programas de prevenção baseados no conceito de “competências de vida”, partem do pressuposto, segundo o qual, o consumo de drogas é parcialmente determinado pela ausência de competências específicas, como as competências sociais, as competências de tomada de decisão, competências de expressão de sentimentos, de auto-controlo, etc. (Negreiros, 2001). Deste modo, proporcionando ao indivíduo o desenvolvimento de competências sociais positivas mais gerais

(Botvin, 1996), seria possível influenciar crucialmente o seu equilíbrio psicológico e desenvolvimento interpessoal.

Embora as abordagens relativas às influências sociais tenham sido consideradas importantes por reconhecerem os factores sociais na etiologia do uso e abuso de drogas, são também objecto de crítica por menosprezarem os factores interpessoais, enquanto factores de risco do consumo de substâncias. Este modelo tem igualmente omitido o papel da família enquanto factor de risco e de protecção ao uso de drogas, frequentemente citada na literatura especializada como podendo mesmo exercer uma influência mais determinante do que o grupo de pares na adolescência (Glynn, 1981). Também, como já discutido anteriormente, o processo de selecção dos amigos poderá desempenhar um papel tão importante como a pressão do grupo de pares.

2.3. Experiências de prevenção em meio escolar.

Nas últimas três décadas tem vindo a assistir-se ao aparecimento de um sem número de intervenções preventivas na área das drogas. A maioria tem sido desenvolvida em meio escolar, outras atentam nas famílias de (potenciais) utilizadores de drogas enquanto outras ainda visam toda a comunidade. O alvo são, na generalidade, adolescentes entre os 10 e os 16 anos visto ser exactamente por volta desta faixa etária, que a maioria dos indivíduos tem o primeiro contacto com essas substâncias.

De acordo com a sua categoria (Universal, Selectiva e Indicada), as actividades preventivas podem aspirar diferentes objectivos que não, unicamente, a redução do uso ou do abuso de drogas: aumentar o conhecimento dos adolescentes no referente às drogas; reduzir os danos causados pelo uso de drogas; retardar o início do uso de drogas, etc. (Cuijpers, 2003). No caso particular das estratégias que visam atrasar o uso de drogas o enfoque tem assentado, muitas vezes, no início da experimentação das chamadas “drogas de entrada”: tabaco, álcool e cannabis. Teorias sugerem que o uso de uma droga predispõe o jovem ao uso de outra droga, geralmente mais perigosa. Assim, o consumo de tabaco pode ser a porta para a experimentação de cannabis a qual, por sua vez, poderá ser a porta para a experimentação de outra qualquer droga ilícita (Lloyd, et al., 2000). Deste ponto de vista, o uso de drogas é percebido enquanto processo escalonado no qual os utilizadores seguem uma sequência predeterminada de fases às quais correspondem determinados tipos de drogas. Existe uma quantidade significativa de estudos que sustentam a noção da existência de certos estádios no uso de drogas: o uso de tabaco – e a um nível mais reduzido, o uso de álcool – têm sido frequentemente citados na literatura enquanto substâncias predictoras do uso de cannabis (Hawkins et al., 1992; Kandel & Logan, 1984; Leitner et al., 1993).

Idealmente, as actividades preventivas devem ser baseadas em conhecimentos científicos acerca da prevalência do uso de drogas da população alvo; idade de iniciação do uso; determinantes do uso; padrões de uso; problemas de saúde mental na população específica assim como conhecimentos teóricos dos componentes interventivos capazes de provocar alterações nos comportamentos (Cuijpers, 2003). Contudo, o que se assiste ainda hoje na prática preventiva é ao desenvolvimento de intervenções que, frequentemente, não são conduzidas de um modo sistemático (*ibidem*).

Uma caracterização da intervenção primária no nosso país, realizada por Negreiros (1999) revelou uma predominância da realização de intervenções inespecíficas, um recurso frequente a acções pontuais, uma ausência de procedimentos de avaliação, uma ausência ou deficiente coordenação das acções, uma deficiente formação dos técnicos envolvidos, uma escassez de materiais de prevenção adaptados, uma insuficiente utilização das potencialidades do Sistema Educativo e uma fraca realização de investigação nesta área.

Com efeito, a investigação teórica sobre prevenção do abuso de drogas realizada até à actualidade, tem permitido o acumular de um conjunto de conhecimentos passíveis de otimizar a eficácia das actividades preventivas. Contudo, tal não significa dizer que, na generalidade, estes princípios tenham já sido utilizados no desenvolvimento de programas de prevenção.

A escola, enquanto local privilegiado para o desenvolvimento de competências, tem sido considerada um espaço fulcral para a aplicação de estratégias preventivas (Dusenbury et al., 1997), já que oferece a oportunidade de aceder a todas as populações servindo, simultaneamente, de cenário para subpopulações específicas em risco, tais como crianças com problemas de conduta ou dificuldades e que serão possíveis marginalizados (NIDA, 1997). A escola funciona também como um local de transição entre a família e a sociedade constituindo um ponto de passagem obrigatório para um progressivo desenvolvimento da autonomia dos jovens e agindo como contexto para novas experiências relacionais e comportamentais.

Em termos de prevenção no contexto escolar assistiu-se, nos últimos 30 anos, a três fases distintas no desenvolvimento dos programas preventivos (Gorman, 1995; Moskowitz, 1989; Negreiros, 1998). Uma primeira fase (início dos anos 60 até inícios dos anos 70) caracterizada por programas cujo enfoque era, essencialmente, na transmissão de informações acerca das drogas e do risco da sua utilização; uma segunda fase (início dos anos 70 até início dos anos 80), onde predominaram os programas afectivos, muitos deles não específicos do uso de drogas mas centrados em processos de desenvolvimento pessoal, tais como a tomada de decisão, a clarificação de valores e o controlo da ansiedade (Gorman, 1995; Negreiros, 1998) e, uma terceira fase (desde inícios dos anos 80 até à actualidade) caracterizada pela influência do modelo de influência social (Hansen, 1992). Neste, é valorizado o desenvolvimento de competências de recusa, por vezes em combinação com outras competências pessoais e sociais mais gerais (incluindo componentes de redução da ansiedade e de tomada de decisão (Botvin et al., 1990)).

Durante estas três fases do desenvolvimento de programas preventivos, centenas de estudos avaliaram os seus efeitos tendo várias dezenas sido considerados metodologicamente bem elaborados (Tobler et al., 2000; White & Pitts, 1998). Ficou demonstrado que programas de prevenção do uso de drogas em meio escolar podem resultar num aumento significativo dos conhecimentos acerca das várias substâncias e no desenvolvimento de atitudes contrárias à sua utilização. Programas bem elaborados são também capazes de reduzir o uso de substâncias (Tobler et al., 2000), embora este efeito perdure apenas durante um curto período de tempo. Este facto pode, no entanto, ser entendido como o “adiar” do início do uso de drogas em indivíduos que não as utilizavam ou a redução do seu uso, ainda que por um curto período de tempo, em indivíduos consumidores.

No entanto, a mesma investigação demonstrou também que a maioria dos programas de prevenção em meio escolar não são, de facto, eficazes (White & Pitts, 1998) e que, embora exista já um número crescente de estudos a debruçar-se acerca das características passíveis de conferir efectividade a um dado programa preventivo, os ingredientes precisos para a tão desejada efectividade são ainda desconhecidos (Cuijpers, 2003).

Até ao presente, não existe disponível nenhum critério objectivo capaz de decidir a efectividade de um dado programa, o que torna difícil para as escolas a selecção de entre uma panóplia de programas disponíveis. Uma possível opção é a utilização de programas que provaram ser efectivos. Alguns destes programas encontram-se disponíveis, tais como o Life Skills Training (Botvin et al., 1995), o projecto Northland (Komro et al., 2001), o projecto STAR (Pentz et al., 1989), ou ainda o projecto “Healthy Schools and Drugs” (Cuijpers et al., 2002). No entanto, a maioria destes programas foram especificamente desenvolvidos para serem utilizados nos EUA não sendo claro que possam ter os mesmos resultados noutros países culturalmente tão distintos, como os países Europeus. Mais ainda, muitos desses programas que provaram ser efectivos foram desenvolvidos em termos de investigação e, por conseguinte, poderão não se encaixar com facilidade na prática educativa das escolas (Cuijpers et al., 2003). Por estes motivos torna-se importante o desenvolvimento de padrões de qualidade para programas de prevenção em meio escolar. Estes critérios de qualidade podem auxiliar escolas e professores na escolha ou no desenvolvimento de programas de prevenção adequados às diferentes realidades.

Cuijpers (2002) destaca sete características passíveis de determinar a efectividade de um programa de prevenção em meio escolar:

(i) os efeitos do programa deverão ser comprovados. Este critério, que tem por base a avaliação do programa, reveste-se de grande importância e pertinência já que é sabido que a maioria dos programas preventivos mostraram não exercer qualquer tipo de efeito no uso ou abuso de drogas.

(ii) dever-se-á recorrer a métodos interactivos. Vários estudos comprovam que programas de prevenção do uso de drogas que utilizam métodos interactivos apresentam resultados positivos e significativos quanto à redução do uso de drogas (Cuijpers, 2003). Pelo contrário, programas que fazem uso de métodos não interactivos não produzem quaisquer resultados favoráveis. Os programas

interactivos proporcionam oportunidades de contacto e comunicação, promovem o debate de ideias entre participantes encorajando, simultaneamente, a aprendizagem de competências de recusa (Tobler et al., 2000). Nestes programas, as aulas estão menos estruturadas e o enfoque não é colocado em apresentações didácticas mas antes em discussões, role-plays, actividades de aprendizagem cooperativa, entre outras (Negreiros, 2001). Os estudantes recebem críticas construtivas numa atmosfera não intimidativa, tendo ainda hipóteses de praticar as recém adquiridas competências de recusa (Cuijpers, 2002). Por oposição, os métodos não interactivos assentam essencialmente na transmissão de conhecimentos. São bastante estruturados e o enfoque é colocado em apresentações orais expostas pelo professor sem que seja estimulada qualquer tipo de interacção com os alunos (Cuijpers, 2002; 2003).

Embora esteja demonstrada a eficácia da utilização de métodos interactivos na diminuição do uso de drogas, este efeito é, no entanto, reduzido. Contudo, intervenções com baixos efeitos em grandes populações terão, certamente, um impacto bastante significativo (ibidem).

(iii) O modelo de influência social é o que melhor funciona. A elaboração de programas complexos que incluem para além de uma componente informativa, um conjunto de unidades relativamente independentes, tem sido denominado por “3ª geração de investigação e prática na prevenção” (Botvin & Rosenbury, 1989 cit in Negreiros, 2001). As abordagens que derivam do modelo de influência social partem do princípio que a “inoculação” da turma contra determinadas pressões sociais directas e indirectas ajudará a prevenir a utilização de drogas (Donaldson et al., 1996). São assim utilizadas, frequentemente, estratégias de inoculação social e treino da assertividade. Alguns estudos sugerem, contudo, que tais estratégias só parecem revelar-se eficazes se os adolescentes apresentarem posições atitudinais contrárias ao uso de drogas (Donalson, 1997 cit in Negreiros, 2001).

(iv) O enfoque deverá ser colocado na correcção de expectativas normativas, compromisso de não usar e na intenção de não usar drogas. A informação sobre os níveis actuais de consumo de drogas nos adultos e adolescentes com vista a corrigir expectativas normativas acerca do uso de drogas (Botvin, 1996) assume-se enquanto variável importante na diminuição do uso dessas substâncias. Os adolescentes têm, de um modo geral, tendência para sobre estimar a prevalência do consumo de drogas por parte dos seus amigos (Negreiros, 2001). Assim, a maioria que apresenta comportamentos saudáveis pode crer estar em minoria pelo que, através da correcção desta expectativa, a intervenção pode actuar reforçando os valores, as atitudes e o próprio comportamento saudáveis (Perkins, 2003 cit in Coggans, 2006). Os programas preventivos deverão assim focalizar-se nas normas (conhecimento das prevalências; conhecimento da aceitação social, expectativas normativas, reacções dos amigos quanto ao uso de drogas), compromisso e intenções do não uso (Cuijpers, 2002).

(v) A inclusão de intervenções ao nível da comunidade aumenta o efeito do programa. As intervenções comunitárias contemplam um âmbito alargado de intervenções quer ao nível da família, de campanhas em meios de comunicação social, das escolas quer da própria comunidade (Negreiros,

2001). Estas intervenções pretendem, grosso modo, alterar as condições e factores do meio ambiente responsáveis pela iniciação ao consumo de drogas. O efeito significativo deste tipo de intervenções tem sido demonstrado por vários estudos empíricos (Tobler et al., 2000). As intervenções a nível familiar, não obstante constituam uma área relativamente recente das práticas preventivas, a sua eficácia tem já sido demonstrada por vários autores (Kumpfer, 1996; Szpocznik's, 1996; Webster-Stratton, 1982). Mendes (2000) defende que nos diferentes momentos dos ciclos familiares deve a prevenção implementar estratégias que reforcem os vários factores de protecção. Assim, durante a 1ª e 2ª infâncias, “ajudar na transmissão de valores – sociais, familiares e religiosos –, no reforço do papel parental, no desenvolvimento de estratégias que permitam aos pais expressar a sua capacidade afectiva para com os filhos e na criação de espaços para o estabelecimento de diálogos futuros através de uma comunicação directa, sincera e verdadeira. Na adolescência, disponibilizar actividades, acções e programas fundamentados no conhecimento dos factores de risco, situações de risco e comportamentos de risco, quer permitir potenciar os factores de protecção de modo a evitar, reduzir ou atrasar os consumos e ajudar os adolescentes a crescer com autonomia e independência” (Mendes, 2000 pp.66).

(vi) O uso de “peer leaders” é mais eficaz. O uso de jovens, com capacidade de liderança, na condução das actividades preventivas pode fortalecer os efeitos, a curto prazo, dos referidos programas pelo que sempre que tal seja possível, o recurso a “peer leaders” deve ser encorajado (Rooney & Murray, 1996 cit in Cuijpers, 2002). No entanto, apesar dos resultados favoráveis apresentados por alguns estudos, este tipo de educação é ainda uma inovação relativamente recente na prática educativa carecendo de definição e aprovação. Mais ainda, esta prática pode mesmo potenciar resultados negativos caso o jovem encarregue de liderar a sessão não esteja suficientemente preparado (Lloyd et al., 2000). Uma possibilidade seria apostar no treino de determinados alunos, não só no conhecimento relativo às drogas como também de competências necessárias para a manutenção da ordem e da atenção de grupos de jovens (ibidem).

(vii) A inclusão no programa de prevenção de competências de vida pode fortalecer os efeitos preventivos. Estas abordagens partem do pressuposto segundo o qual o consumo de drogas é “parcialmente determinado pela ausência de competências específicas, como as competências sociais, as competências de tomada de decisão, competências de expressão de sentimentos, de auto-controlo, etc.” (Negreiros, 2001 pp. 23). Assim, a inclusão no programa de prevenção de competências de vida, pode aumentar os efeitos de um dado programa, facto, aliás, já comprovado por diversos estudos (Botvin, 1996; Tobler et al., 2000).

Às características anteriormente citadas, passíveis de determinar a efectividade de um programa de prevenção em meio escolar, Negreiros (2001) acrescenta a importância dos programas serem intensivos e com uma perspectiva a longo prazo. Em termos escolares, a investigação sobre prevenção do abuso de drogas aponta para uma dose de 10 a 15 sessões no primeiro ano e outras 10 a 15 sessões de reforço, no ano subsequente (NIDA, 1997). Mais ainda, é reconhecida a importância de

prolongar a educação sobre drogas para lá do ensino básico, até final do ensino secundário (Negreiros, 2001; NIDA, 1997; Lloyd et al., 2000). O estabelecimento de pontes entre os diferentes níveis de ensino tem demonstrado resultados favoráveis, facilitando abordagens educativas consistentes quanto às drogas (Lloyd et al., 2000).

Negreiros (2001) assinala também a importância da avaliação formativa dos programas de prevenção, defendendo que estes devem incluir sempre procedimentos de avaliação.

Não obstante a adolescência seja o período da vida em que o indivíduo se encontra mais vulnerável, podendo mais facilmente iniciar-se no consumo de drogas, tem vindo a enfatizar-se a importância de cada vez mais se aumentar o esforço preventivo em todas as fases de crescimento identificadas com mudanças bruscas no contexto dos jovens e das crianças. A passagem do 1º para o 2º ciclo, a perspetivação da saída da escola no final do Ensino Básico, a entrada para a Universidade são, entre outros, momentos cruciais que não deverão ser descurados (Melo, 2002).

Mais recentemente tem vindo a chamar-se a atenção para a necessidade de se iniciarem ainda mais precocemente as intervenções preventivas dirigindo-as, em particular, à primeira infância (Burkhart, 2000 cit in Negreiros, 2001).

Para Lloyd (2000), a educação sobre as drogas deveria iniciar-se ao nível no primeiro ciclo do ensino básico. Com efeito, há uma evidência crescente que a educação sobre drogas, a par de outras áreas curriculares, deva desenvolver-se em idades muito precoces sendo que nessas idades a facilidade para influenciar atitudes e comportamentos dos indivíduos em relação às drogas é maior. Mais ainda, a idade de início do uso de drogas parece estar relacionada com os futuros padrões de uso. Um início precoce do uso de drogas ilícitas provou estar relacionado com problemas com drogas (Anthony & Petronis, 1995; Robins & Przybeck, 1985).

As actividades preventivas têm incidido principalmente em jovens com idades compreendidas entre os 11 e os 13 anos visto ser nesta faixa etária que a maioria dos indivíduos têm o seu primeiro contacto com as drogas (Evans & Alade, 2000 cit in Morris, J., 2002). Contudo, é sabido que a idade de início do uso de substâncias tem vindo a diminuir ao longo das últimas décadas, principalmente entre populações consideradas de risco. A título de exemplo, a pesquisa demonstrou que nos EUA a idade de iniciação ao consumo de tabaco ocorre frequentemente antes dos 11 anos de idade (Balding, 1997; Kandel & Logan, 1984; Swachi, 1989 cit in Lloyd, 2000). Compreende-se assim que muitos dos programas de prevenção primária Americanos, possam estar desfasados. Também, através da utilização da técnica de desenhar-e-escrever⁽⁴⁾, Welton & McWhirter (1998) demonstraram que crianças com cinco anos possuem já alguns conhecimentos sobre drogas.

(4) A técnica de desenhar-e-escrever explora as concepções das crianças mais pequenas pedindo-lhes que elaborem desenhos ilustrativos de um determinado tema ou história. Os desenhos podem ser legendados e os pensamentos dos seus protagonistas podem ser incluídos, tal como se de uma banda desenhada se tratasse. Este método revelou que, surpreendentemente, as crianças pequenas apresentam visões claras sobre o que são as drogas, da aparência dos utilizadores e dos traficantes de droga e da forma como se comportam.

No entanto, alguma relutância em iniciar as actividades preventivas em idades muito precoces parece estar relacionada com o desejo de proteger até ao máximo possível a “inocência” das crianças evitando despoletar algum tipo de interesse por drogas que até ali não existia (Lloyd, 2000).

Existem ainda poucos programas de prevenção definidos para os primeiros anos do ensino básico. Menos ainda são os estudos de avaliação da sua eficácia. O projecto Charlie, desenvolvido e aplicado na Inglaterra, é um programa baseado principalmente no conceito de “competências de vida” que demonstrou ter um impacto significativo na diminuição do uso de tabaco e drogas (Hurry & Lloyd, 1997). Este programa, desenhado para ser aplicado a alunos com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos, inclui estratégias de treino de competências sociais para recusa de drogas, selecção de pares, tomada de decisão e resolução de problemas, aumento da auto-estima e uma componente informativa. Embora este projecto não tenha apresentado efeitos a longo prazo nos conhecimentos, quanto às atitudes sobre drogas, o impacto foi significativo. Também no follow-up efectuado 4 anos mais tarde, o consumo de tabaco e de drogas ilícitas demonstrou ser significativamente menor entre os alunos que frequentaram o projecto Charlie quando comparativamente aos do grupo controlo.

A maioria das intervenções preventivas realizadas em meio escolar tem sido destinada a todos os alunos, independentemente do seu nível individual de risco, sendo por isso designadas de intervenções universais. Alguns projectos nos EUA foram, contudo, desenvolvidos para serem aplicados em determinadas populações de alto-risco. No entanto, os seus resultados mostraram-se ambíguos (Lloyd, 2000).

Alguns estudos não encontraram quaisquer efeitos no uso de drogas (Hosteller & Fisher, 1997); outros relataram alguns efeitos positivos (Eggert et al., 1990, 1994, 1995; Weiss & Nicholson, 1998). É sabido que o enfoque em determinados indivíduos considerados de alto-risco pode ter um efeito pernicioso contribuindo para o aumento do seu comportamento de risco (ibidem).

Existem também limitações na aplicação de programas universais. Aqueles indivíduos que se encontram em maior risco de desenvolverem padrões de consumo de droga problemáticos, são igualmente aqueles que poderão ser menos influenciados com intervenções gerais, destinadas a toda a população. De forma inversa, tais intervenções poderão apresentar um maior impacto exactamente naqueles jovens onde o risco de envolvimento com drogas seja menos provável (Canning et al., 2004). No entanto isto não é por si só um argumento suficiente para que não se desenvolvam programas universais. Antes, é mais um alerta para que as reais potencialidades deste tipo de intervenções sejam consideradas.

Com efeito, é irrealista pensar que “mesmo os melhores programas de prevenção sejam capazes de controlar um problema social tão complexo como é o abuso de drogas” (Negreiros, 1999 pp. 39).

A evidência mostra que programas de prevenção universal que facilitam o desenvolvimento de competências sociais podem atrasar o início dos consumos (Coggans, 2003; Faggiano et al., 2005), no entanto, torna-se difícil de avaliar se este se traduz reduções efectivas e a longo prazo do uso de drogas

(Coggans, 2006). Não obstante, intervenções educativas sobre o uso de drogas poderão ter um impacto significativo noutros factores tais como no conhecimento e na compreensão do fenómeno e das substâncias. Também o desenvolvimento de competências sociais pode ser, em si mesmo, um fim válido mesmo que a diminuição do uso de drogas não seja substancial. De facto, muitas das competências de vida que são o enfoque dos principais programas preventivos são, pelo menos teoricamente, competências gerais que podem facultar aos indivíduos capacidades para lidarem com um sem número de situações ao longo das suas vidas. Os programas universais poderão mesmo ter um papel importante ao prevenirem uma escalada no uso de drogas ou a transição para formas mais arriscadas de uso (Coggans, 2006).

Embora a abordagem informativa não tenha demonstrado no passado um impacto significativo na diminuição dos consumos, uma das lições que emergem de estudos recentes é que a componente informativa parece ter, de facto, um papel potencial enquanto mediadora do uso de drogas. A diferença é que, através da conjugação dessa informação com abordagens baseadas no conceito de “competências de vida”, nos modelos de influência social, a par com a educação normativa, a informação é dada num contexto que, de algum modo, facilita o efeito mediador. Negreiros (2001) refere que a informação a incluir num programa de prevenção deva essencialmente: a) contribuir para a compreensão do complexo fenómeno do consumo de drogas e suas ramificações bio-psico-sociais; b) ser específica de cada substância; c) centrar-se nas reais consequências imediatas e a longo-prazo associadas ao uso de drogas; d) corrigir expectativas normativas; e) recorrer a métodos interactivos. Estes critérios de qualidade vêm de encontro aos factores já anteriormente identificados pelo National Institute of Drug Abuse (NIDA, 1997) susceptíveis de conferir às intervenções preventivas uma maior eficácia.

A potencialidade dos programas de prevenção universais na redução do uso de drogas pode não ter ainda atingido o máximo. No entanto, e mesmo tal ocorra, parece improvável que se verifiquem efeitos em larga escala. De facto, “a procura de uma panaceia para o problema das drogas tem feito com que muitas vezes se fixem expectativas demasiado elevadas para um mero programa de prevenção” (Negreiros, 1999 pp. 39).

2.4. Conclusões

A prevenção do uso e abuso de drogas registou nas últimas duas décadas avanços consideráveis. Muitos programas de intervenção universal, selectiva e indicada foram desenvolvidos para utilização em escolas, na família e na comunidade.

A maior parte da investigação tem sido conduzida na área da prevenção em meio escolar onde certos programas de elevada qualidade (Tobler & Stratton, 1997) provaram estar associados a reduções significativas no uso de drogas, apresentando efeitos que têm tendência a persistir durante algum tempo. As abordagens bem sucedidas são intensivas (Kumpher, 1997), interactivas (Kumpher, 1997; Tobler & Stratton, 1997), apostam no envolvimento dos pais, da escola e da comunidade (Pentz et al., 1989 cit in Llyod, 2000; Tobler & Stratton, 1997) e baseiam-se no conceito de “competências de vida” (Botvin et al., 1995; Kumpher, 1997; Cuijpers, 2002, 2003) e nos modelos de influência social (Cuijpers, 2002, 2003). No entanto, em termos globais, os efeitos dos programas preventivos são ainda reduzidos (Cuijpers, 2002) avizinhandos-se um forte desafio para que novas abordagens aumentem a tão desejada eficácia.

A maioria dos programas de prevenção do uso de drogas são universais e destinam-se a adolescentes entre os 11 e os 14 anos. Poucas intervenções têm sido conduzidas noutros grupos etários. No entanto, é sabido que na maioria dos casos, os problemas relacionados com as drogas desaparecem espontaneamente e apenas uma pequena percentagem de indivíduos continua a apresentar problemas relacionados com o uso de drogas para lá dos 24 anos (Cuijpers, 2003). Será seguramente útil examinar as características desses indivíduos e apostar no desenvolvimento de programas de prevenção mais intensos para jovens cujo risco de desenvolvimento de problemas relacionados com o uso de substâncias psicoactivas é notoriamente elevado.

A maior parte da pesquisa tem-se concentrado nos efeitos dos programas preventivos ao nível quer dos conhecimentos, quer do uso de drogas. Alguns estudos examinaram os efeitos dos programas preventivos quanto à sua capacidade de retardarem a idade de iniciação do uso de substâncias psicoactivas, mas poucos examinaram a possibilidade do programa poder reduzir o número de novos casos de uso problemático de drogas. Com efeito, não se sabe se o número de indivíduos que apresentam sérios problemas relacionados com o uso de drogas (de acordo com o critério de diagnóstico da DSM-IV) é significativamente reduzido através da implementação de programas preventivos (Cuijpers, 2003), o que é claramente um assunto importante numa perspectiva de saúde pública.

O desafio da prevenção é hoje “apostar num caminho que se opõe à maré, não de forma purista ou inocente, mas enquanto um processo que eduque para o consumo, isto é, que garanta que o indivíduo seja provido da capacidade para julgar, tomar decisões e se justificar e garantir a sua protecção face ao manancial de informação e produtos que todos os dias se lhe apresentam” (Melo,

2002 pp.24). O reconhecimento as virtualidades das estratégias preventivas e suas limitações, possibilitará mais ainda caminhar no sentido de otimizar as actividades preventivas por forma a que as expectativas, que se pretendem atingir com um dado programa preventivo, concorram de facto com as suas reais potencialidades. Como afirma Negreiros (1999), urge cada vez mais, superar o hiato entre a investigação e a prática.

CAPÍTULO III – ESTUDO EMPÍRICO.

3.1. Introdução

A relação entre o consumo de álcool, tabaco e drogas e a saúde humana foi alvo de intensa investigação ao longo do último século tendo originado um corpo de conhecimento científico que, embora esteja ainda em desenvolvimento, justifica intervenções de Saúde Pública consensuais.

A nível mundial, a correcta tomada de decisão na área da prevenção do uso e abuso de substâncias, especialmente nas camadas mais jovens, tem sido apontada enquanto matéria de importância acrescida para a melhoria da saúde e economia dos diferentes países (Flisher & Chalton, 1995; Madu & Matla, 2003).

O uso de substâncias psicoactivas capazes de alterar percepções, estados de espírito ou comportamentos é comum na adolescência. É precisamente nesta fase do desenvolvimento humano que se processa, regra geral, o primeiro contacto com as drogas (Negreiros, 2001; Matos, 2002; Frazão, 2003).

No espaço europeu, o consumo de substâncias e os problemas relacionados com o consumo de álcool e de tabaco constituem um problema social que assume cada vez mais importância já que estudos evidenciam uma tendência para o aumento do consumo de tabaco, álcool e drogas entre a população jovem (OEDT, 2006). Portugal segue o mesmo padrão. Simultaneamente, têm vindo a verificar-se alterações significativas nos hábitos de consumo com a introdução de novas drogas afectas a diferentes estilos de vida, como as chamadas “drogas de dança” associadas a contextos espaciais e temporais específicos.

Com este estudo pretende-se, assim, contribuir para a definição da natureza, extensão e características do uso de tabaco, álcool e outras drogas na população estudantil das Escolas Secundária/3 de Alfena e Secundária/3 de Ermesinde, ambas pertencentes ao Conselho de Valongo, procurando-se, simultaneamente, o estabelecimento de comparações com dados disponíveis a nível nacional e europeu.

Embora limítrofes, estas duas escolas encerram realidades distintas: a primeira insere-se num meio semi-urbano enquanto que a segunda é de cariz urbano. Deste modo, será também objectivo deste trabalho procurar compreender se as diferentes realidades, atrás descritas, se repercutem de forma significativa na natureza, extensão e características dos consumos. Objectiva-se ainda explorar a importância de algumas dimensões como a família, os pares e as actividades lúdicas, num fenómeno complexo e multidimensional como é o do consumo de drogas.

O presente estudo baseia-se numa abordagem epidemiológica, sendo a epidemiologia “o estudo da ocorrência, da distribuição dos acontecimentos, problemas e estados de saúde em populações especificadas e dos seus factores determinantes, bem como a aplicação deste estudo ao controlo dos problemas de saúde” (Last, 1998 cit in Dias, 2004 pp.9). Trata-se de uma análise centrada na “descrição do problema do ponto de vista da prevalência, padrões de consumo e consequências sociais e para a saúde, sua natureza e significado” (Negreiros, 2001 pp.12). O conhecimento epidemiológico assim obtido permite justificar a escolha das variáveis sobre as quais devem incidir as actividades de prevenção e de promoção de estilos de vida saudáveis.

Os dados recolhidos serão, deste modo, importantes para o futuro desenvolvimento de estratégias preventivas e terapêuticas eficazes, adequadas à realidade dos jovens que habitam esta área.

3.2. Metodologia

Seguidamente apresentar-se-á uma descrição sumária dos procedimentos metodológicos utilizados nesta investigação por forma a fornecer um enquadramento geral da estratégia de investigação e dos procedimentos utilizados.

3.2.1. Instrumento

Este estudo adopta uma metodologia quantitativa em que o inquérito por questionário se assume enquanto técnica principal (Cf. Anexo A).

Em termos operacionais, optou-se pela adopção de um instrumento já construído e testado noutras investigações empíricas por Negreiros (1995, 2001). Este instrumento foi elaborado no âmbito de um estudo epidemiológico que visou fazer uma aproximação ao uso/abuso de drogas centrada na descrição do problema do ponto de vista da prevalência, padrões de consumo e consequências sociais para a saúde, sua natureza e significado junto da população adolescente do concelho de Matosinhos.

O recurso a este instrumento permitiu, assim, assegurar de um bom grau de segurança face à qualidade do instrumento quer a comparação dos resultados obtidos nesta população com os anteriormente registados por Negreiros.

O objectivo geral de efectuar um levantamento dos padrões de consumo de tabaco/álcool e drogas na população estudantil das escolas Secundária/3 de Alfena e Secundária/3 de Ermesinde desdobra-se em dois níveis que, embora distintos se complementam. Assim, pretende-se efectuar o

levantamento e caracterização dos hábitos de consumo dos adolescentes que frequentam os referidos estabelecimentos de ensino, procurando, simultaneamente, compreender e explicar estes hábitos.

Em termos gerais, são objectivos específicos do primeiro nível, identificar o nível de conhecimento dos adolescentes sobre os diferentes tipos de drogas, a idade média do início dos consumos, o tipo de drogas de iniciação mais frequentes e as mais consumidas. No segundo nível, os objectivos estabelecidos prendem-se com a procura de relações entre as diferentes variáveis com capacidade explicativa face ao consumo. É dada particular importância à procura de relações entre as variáveis relativas aos pares, pertença a grupos, família, sucesso escolar e o consumo de drogas (Cf. Anexo B).

3.2.2. Estudo piloto

Não foi efectuado um pré-teste ao questionário utilizado dado ter sido já previamente testado e aplicado por Negreiros (2001), não tendo sido detectados, por este autor, problemas significativos face à congruência da construção, sequência e clareza das questões que o compõem.

3.2.3. Procedimentos

Numa primeira fase, procedeu-se ao contacto com os estabelecimentos de ensino seleccionados tendo sido solicitada autorização, aos respectivos órgãos de gestão, para a realização do estudo. Conferida a permissão e efectuada a selecção das turmas, foram enviados para os Encarregados de Educação dos diferentes alunos, pedidos de autorização para a participação do/s seu/s educando/s no estudo (Cf. Anexo C).

Nas datas previamente acordadas com as escolas foi feita a administração dos questionários num formato de auto-preenchimento, em contexto de aula. Sempre que possível, a distribuição dos questionários foi efectuada por pessoas não ligadas à escola, no entanto, quando tal não foi viável, recorreu-se à colaboração dos professores.

Antes da administração dos questionários, foi feita a descrição da natureza e objectivo do estudo. Os alunos foram informados de que iriam participar numa investigação sobre padrões de consumo de tabaco, álcool e drogas, salientando-se que os dados recolhidos visavam obter um melhor conhecimento das necessidades e problemas dos jovens.

O carácter confidencial e anónimo dos dados foi sublinhado bem como a importância da objectividade e rigor nas respostas para o interesse efectivo dos resultados. Os participantes foram encorajados a trabalhar individualmente, de forma tranquila e honesta. Qualquer dúvida sobre a interpretação de itens específicos foi esclarecida, pela investigadora, parafraseando o item.

Os questionários demoraram cerca de 45 minutos a completar. No final, após a recolha dos inquéritos, agradecia-se a colaboração dos intervenientes.

3.2.4. Métodos estatísticos.

O tratamento estatístico dos dados foi efectuado com a utilização do programa de estatística SPSS.

3.2.5. Selecção e características da amostra

Foram seleccionadas para o estudo duas escolas públicas do concelho de Valongo classificadas em dois estratos distintos: semi-urbano (Escola Secundária/3 de Alfena) e urbano (Escola Secundária/3 de Ermesinde). As escolas distam entre si poucos km de distância (~ 5 km).

A Escola Secundária/3 de Alfena, inaugurada a 15 de Setembro de 2003, insere-se numa zona periférica e escassamente povoada da Vila de Alfena, no lugar de Lombelho.

A Vila de Alfena é a mais setentrional do concelho de Valongo, confortando-se com os vizinhos municípios de Santo Tirso, a nordeste, e Maia, a noroeste. As principais actividades económicas praticadas em Alfena são o comércio, agricultura, pecuária e avicultura. As que ocupam a maior parte da actividade são o comércio e a agricultura que, nesta região, assume bastante importância. Uma importante percentagem da população residente trabalha na região.

A ES/3 de Alfena funciona unicamente em regime diurno e acolhe, quase na totalidade, estudantes pertencentes à Vila de Alfena. Encontram-se a frequentar esta escola apenas 402 alunos, facto este que justificou a selecção de todas as turmas deste estabelecimento de ensino.

A Escola Secundária/3 de Ermesinde, inaugurada em 1989, insere-se na freguesia de Ermesinde, cidade de Ermesinde.

A cidade de Ermesinde funciona como uma cidade satélite da cidade do Porto. É aí que uma significativa percentagem da sua população exerce funções profissionais. Actualmente, o tecido empresarial cobre sectores como a construção civil, confecções, artes gráficas, carpintaria, candeeiros, plásticos, metalomecânica, entre outros.

A ES/3 de Ermesinde funciona em regime diurno e nocturno e acolhe alunos principalmente da freguesia sede mas também de outras freguesias dos concelhos de Valongo, Maia, Santo Tirso, Gondomar e, em muito menor número, de Penafiel e Paredes. Possui um total de 1746 alunos em regime diurno, distribuídos por 76 turmas. Assim, optou-se nesta escola por seleccionar aleatoriamente, três turmas, do regime diurno, por cada ano de escolaridade, do 7º ao 12º ano.

Foi distribuído um total de 785 questionários, contudo, apenas 658 foram considerados válidos para o presente estudo.

3.2.6. Participantes

No total a amostra é constituída por 658 alunos que se encontram a frequentar, no ano lectivo de 2006/2007, o 7º ao 12º ano de escolaridade nas escolas seleccionadas: 307 da Escola Secundária/3 de Alfena e 351 da Escola Secundária/3 de Ermesinde. Destes, 46% são do sexo masculino e 54% são do sexo feminino.

A percentagem de alunos que se encontra a frequentar os diferentes anos de escolaridade varia entre os 21,1% para o 7º ano e os 13,5% para o 12º ano. Assim, 21,1% dos alunos frequenta o 7º ano, 17,5% frequenta o 8º ano, 18,1% frequenta o 9º ano, 15,5% frequenta o 10º ano, 14,3% frequenta o 11º ano e 13,5% são alunos do 12º ano de escolaridade.

Na figura 3.1. encontra-se representada, para cada escola e total da amostra, a distribuição dos alunos que a integram, por ano de escolaridade e sexo.

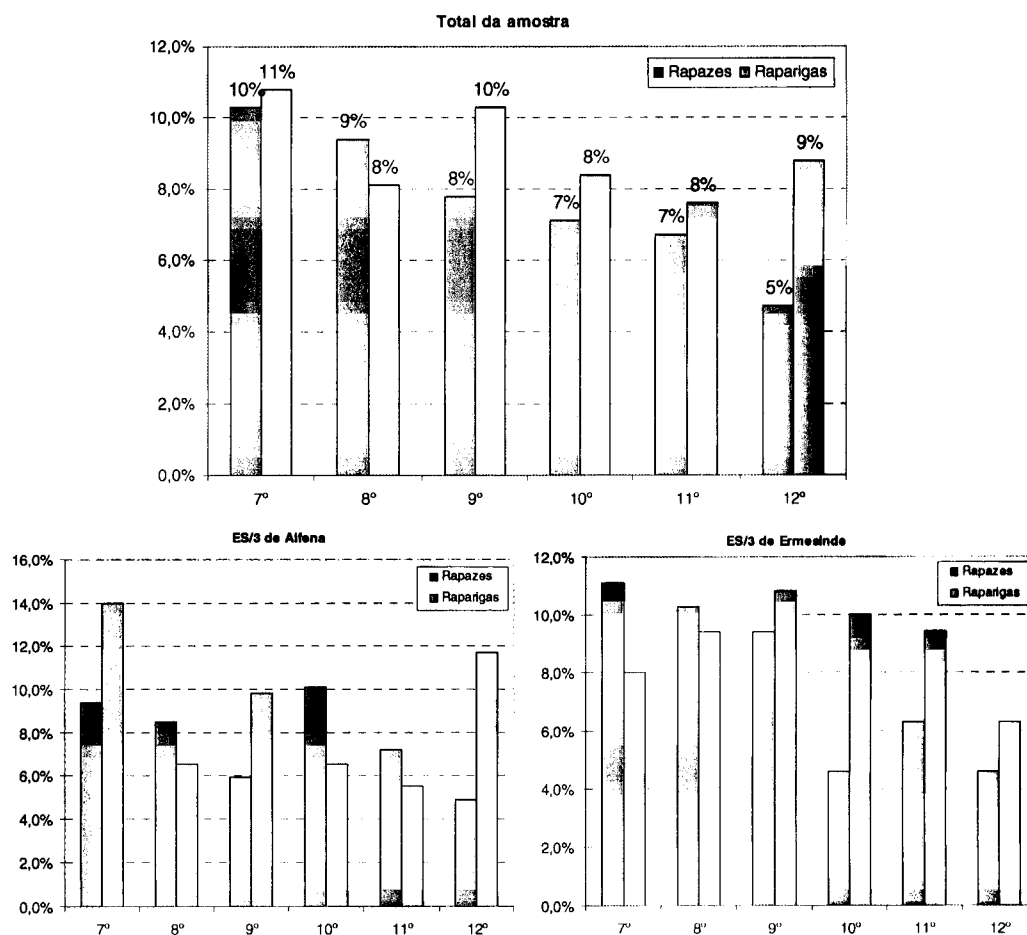


Figura 1.1. Distribuição da amostra por sexo e ano de escolaridade – Total da amostra e por escola (%).

Verifica-se que no total da amostra, a percentagem de rapazes e de raparigas que integra os diferentes anos de escolaridade é aproximadamente idêntica. A exceção ocorre no 12º ano, onde é visível uma frequência claramente superior de indivíduos do sexo feminino relativamente aos do sexo masculino (8,8% vs. 4,7%). A Escola Secundária/3 de Alfena apresenta, neste caso, a maior disparidade.

A idade dos sujeitos inquiridos varia entre os 12 e os 21 anos de idade, sendo que a média das idades dos alunos que constituem a amostra é de 14,67 anos (D. P. = 1.89).

A análise à constituição da amostra revelou uma distribuição quase idêntica entre os géneros uma vez que não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre rapazes e raparigas no que diz respeito à média de idades. Para os indivíduos do sexo masculino a média de idades é de 14,53 e para os sujeitos do sexo feminino é de 14,79. ($t = -1,76$; $p = 0,079$). A distribuição da média de idades em função do sexo e ano de escolaridade encontra-se registada na tabela 3.1.

	Rapazes	Raparigas
7º ano	12,5	12,4
8º ano	13,5	13,3
9º ano	14,3	14,2
10º ano	15,4	15,6
11º ano	16,6	16,7
12º ano	17,2	17,4

Tabela 3.1. Média de idades por ano de escolaridade e sexo.

A tabela 3.2. apresenta, de forma sumária, diferentes informações sobre as características sócio-demográficas no total da amostra e por escola.

Características sócio-demográficas	Total da amostra	ES/3 de Alfena	ES/3 de Ermesinde
Sexo (% da amostra)			
Masculino	46,1	45,9	46,1
Feminino	53,9	54,1	53,9
Idade			
Média	14,7	14,8	14,6
Desvio-padrão	1,9	1,9	1,9
Rendimento escolar (% da amostra)			
Nunca reprovou	74,5	73,3	75,5
Reprovou uma vez	17,5	17,6	17,4
Reprovou mais do que uma vez	8,1	9,1	7,1
Situação conjugal dos pais (% da amostra)			
Juntos	84,1	85,2	83,1
Separados (morte e /ou divórcio)	15,9	14,8	16,9
Nível de escolaridade do pai (% da amostra)			
Sem instrução	0,2	0,3	0,0
Não completou o 1º ciclo	2,8	3,6	2,0
Completou o 1º ciclo	27,1	38,9	16,7
Completou o 6º ano	15,7	18,8	13,0
Completou o 9º ano	18,6	14,9	21,9
Completou o 12º ano	17,5	13,9	20,7
Completou um curso médio	3,2	2,3	4,0
Completou um curso superior	11,5	3,0	19,0
Nível de escolaridade da mãe (% da amostra)			
Sem instrução	0,2	0,3	0,0
Não completou o 1º ciclo	4,8	6,3	3,4
Completou o 1º ciclo	23,8	31,9	16,7
Completou o 6º ano	21,0	28,3	14,7
Completou o 9º ano	15,8	15,8	15,8
Completou o 12º ano	13,7	8,6	18,1
Completou um curso médio	2,5	1,6	3,2
Completou um curso superior	16,7	5,6	26,4

Tabela 3.2. Características sócio-demográficas da amostra total e por escola (%).

É de realçar o baixo nível de escolaridade dos pais dos alunos que frequentam a Escola Secundária/3 de Alfena onde 76,5% dos pais e 82,6% das mães apresentam escolaridade igual ou inferior ao ensino básico (9º ano). De realçar ainda, para a mesma escola, a elevada percentagem de progenitores (38,9% dos pais e 31,9% das mães) que apresentam como habilitação máxima a conclusão do primeiro ciclo do ensino básico.

Já no que se refere à escola Secundária/3 de Ermesinde, verifica-se que cerca de metade dos pais apresentam escolaridade superior ao ensino básico tendo mesmo 19% dos pais e 26,4% das mães completado um curso superior.

É de salientar o facto de, em ambas as escolas, a percentagem de mães com um curso superior ser mais elevada do que a dos pais. Este dado está, aliás, de acordo com a tendência que se vem

manifestando ao nível do sistema de ensino superior português, expressa na existência de um número bastante mais elevado de indivíduos do sexo feminino, comparativamente aos do sexo masculino, a frequentá-lo.

No que diz respeito ao desempenho escolar dos alunos, a análise da tabela 3.3. permite verificar que a reprovação parece afectar de forma idêntica ambos os géneros. Não se registam diferenças significativas entre escolas no referente às taxas de reprovação.

Quando se comparam estes dados com a avaliação subjectiva que os jovens fazem acerca das suas notas escolares é possível verificar que os alunos têm uma percepção medíocre do seu desempenho. Com efeito, 31% do total dos sujeitos inquiridos considera que as suas notas são más enquanto 9,4% as percebe muito más. A maioria dos alunos (52,6%) tende a considerar que o seu desempenho escolar é razoável, enquanto que o conjunto dos alunos que consideram ter um desempenho escolar bom ou muito bom é de apenas 6,7%.

Reprovações			Rapazes	Raparigas
(ES/3 de Alfena)	Nenhuma	Frequência	96	129
		% Género	68,1%	77,7%
	Uma	Frequência	28	26
		% Género	19,9%	15,7%
	Mais que uma	Frequência	17	11
		% Género	12,1%	6,6%
(ES/3 de Ermesinde)	Nenhuma	Frequência	126	139
		% Género	77,8%	73,5%
	Uma	Frequência	24	37
		% Género	14,8%	19,6%
	Mais que uma	Frequência	12	13
		% Género	7,4%	6,9%
Total da amostra	Nenhuma	Frequência	222	268
		% Género	33,7%	40,7%
	Uma	Frequência	52	63
		% Género	7,9%	9,6%
	Mais que uma	Frequência	29	24
		% Género	4,4%	3,6%

Tabela 3.3. Distribuição dos jovens face à reprovação escolar.

3.3. Resultados

3.3.1. Consumo de Tabaco.

Os dados recolhidos sobre o comportamento tabágico dos jovens que participaram neste estudo revelam uma prevalência ao longo da vida de consumo de tabaco de 38,5%. Ao nível do 3º Ciclo do Ensino Básico, a PLV é de 27,9% enquanto no Ensino Secundário é de 52,3%. De notar que estes valores de PLV são claramente inferiores aos obtidos no último INME (2001), para ambos os níveis de ensino (48%, na região de Valongo para o 3º Ciclo do Ensino Básico, e 70%, a nível nacional para o Ensino Secundário). O valor da PLV global encontra-se também abaixo do registado por Negreiros (2001) nas escolas básicas e secundárias do concelho de Matosinhos (47%).

A estimativa mais próxima de um consumo habitual pode ser obtida através do indicador epidemiológico prevalência nos últimos 30 dias. Assim, constata-se que 9% dos alunos inquiridos consumiram tabaco no último mês à realização do estudo. Note-se que este resultado é, uma vez mais, inferior ao obtido por Negreiros no estudo de 2001 (i.e. 22%).

Relativamente ao nível de ensino, a P30D para os alunos do Ensino Básico é de 5,9% enquanto que para o Ensino Secundário é de, aproximadamente, 13%. A comparação destes valores com os obtidos no último INME (2001) que, a nível nacional, foram de 33% para o Ensino Secundário e de 14%, no concelho de Valongo, para o Ensino Básico, permite constatar que o consumo regular de tabaco nas escolas em estudo está significativamente abaixo do registado a nível nacional.

Nos gráficos seguintes encontram-se representados os valores das Prevalências ao Longo da Vida (PLV) e nos Últimos 30 Dias (P30D), por grau de escolaridade, no total e por género (Figura 3.2 e Figura 3.3).

A análise das percentagens obtidas pelos rapazes e pelas raparigas no indicador de experiência de consumo e no indicador de consumo actual revela, no primeiro caso, taxas de consumo superiores para os alunos do sexo feminino e, no segundo caso, mais elevadas para os alunos do sexo masculino. Com efeito, 37% dos rapazes da amostra já consumiram tabaco versus 39,8% das raparigas. Contudo, quando analisados os consumos nos últimos trinta dias, 10,6% dos rapazes afirmam ter fumado versus 7,6% das raparigas.

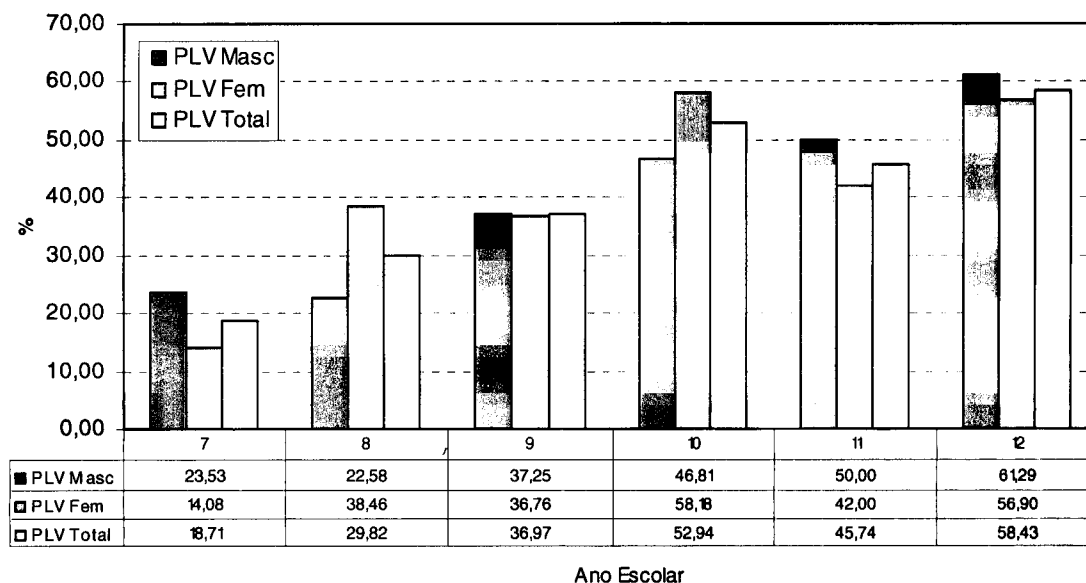


Figura 3.2. Prevalências ao longo da vida – PLV (%) de tabaco por ano de escolaridade – Total e por género.

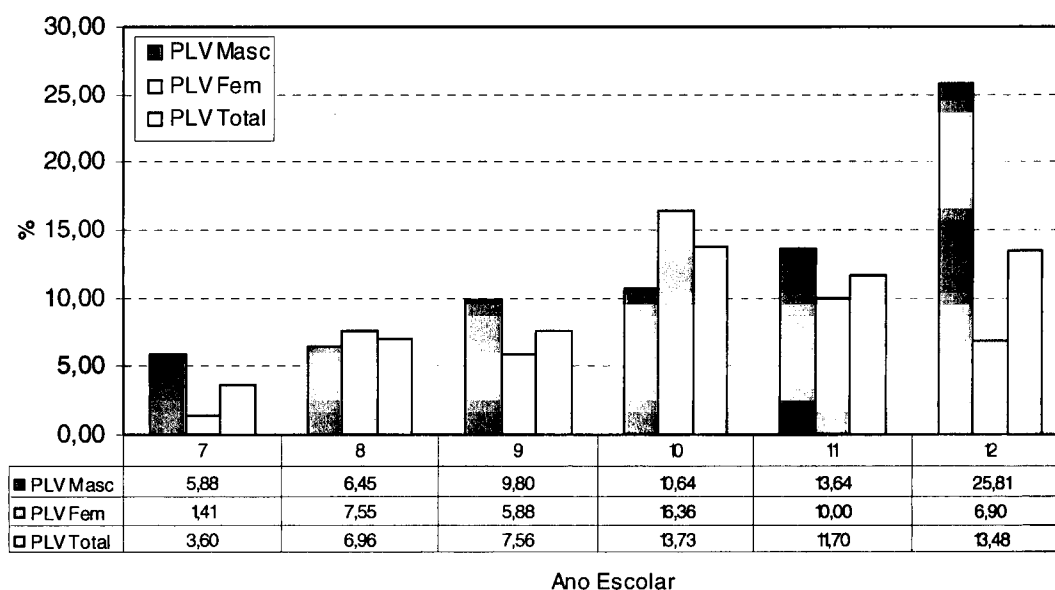


Figura 3.3. Prevalências nos últimos 30 dias – P30D (%) de tabaco por ano de escolaridade – Total e por género.

Considerando agora os valores de PLV e P30D por escola, ano de escolaridade e por género (Figura 3.4) constata-se que, na escola de Alfena, as raparigas apresentam uma experiência de consumo de tabaco superior à dos rapazes. A excepção dá-se nos 7º e 11º anos onde a prevalência ao longo da vida assume um valor superior para os indivíduos do sexo masculino.

Em contrapartida, quando analisadas as prevalências nos últimos trinta dias, para a mesma escola, verifica-se que são agora os rapazes, à excepção dos 9º e 10º anos, que apresentam consumos de tabaco mais regulares.

Relativamente à escola de Ermesinde ambos os indicadores epidemiológicos apontam para um número superior de consumos por parte dos rapazes. As exceções ocorrem nos 8º e 11º anos onde as taxas de consumo são mais elevadas para as raparigas.

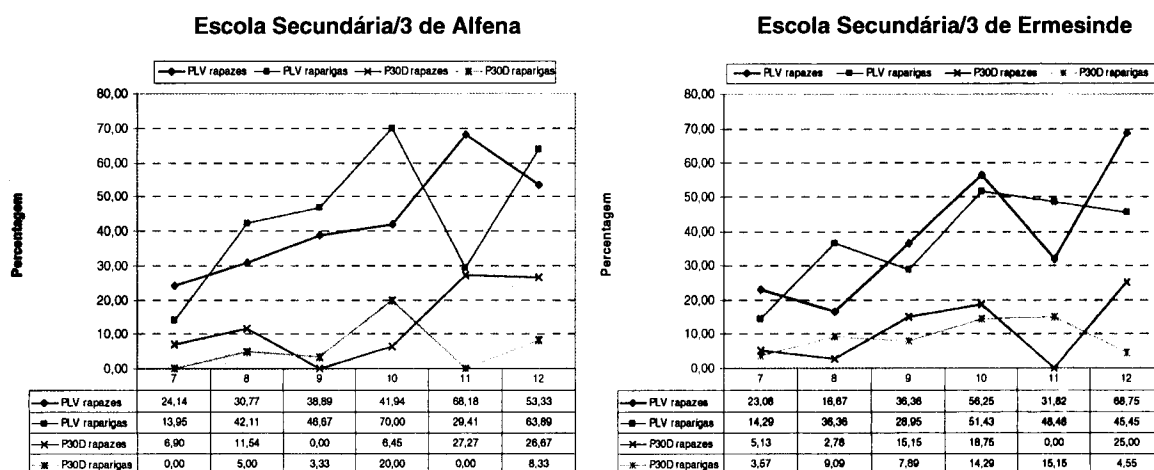


Figura 3.4. Consumo por ano de escolaridade e por género – PLV (%) e P30D (%) em cada uma das escolas.

É de salientar a elevada taxa de consumo regular de tabaco revelada pelas raparigas que frequentam o 10º ano na Escola Secundária/3 de Alfena comparativamente à dos rapazes (20% vs. 6,5%). Este resultado é, no entanto, inferior ao obtido no estudo a nível nacional ESPAD (2003), que foi de 27% para as raparigas e 28% para os rapazes.

A análise dos dados relativos às taxas de prevalência nos últimos trinta dias do total da amostra, em função do ano de escolaridade (Figura 3.5.) revela um aumento acentuado do consumo de tabaco, do 7º ao 10º ano de escolaridade seguido de uma estabilização até ao 12º ano.

Os valores encontrados para os diferentes anos escolares (3,6%, 7%, 7,6%, 13,7%, 11,7%, 13,5%) são, uma vez mais, inferiores aos registados por Negreiros em 2001 para as escolas do Concelho de Matosinhos (13,9%, 18,4%, 25,5%, 27,6%, 28,4%).

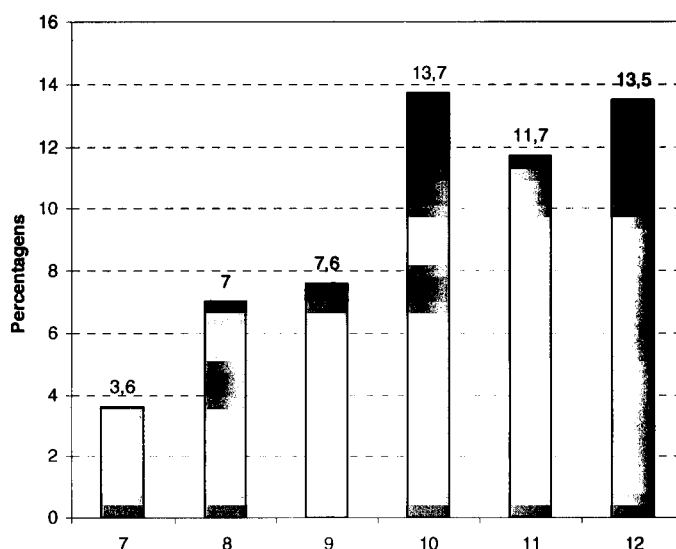


Figura 3.5. Prevalência ao longo dos últimos 30 dias do consumo de tabaco por ano de escolaridade – Total da amostra (%).

A análise dos dados relativos à frequência de consumo de tabaco, permite constatar que 72,5 % dos rapazes e 85,9% das raparigas do 7º ano, e 38,7 % dos rapazes e 43,1 % das raparigas a frequentar o 12º ano nunca fumaram. Em contrapartida, 1,5% dos rapazes e 0,0% das raparigas do 7º ano e 12,9% dos rapazes e 5,2% das raparigas do 12º ano já tinham fumado 40 ou mais vezes ao longo da vida.

Os gráficos seguintes apresentam a dimensão do consumo, por ano de escolaridade e por género (Figuras 3.6. e 3.7).

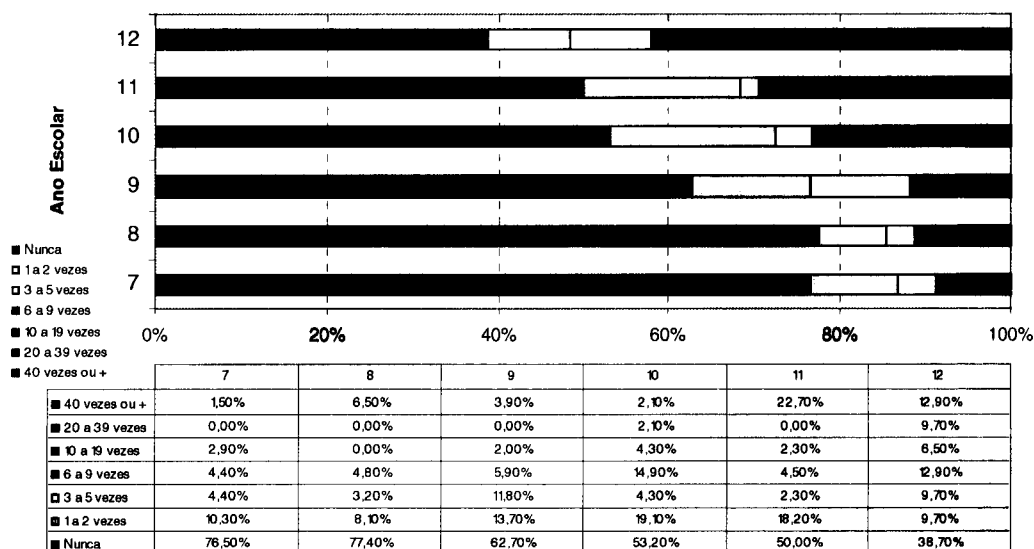


Figura 3.6. Dimensão do consumo por ano de escolaridade – Rapazes. Frequência ao longo da vida (%).

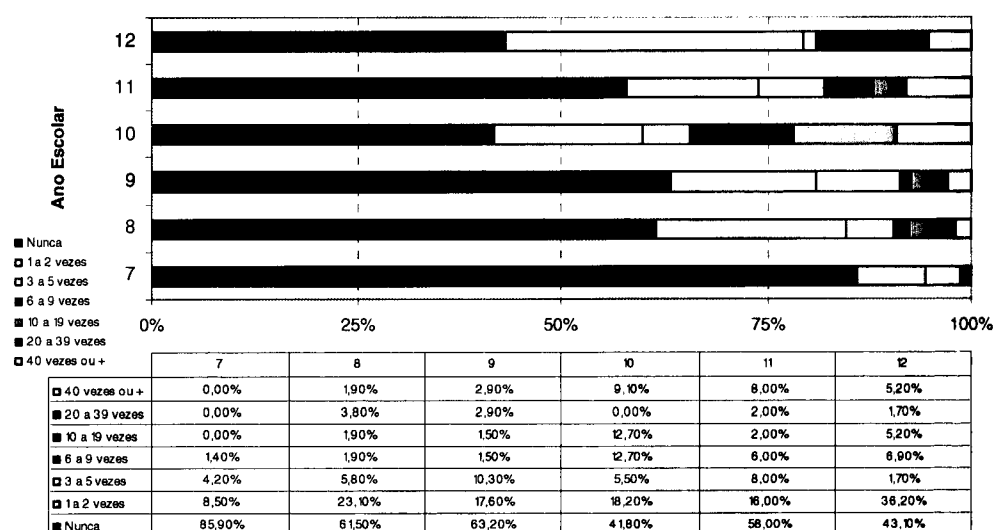


Figura 3.7. Dimensão do consumo por ano de escolaridade – Raparigas. Frequência ao longo da vida (%).

De referir que, no que se refere à dimensão dos consumos, todos valores encontrados no presente estudo são inferiores aos registados a nível do ESPAD (2003).

A análise da intensidade de consumo de tabaco nos últimos 30 dias permite ainda constatar que apenas 3,7% dos estudantes apresentam hábitos diários de consumo. Destes, 2,7% são do sexo masculino e 1,1% são do sexo feminino.

Os gráficos seguintes mostram a intensidade nos últimos 30 dias do consumo de tabaco em função do ano de escolaridade e do género (Figuras 3.8 e 3.9).

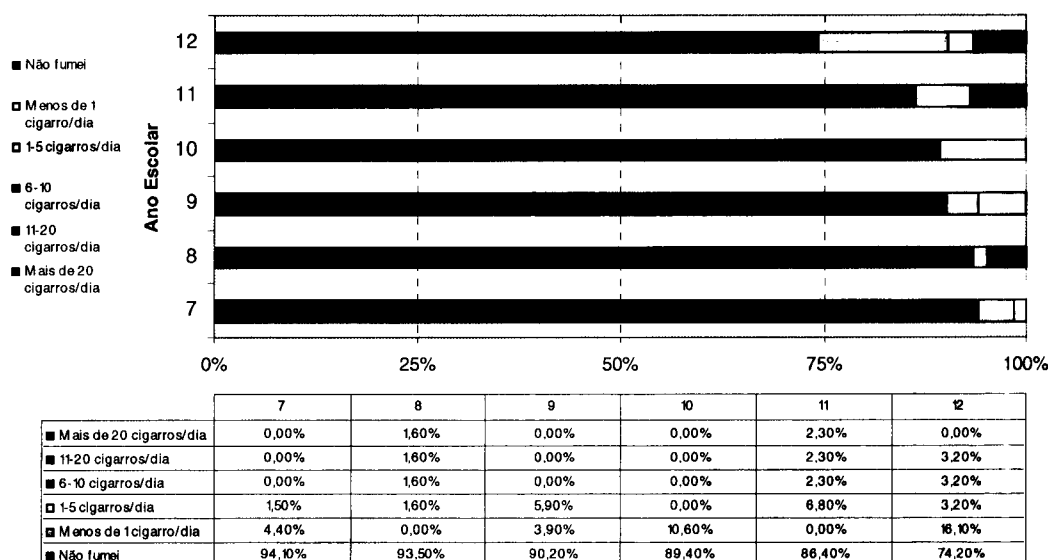


Figura 3.8. Intensidade do consumo de tabaco nos últimos 30 dias por ano de escolaridade – Rapazes.

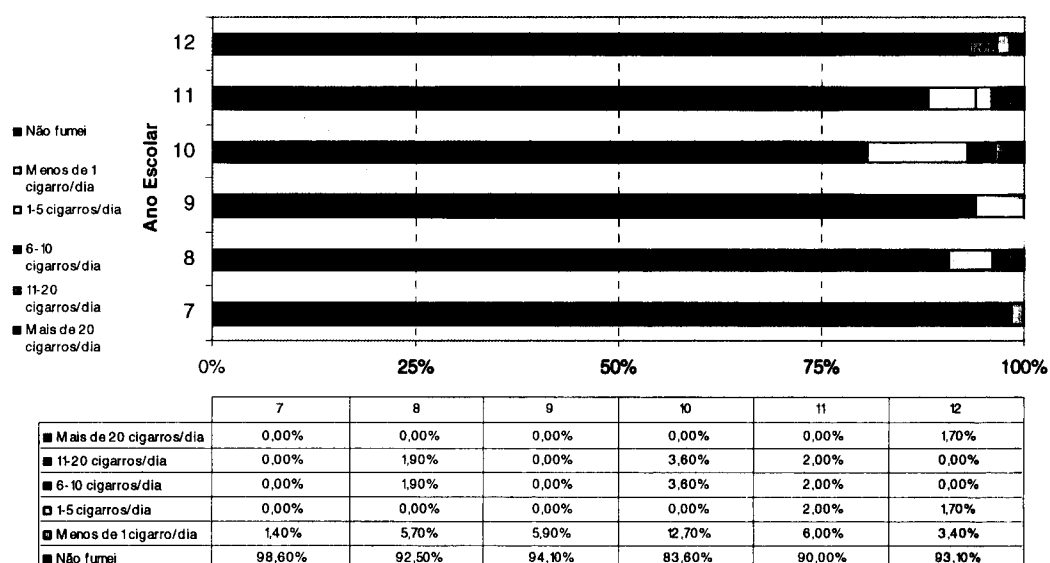


Figura 3.9. Intensidade do consumo de tabaco nos últimos 30 dias por ano de escolaridade – Raparigas.

Verifica-se que nos últimos 30 dias, 94,1% dos rapazes vs. 98,6% das raparigas a frequentar o 7º ano e 74,2% dos rapazes vs. 93,1% das raparigas do 12º ano não tinham fumado. Pelo contrário, 1,5% dos rapazes versus. 0,0% das raparigas do 7º ano e 9,6% dos rapazes versus 3,4% das raparigas do 12º ano fumavam habitualmente (pelo menos um cigarro por dia).

Estes valores são significativamente inferiores aos obtidos a nível nacional pelo estudo do ECATD (2003) onde, para o 7º ano, foram registados consumos habituais em 2% dos rapazes e 3% das raparigas e, para o 12º ano, em 26% dos rapazes versus 23% das raparigas.

Na amostra total constata-se que, para a maioria dos alunos, o primeiro cigarro foi fumado antes dos 13 anos (Figura 3.10). O pico da iniciação ocorre aos 12 anos, independentemente do género.

Este padrão não se repete, no entanto, quando analisados os dados relativos à idade de início do consumo regular de tabaco (Figura 3.11). Com efeito, embora ambos os sexos tendam a situar o início do consumo diário de tabaco predominantemente entre os 11 e os 14 anos, aos 14 anos 88,2% das raparigas já fumava habitualmente enquanto que apenas 64% dos rapazes o fazia. Note-se a percentagem elevada de rapazes (28%) que inicia o consumo regular de tabaco aos 15 anos.

Conclui-se assim que as raparigas, relativamente aos rapazes, assumem um padrão de consumo regular de tabaco mais precoce.

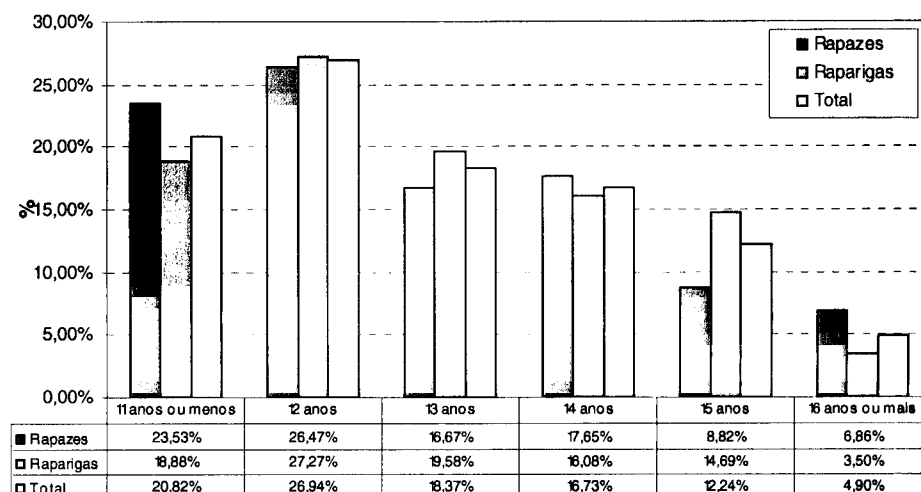


Figura 3.10. Idade em que foi consumido o primeiro cigarro (%) – Total e por género.

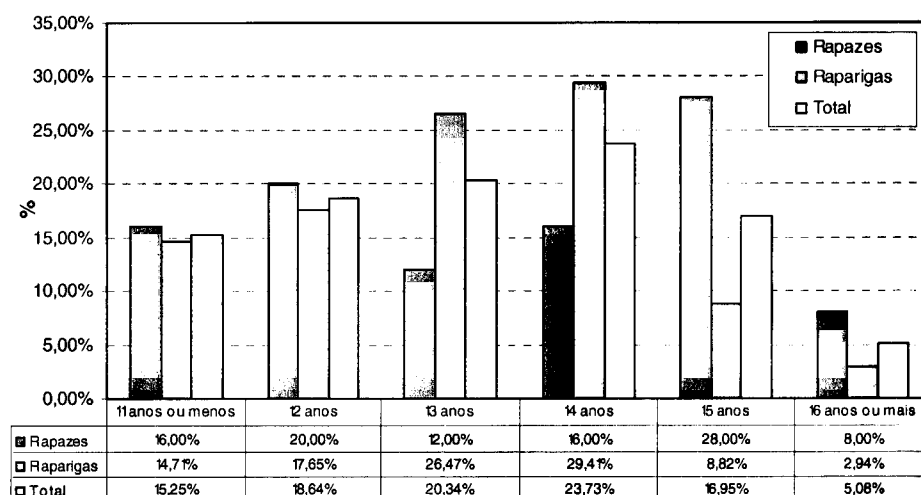


Figura 3.11. Idade em que foi iniciado um consumo regular de tabaco (%) – Total e por género.

A análise da primeira experiência de consumo revela que esta parece acontecer, maioritariamente, na companhia de amigos, sendo esta a situação referida por 77% dos rapazes e 76% das raparigas. Com muito menor relevo, surgem depois as situações em que esta experiência se deu sozinha, com familiares ou com o namorado/a (Figura 3.12.).

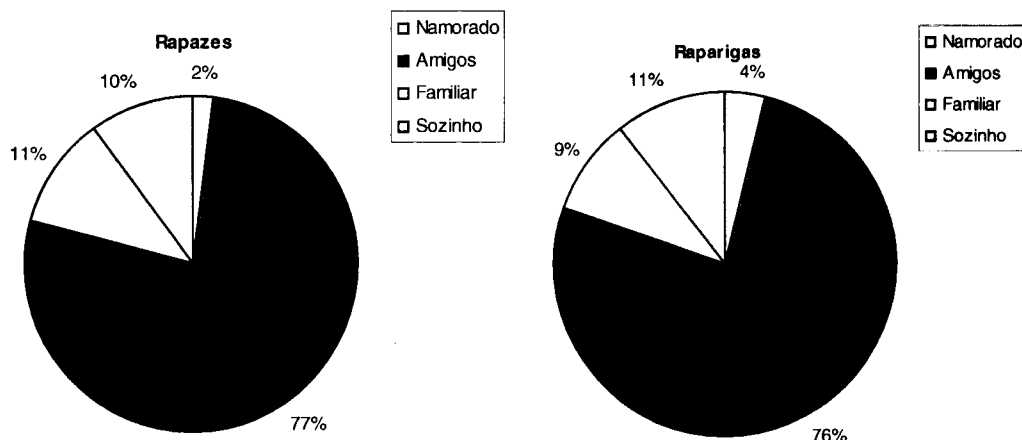


Figura 3.12. Contextos de iniciação ao consumo de tabaco (%).

Este facto parece indicar que, efectivamente, o grupo de pares assume elevada importância no primeiro contacto com esta substância.

3.3.2. Consumo de álcool.

A análise ao consumo de álcool revelou que esta é a substância lícita preferencialmente consumida por estes alunos. Com efeito, cerca de 71,5% já experimentaram pelo menos uma bebida alcoólica ao longo da vida. Registe-se que este valor é superior aos registados por Negreiros, em 1995 e 2001, em escolas do concelho de Matosinhos (47% e 61%). Comparativamente ao estudo a nível nacional (ESPAD, 2003) este valor é, no entanto, inferior (71,5% vs. 78,2%).

Ao nível do 3º Ciclo do Ensino Básico, a PLV do consumo de álcool foi de 58,3% enquanto no Ensino Secundário foi de 88,7%. Verifica-se assim que, para o ensino básico, o valor registado neste estudo é muito próximo do encontrado na região de Valongo pelo Inquérito Nacional em Meio Escolar (INME) de 2001 (62%). Do mesmo modo, para o ensino secundário, as diferenças entre as percentagens nacionais e as obtidas neste estudo são reduzidas (91% vs. 88,7%).

A Figura 3.13 mostra os valores das Prevalências ao Longo da Vida (PLV) do consumo de álcool, por grau de escolaridade, no total e por género.

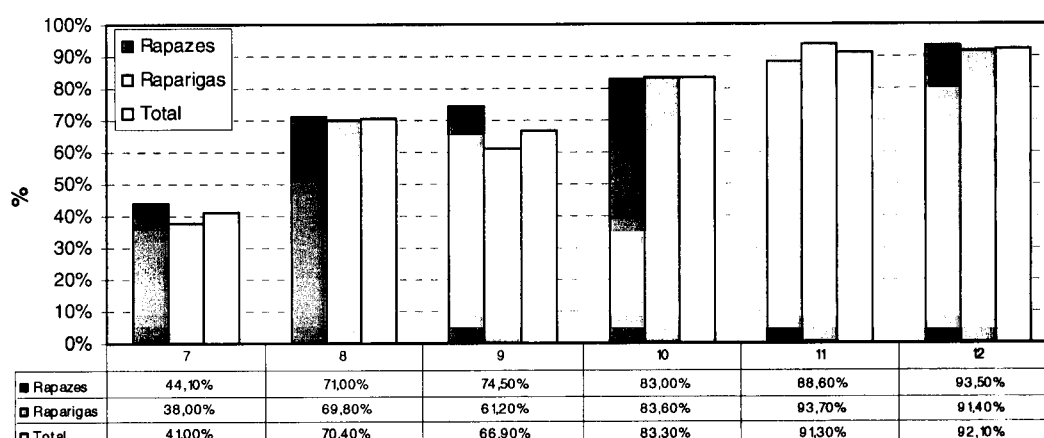


Figura 3.13. Prevalências ao longo da vida – PLV (%) de álcool por ano de escolaridade – Total e por género.

Verifica-se uma tendência consistente para um aumento do número de alunos que consumiram bebidas alcoólicas ao longo da vida à medida que se avança na escolaridade.

As diferenças entre as percentagens de rapazes e de raparigas que já experimentaram bebidas alcoólicas são baixas em qualquer dos anos de escolaridade.

Globalmente, os valores médios das prevalências nos últimos 12 meses de consumo de álcool foram de 59,4%.

A análise da prevalência nos últimos 30 dias revela que 39,7% dos alunos inquiridos consumiram qualquer bebida alcoólica no último mês antes da realização do estudo.

Relativamente ao nível de ensino, a P30D do consumo de álcool para os alunos do Ensino Básico foi de 29,1% enquanto que, para o Ensino Secundário foi de aproximadamente 53,5%. Estes valores são também superiores aos registados no INME (2001) que, a nível nacional, foram de 45% para o Ensino Secundário e de 22%, no concelho de Valongo, para o Ensino Básico.

O gráfico seguinte mostra os valores das prevalências nos últimos 30 dias (P30D), por grau de escolaridade, no total e por género. Examinando a prevalência do consumo de álcool em função do ano de escolaridade, verifica-se uma tendência para o aumento do número de alunos que ingeriu bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias à medida que se avança na escolaridade (Figura 3.14). Assim, a percentagem de adolescentes que consumiram bebidas alcoólicas no último mês é de 22,3% no 7º ano de escolaridade; 28,7% no 8º ano; 37,6% no 9º ano; 50% no 10º ano; 60,2% no 11º ano. Note-se que, no 12º ano esta percentagem diminui o que pode indiciar uma possível tendência de estabilização.

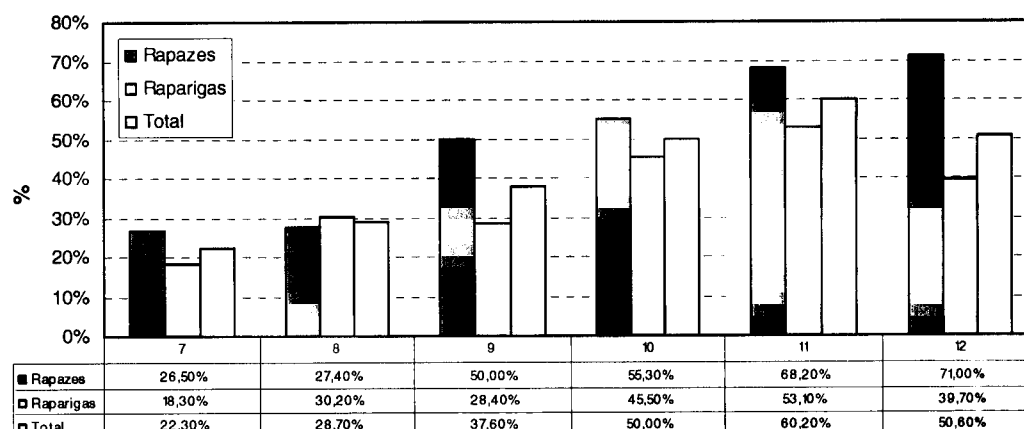


Figura 3.14. Prevalências nos últimos 30 dias – P30D (%) de álcool por ano de escolaridade – Total e por género.

Comparativamente aos valores obtidos por Negreiros em 2001, verifica-se que, contrariamente ao registado para o tabaco, os resultados obtidos neste estudo são superiores para todos os anos de escolaridade. No entanto, quando comparados os resultados deste estudo com os obtidos pelo ECATD (2003), verifica-se que os mesmos estão ainda abaixo dos valores registados no estudo a nível nacional.

Relativamente ao género, as diferenças entre as percentagens de rapazes e raparigas com consumos neste período de tempo tornam-se evidentes a partir do 9º ano de escolaridade com os rapazes a registar consumos superiores.

Considerando agora os valores de PLV e P30D por escola, ano de escolaridade e por género (Figura 3.15.) constata-se que, para a escola de Alfena, não existem diferenças significativas quanto ao sexo no que se refere à experiência de consumo de álcool. Contudo, o consumo regular desta substância é claramente superior nos indivíduos do sexo masculino, principalmente a partir do 10º ano de escolaridade.

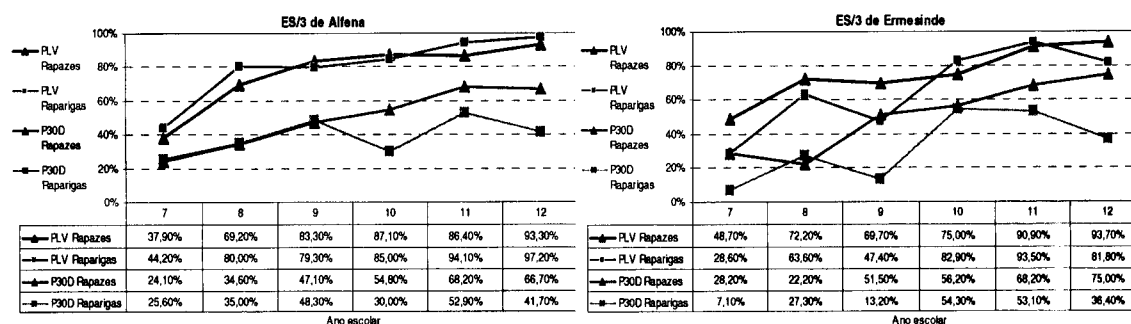


Figura 3.15. Consumo de álcool por ano de escolaridade e por género – PLV (%) e P30D (%) em cada escola.

Na escola de Ermesinde as diferenças de género são, no entanto, mais acentuadas com os rapazes a apresentar, na generalidade, consumos superiores aos das raparigas quer no indicador prevalência ao longo da vida quer nos últimos trinta dias. Esta diferença torna-se ainda mais evidente se observarmos os valores de P30D para os rapazes que se encontram a frequentar o 9º ano de escolaridade (51,5%), que chega mesmo a ultrapassar o registado para a PLV nas raparigas (47,4%) para o mesmo ano.

Comparando agora as duas escolas, ambos os indicadores epidemiológicos apontam para um número superior de consumos por parte dos rapazes que frequentam a escola de Ermesinde. No entanto, quando analisados os dados relativos às raparigas é possível verificar que são, neste caso, as que frequentam a Escola Secundária/3 de Alfena que apresentam PLV e P30D superiores. Estas diferenças são essencialmente marcantes ao nível do ensino básico onde, para a Escola de Alfena são registados valores P30D de 25,6%, 35% e 48,3% para os 7º, 8º e 9º anos, respectivamente, enquanto que, na Escola de Ermesinde, as prevalências para os mesmos anos de escolaridade são de 7,1%, 27,3% e 13,2%.

Nos gráficos seguintes, encontra-se representada a intensidade nos últimos 30 dias do consumo de álcool em função do ano de escolaridade e do género (Figuras 3.16 e 3.17).

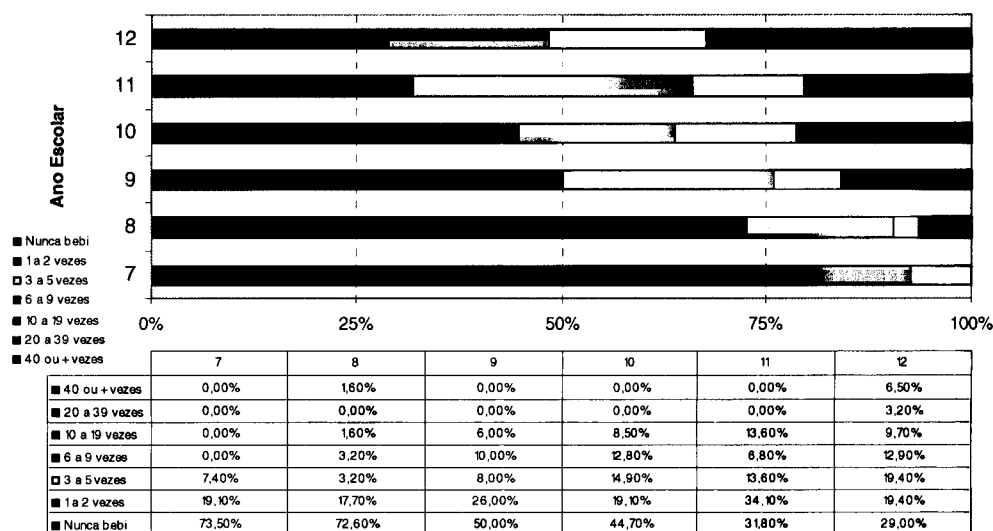


Figura 3.16. Intensidade do consumo de álcool nos últimos 30 dias por ano de escolaridade – Rapazes.

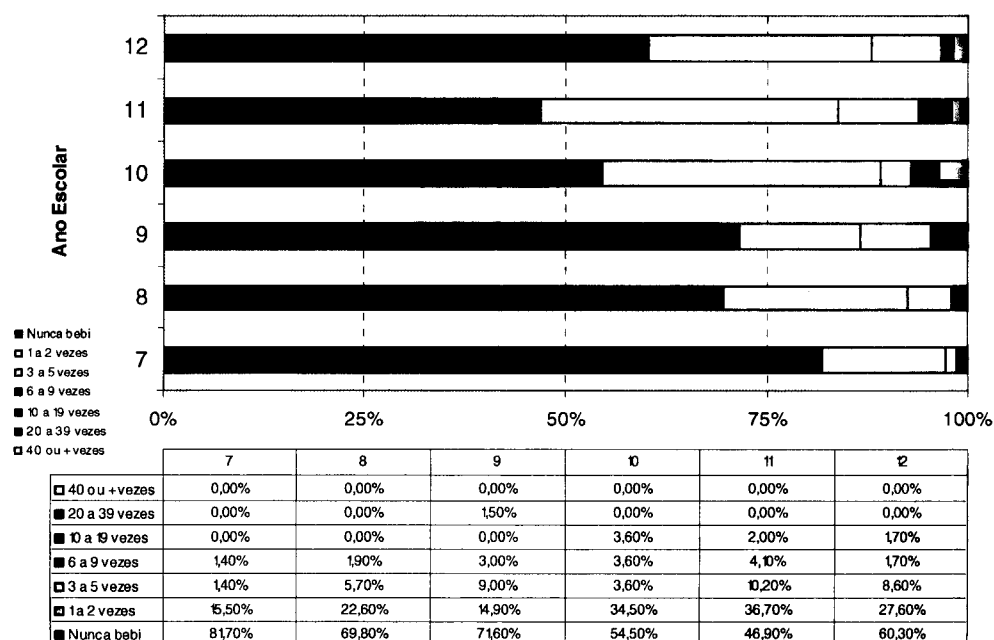


Figura 3.17. Intensidade do consumo de álcool nos últimos 30 dias por ano de escolaridade – Raparigas.

Verifica-se que nos últimos 30 dias, a maioria dos rapazes que consumiram bebidas alcoólicas fizeram-no apenas uma a duas vezes, independentemente do ano de escolaridade. Os consumos superiores a quarenta vezes aparecem unicamente no 12º ano de escolaridade (9,7%) e, curiosamente, no 8º ano (1,6%).

No caso das raparigas, são também os consumos de uma a duas vezes os mais relatados. Os consumos mais elevados (vinte a trinta e nove vezes) foram, curiosamente, assinalados no 9º ano (1,5%). Não se registaram consumos de quarenta vezes ou mais para as raparigas.

Conclui-se assim que, independentemente do género, o consumo regular de álcool nesta amostra é, na globalidade, baixo ou moderado.

Entre as bebidas alcoólicas, as bebidas destiladas são as mais consumidas pelos adolescentes, tendo sido experimentadas por 222 dos sujeitos. O vinho apresenta-se como a bebida menos consumida. (Tabela 3.4.)

Assim, nos últimos trinta dias, 26,1% dos alunos relatam ter consumido cerveja, 16,2% vinho e 34% bebidas destiladas. Fazendo o contraponto com os valores registados por Negreiros em 2001, de 18% para a cerveja, 9% para o vinho e 30% para as bebidas destiladas, verifica-se que as taxas de consumo recente nos alunos da presente amostra são claramente superiores.

	30D cerveja		30D vinho		30D destiladas	
	Count	%	Count	%	Count	%
0	483	73,9%	549	83,8%	430	66,0%
1-2	112	17,1%	69	10,5%	132	20,2%
3-5	28	4,3%	25	3,8%	33	5,1%
6-9	18	2,8%	8	1,2%	32	4,9%
10-19	7	1,1%	1	,2%	22	3,4%
20-39	2	,3%	2	,3%	1	,2%
40 ou mais	4	,6%	1	,2%	2	,3%
Total	654	100,0%	655	100,0%	652	100,0%

Tabela 3.4. Bebidas consumidas nos últimos 30 dias (%).

Também as percentagens de alunos que referiram ter consumido 3 a 9 bebidas de cerveja, vinho e destiladas nos últimos 30 dias, são superiores às encontradas por Negreiros. A excepção ocorre ao nível do consumo de bebidas destiladas que, neste estudo, apresenta resultados inferiores. (7,1% vs. 6% para a cerveja, 5% vs. 2% para o vinho, e 10% vs. 13% para as bebidas destiladas).

O consumo de 10 ou mais bebidas no último mês é muito baixo. Como se pode verificar pela análise da tabela 3.4, apenas 2% dos indivíduos consumiram nestas quantidades cerveja, 0,7% consumiram vinho e 3,9% consumiram bebidas destiladas. É de referir que à excepção uma vez mais das bebidas destiladas, estes valores apresentam-se superiores aos registados por Negreiros em 2001 nas escolas de Matosinhos (1,2% para a cerveja, 0,02% para o vinho e 6% para as bebidas destiladas).

Considerando agora o tipo de bebidas consumidas nos últimos 30 dias em função do sexo, verifica-se que os rapazes, comparativamente às raparigas, apresentam maiores consumos para todos os tipos de bebidas (Tabela 3.5.). A maior disparidade ocorre no consumo de cerveja. De facto, 38% dos rapazes referem ter consumido cerveja no último mês versus 16% das raparigas. O consumo de vinho neste período foi registado por 20,1% dos alunos do sexo masculino e 12,8% alunos do sexo feminino. No que se refere às bebidas destiladas, 37,9% dos rapazes refere tê-las consumido no último mês versus 30,8% das raparigas.

A percentagem de raparigas com frequência de consumo entre 1 a 5 vezes, de bebidas destiladas nos últimos 30 dias é, no entanto, semelhante à dos rapazes (25,9% vs. 24,7). Contudo, as percentagens das que referiram frequências superiores a 5 vezes nesse período são muito menores do que as registadas nos rapazes (5,9% vs. 12%).

Consumo 30 dias por Tipo de Bebida e Género						
	masc.			femin		
	Cerveja	Vinho	Destiladas	Cerveja	Vinho	Destiladas
	%	%	%	%	%	%
0	62,0%	79,9%	62,1%	84,0%	87,2%	69,2%
1-2	21,8%	12,5%	18,3%	13,1%	8,8%	21,9%
3-5	7,9%	4,6%	7,6%	1,1%	3,1%	2,8%
6-9	4,3%	1,7%	7,3%	1,4%	,9%	2,8%
10-19	2,3%	,3%	4,0%			2,8%
20-39	,3%	,7%		,3%		,3%
40 ou mais	1,3%	,3%	,7%			
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 3.5. Consumo nos últimos 30 dias por tipo de bebida e sexo (%).

Se examinarmos a dimensão do consumo nos últimos 30 dias, por ano de escolaridade (Tabela 3.6), podemos verificar que nos 7º e 8º anos a bebida mais consumida é a cerveja, logo seguida das bebidas destiladas. Contudo, a partir do 9º ano este cenário altera-se, passando as bebidas destiladas a ser a escolha de eleição dos jovens.

				0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 ou mais
Tipo de bebida consumida nos últimos 30 dias por ano de escolaridade	7º	cerveja	%	81,3%	12,9%	5,0%	,7%			
		vinho	%	88,5%	10,1%	1,4%				
		destiladas	%	84,9%	12,9%	1,4%	,7%			
	8º	cerveja	%	77,4%	14,8%	4,3%	2,6%			,9%
		vinho	%	83,5%	9,6%	4,3%	2,6%			
		destiladas	%	74,8%	16,5%	5,2%	2,6%			,9%
	9	cerveja	%	73,1%	17,6%	2,5%	4,2%	1,7%	,8%	
		vinho	%	84,9%	6,7%	5,0%	1,7%		1,7%	
		destiladas	%	71,3%	15,7%	2,6%	4,3%	5,2%	,9%	
	10º	cerveja	%	72,5%	19,6%	5,9%	2,0%			
		30D vinho	%	86,3%	10,8%	2,9%				
		destiladas	%	57,8%	25,5%	6,9%	5,9%	3,9%		
	11	cerveja	%	63,0%	21,7%	5,4%	4,3%	4,3%		1,1%
		vinho	%	77,2%	15,2%	5,4%	1,1%			1,1%
		destiladas	%	44,1%	31,2%	8,6%	7,5%	8,6%		
	12	cerveja	%	71,3%	18,4%	2,3%	3,4%	1,1%	1,1%	2,3%
		vinho	%	79,5%	12,5%	4,5%	2,3%	1,1%		
		destiladas	%	50,0%	25,0%	8,0%	11,4%	4,5%		1,1%

Tabela 3.6. Consumo nos últimos 30 dias por tipo de bebida e ano de escolaridade (%).

As percentagens para o consumo no último mês de cerveja obtidas neste estudo, em função dos diferentes anos de escolaridade, afiguram-se, na generalidade, mais baixas do que as percentagens

obtidas no estudo efectuado a nível nacional (ECATD, 2003), à excepção dos 7º e 8º anos. Assim, enquanto que na amostra em estudo 18,7% dos alunos do 7º ano, 22,6% dos alunos do 8º ano, 26,9% dos alunos do 9º ano, 27,5% dos alunos do 10º ano, 37% dos alunos do 11º ano e 28,7% dos alunos do 12º ano referem ter consumido cerveja nos últimos 30 dias, no estudo a nível nacional 12,3% dos jovens do 7º ano, 21,6% dos alunos do 8º ano, 29,3% dos alunos do 9º ano, 35,3% dos alunos do 10º ano, 39,8% dos alunos do 11º ano e 40% dos alunos do 12º ano afirmam tê-lo feito.

O mesmo sucede com o consumo de bebidas destiladas cujos valores obtidos na amostra em estudo são sempre inferiores aos registados a nível nacional (15,1% vs. 22% para o 7º ano, 25,2% vs. 33% para o 8º ano, 28,7% vs. 42,9% para o 9º ano, 42,2% vs. 51,5% para o 10º ano, 55,9% vs. 57,3% para o 11º ano e 50% vs. 57,9% para o 12º ano).

Este padrão altera-se, no entanto, quando analisados os consumos de vinho na amostra e no estudo a nível nacional (11,5% vs. 8,4% para o 7º ano, 16,5% vs. 11% para o 8º ano, 15,1% vs. 12,2% para o 9º ano, 13,7% vs. 14,9% para o 10º ano, 22,8% vs. 18,3% para o 11º ano e 20,5% vs. 24,1% para o 12º ano). Verifica-se, assim que o consumo de vinho nas escolas em estudo, embora baixo, é superior, na maioria dos anos de escolaridade, à média nacional.

Analisando agora o tipo de consumos por escola (Tabela 3.7.) verifica-se que os valores da prevalência nos últimos 30 dias são superiores para a Escola Secundária de Ermesinde, à excepção das bebidas destiladas que apresentam prevalências sensivelmente idênticas nas duas escolas (34,6% na E/S de Alfena, e 33,5% na E/S de Ermesinde).

	Escola					
	Secundária/3 de Alfena			Secundária/3 de Ermesinde		
	30D cerveja	30D vinho	30D destiladas	30D cerveja	30D vinho	30D destiladas
	%	%	%	%	%	%
0	77,5%	86,6%	65,4%	70,6%	81,3%	66,5%
1-2	14,3%	7,5%	21,9%	19,6%	13,2%	18,8%
3-5	4,9%	3,6%	5,9%	3,7%	4,0%	4,3%
6-9	2,0%	1,3%	4,2%	3,5%	1,1%	5,5%
10-19	,3%		2,3%	1,7%	,3%	4,3%
20-39	,3%	,7%		,3%		,3%
40 ou mais	,7%	,3%	,3%	,6%		,3%

Tabela 3.7. Consumo de cerveja, vinho e bebidas destiladas nos últimos 30 dias, por escola (%)

Também, quando analisados os consumos superiores a dez ou mais bebidas nos últimos 30 dias pode verificar-se que são uma vez mais os alunos da E/S de Ermesinde que apresentam os resultados mais elevados. Contudo, este padrão altera-se no que se refere ao vinho sendo, neste caso, a E/S de Alfena a apresentar resultados superiores para este nível de consumo (1% vs. 0,3%).

As bebidas destiladas atingem, em ambas as escolas, a percentagem mais elevada dos três tipos de bebidas alcoólicas acima referenciadas. Mais ainda, a análise às bebidas consumidas no último contacto com o álcool parece confirmar a preferência pelas bebidas destiladas já que foram exactamente estas as referidas pela maioria dos indivíduos inquiridos (54%) (Figura 3.18.)

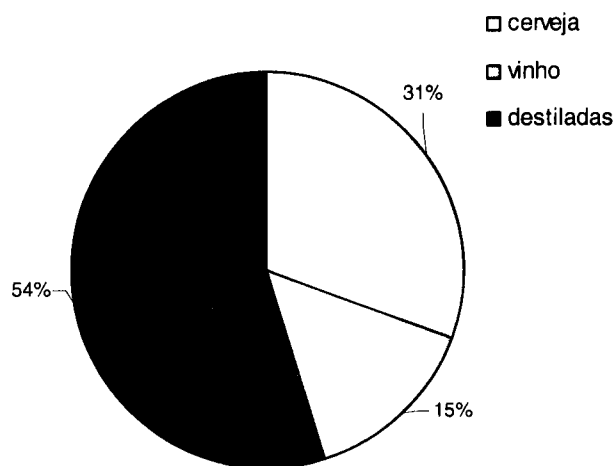


Figura 3.18. Bebida ingerida no último consumo de álcool (%).

A avaliação da quantidade ingerida no último consumo revela que os alunos, na sua maioria, apresentam consumos relativamente equilibrados. Ainda assim, uma percentagem bastante significativa de alunos refere ter consumido importantes quantidades de bebidas destiladas (11 cl ou mais, o que corresponde a, pelo menos, 3 bebidas destiladas na mesma ocasião) (Figura 3.19.).

Pouco significativo é o consumo exagerado de cerveja (99 cl de cerveja ou mais, o que corresponde grosseiramente, a, pelo menos, 3 garrafas ou latas de cerveja) e de vinho (37 cl ou mais, o que corresponde a, pelo menos, meia garrafa).

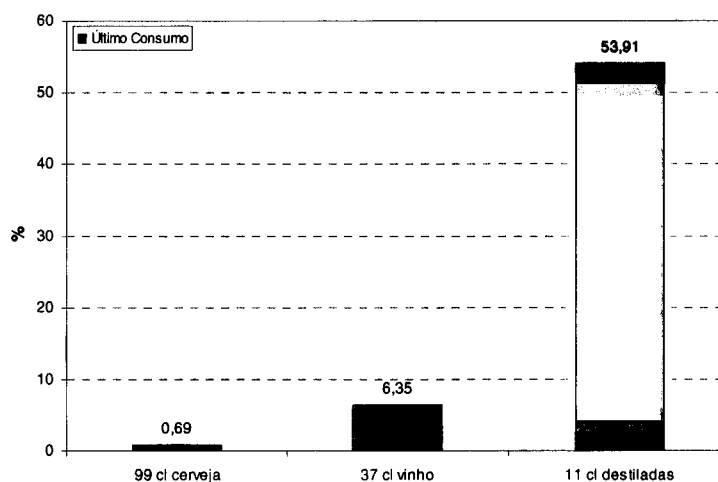


Figura 3.19. Quantidade de bebidas alcoólicas ingerida no último consumo (%).

Como se verifica, menos de 1% dos alunos que no último consumo ingeriram cerveja, consumiram 99cl de cerveja. Pelo contrário, as quantidades de consumo de vinho e principalmente, de bebidas destiladas mostram-se superiores (6,4% para o vinho e 53,9% para as bebidas destiladas).

Estes dados parecem assim indicar que o consumo excessivo de bebidas destiladas atinge, nestas escolas, proporções elevadas.

Os resultados encontrados indiciam alguns estados de intoxicação devido ao álcool, o que se verifica na prevalência dos estados de embriaguez já experimentados, ao longo da vida, por 19,2% dos sujeitos (17% eram raparigas e 21,8% eram rapazes), por 11,4% no último ano (7,3% eram raparigas e 16,2% eram rapazes) e por 4% no último mês (1,4% eram raparigas e 6,6% eram rapazes) (Figura 3.20.).

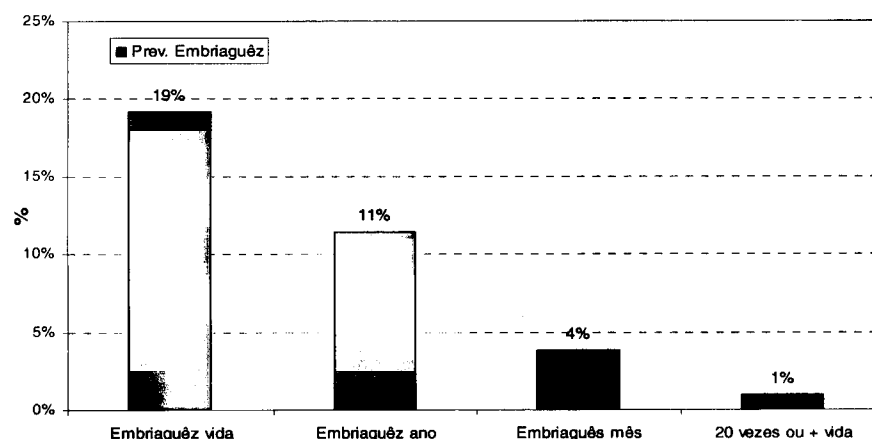


Figura 3.20. Prevalências dos estados de embriaguez (%).

Ainda assim, deve notar-se que estes resultados são inferiores aos registados no estudo nacional (ESPAD, 2003). Note-se que a percentagem de sujeitos que já experimentou 20 ou mais estádios de embriaguez na vida é também reduzida (1%).

Os dados relativos às duas escolas, no que se refere às prevalências dos estados de embriaguez encontram-se abaixo referenciados (Figura 3.21).

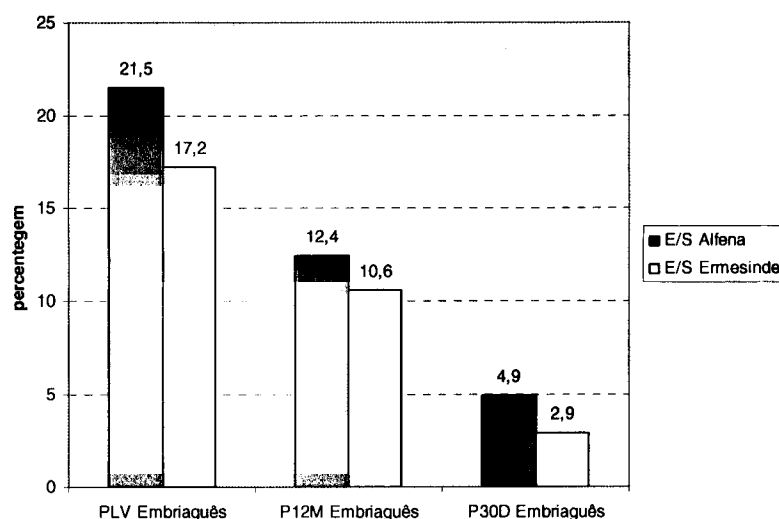


Figura 3.21. Prevalências dos estados de embriaguez por escola (%).

Como se pode verificar, os valores obtidos para as diferentes prevalências revelam que são os alunos da E/S de Alfena que apresentam as maiores taxas de embriaguez. Contudo, quando comparados os valores de PLV e P30D, aqui registados com os obtidos no estudo a nível nacional (ESPAD, 2003), verifica-se que, mesmo para a Escola de Alfena, as prevalências de intoxicações nestes períodos é muito reduzida. (32% vs. 21,5% e 14% vs. 4,9%).

A análise do consumo excessivo de álcool, medido pela frequência do consumo de cinco ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião, permite também fornecer informações adicionais sobre padrões de consumo abusivos. Assim, nos últimos 30 dias 18,1% dos alunos inquiridos referem ter consumido cinco ou mais bebidas numa única ocasião. No estudo de Matosinhos (Negreiros, 2001), a percentagem de alunos que referiram ter consumido esta quantidade de bebidas foi de 14,4%.

A comparação dos resultados em função do sexo mostra que os rapazes excedem as raparigas no número de episódios de consumo excessivo de álcool (23,7% vs. 13,2%).

A relação dos episódios de consumo excessivo de álcool em função do ano de escolaridade é apresentada na Figura 3.22.

Constata-se que o consumo excessivo de álcool vai aumentando à medida que se avança na escolaridade, sendo no 11º ano que ocorre a maior percentagem de episódios. Comparando este último valor (27,7%) com o registado em 2001 por Negreiros (18%), verifica-se, uma vez mais, um consumo excessivo de álcool mais elevado na amostra em estudo.

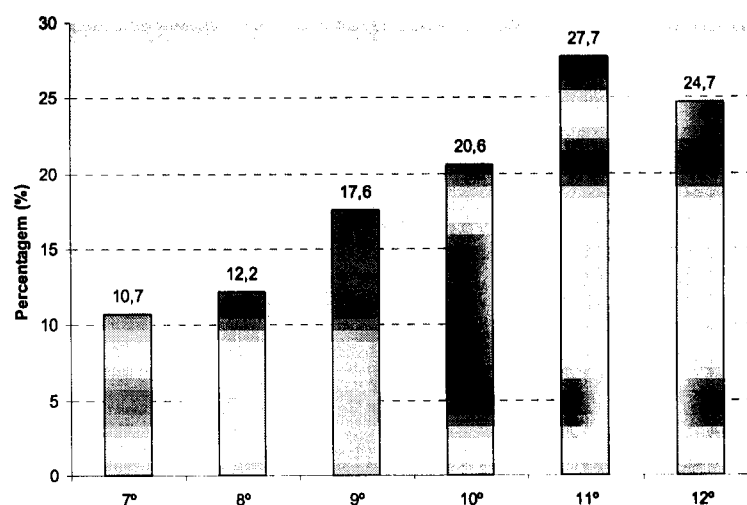


Figura 3.22. Percentagem de alunos que referem o consumo de 5 ou mais bebidas numa única ocasião em função do ano de escolaridade.

A análise diferencial por escola permite verificar que são novamente os alunos da E/S de Alfena que, na generalidade, apresentam os episódios de consumo excessivo de álcool mais elevados (Figura 3.23). Essa diferença é fortemente acentuada para os alunos do ensino básico.

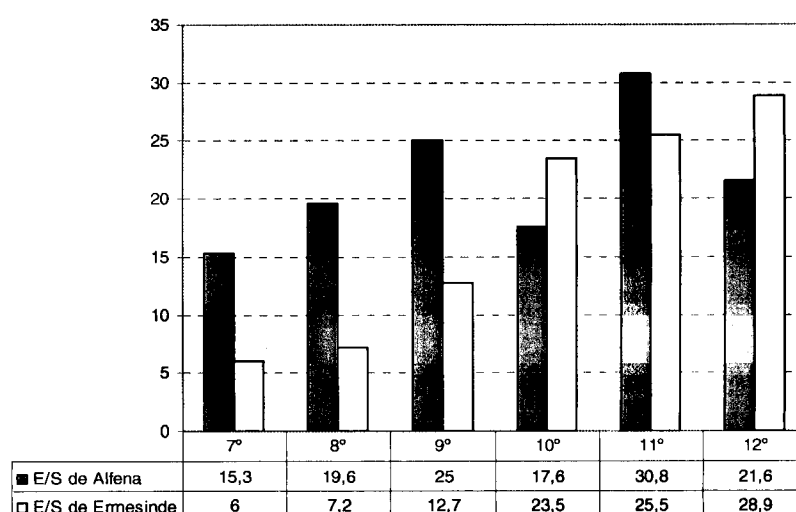


Figura 3.23. Percentagem de alunos que referem o consumo de 5 ou mais bebidas numa única ocasião em função do ano de escolaridade e por escola.

No entanto, nos 10º e 12º anos, verifica-se que são os alunos que frequentam a E/S de Ermesinde que revelam maior número de consumos excessivos.

A análise dos problemas originados pelo consumo de álcool revelou uma percentagem baixa de consequências negativas associadas ao consumo.

O problema mais frequentemente relacionado com o consumo de álcool, inclui os conflitos interpessoais, os quais foram indicados por 8,2% dos adolescentes (22% no estudo de Negreiros, 2001) (Figura 3.24).

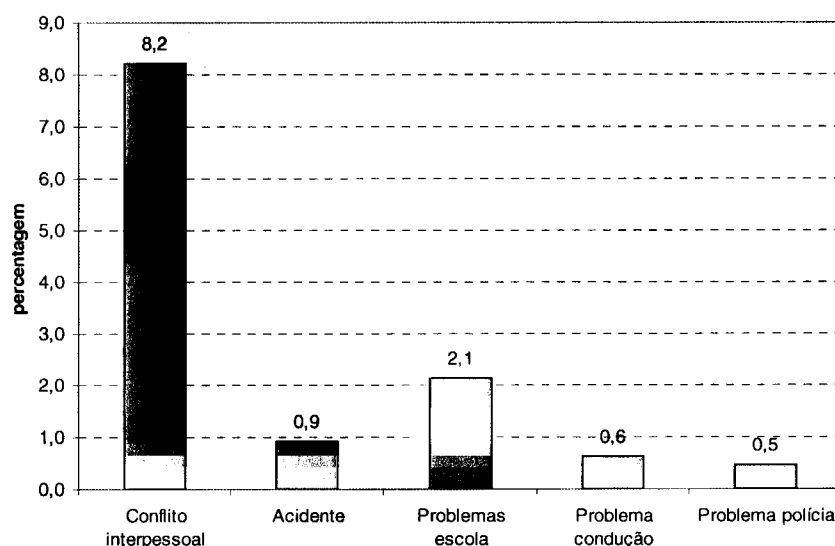


Figura 3.24. Problemas provocados pelo consumo de álcool – Total da amostra. (%)

Apenas 2% dos alunos referem ter baixado de rendimento escolar em consequência do consumo de álcool (4% no estudo de Negreiros, 2001).

Muito menos significativo foi o número de sujeitos que referiu ter sofrido acidentes ou ferimentos, problemas de condução ou com a polícia provocados pelo uso abusivo de álcool.

Em termos de escola, e tal como esperado, é possível observar que são os alunos da E/S de Alfena que revelam maiores taxas de problemas (Figura 3.25).

É no entanto de assinalar que é, curiosamente, na E/S de Ermesinde que aparece o maior número de registos de problemas, relacionados com o rendimento escolar, derivados ao uso de bebidas alcoólicas.

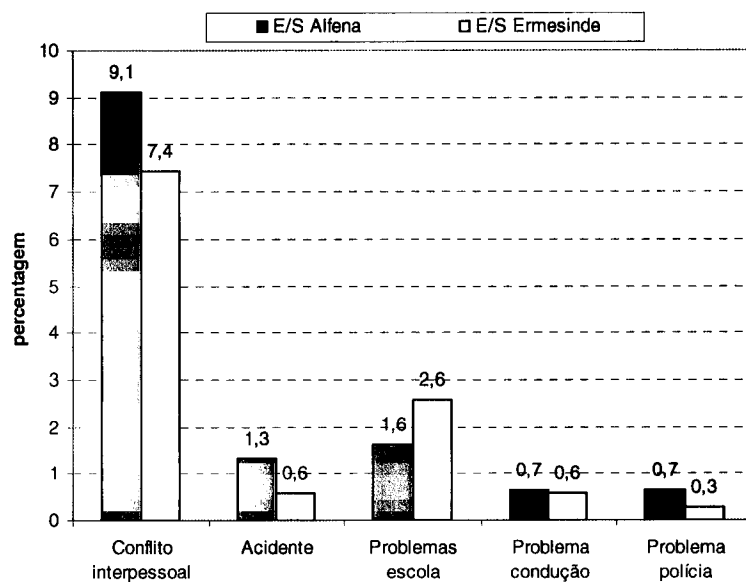


Figura 3.25. Problemas causados pelo consumo de álcool, por escola. (%)

As idades de iniciação ao uso das diferentes bebidas alcoólicas podem ser observados na Figura 3.26.

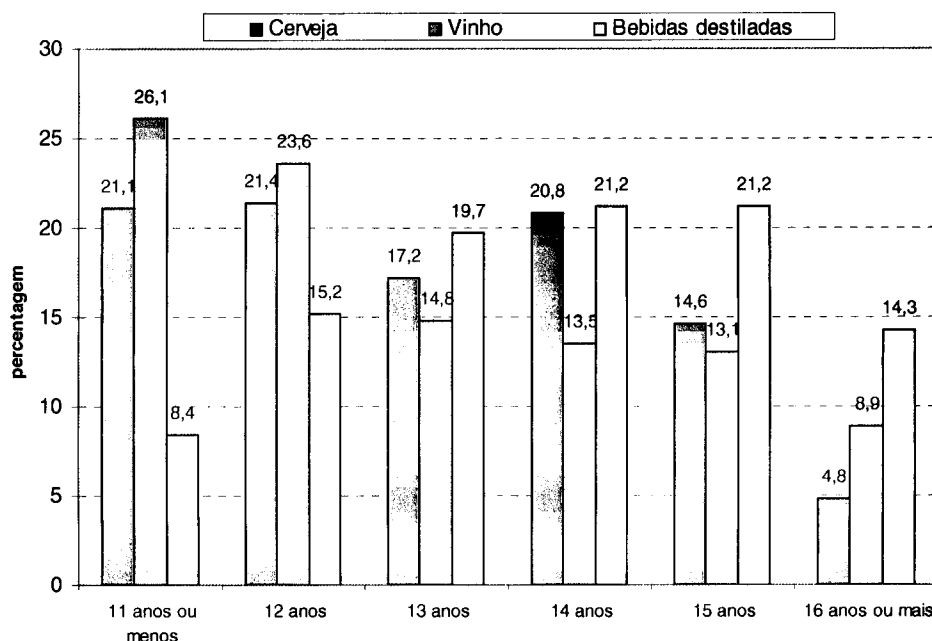


Figura 3.26. Idades de iniciação ao consumo de cerveja, vinho e bebidas destiladas (%).

Verifica-se que a experiência de consumo de vinho ocorre, para a maioria dos inquiridos, antes dos 13 anos de idade. A iniciação ao consumo de cerveja segue o mesmo padrão, muito embora se verifique uma percentagem ainda elevada de alunos que a referem ter experimentado apenas aos 14 anos.

Em contraste com o padrão anterior, o primeiro contacto com as bebidas destiladas dá-se, para a maioria dos alunos, entre os 13 e os 15 anos.

A análise da primeira experiência de consumo revela que esta parece acontecer maioritariamente na companhia de amigos e de familiares. Com muito menor relevo, surgem depois as situações em que esta experiência se deu sozinha, com familiares ou com o namorado/a (Figura 3.27.).

As diferenças de sexo são pouco significativas, no entanto, é de realçar que enquanto no caso dos rapazes o grupo de pares se assume como principal contexto de iniciação ao consumo de álcool, nas raparigas a família parece exercer uma influência mais determinante. Este dado está, aliás, de acordo com o já registado por Negreiros no seu estudo de 2001, muito embora, no presente estudo, as diferenças observadas não sejam tão acentuadas.

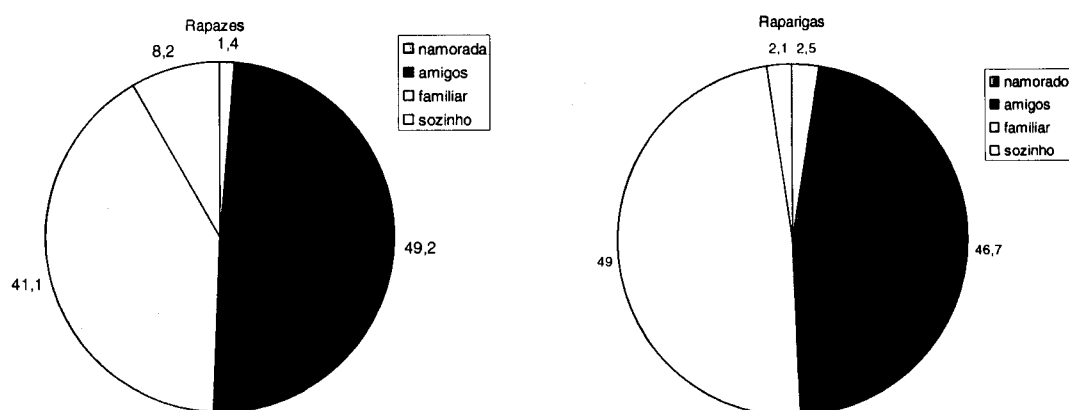


Figura 3.27. Contextos de iniciação ao consumo de álcool por sexo (%).

3.3.3. Consumo de drogas ilícitas.

A identificação do nível de conhecimento revelado pelos alunos sobre as diferentes drogas e o contacto que com elas já mantiveram apresenta-se sistematizada na tabela 3.8.

Da análise da tabela resulta claro que as drogas mais conhecidas entre os estudantes são a cocaína e a heroína. Logo a seguir surge o haxixe ou marijuana e o ecstasy.

		Conhece as drogas		Já foi oferecida	
		Sim	Não	Sim	Não
Tranquilizantes	%	72,9	27,1	1,5	98,5
Haxixe	%	83,6	16,4	8,5	91,5
LSD	%	35,9	64,1	1,1	98,9
Anfetaminas	%	47,4	52,6	0,8	99,2
Crack	%	47,1	52,9	0,6	99,4
Cocaína	%	96,0	4,0	2,6	97,4
Heroína	%	93,3	6,7	1,4	98,6
Ecstasy	%	81,9	18,1	3,5	96,5
Metadona	%	43,3	56,7	0,5	99,5

Tabela 3.8. Informação sobre as drogas e episódios de oferta para consumo (%).

Já no que se refere aos episódios de contacto com a droga, a substância mais oferecida aos adolescentes é a marijuana ou haxixe (8,5%) sendo seguida do ecstasy (3,5%) e da cocaína (2,6%). É de realçar que embora em percentagens reduzidas, verificam-se contactos com todas as drogas.

Apresenta-se, de seguida, as prevalências de consumo de drogas ilícitas (onde se incluem a marijuana ou haxixe, o LSD, o crack, a cocaína, a heroína e o ecstasy), tranquilizantes ou sedativos (sem prescrição médica), estimulantes (se prescrição médica) e consumo de inalantes (solventes).

a. Marijuana ou haxixe.

A figura 3.28 mostra as prevalências do consumo de haxixe no total da amostra e para cada uma das escolas em estudo.

Constata-se que apenas 4% dos sujeitos inquiridos apresentam, pelo menos, uma experiência de consumo desta substância. As prevalências ao longo dos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias são igualmente baixas (2,6% e 1,2%, respectivamente).

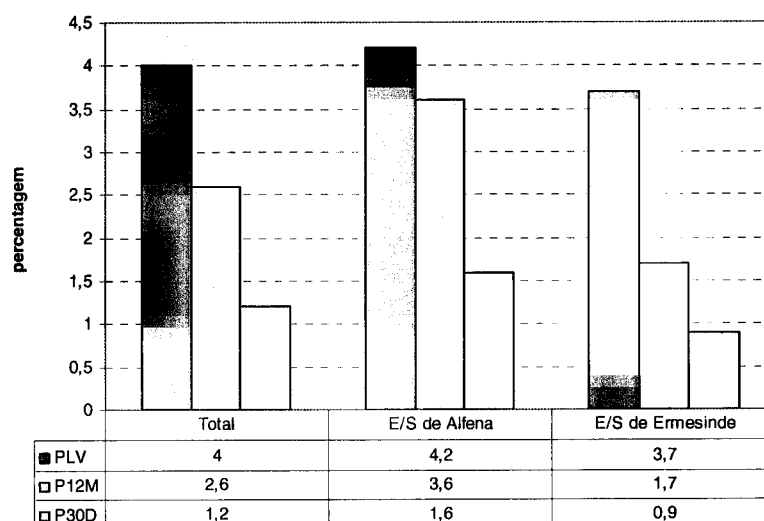


Figura 3.28. Prevalências do consumo de marijuana ou haxixe (%) – Total da amostra e por escola.

Comparativamente aos resultados obtidos por Negreiros em 2001, de 8% para a PLV, 6% para a P12M e 4% para a P30D, verifica-se que todos os valores obtidos no presente estudo são substancialmente mais baixos.

Conclui-se, portanto, que o uso desta droga é na população estudantil das Escolas Secundária/3 de Alfena e Secundária/3 de Ermesinde, pouco significativo.

A análise da dimensão do consumo ao longo da vida de haxixe, por ano de escolaridade e por género mostra que enquanto no 7º ano não há registos de experiência de consumo, no 12º ano a percentagem de estudantes que já consumiu esta substância é de 12,5% (Figura 3.29).

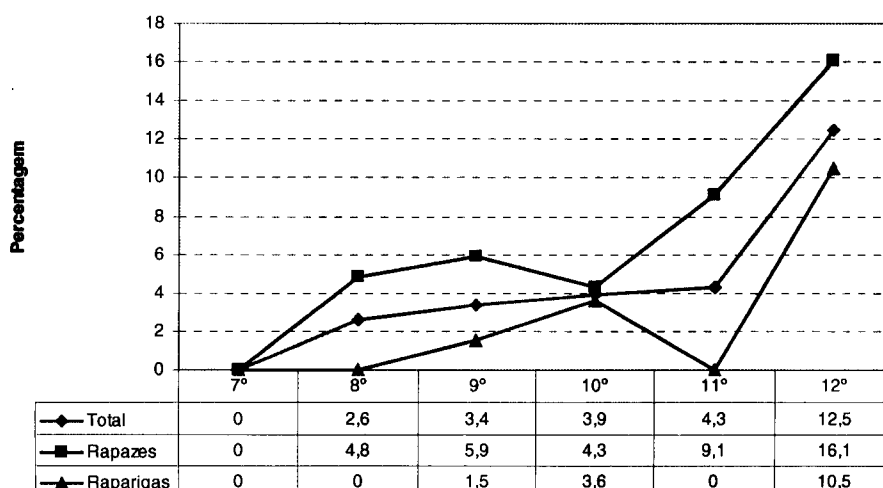


Figura 3.29. Prevalências ao Longo da Vida (%) em função do ano de escolaridade – Total e por género.

O consumo apresenta-se mais elevado nos rapazes do que nas raparigas em todos os anos de escolaridade. A diferença entre os sexos aumenta com o ano de escolaridade, sendo mais acentuada ao nível do 11º ano, com 9,1% de rapazes e 0% de raparigas a já terem passado por essa experiência.

A análise dos consumos por escola e ano de escolaridade (Figura 3.30) permite constatar que na ES/3 de Alfena as experiências de consumo mais elevadas, no caso dos rapazes, ocorrem no 9º e 11º anos.

No caso das raparigas, as únicas experiências de consumo foram registadas no 10º e 12º anos, sendo interessante verificar que nestes anos, as raparigas apresentam prevalências de consumo muito próximas às dos rapazes.

Relativamente à ES/3 de Ermesinde, com a excepção do 12º ano, os consumos de haxixe são sempre inferiores. Uma vez mais, são os rapazes que apresentam experiências de consumo superiores. Contudo, no 10º ano a única prevalência de consumo obtida foi a de um aluno do sexo feminino.

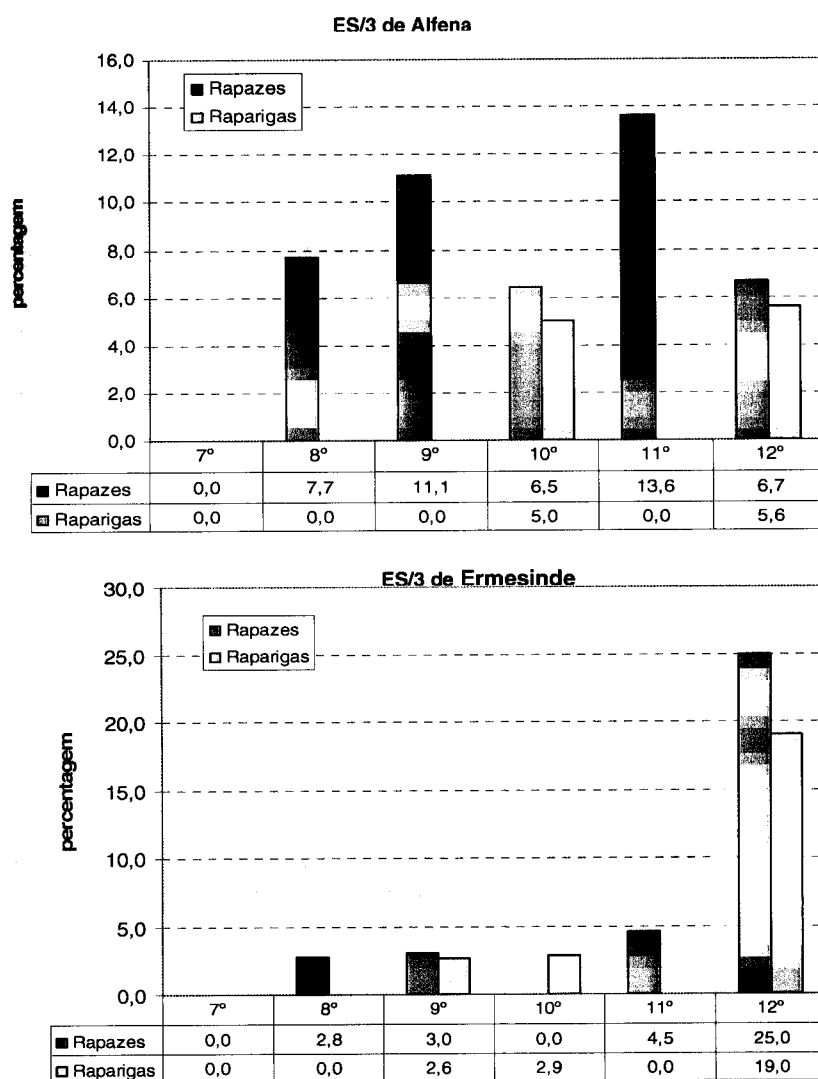


Figura 3.30. Prevalência ao longo da vida (%) do consumo de haxixe, por ano de escolaridade, escola e sexo.

Para a maioria dos alunos consumidores de marijuana, o início dos consumos deu-se entre os 14 e os 16 anos ou mais.

A análise dos dados relativos às idades de iniciação ao consumo desta substância parecem indicar que a experimentação ocorre, predominantemente, a partir dos 14 anos de idade sendo o pico de experimentação aos 15 anos (Figura 3.31). Com efeito, apenas 3% dos alunos iniciou o uso de haxixe aos 11 anos de idade ou menos. Do mesmo modo, a percentagem de alunos que refere os 13 anos como idade de iniciação é baixa (apenas 7%).

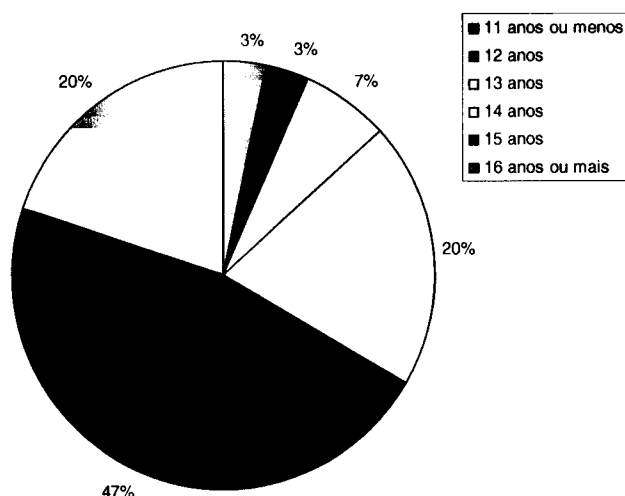


Figura 3.31. Idades de iniciação ao consumo de marijuana ou haxixe (%).

É de salientar que 20% dos consumidores de marijuana tiveram o primeiro contacto com esta droga aos 16 anos ou mais.

b. Consumo de inalantes.

A análise dos valores de prevalências relativos ao uso de inalantes mostrou que 20,4% dos alunos inquiridos usaram estas substâncias pelo menos uma vez na vida. A prevalência ao longo dos últimos 12 meses é de 9,6%, sendo o valor obtido para a prevalência nos últimos 30 dias de 5,9% (Figura 3.32).

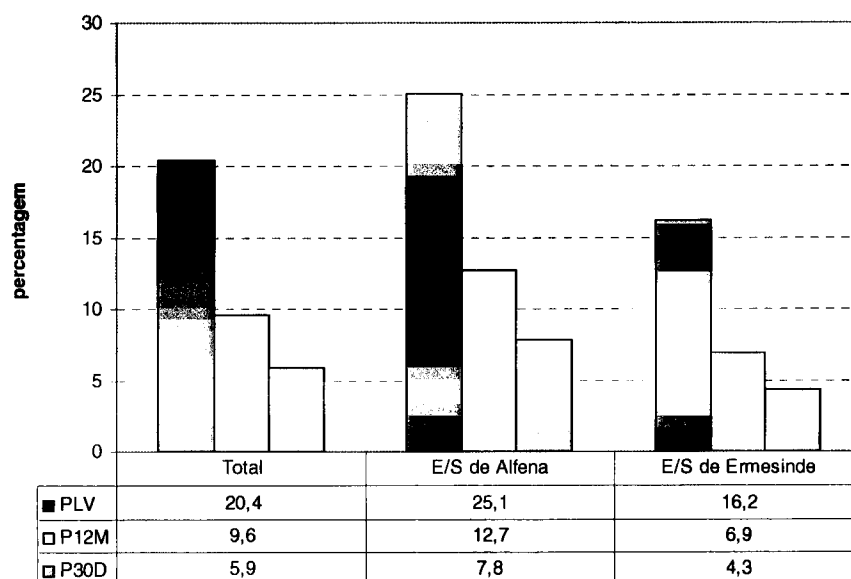


Figura 3.32. Prevalências do consumo de inalantes (%) – Total da amostra e por escola.

A Escola Secundária/3 de Alfena apresenta as percentagens mais elevadas de experimentação à inalação de substâncias voláteis de origem industrial ou farmacêutica.

A avaliação da distribuição dos consumidores nos últimos 30 dias por ano de escolaridade e por sexo (Figura 3.33) permite verificar que o consumo destas substâncias se encontra mais difundido nas faixas etárias mais novas.

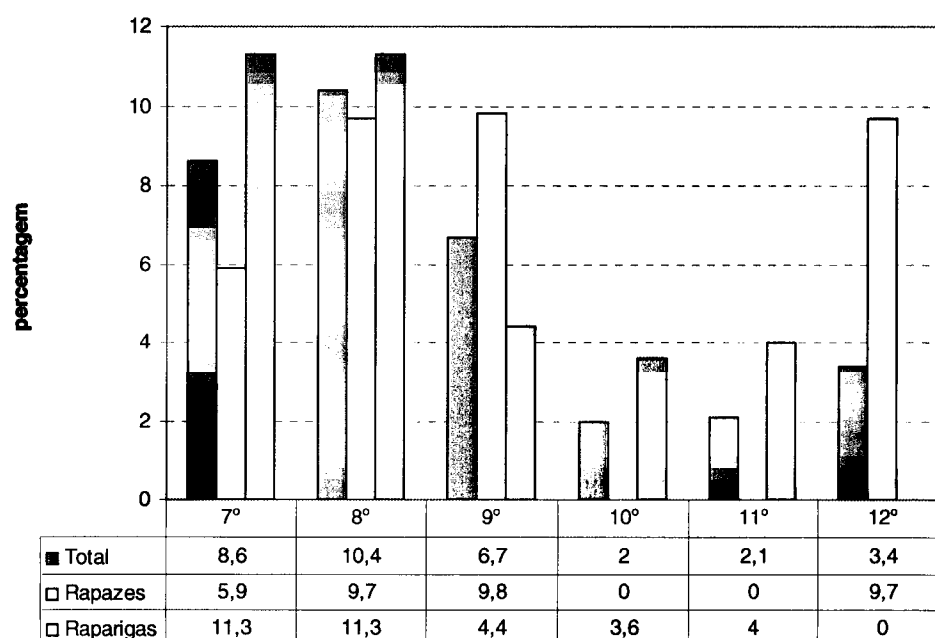


Figura 3.33. Prevalências nos últimos 30 dias (%) em função do ano de escolaridade – Total e por género.

Com efeito, é ao nível do 8º ano que se registam as taxas de consumo mais elevadas (10,4%). A partir desse nível de escolaridade parece existir uma tendência para a diminuição do número de consumidores destes produtos, o que, aliás, está de acordo com o registado por Negreiros em 2001.

Curiosamente, uma percentagem elevada de rapazes (9,7%) a frequentar o 12º ano refere ter usado inalantes pelo menos uma vez no último mês. Também, contrariamente ao esperado, são as raparigas que apresentam, na globalidade, consumos mais elevados. As excepções ocorrem no 9º e 12º anos onde a experiência de consumo nos rapazes atinge valores superiores.

Relativamente à idade de início do consumo de solventes, a análise da figura 3.34. permite identificar a faixa etária entre os 11 anos ou menos aos 12 anos, como a mais propensa para a experimentação deste tipo de substâncias. De notar que aos 12 anos, 67% dos alunos já tinham efectuado o primeiro contacto com estas drogas (Figura 3.34).

Estes dados estão de acordo com diversos estudos internacionais que associam o consumo de inalantes a crianças e adolescentes bastante novos (10-14 anos).

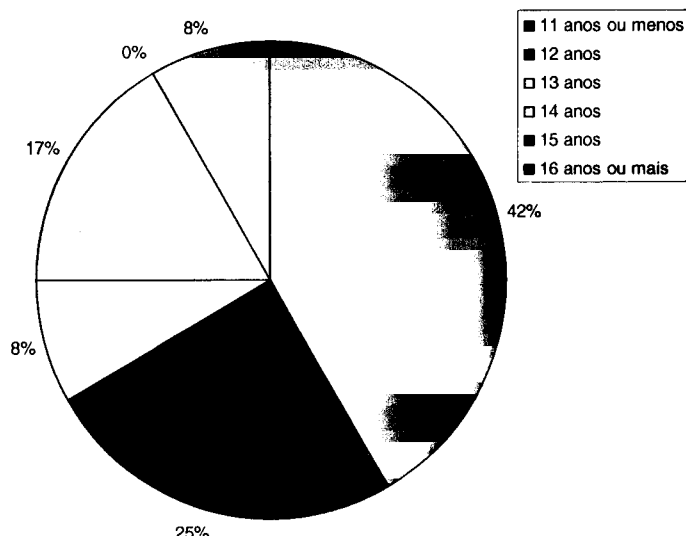


Figura 3.34. Idades de iniciação ao consumo de inalantes (%).

c. Consumo de outras drogas.

A análise às prevalências ao longo da vida de diferentes drogas, revela um nível de experimentação baixo, oscilando entre os 3,3% para os tranquilizantes (sem receita médica) e os 0,2% para o crack.

A figura 3.35 mostra, para o total da amostra, as prevalências ao longo da vida de várias drogas apresentando simultaneamente a comparação com os resultados do estudo realizado a nível nacional (ESPAD, 2003) e do estudo efectuado por Negreiros nas escolas de Matosinhos (Negreiros, 2001).

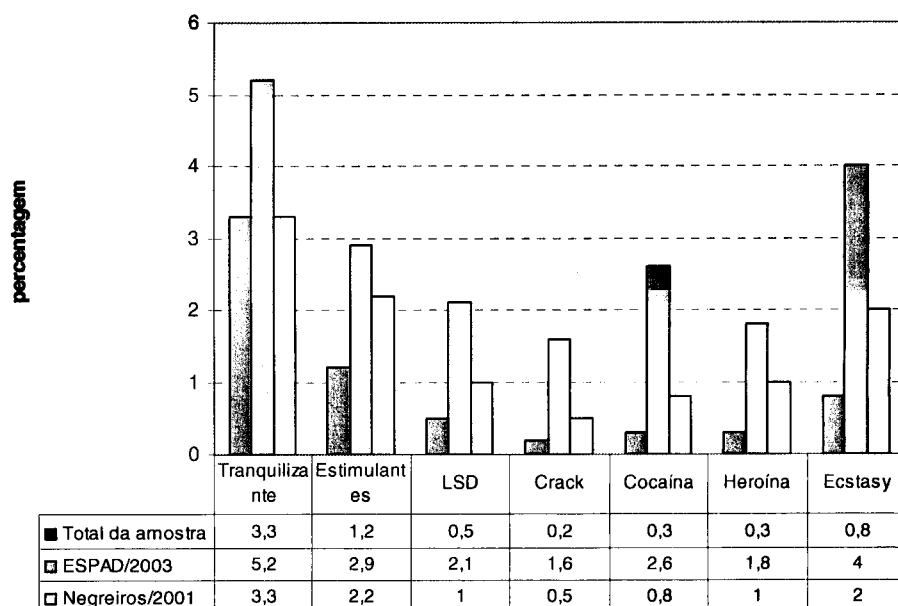


Figura 3.35. Prevalências de consumo ao longo da vida (%) – Total da amostra, ESPAD, 2003 e Negreiros, 2001.

Não obstante todos os condicionalismos quanto à comparação de dados com o estudo nacional, dado este representar, unicamente, os consumos de jovens que completaram os 16 anos de idade em 2003, os dados recolhidos no presente estudo parecem indicar que o consumo de drogas na população estudantil das Escolas Secundária/3 de Alfena e Secundária/3 de Ermesinde está muito pouco difundido sendo, em muitos casos, apenas residual.

As drogas que, apesar dos baixos resultados estão mais difundidas são os tranquilizantes ou sedativos sem receita médica e os anabolizantes. O consumo de Ecstasy é referido por menos de 1% dos indivíduos.

A análise à frequência do consumo destas substâncias permite mais ainda constatar que os consumos tendem a ser relativamente baixos no que se refere ao número de vezes que a droga é consumida (Tabela 3.9).

		0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 ou mais
Uso Tranquilizantes	Count	636	13	5	0	1	1	2
	%	96,7%	2,0%	,8%	,0%	,2%	,2%	,3%
Uso Estimulantes	Count	650	5	1	1	0	0	1
	%	98,8%	,8%	,2%	,2%	,0%	,0%	,2%
Uso Ecstasy	Count	653	3	0	2	0	0	0
	%	99,2%	,5%	,0%	,3%	,0%	,0%	,0%

Tabela 3.9. Frequência do consumo de tranquilizantes, estimulantes e ecstasy (%).

Analisando agora os dados por escola, verifica-se, uma vez mais, ser a escola de Alfena a apresentar os resultados superiores, ainda que pouco significativos (Figura 3.36).

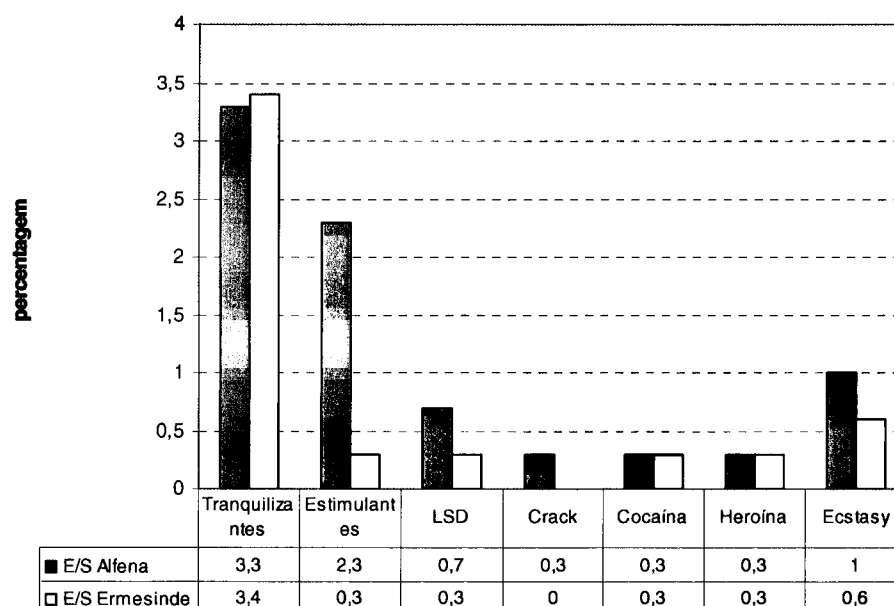


Figura 3.36. Prevalências de consumo ao longo da vida por escola (%).

A maior discrepância ocorre relativamente ao consumo de estimulantes que, na Escola Secundária/3 de Alfena é referido por 2,3% dos alunos versus 0,3% da Escola Secundária/3 de Ermesinde. Note-se que o valor registado na Escola de Alfena, para esta droga, é superior ao obtido por Negreiros em 2001 e já mais próximo do registado a nível nacional (ESPAD, 2003).

Inquiridos sobre a droga que consumiram pela primeira vez, 53% dos alunos que já utilizaram qualquer droga ilícita, referem ter sido a marijuana ou haxixe (Figura 3.37). Destes, 61,5% pertencem ao sexo masculino e 38,5% ao sexo feminino.

A segunda droga associada a uma maior percentagem de primeiros consumos são os tranquilizantes, referidos por cerca de 28% dos alunos. É importante salientar que a percentagem de raparigas que aponta os tranquilizantes como droga de início ultrapassa largamente a dos rapazes (78,6% vs. 21,4%). Conclui-se, portanto, que os tranquilizantes são as drogas em que, no caso das raparigas, se verifica uma maior propensão inicial para o consumo.

O consumo de ecstasy é referido apenas por cerca de 4% dos indivíduos, valor este idêntico ao registado em 2001 nas Escolas de Matosinhos (Negreiros, 2001). Destes, 50% são raparigas e 50% são rapazes.

Curiosamente, três alunos do sexo masculino referem o LSD como droga de iniciação. São também unicamente rapazes, os que indicam a Cocaína e a Heroína como droga de início. A exceção dá-se nas anfetaminas cuja referência encontrada foi somente uma e de um aluno do sexo feminino.

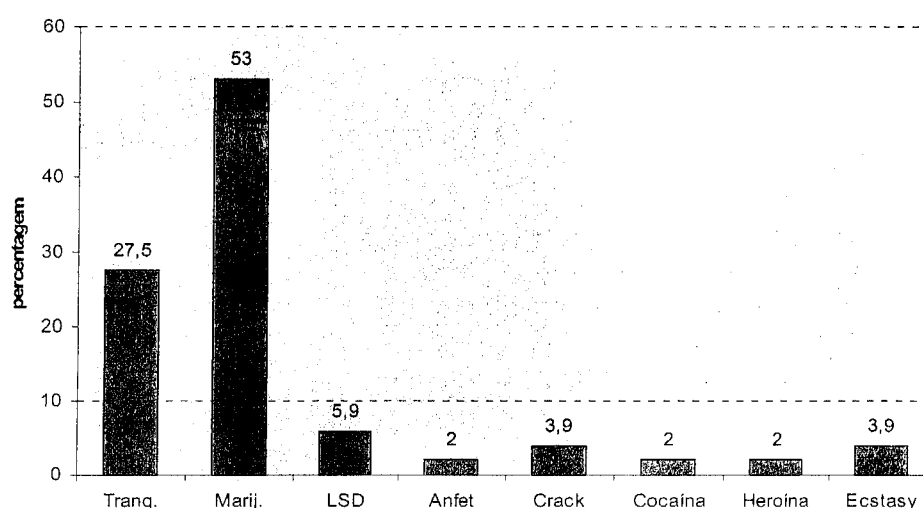


Figura 3.37. Primeira droga experimentada (%).

A análise por escola revela que, de um modo geral, as percentagens relativas à primeira droga experimentada são semelhantes (Figura 3.38). Contudo, as anfetaminas e a heroína foram somente referidas na escola Secundária/3 de Alfena, enquanto que o único relato de uso cocaína no primeiro consumo provém da escola Secundária/3 de Ermesinde.

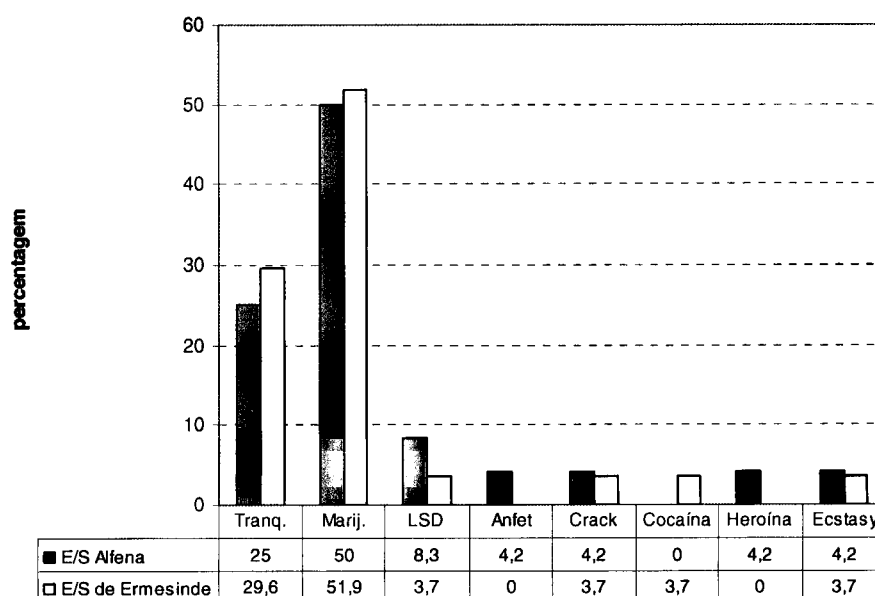


Figura 3.38. Primeira droga experimentada por escola (%).

3.3.4. Conhecimento e atitudes em relação ao álcool e drogas.

Determinadas variáveis, pelas suas características pessoais, têm demonstrado exercer uma influência determinante nos padrões de consumo de álcool e drogas estando associadas à iniciação, frequência e dimensão dos consumos.

Estas variáveis não são mais do que “ julgamentos ou percepções do indivíduo, englobando uma diversidade de aspectos como a probabilidade de o consumo de drogas produzir consequências pessoais específicas, os níveis de risco para a saúde atribuídos ao uso de drogas ou as percepções acerca do apoio social para usar drogas por parte de amigos ou familiares” (Negreiros, 2001 pp.79).

Assim, efectuou-se a análise quer da percepção individual sobre as drogas e dos seus efeitos, quer das expectativas normativas quanto ao uso dessas substâncias. Para tal, utilizaram-se as seguintes variáveis a que Negreiros designou de “variáveis mediatizadoras” (Negreiros, 2001), a saber: i. percepção do risco associado ao consumo de álcool e drogas; ii. percepção da acessibilidade às drogas; iii. percepções acerca da prevalência do consumo de drogas pelos amigos; iv. percepção do grau de reprovação associado ao uso de diferentes substâncias psicoactivas.

3.3.4.1. Percepção do risco de consumo de drogas.

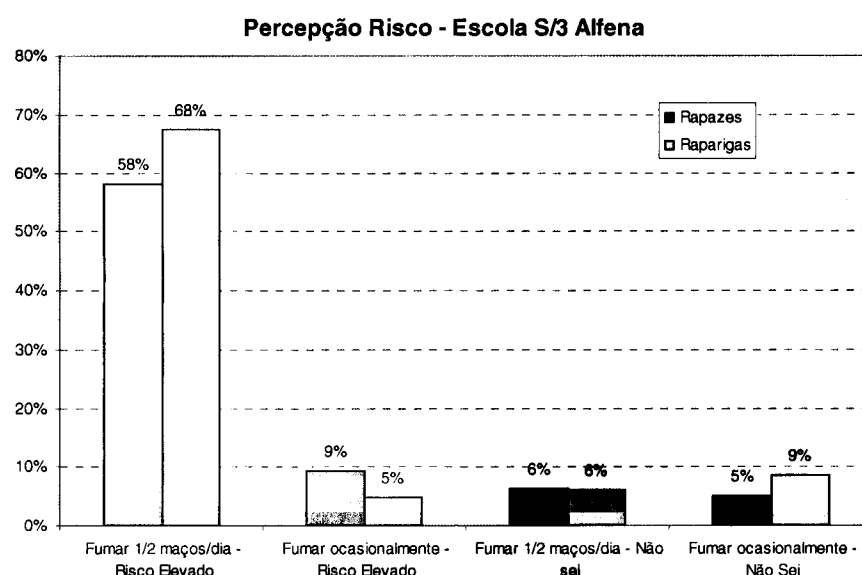
A avaliação da percepção do risco, associado ao consumo das diferentes substâncias, foi efectuada pelo recurso a uma questão onde se apresentavam os diferentes tipos de drogas distribuídas em diversos níveis de intensidade, solicitando ao aluno, a respectiva percepção do risco.

As categorias de resposta eram as seguintes: “Nenhum risco”, “Um risco baixo”, “Um risco elevado” e “Não sei”.

Consumo de tabaco

A percepção do risco associado ao consumo de um ou dois maços de tabaco por dia, revela que, na generalidade, os alunos reconhecem o seu risco elevado (Figura 3.39). As raparigas são as que, neste nível de consumo, percebem os maiores riscos (68% das raparigas vs. 58% dos rapazes na Escola Secundária/3 de Alfena e 72% das raparigas vs. 59% dos rapazes na Escola Secundária/3 de Ermesinde).

De registar que as respostas que evidenciam o desconhecimento do risco são, em ambas as escolas, muito baixas. Nos alunos das escolas de Matosinhos, a percepção do risco encontrado para consumos desta ordem foi superior: 74,5% para as raparigas e 65,6% para os rapazes. Curiosamente, verifica-se que em ambas as escolas, a percentagem de rapazes que percepciona o uso ocasional de tabaco como um risco elevado é maior do que a das raparigas. Registe-se ainda o facto, da percepção do risco de consumo ser ligeiramente superior, em qualquer uma das situações propostas, na Escola Secundária/3 de Ermesinde.



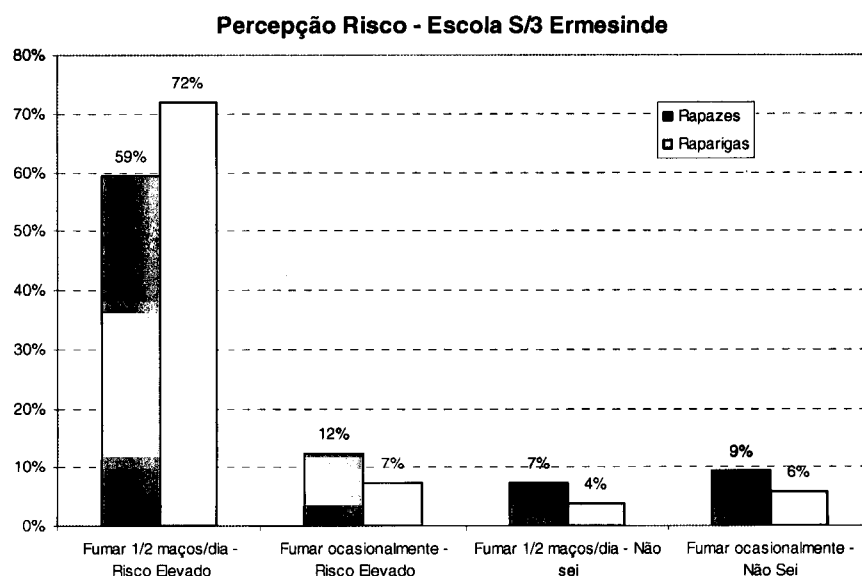
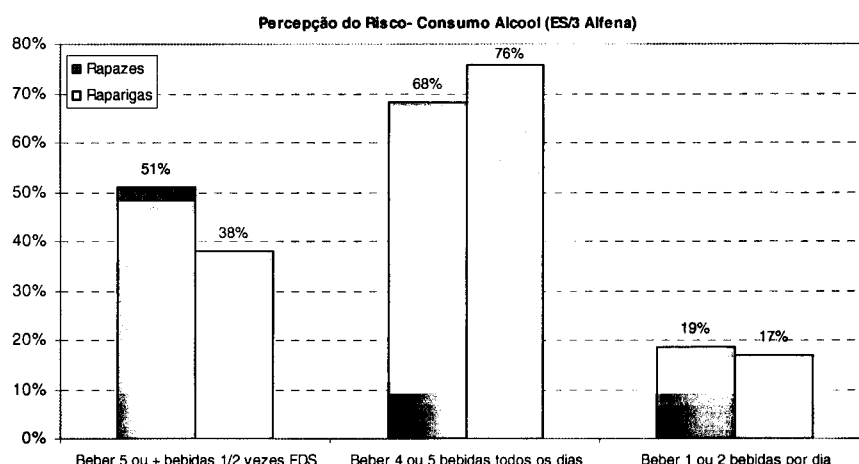


Figura 3.39. Percepção do risco de consumir tabaco. Percentagens dos estudantes que responderam “Risco elevado” por escola segundo o sexo (%).

Consumo de álcool

Quando se trata de avaliar o risco envolvido no consumo de álcool, 19% dos rapazes e 17% das raparigas da ES/3 de Alfena e 14% dos rapazes e 25% das raparigas da ES/3 de Ermesinde, pensam que beber uma ou duas bebidas por dia é um comportamento de alto risco. Estes valores sobem largamente quando o que se pede é o consumo de quatro ou cinco bebidas, todos os dias. Com efeito, este comportamento é visto como envolvendo um elevado risco por 68% dos rapazes e 76% das raparigas da ES/3 de Alfena e 61% dos rapazes e 80% das raparigas da ES/3 de Ermesinde (Figura 3.40).



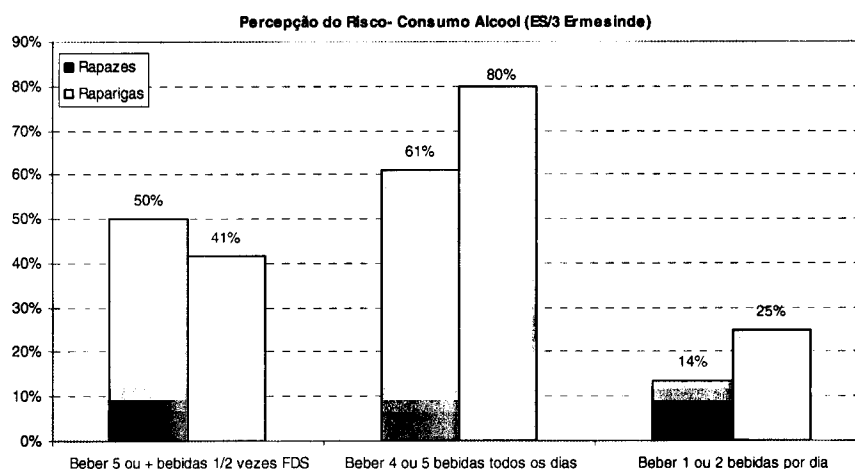


Figura 3.40. Percepção do risco de consumir álcool. Percentagens dos estudantes que responderam “Risco elevado”, por escola, em função do sexo (%).

Também no que se refere ao consumo de cinco ou mais bebidas, uma ou duas vezes ao fim de semana, os valores da percepção de um risco elevado assemelham-se nas duas escolas (51% dos rapazes e 38% das raparigas da ES/3 de Alfena vs. 50% dos rapazes e 41% das raparigas da ES/3 de Ermesinde).

Uma vez mais, é curioso verificar que, em ambas as escolas, o consumo de cinco ou mais bebidas, uma ou duas vezes ao fim de semana, seja percepcionado mais negativamente por parte dos rapazes.

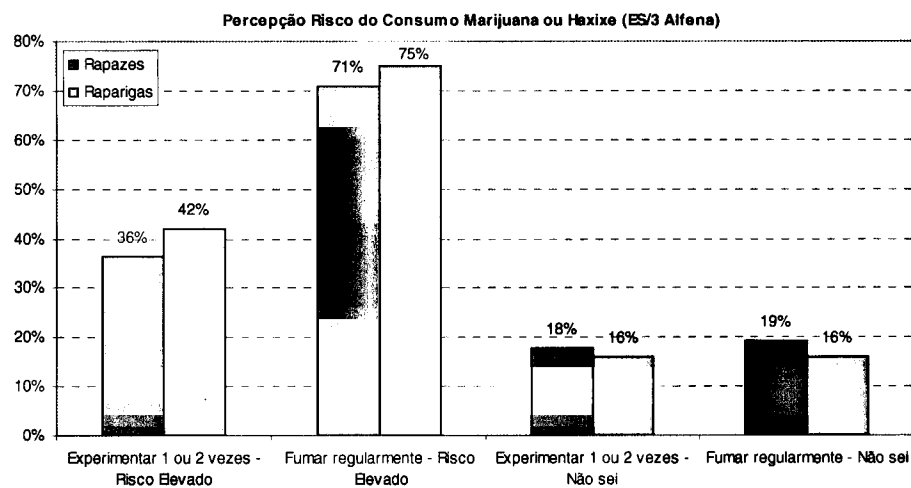
No estudo de Negreiros (Negreiros, 2001), a percepção do risco encontrado para consumos desta ordem foi de 62% para as raparigas e 55% para os rapazes.

Importa ainda referir que as respostas que evidenciam o desconhecimento do risco do consumo de bebidas alcoólicas são, mais uma vez, baixas em ambas as escolas. Com efeito, a percentagem de respostas “Não sei” varia consoante a situação referida, de 6,6% a 8,8%.

Consumo de marijuana ou haxixe

A percepção do risco associado aos diferentes consumos de marijuana afigura-se semelhante em ambas as escolas. Também, não se observam diferenças significativas em função do sexo dos alunos nas situações apresentadas (Figura 3.41). Com efeito, o uso regular de marijuana constitui um risco elevado para 71% dos rapazes e 75% das raparigas da ES/3 de Alfena e, para 65% dos rapazes e 71% das raparigas da ES/3 de Ermesinde.

Na situação referenciada como “experimentar uma ou duas vezes marijuana ou haxixe”, as diferenças entre géneros são, no entanto, mais acentuadas nomeadamente na E/S de Ermesinde onde este consumo é percebido como um risco elevado para 26% dos rapazes e 36% das raparigas.



C

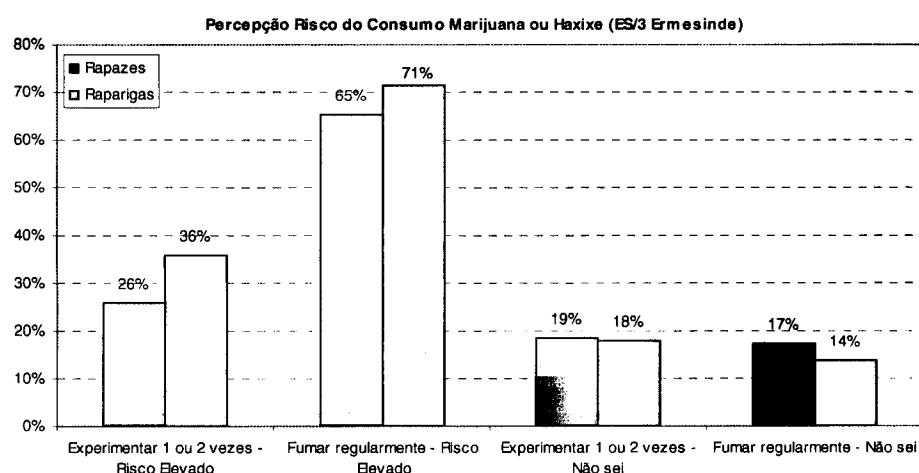


Figura 3.41. Percepção do risco de consumir marijuana. Percentagens dos estudantes que responderam “Risco elevado”, por escola, em função do sexo (%).

Contrariamente ao observado no caso do tabaco e do álcool, a percentagem de alunos que responde “Não sei” atinge os 19%, para a experimentação e os 17% para o uso regular de marijuana. No entanto, é importante tomar em consideração o elevado número de alunos que afirmaram desconhecer a substância (16,4%).

Consumo de inalantes

O uso de inalantes, tal como o de marijuana, é percebido de forma similar nas duas escolas em estudo. Também aqui não são registadas diferenças significativas entre os sexos (Figura 3.42).

A percentagem de alunos do sexo feminino que perceciona o consumo esporádico de inalantes como uma actividade de risco elevado é de 34% em ambas as escolas. Esta percentagem sobe, no entanto, relativamente à variável “Usarem inalantes regularmente” (66% para a ES/3 de Alfena e 69% para a ES/3 de Ermesinde).

Para os rapazes, a percepção do risco, nas duas situações anteriores é ligeiramente inferior (32% para a ES/3 de Alfena e 24% para a ES/3 de Ermesinde, para a experiência de consumo, e 64% para a ES/3 de Alfena e 60% para a ES/3 de Ermesinde, para o uso regular).

Estas percentagens são superiores às obtidas por Negreiros, no estudo de 2001 (28,3% para os rapazes e 25% para as raparigas, no referente à variável uso esporádico, e 49% para os rapazes e 57,5% para as raparigas relativamente à variável uso regular).

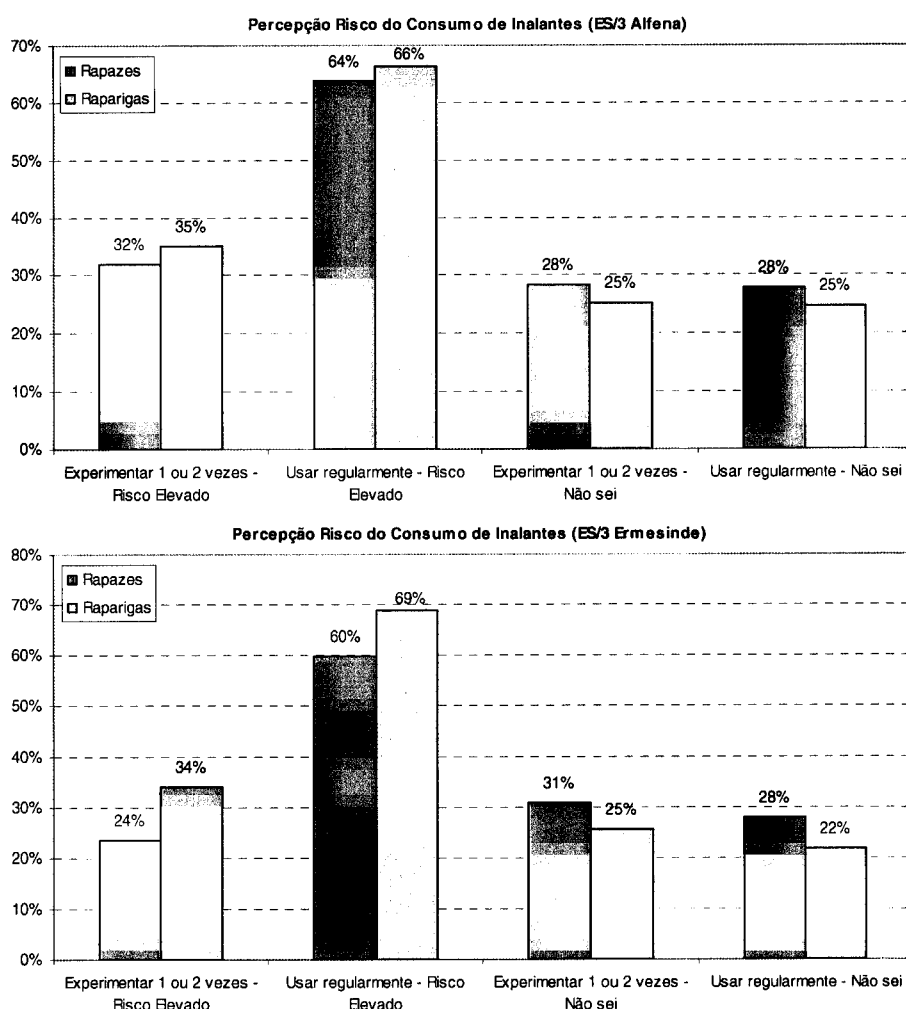


Figura 3.42. Percepção do risco de consumir inalantes. Percentagens dos alunos que responderam “Risco elevado”, por escola, em função do sexo (%).

De referir que, tal como no caso da marijuana, a percentagem de alunos que afirma desconhecer os efeitos destas substâncias, é muito elevada.

Consumo de outras drogas

A análise à percepção do risco associado ao consumo de diversas drogas revela que os adolescentes tendem a associar graus de risco menos elevados aos consumos esporádicos e níveis elevados de risco aos consumos regulares (Figura 3.43).

Não se observaram diferenças significativas, entre escolas, na percepção das diferentes drogas.

Na figura 3.43 encontram-se representadas, por escola, as percentagens obtidas em relação às diferentes drogas, referindo-se ainda, a percentagem de alunos que desconhece os riscos associados ao consumo dessas substâncias.

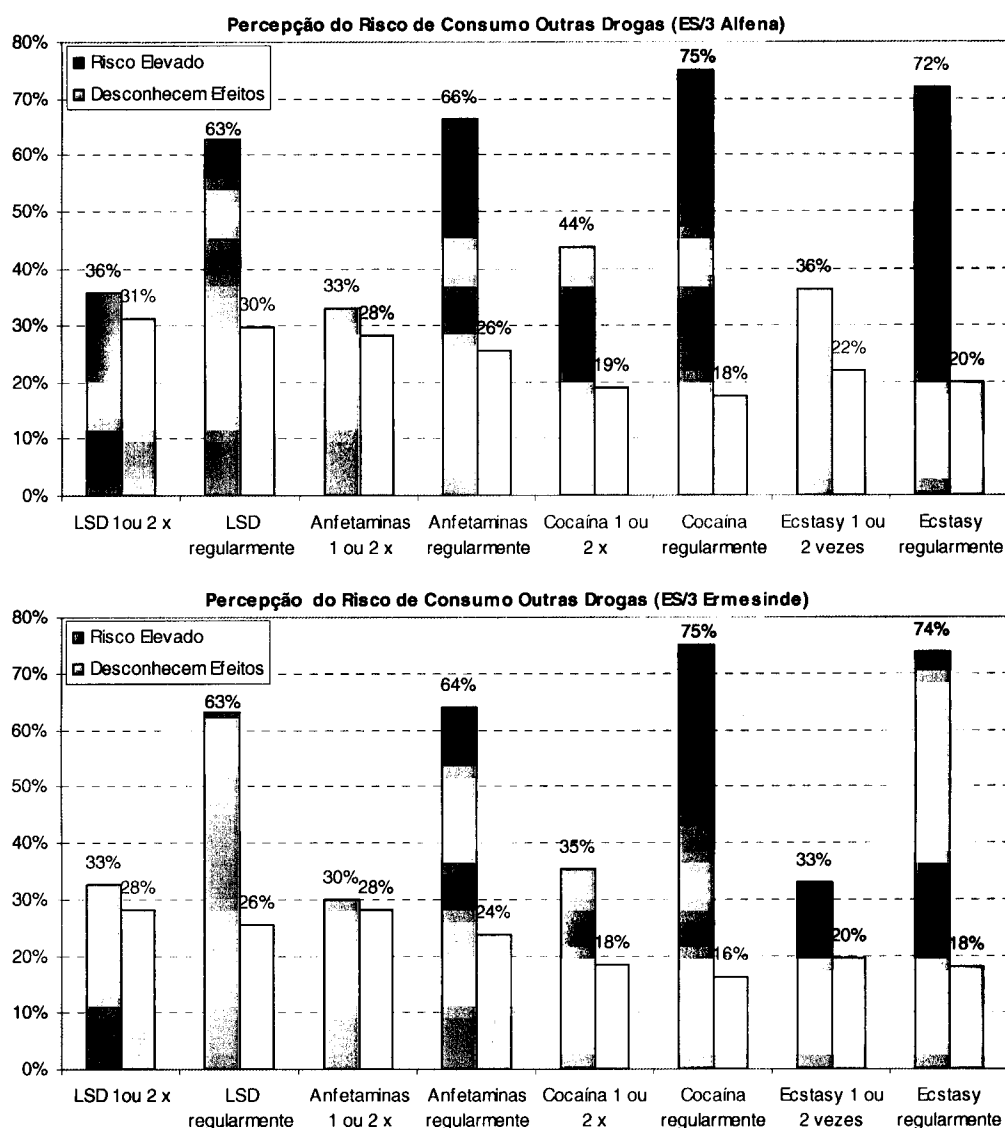


Figura 3.43. Percepção do risco de consumir drogas. Percentagens dos alunos que responderam “Risco elevado” e “Não sei”, por escola, em função do sexo (%).

A cocaína e o ecstasy são as drogas associadas a um risco mais elevado de utilização. Com efeito, 75% dos alunos de ambas as escolas, consideram que o uso regular de cocaína apresenta elevados riscos para o indivíduo. Similarmente, 73% dos indivíduos percepciona o consumo frequente de ecstasy como fortemente nocivo.

Menos arriscado é o uso de LSD e de anfetaminas sendo também nestas substâncias que se verificam as maiores percentagens de desconhecimento quanto aos efeitos.

Note-se que são exactamente essas as drogas menos conhecidas pelos indivíduos da amostra (64% nunca ouviram falar em LSD e 53% nunca ouviram falar em anfetaminas). Do mesmo modo, a cocaína é referida como a droga mais conhecida dos alunos já que somente 4% nunca ouviu falar desta droga.

Também no que se refere à experimentação, a droga percepcionada de forma mais negativa continua a ser a cocaína, com 44% dos alunos da ES/3 de Alfena e 35% dos alunos da ES/3 de Ermesinde a considerar que o seu consumo, ainda que experimental, provoca com elevada probabilidade consequências negativas no indivíduo.

3.3.4.2. Facilidade de obtenção das drogas.

Em termos teóricos, quando o acesso ao agente é fácil (barato e/ou disponível em qualquer loja de conveniência) ou quando está disponível sob uma forma que permite a sua actuação rápida, pode potenciar ou ampliar quer a experimentação quer os consumos. De igual modo, também o custo representa um importante factor etiológico no início e manutenção dos consumos.

Deste modo, procurou-se avaliar as percepções dos estudantes quanto à disponibilidade das diferentes drogas lícitas e ilícitas.

Bebidas alcoólicas

A percepção da facilidade de obtenção de bebidas alcoólicas nas duas escolas em estudo é a exposta na Figura 3.44.

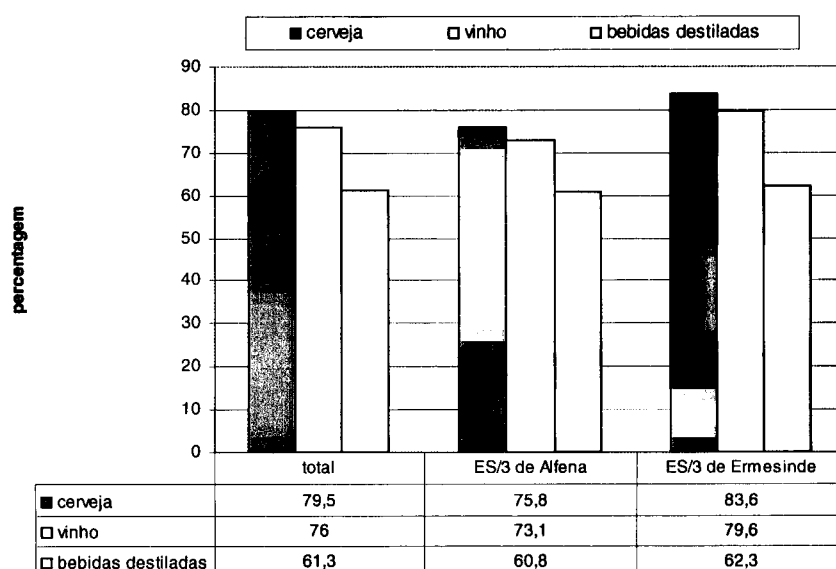


Figura 3.44. Estudantes que percebem diferentes bebidas alcoólicas como “fáceis” ou “muito fáceis” de obter, por escola (%).

Da análise da figura 3.44, resulta claro que as bebidas alcoólicas são consideradas pela maioria dos adolescentes, como de fácil ou muito fácil acesso.

Em termos percentuais, as bebidas consideradas mais acessíveis são a cerveja e o vinho (75,8% vs. 73,1%, na ES/3 de Alfena e 83,6% vs. 79,6% na ES/3 de Ermesinde). As bebidas destiladas apresentam, em ambas as escolas, as menores percentagens (60,8% para a ES/3 de Alfena e 62,3% para a ES/3 de Ermesinde).

Os valores obtidos por Negreiros em 2001 foram de 64,6% para a cerveja; 61,3% para o vinho e 52% para as bebidas destiladas.

Não se verificam diferenças de sexo relativamente à percepção da disponibilidade de obtenção de bebidas alcoólicas. Com efeito, 79,3% das raparigas e 80,7% dos rapazes consideram a cerveja fácil ou muito fácil de obter, 76,2% das raparigas e 77% dos rapazes, o vinho e 62,5% das raparigas e 60,6% dos rapazes, as bebidas destiladas.

Convém ainda referir que, embora de forma pouco significativa, os alunos da E/S de Ermesinde são os que em termos globais, percebem a acessibilidade do álcool mais facilitada.

Marijuana ou haxixe

A análise dos dados relativos à percepção da facilidade de obtenção de marijuana ou haxixe mostra que, independentemente da escola e do ano de escolaridade, a percentagem de rapazes que considera facilitada a obtenção desta substância é sempre superior à das raparigas (Figura 3.45).

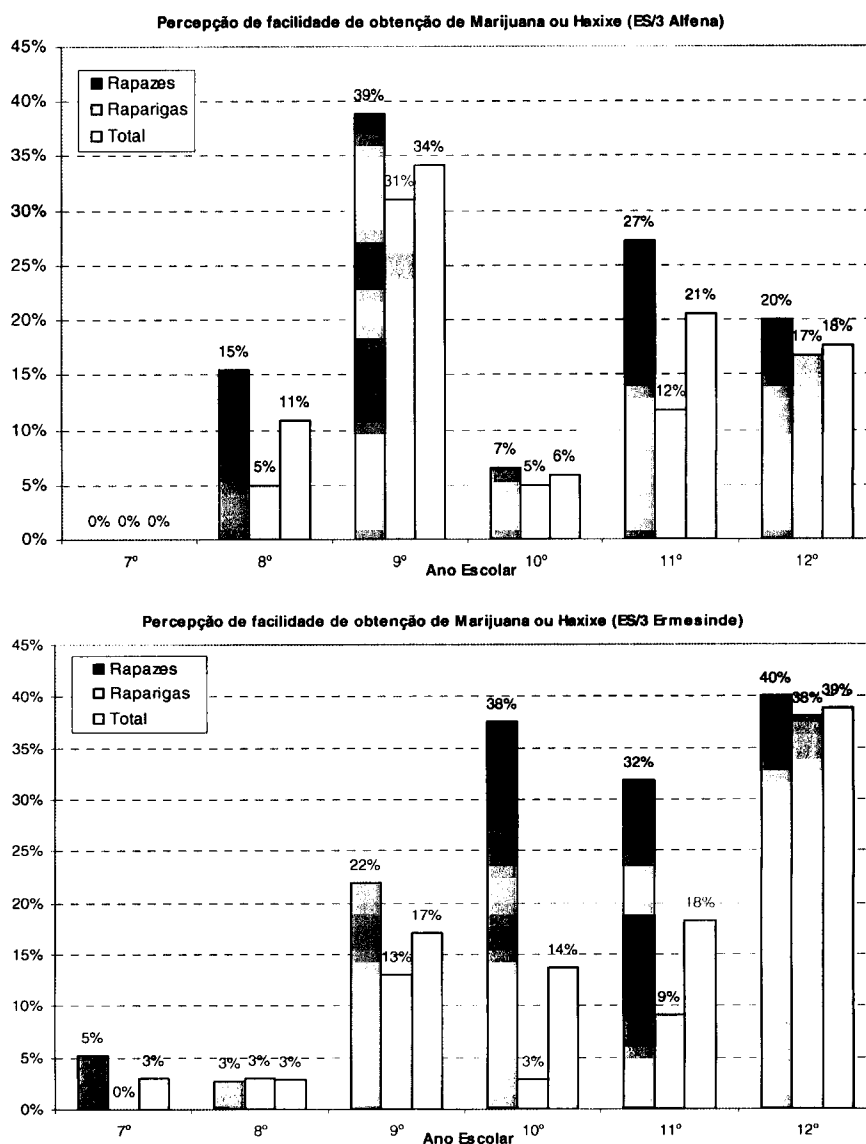


Figura 3.45. Estudantes que percebem a marijuana ou haxixe como “fácil” ou “muito fácil” de obter (%) – por ano de escolaridade e escola.

A distinção por escola e ano de escolaridade revela, contudo, uma grande heterogeneidade de resultados. Assim, enquanto que na ES/3 de Alfena é no 9º ano que se verificam as percentagens mais elevadas de alunos que consideram ser “fácil” ou “muito fácil” adquirir haxixe (34%), na ES/3 de Ermesinde, as taxas mais elevadas registam-se no 12º ano (40%). É interessante constatar que estes resultados estão de acordo com as prevalências de consumo obtidas em cada uma das escolas. De facto, as maiores PLV, para a ES/3 de Alfena, foram registadas no 9º ano enquanto que, para a ES/3 de Ermesinde, os registos mais elevados ocorrem no 12º ano.

Também no que se refere às diferenças entre géneros da percepção de acesso à droga, as maiores diferenças registam-se, para a ES/3 de Alfena, no 8º e no 11º anos enquanto que, para a ES/3 de Ermesinde, no 9º, 10º e 11º anos.

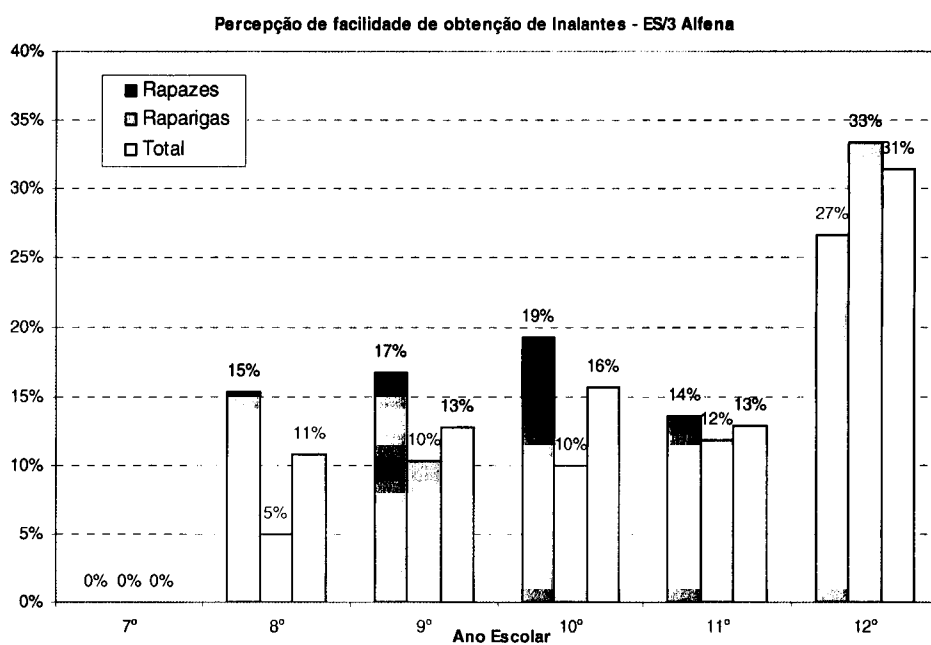
Por último é interessante verificar que embora as raparigas tenham revelado prevalências de consumo muito baixas desta substância e em muito dos casos até mesmo nulas, no que se refere à percepção da facilidade de obtenção de marijuana, apenas no 7º ano de escolaridade não se registou qualquer resposta do sexo feminino a reconhecer tratar-se de uma droga de “fácil” ou “muito fácil” acesso. Curioso é também o resultado obtido para os rapazes do 10º ano da ES/3 de Ermesinde onde 38% dos inquiridos considera a marijuana uma droga de fácil acesso. Note-se, contudo, que não foi registada, para este ano de escolaridade e sexo, qualquer experiência de consumo desta substância.

Inalantes

O consumo de inalantes é entendido na nossa amostra como de “fácil” ou “muito fácil” acesso por 12,4% dos estudantes. Destes, 13% são raparigas e cerca de 12% são rapazes.

A Figura 3.46 mostra a percentagem de alunos que consideram a grande acessibilidade desta droga, em função do ano de escolaridade e por escola. Resulta claro que, à medida que se progride no ano de escolaridade, existe uma tendência para considerar esta droga como mais facilmente disponível.

A análise por escola permite ainda verificar que, enquanto em Alfena os rapazes apresentam, na generalidade, as percentagens mais elevadas no que diz respeito à percepção da facilidade de aquisição de inalantes, em Ermesinde, à excepção do 10º e 11º anos são as raparigas que evidenciam as percentagens superiores.



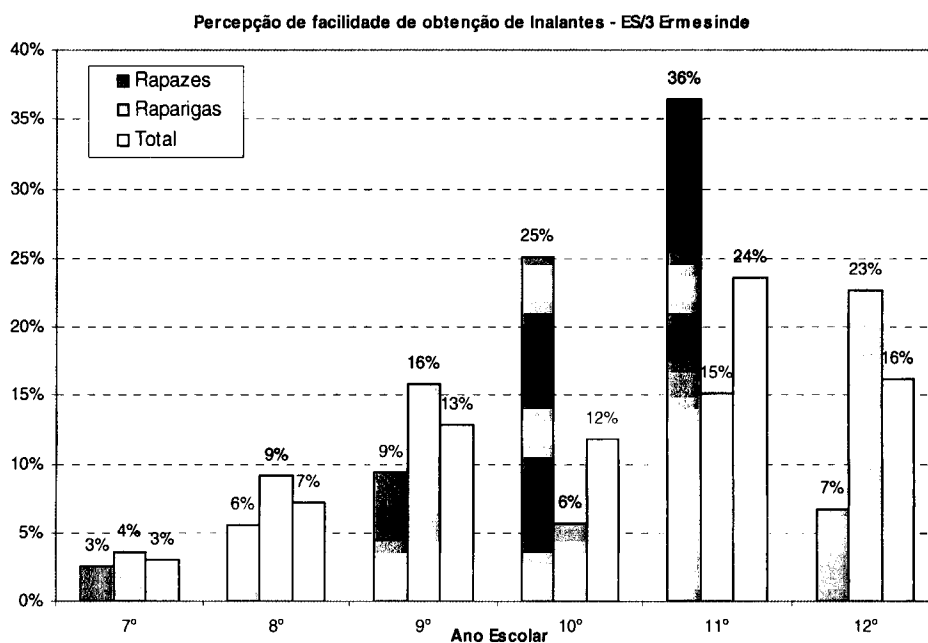


Figura 3.46. Alunos que percebem os inalantes como “fáceis” ou “muito fáceis” de obter (%) – por ano de escolaridade e escola.

Outras drogas

Relativamente às drogas ilícitas estas são percebidas, de um modo geral, como pouco acessíveis. A figura 3.47 mostra, por escola, as percentagens de alunos que percebem as diferentes drogas como “fáceis” ou “muito fáceis” de obter.

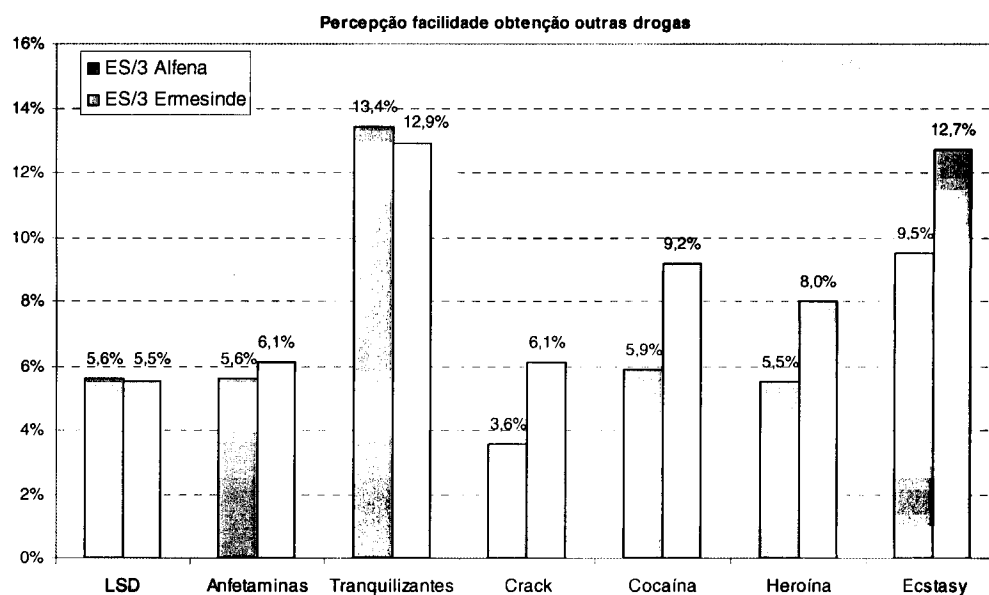


Figura 3.47. Alunos que percebem os inalantes como “fáceis” ou “muito fáceis” de obter, por escola e ano de escolaridade.

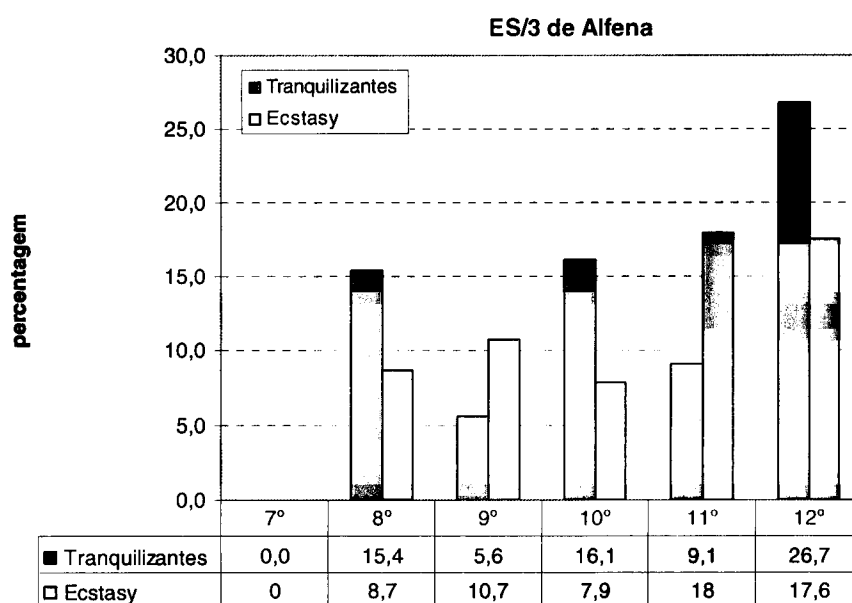
Á excepção dos tranquilizantes é na escola de Ermesinde que se verificam as maiores percentagens relativas a esta variável.

Da análise da figura anterior resulta que os tranquilizantes e o ecstasy são, de entre as drogas assinaladas, as que a maioria dos adolescentes consideram de “fácil” ou “muito fácil” acesso. Com efeito, 13,4% dos alunos da ES/3 de Alfena vs. 12,9% da ES/3 de Ermesinde, consideram isso mesmo a propósito dos tranquilizantes enquanto 9,5% dos estudantes da ES/3 de Alfena vs. 12,7% da ES/3 de Ermesinde, do ecstasy. Esta constatação está, aliás, de acordo com o já registado por Negreiros em 2001 nas escolas de Matosinhos (19,4% para os tranquilizantes e 17,7% para o ecstasy).

Em virtude dos resultados obtidos far-se-á, em seguida, uma breve análise à percepção da acessibilidade associada a estas duas substâncias.

Relativamente aos tranquilizantes, são essencialmente as raparigas que os consideram mais fáceis de obter (14,7% vs. 11,4%). Já no caso do ecstasy, a percentagem de rapazes que percepção estas drogas como fáceis de obter é superior à das raparigas (13,7% vs. 9,1%).

O cruzamento destas duas drogas com o ano de escolaridade (Figura 3.48) permite verificar que, em qualquer uma das escolas, as percentagens relativas a esta variável aumentam com o ano de escolaridade, sendo no 12º ano onde se verificam as taxas superiores.



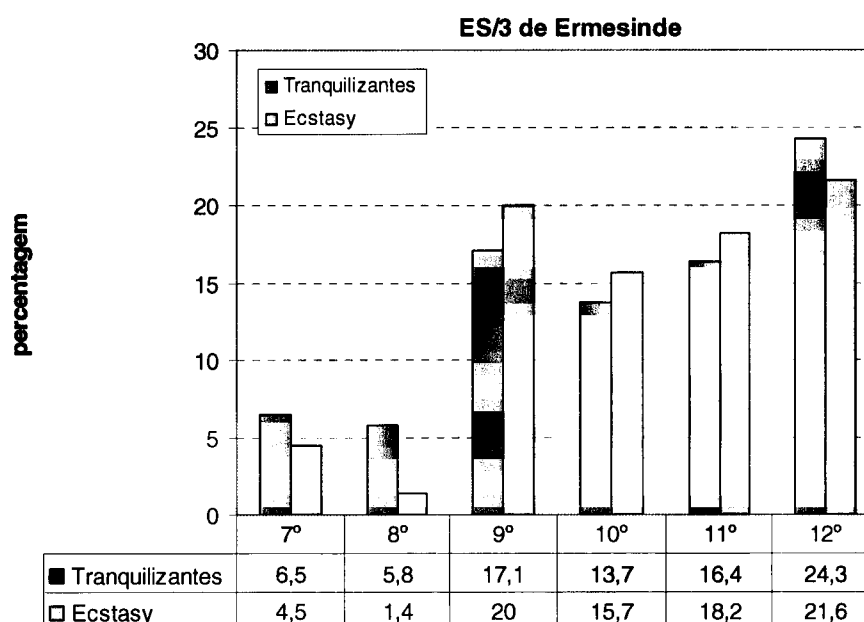


Figura 3.48. Alunos que percebem os tranquilizantes e o ecstasy como drogas “fáceis” ou “muito fáceis” de obter, por escola e ano de escolaridade (%).

3.3.4.3. Percepção do consumo de drogas pelos amigos.

As expectativas normativas quanto ao uso de drogas foram avaliadas através da questão: “Quantos amigos teus achas que fumam tabaco, etc.?” à qual os alunos eram convidados a responder de acordo com as seguintes categorias: “Nenhum”, “Poucos”, “Alguns”, “A maioria” e “Não sei”.

Os resultados que em seguida se apresentam, dizem respeito à percentagem de alunos que responderam “A maioria”, relativamente ao tabaco e álcool, e “Alguns” e “A maioria”, em relação às drogas ilícitas.

Consumo de tabaco

A análise da percepção dos adolescentes face ao comportamento dos seus pares relativamente ao tabaco, revela que apenas 8,2% dos alunos acreditam que a maioria dos seus amigos fuma cigarros. Note-se que este valor é muito mais baixo do que o registado por Negreiros em 2001 nas escolas de Matosinhos (27,3%).

Não se verificaram diferenças entre os sexos em relação a esta variável já que a percentagem de rapazes foi de 7,9% e a de raparigas foi de 8,5%.

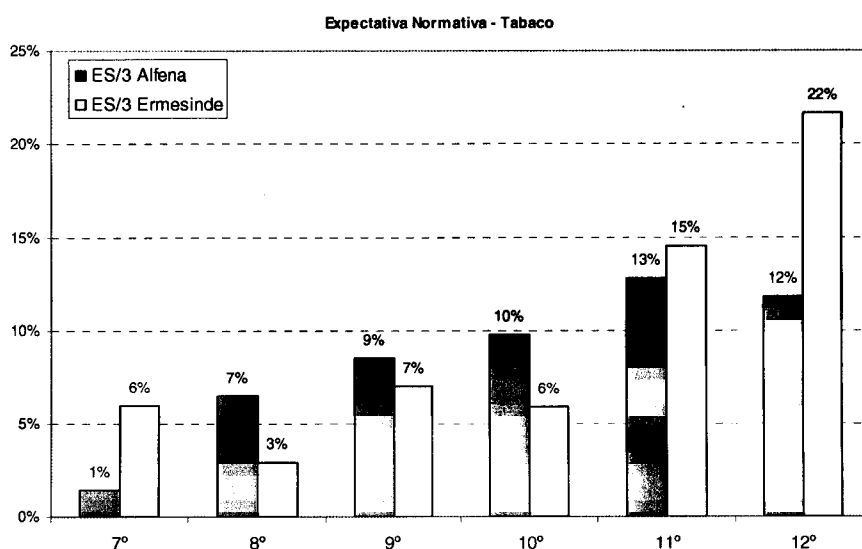


Figura 3.49. Percepção do consumo de tabaco pelos amigos por escola e ano de escolaridade – Alunos que responderam “A maioria” (%).

O cruzamento desta variável com o ano de escolaridade mostra que em ambas as escolas, existe uma tendência para percepcionar esta substância como mais consumida à medida que se progride na escolaridade (Figura 3.49).

Com efeito, enquanto que no 7º ano a percentagem de alunos que admite uma prevalência elevada do consumo de tabaco pelos seus pares é de apenas 1%, nos alunos da ES/3 de Alfena e 6% na ES/3 de Ermesinde, por volta do 12º ano já atinge os 12% e os 22% para a ES/3 de Alfena e ES/3 de Ermesinde, respectivamente.

Consumo de álcool

Relativamente ao consumo de álcool, cerca de 28% dos adolescentes acreditam que a maioria dos seus amigos bebem bebidas alcoólicas. Destes, 21,9% são rapazes e 33,1% são raparigas.

Note-se que comparativamente à percepção do uso de tabaco, este valor é substancialmente maior, o que parece indicar que, efectivamente, o consumo destas substâncias é algo frequente entre os adolescentes. Curiosamente, são as raparigas que admitem uma maior prevalência do consumo de álcool.

Negreiros em 2001, registou uma percentagem de 19,4% para o total de alunos que percepcionam este comportamento relativamente aos seus pares.

A análise por escola do cruzamento do ano de escolaridade com esta variável, revela, tal como no caso do tabaco, a existência de uma tendência para percepcionar as bebidas alcoólicas como mais consumidas à medida que se progride na escolaridade (Figura 3.50).

É interessante constatar a elevada percentagem de alunos do 12º ano da ES/3 de Ermesinde que acredita que a maioria dos seus amigos consome bebidas alcoólicas. Também aqui a percentagem de raparigas que refere este comportamento é superior à dos rapazes (86,4% vs. 80%).

Na ES/3 de Alfena, o valor mais elevado é o registado no 11º ano, com 54,5% dos rapazes e 43,6% das raparigas a percepcionarem um consumo de álcool alargado.

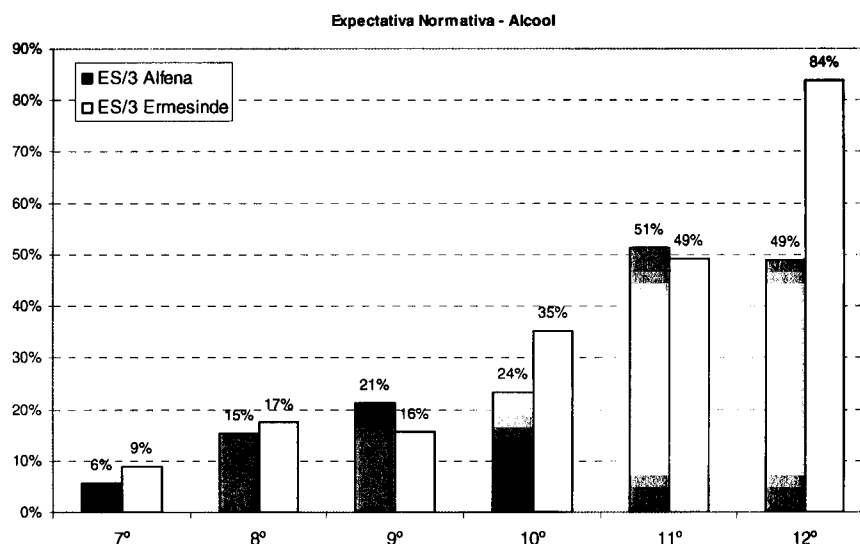


Figura 3.50. Percepção do consumo de bebidas alcoólicas pelos amigos por escola e ano de escolaridade – Alunos que responderam “A maioria” (%).

Face a estes resultados, torna-se pertinente a avaliação da percepção da embriaguez pelos amigos. Na figura 3.51 encontram-se representadas as expectativas dos jovens face à embriaguez, por escola e ano de escolaridade. Os resultados que em seguida se apresentam, dizem respeito à percentagem de alunos que responderam “Alguns” e “A maioria”, em relação a esta variável.

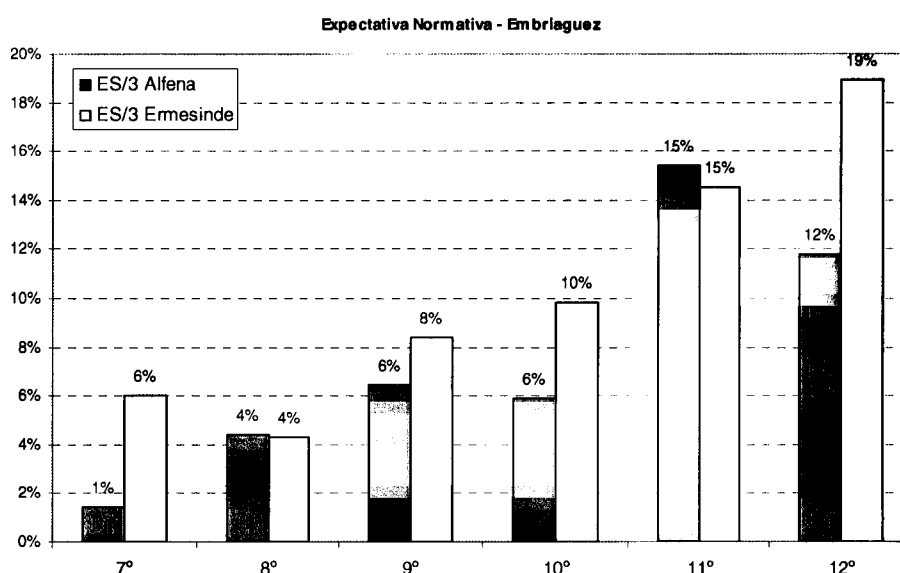


Figura 3.51. Percepção da embriaguez pelos amigos por escola e ano de escolaridade – Alunos que responderam “Alguns” ou “A maioria” (%).

Tal como previsível, um número elevado de alunos considera que alguns ou a maioria dos seus amigos ficam embriagados pelo menos uma vez por semana. Na escola de Alfena, a percentagem mais elevada ocorre no 11º ano (15%, onde 22,7% são rapazes e 5,9% são raparigas) enquanto que, na ES/3 de Ermesinde, é no 12º ano que se verificam os valores superiores (19%, onde 6,7% são rapazes e 27,2% são raparigas).

Consumo de drogas ilícitas

Nas restantes drogas, os adolescentes identificam poucos amigos a apresentar consumos (Figura 3.52).

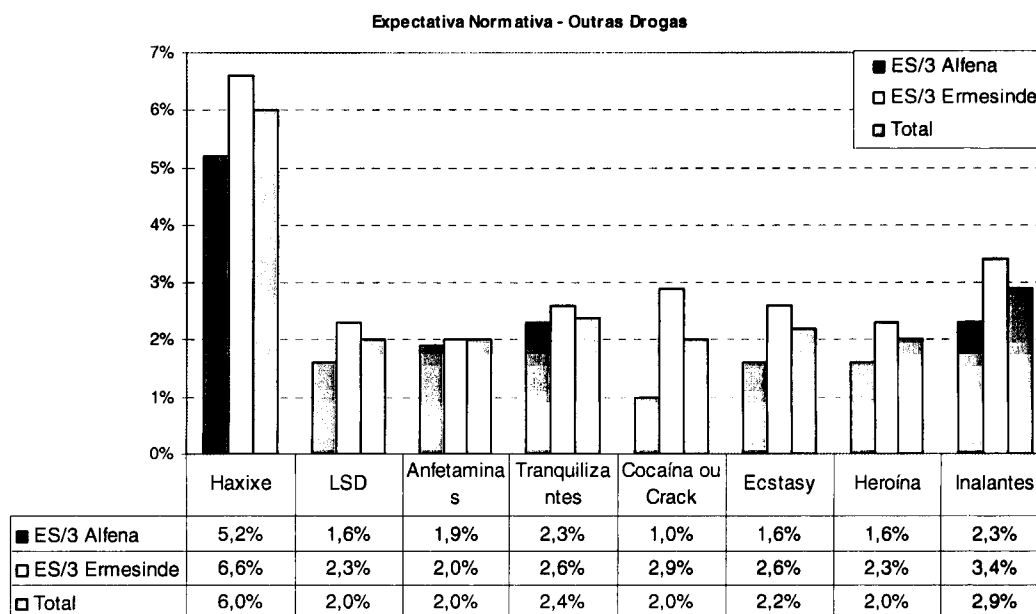


Figura 3.52. Percepção do consumo de drogas ilícitas por escola e ano de escolaridade – Alunos que responderam “Alguns” e “A maioria” (%).

É na escola de Ermesinde que se registam as percentagens mais elevadas quanto à percepção do consumo de drogas pelos amigos, para todas as substâncias.

A percentagem de alunos que refere que a maioria ou alguns dos seus amigos consomem ecstasy é muito reduzida (cerca de 2%). Negreiros registou para as escolas de Matosinhos valores de 5,1%.

Ainda assim, é possível verificar resultados significativos, embora com menor expressão face aos registados por Negreiros em 2001, quanto ao consumo de marijuana ou haxixe (6% vs. 12,6%).

Fazendo agora a análise por escola e ano de escolaridade das expectativas quanto ao consumo de marijuana pelos amigos (Figura 3.53), verifica-se que a percentagem mais elevada ocorre no 12º

ano da ES/3 de Ermesinde. Com efeito, 22% dos alunos dessa escola sustentam que alguns ou a maioria dos seus amigos consomem marijuana. Essa percentagem é de 18,2% nas raparigas e de 26,7% nos rapazes.

Na ES/3 de Alfena, é ao nível do 9º ano que se registam as percentagens superiores (cerca de 9% onde 11,1% são rapazes e 6,9% são raparigas).

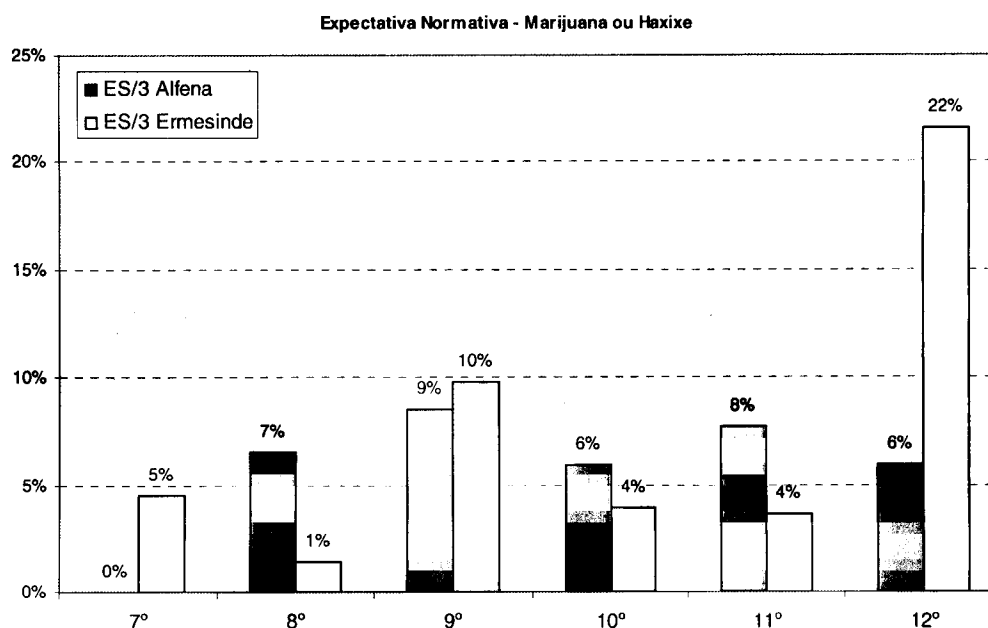


Figura 3.53. Percepção do consumo de marijuana ou haxixe por escola e ano de escolaridade – Alunos que responderam “Alguns” e “A maioria” (%).

3.3.4.4. Reprovação do consumo de drogas pelos amigos.

Consumo de tabaco

A percentagem de alunos que considera que os seus amigos acham mal ou muito mal o consumo de tabaco é de 50,8%. Destes, 56,8% são do sexo masculino e 45,9% são do sexo feminino.

Na figura 3.54 encontra-se representado, por escola, o resultado do cruzamento desta variável com o ano de escolaridade.

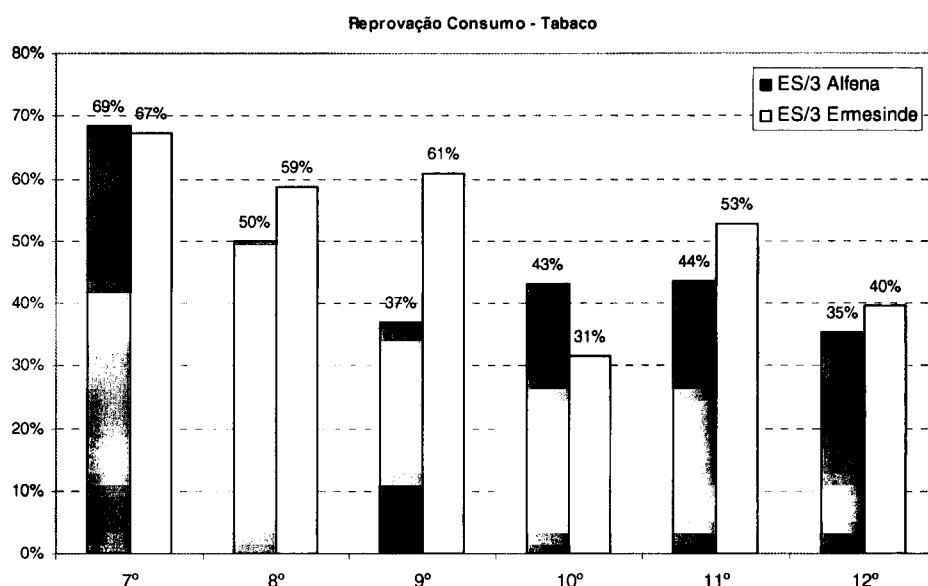


Figura 3.54. Reprovação do consumo de tabaco pelos amigos por escola e ano de escolaridade. Alunos que responderam que “Acham mal” ou “Muito mal” (%).

Da análise desta figura resulta claro que a percentagem de alunos que referem que os seus amigos acham mal ou muito mal fumar cigarros diminui, independentemente da escola, à medida que se progride na escolaridade. Com efeito, no 7º ano de escolaridade essa percentagem é de 69% para os alunos da ES/3 de Alfena e de 67% para os alunos da ES/3 de Ermesinde, enquanto que no 12º ano a percentagem desce para 35% nos alunos da ES/3 de Alfena e 40% nos alunos da ES/3 de Ermesinde.

À excepção do 7º e 10º ano, é na ES/3 de Ermesinde que se registam as atitudes mais negativas face ao consumo de tabaco.

Consumo de álcool

No que concerne ao álcool, 32,5% dos alunos inquiridos consideram que os seus amigos acham mal ou muito mal o consumo de bebidas alcoólicas. Este valor é inferior ao registado em 2001 por Negreiros, que foi de 42%.

Os rapazes, comparativamente às raparigas, tendem a percepcionar um maior grau de reprovação social do consumo de álcool (36,7% vs. 28,9%).

A figura 3.55 mostra o resultado do cruzamento desta variável com o ano de escolaridade. Os resultados apresentam-se ainda discriminados por escola.

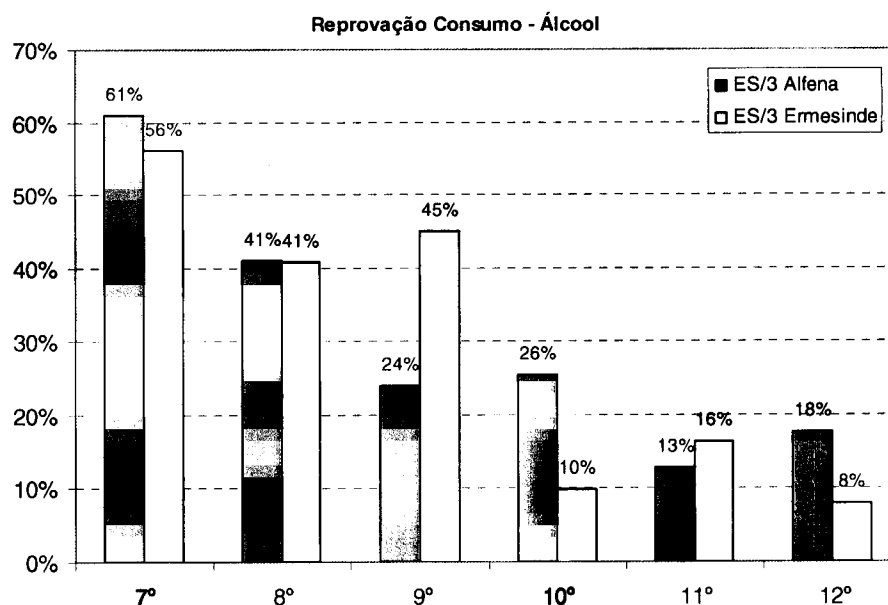


Figura 3.55. Reprovação do consumo de álcool pelos amigos por escola e ano de escolaridade. Alunos que responderam que “Acham mal” ou “Muito mal” (%).

Tal como no relativo ao tabaco, mas agora de forma mais acentuada, a percentagem de alunos que consideram que os seus amigos acham mal ou muito mal consumir bebidas alcoólicas diminui claramente, nas duas escolas, à medida que se aumenta na escolaridade. Com efeito, enquanto que no 7º ano de escolaridade essa percentagem é de 61% para os alunos da ES/3 de Alfena e de 56% para os alunos da ES/3 de Ermesinde, no 12º ano a percentagem desce para 18% nos alunos da ES/3 de Alfena e 8% nos alunos da ES/3 de Ermesinde.

A reprovação da embriaguez segue o mesmo padrão verificando-se uma diminuição, ainda que muito menos significativa, da percentagem de alunos que referem que os seus amigos acham mal ou muito mal ficarem embriagados pelo menos uma vez por semana, à medida que se aumenta no ano de escolaridade (Figura 3.56).

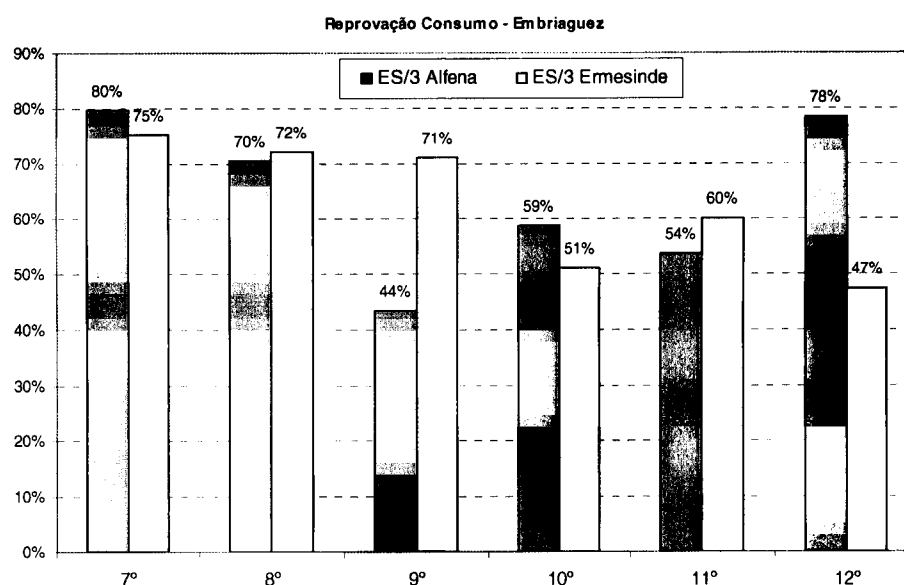


Figura 3.56. Reprovação da embriaguez pelos amigos por escola e ano de escolaridade. Alunos que responderam que “Acham mal” ou “Muito mal” (%).

Contudo, registe-se o facto de na ES/3 de Alfena existir uma elevada percentagem de alunos a frequentar o 12º ano (78%) que percepciona que os seus pares apresentam atitudes predominantemente negativas face às “bebedeiras”. Assinale-se que, esta percentagem é quase idêntica à registada para a mesma escola, no 7º ano de escolaridade.

Consumo de outras drogas

Os dados relativos à reprovação do consumo de drogas ilícitas permitem constatar que os alunos, na generalidade, consideram que os seus pares revelam atitudes fortemente negativas face ao consumo dessas substâncias (Figura 3.57).

A droga que é percebida com maior reprovação dos pares é a heroína (91%), logo a seguir surgem o ecstasy, a cocaína, os estimulantes e o LSD (todas com 90%).

Ainda que apresentando resultados muito elevados, o haxixe e os inalantes aparecem como as substâncias que apresentam as percentagens mais baixas (87%). No estudo de Negreiros, as percentagens obtidas para estas substâncias foram de 82,8 para a marijuana e 79,3 para os inalantes.

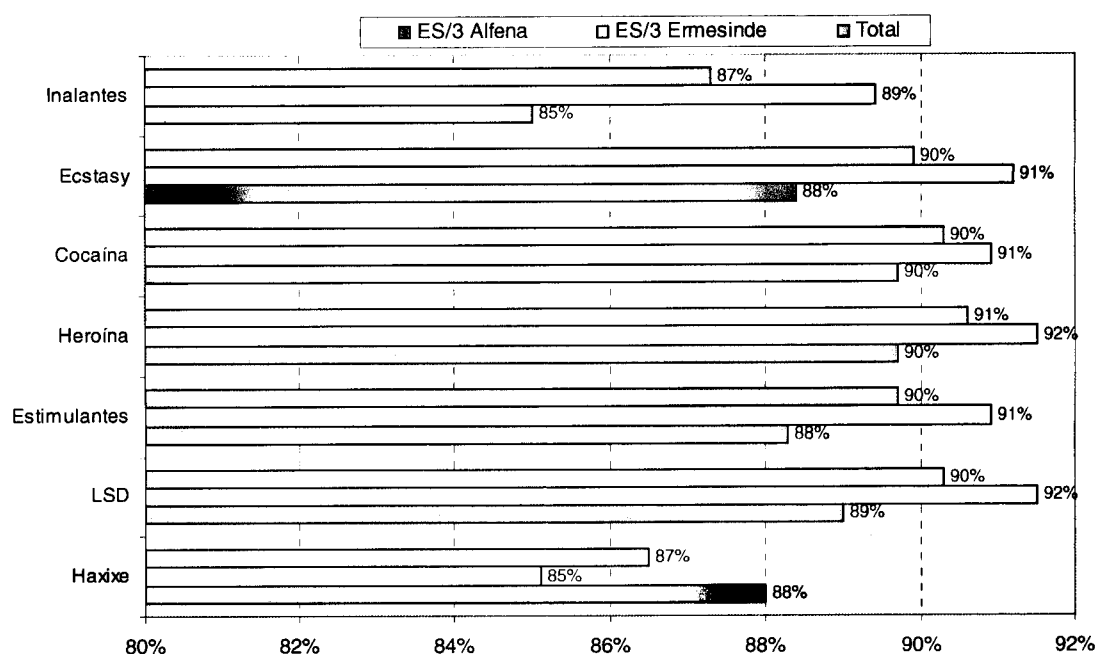


Figura 3.57. Reprovação do consumo de drogas ilícitas pelos amigos por escola e ano de escolaridade. Alunos que responderam que “Acham mal” ou “Muito mal” (%).

Convém ainda destacar que, não deixa de ser curioso o facto de uma percentagem significativa de adolescentes considerar que os seus pares não emitem juízos de valor face ao consumo destas substâncias (10,7% na ES/3 de Alfena e 13,5% na ES/3 de Ermesinde).

3.3.5. Actividades, interesses e tempos livres

3.3.5.1. Actividades de ocupação do tempo

As actividades, interesses e estilos de vida dos jovens podem ajudar a aprofundar a compreensão sociopsicológica do uso de drogas. Assim, foi realizado um levantamento dos hábitos de lazer dos jovens nos últimos três meses. Os resultados obtidos encontram-se na tabela 3.10.

	1 a 2 vezes por semana	1 a 2 vezes por mês	1 a 2 vezes nos últimos três meses	Nenhuma vez
Cinema	14,3	35,0	36,3	14,4
Discoteca	4,4	11,7	23,6	60,3
Bares	15,0	18,1	26,8	40,0
Acontecimentos desportivos	21,7	22,4	27,6	28,3
Andar de bicicleta	28,4	15,8	18,4	37,3
Praticar desporto	68,6	9,5	8,6	13,3
Ver vídeos	32,0	24,3	15,1	28,7
Jogar computador	62,8	13,7	11,5	12,0
Ir à missa	14,4	9,4	15,3	60,9

Tabela 3.10. Hábitos de Lazer dos adolescentes nos últimos três meses (%) – Total da amostra.

Da análise da tabela resulta claro que as actividades mais frequentemente realizadas pelos jovens passam pelos jogos de computador, a prática de algum desporto e a ida ao cinema. Com muito menor expressão aparecem a ida à missa ou a discotecas.

Proceder-se-á, em seguida, à análise detalhada, por escola, das actividades de ocupação dos tempos livres. Por forma a comparar os dados desta amostra com os recolhidos por Negreiros nas escolas de Matosinhos, far-se-á à análise das respostas por conjuntos. Serão examinados os dados das respostas relativas ao cinema, bares e discotecas, seguidas das actividades desportivas, depois as que integram os jogos de computador e o visionamento de vídeos e, por fim, as actividades religiosas.

Cinema, bares e discotecas

As idas ao cinema estão largamente difundidas na ocupação dos tempos livres dos jovens. As diferenças em relação ao sexo são pouco significativas (Figura 3.58). Não obstante, são os rapazes que em ambas as escolas, apresentam as percentagens superiores relativamente a esta variável.

As idas a bares fazem igualmente parte das actividades de eleição dos jovens. Com efeito, a maioria dos rapazes e das raparigas de ambas as escolas, refere ter frequentado um bar pelo menos uma ou duas vezes por mês nos últimos três meses. As diferenças de sexo não são, uma vez mais, acentuadas. Note-se que estes valores são claramente superiores aos registados por Negreiros nas escolas de Matosinhos (49% para os rapazes e 28,7% para as raparigas).

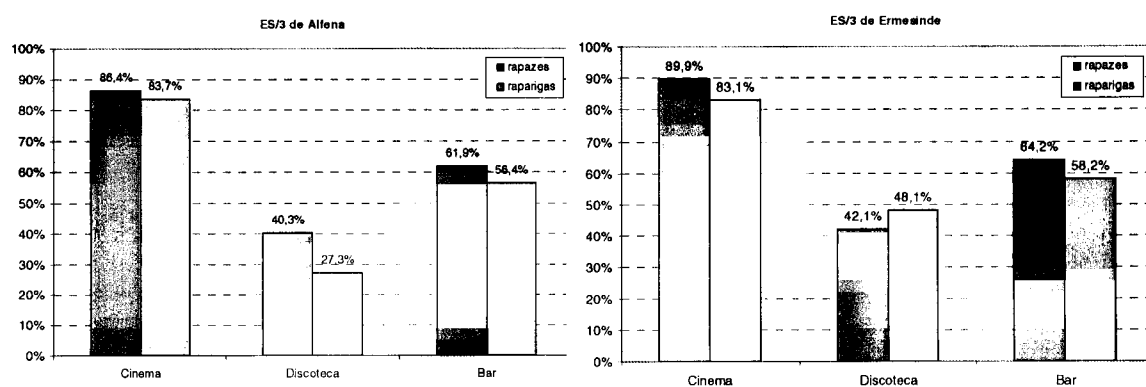


Figura 3.58. Atividades de ocupação dos tempos livres por escola, segundo o sexo (%).

A análise da distribuição das respostas a esta variável em função do ano de escolaridade, permite verificar que a percentagem de alunos que frequentou um bar vai aumentando à medida que se avança na escolaridade (Figura 3.59). Assim, enquanto que no 7º ano, 38,0% dos alunos da ES/3 de Alfena e 48,5% da ES/3 de Ermesinde referem ter frequentado um bar pelo menos nos últimos três meses, no 12º ano esses valores chegam aos 82,4% para a ES/3 de Alfena e aos 81,6% para a ES/3 de Ermesinde.

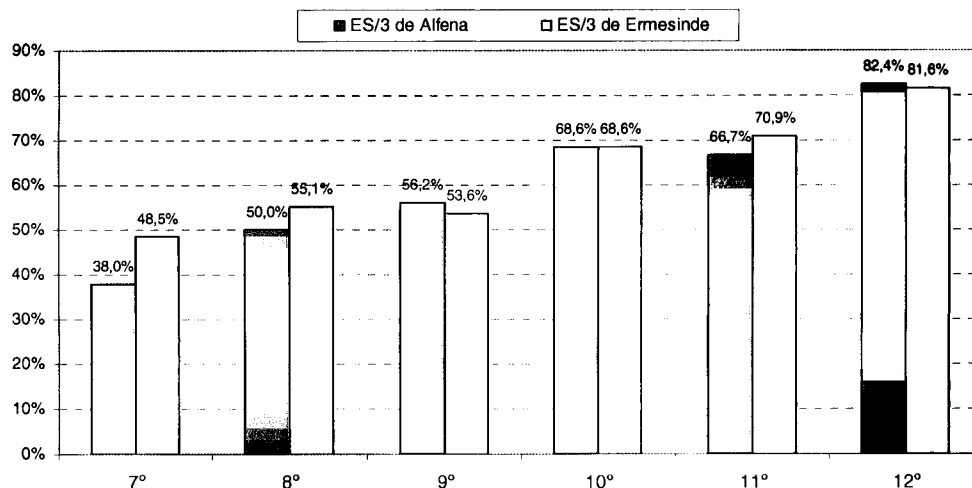


Figura 3.59. Actividade de "ir as um bar" segundo o ano de escolaridade, por escola (%).

As diferenças mais acentuadas entre escolas ocorrem no que se refere às idas a discotecas. Com efeito, enquanto que na ES/3 de Alfena são os rapazes que realizam esta actividade dum modo mais regular (40,3% vs. 27,3%), na ES/3 de Ermesinde, as raparigas apresentam as percentagens mais elevadas (42,1% vs. 48,1%).

Examinando agora a distribuição das respostas a esta variável por ano de escolaridade (Figura 3.60) verifica-se, uma vez mais, que a percentagem de alunos que frequenta discotecas vai aumentando em função do ano escolar sendo no 12º ano que se registam as percentagens superiores (65% na ES/3 de Alfena e 68% na ES/3 de Ermesinde).

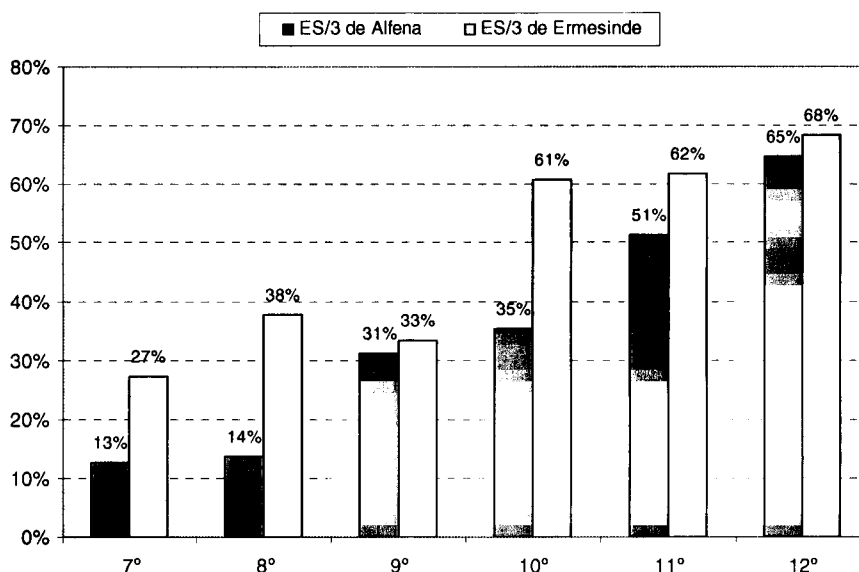


Figura 3.60. Actividade “ir a uma discoteca” segundo o ano de escolaridade, por escola (%).

A escola de Ermesinde é a que apresenta as percentagens superiores, sendo a diferença mais importante a registada no 10º ano, com 35% dos alunos da ES/3 de Alfena versus 61% dos alunos da ES/3 de Ermesinde a referir a preferência por esta actividade.

Actividades desportivas

Em relação aos hábitos de lazer, as actividades desportivas são as que apresentam o maior número de adeptos. No entanto, analisando a repartição dos resultados por sexo, verifica-se que os rapazes apresentam, tendencialmente, um maior envolvimento nestas actividades (Figura 3.61)

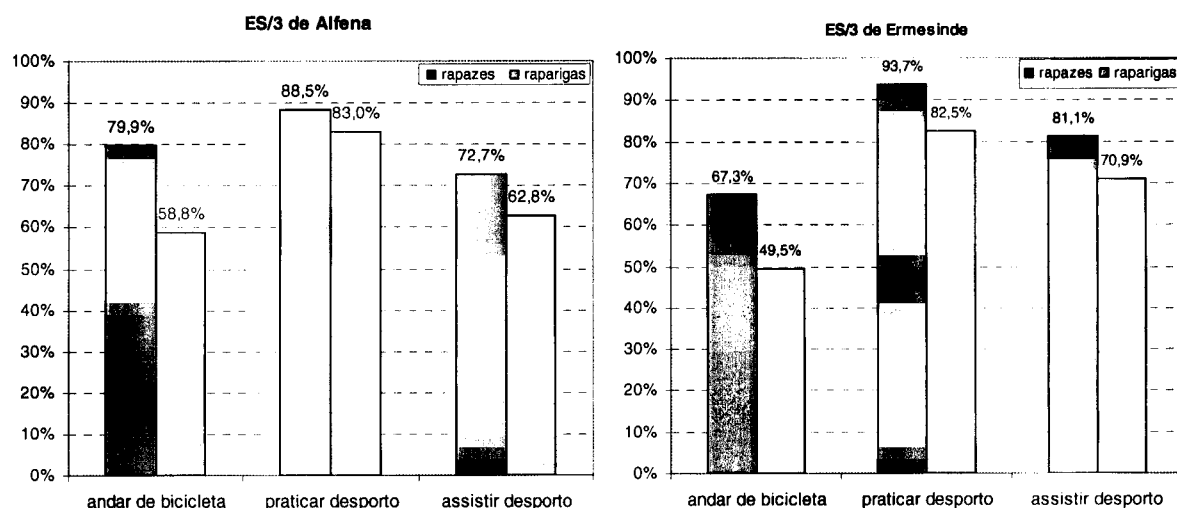


Figura 3.61. Actividades de ocupação dos tempos livres por escola, segundo o sexo (%).

É na ES/3 de Alfena que os alunos, independentemente do sexo, revelam hábitos mais regulares no referente a andar de bicicleta. Já no que diz respeito à variável: “Assistir a um acontecimento desportivo”, são os alunos da ES/3 de Ermesinde que apresentam as percentagens superiores.

Também quando analisados os dados relativos à prática de uma actividade desportiva verifica-se que são os rapazes da escola de Ermesinde que aderem em maior percentagem. Com efeito, apenas 6,3% dos rapazes dessa escola referem não praticar qualquer tipo de desporto contra 11,5% da ES/3 de Alfena.

Jogos de computador, videocassetes/DVDs

Dentre as actividades indicadas, os jogos de computador foram as mais referenciadas. Da análise da tabela 3.10 resulta que somente 12% dos alunos não praticaram esta actividade nos três últimos meses à realização deste estudo. Note-se, no entanto, que este valor é inferior ao obtido por Negreiros em 2001 que foi de 21,9%.

O cruzamento desta variável com o sexo permite verificar que independentemente da escola, esta actividade está mais associada aos rapazes (Figura 3.62).

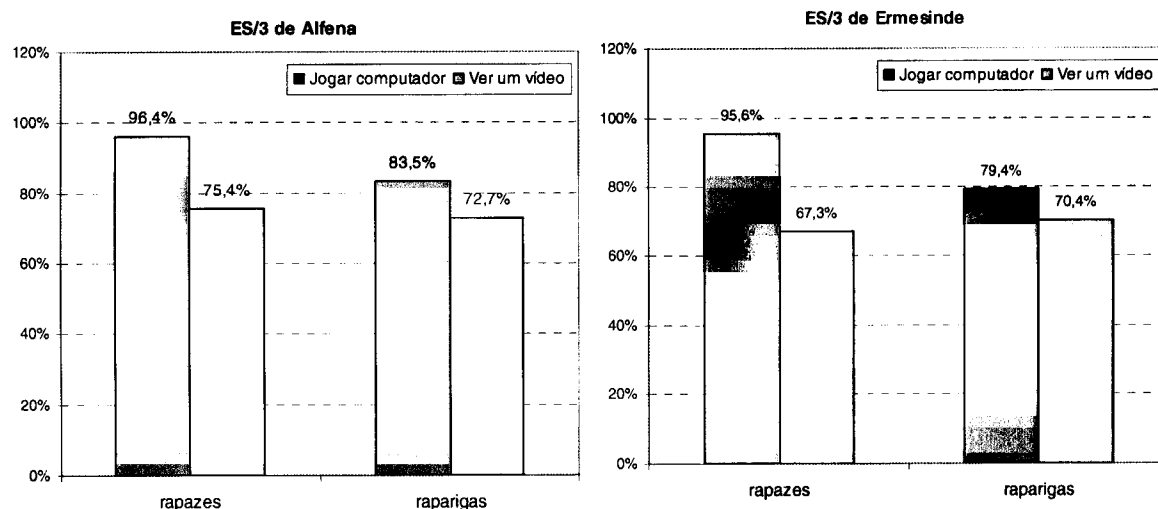


Figura 3.62. Atividades de ocupação dos tempos livres por escola, segundo o sexo (%).

Com efeito, constata-se que cerca de 96% dos rapazes das duas escolas jogam computador, enquanto que apenas 75,4% das raparigas da escola de Alfena e 67,3% das raparigas da escola de Ermesinde o fazem.

Já relativamente à variável "ver uma videocassete/DVD" as diferenças entre os sexos não são tão expressivas, ainda que os rapazes continuem a apresentar percentagens superiores.

Do cruzamento da variável "jogar jogos de computador" com o ano de escolaridade (Figura 3.63), resulta bastante evidente que esta actividade é praticada com elevada frequência em todos os anos de escolaridade, sendo na escola de Alfena onde apresenta maior expressão.

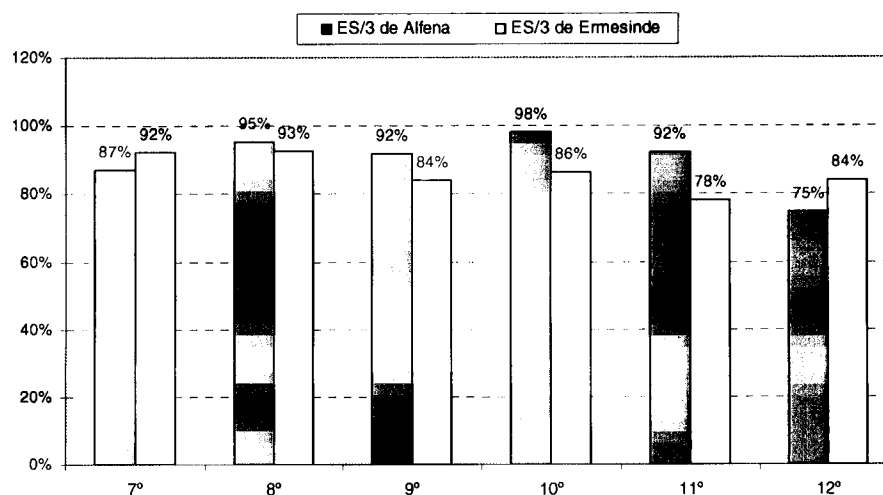


Figura 3.63. Actividade "jogar jogos de computador" segundo o ano de escolaridade, por escola (%).

É no 10º ano, na escola de Alfena e no 8º ano, na escola de Ermesinde, que se registam as percentagens mais elevadas de alunos a praticar esta actividade. Inversamente, os registos mais reduzidos para esta variável vêm do 12º ano, na ES/3 de Alfena (75%) e do 11º ano, na ES/3 de Ermesinde (78%).

Actividades religiosas

Também no âmbito da avaliação das actividades de ocupação do tempo livre dos alunos, foi examinada a participação em actividades religiosas através da variável “ir à missa”.

Ainda que com pouca expressão comparativamente a outras variáveis, verifica-se que 39,1% dos jovens já participaram em missas. Destes, 14,4% referem fazê-lo uma ou duas vezes por semana.

Note-se que no intervalo considerado, este valor é superior ao registado para as idas ao cinema e a discotecas conforme consta da tabela 3.10. É ainda um valor muito próximo ao observado para as idas a bares, onde 15% dos alunos referem ter este hábito pelo menos uma ou duas vezes por semana.

Examinando a repartição dos resultados por escola e por sexo, verifica-se que são as raparigas que independentemente da escola, realizam predominantemente esta actividade. A diferença mais acentuada ocorre na escola de Alfena (Figura 3.64).

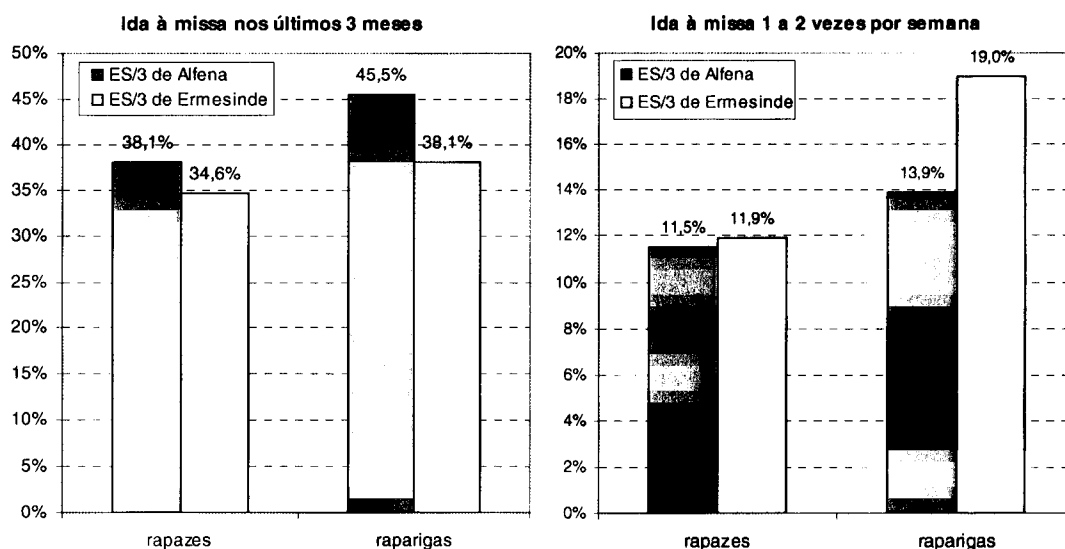


Figura 3.64. Actividades “ir à missa 1 ou duas vezes nos últimos três meses” e “1 ou 2 vezes por semana”, por escola (%).

É também nesta escola que existem mais indivíduos com experiência de participação em actividades religiosas nos últimos três meses. Com efeito, enquanto cerca de 38% dos rapazes e 46% das raparigas da ES/3 de Alfena referem ter participado nestas actividades no espaço de tempo considerado, na escola de Ermesinde, os valores descem para cerca de 35% dos rapazes e 38% das raparigas.

Não obstante, quando analisados os dados relativos às idas regulares a missas, verifica-se que é a escola de Ermesinde que apresenta a maior percentagem de alunos a assumir uma prática religiosa regular. A maior discrepância entre escolas ocorre no caso das raparigas (19% da escola de Ermesinde vs. cerca de 14% da escola de Alfena).

Da figura 3.65 constam os dados relativos ao cruzamento da variável “ida à missa, uma ou duas vezes por semana” com o ano de escolaridade, por escola.

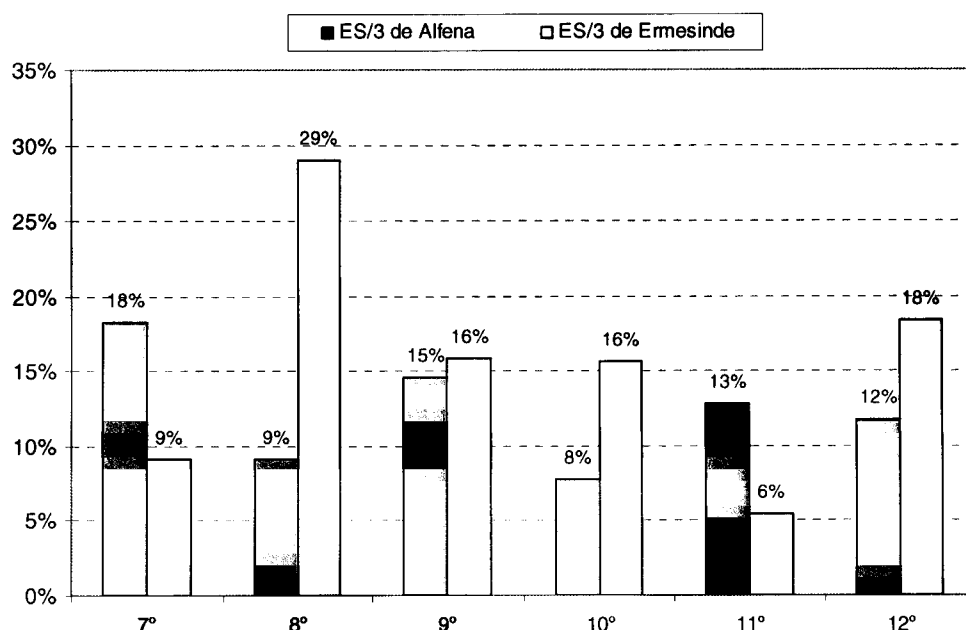


Figura 3.65. Actividade “ida à missa 1 ou 2 vezes por semana” segundo o ano de escolaridade, por escola (%).

Verifica-se que os resultados mais elevados vêm do 8º e 12º anos da escola de Ermesinde, com 29% e 18% dos alunos, respectivamente, a referirem a ida regular à missa. Na escola de Alfena, é no 7º ano que se regista o número superior de alunos a participar nestas actividades (18%).

Os resultados mais baixos surgem, para a escola de Ermesinde, no 11º ano (6%) e para a escola de Alfena, no 10º ano (8%).

Correlações entre medidas de uso de drogas e actividades de ocupação do tempo livre

A análise das relações entre o tipo e a natureza das diferentes actividades realizadas pelos jovens, com o uso de drogas, permite investigar a hipótese segundo a qual o consumo destas substâncias pode ser, em larga escala, explicado pelo estilo de vida dos indivíduos. Assim, proceder-se-á, em seguida, ao estudo das correlações entre estas variáveis.

Antes de mais, convém referir que as correlações entre medidas do uso de drogas são, como previsível, todas positivas. De facto, encontram-se correlações positivas moderadas entre o consumo de tabaco e bebidas alcoólicas ($r = 0.21$, $p < 0.01$), o consumo de tabaco e marijuana/haxixe ($r = .46$, $p < 0.01$) e o consumo de marijuana/haxixe e álcool ($r = .14$, $p < 0.01$).

A tabela 3.11 mostra as correlações entre medidas de consumo de tabaco, álcool e marijuana/haxixe e medidas de actividades de ocupação do tempo livre.

Comportamento	P30D tabaco	P30D álcool	PLV haxixe/marijuana
1. Ir ao cinema	- 0.06	0.03	0.007
2. Ir à discoteca	0.24**	0.30**	0.15**
3. Andar de bicicleta	- 0.40	-0.21	-0.49
4. Ver videocassete	-0.099*	-0.015	0.05
5. Ir a um bar	0.174**	0.19**	0.122**
6. Ir à missa	-0.07	-0.065	-0.107**
7. Jogar computador	-0.102**	0.006	0.029
8. Praticar desporto	0.024	-0.082*	0.001

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Tabela 3.11. Correlações entre o consumo de drogas e actividades de ocupação do tempo livre.

Da análise da tabela resulta que enquanto as actividades “ir à discoteca” ou “ir a um bar” estão positivamente correlacionadas com o uso regular de tabaco ($r=.24$ e $r=.174$), as actividades “ver uma videocassete” e “jogar computador” aparecem negativamente correlacionadas com esta mesma variável ($r=-.099$ e $r=-.102$).

No referente ao consumo habitual de álcool, são igualmente as actividades “ir à discoteca” e “ir a um bar” que aparecem positiva e moderadamente correlacionadas ($r=0.30$ e $r=0.19$). Pelo contrário, a prática de uma modalidade desportiva aparece moderadamente negativa em relação ao consumo desta substância ($r=-0.082$).

As correlações entre o consumo de haxixe e as actividades “ir à discoteca” e “ir a um bar” são também moderadamente positivas ($r=0.15$ e $r=0.122$, respectivamente), ao contrário da “ida à missa” que aparece correlacionada moderada e negativamente com o consumo desta droga ($r=-0.107$).

3.3.5.2. Comportamentos anti-sociais.

O levantamento da prevalência de comportamentos anti-sociais foi efectuada com base nos furtos, agressões e destruição da propriedade/vandalismo praticados pelos alunos no último ano à realização do presente estudo.

A Figura 3.66 apresenta a prevalência dos três tipos de comportamentos anti-sociais no total da amostra e por escola.

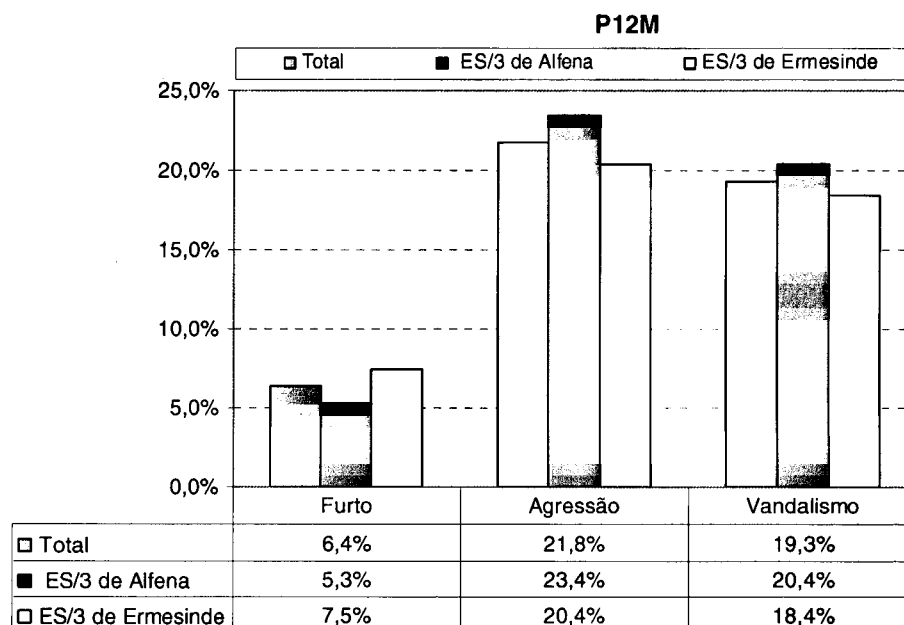


Figura 3.66. Prevalência no último ano de comportamentos anti-sociais. Total da amostra e por escola (%).

Assim, no último ano, 6,4% dos alunos (5,3% da ES/3 de Alfena e 7,5% da ES/3 de Ermesinde) referem ter “roubado algo”, cerca de 22% referem ter “agredido alguém fisicamente” (23,4% da da ES/3 de Alfena e 20,4% da ES/3 de Ermesinde) e 19,3% referem ter “destruído ou danificado algo de propósito” (20,4% da ES/3 de Alfena e 18,4% da ES/3 de Ermesinde).

Tendo em conta o estudo de Matosinhos verifica-se que, à excepção da agressão, todos os valores são inferiores aos registados em 2001 para as escolas desse concelho, os quais foram de 11,2% para o furto, 20,6% para a agressão e 16,7% para o vandalismo.

A análise da prevalência no último ano de comportamentos anti-sociais em função do sexo, permite ainda verificar que, tal como seria de esperar, são os rapazes que evidenciam um maior número deste tipo de comportamentos (Figura 3.67)

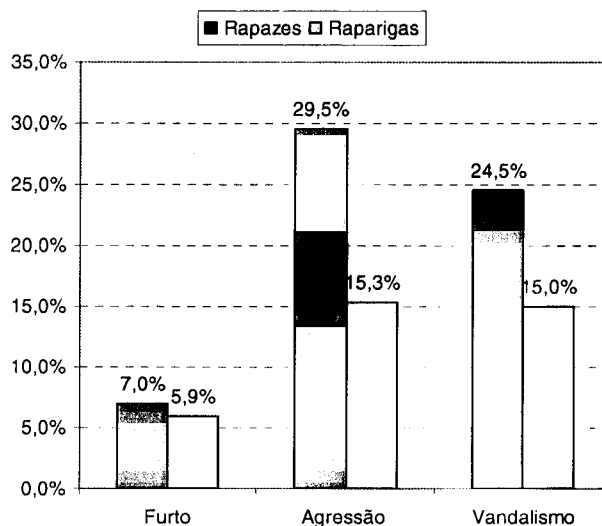


Figura 3.67. Prevalência no último ano de comportamentos anti-sociais em função do sexo (%).

Com efeito, 7% dos rapazes versus 6% das raparigas da amostra roubaram algo no último ano, cerca de 30% versus 15,3% agrediram alguém fisicamente e cerca de 25% versus 15% destruíram ou danificaram coisas de outrem.

À excepção do furto, as comparações efectuadas em função do sexo para os restantes comportamentos anti-sociais revelaram-se estatisticamente significativas ($X^2=19,58$, $p=.000$, para a agressão e $X^2=12,45$, $p=.006$, para o vandalismo).

Quando analisados os dados em função do ano de escolaridade, verifica-se que a maior percentagem de comportamentos anti-sociais ocorre no 8º ano e no 10º ano, registando-se a partir do 11º ano, um declínio progressivo na frequência destes actos (Figura 3.68).

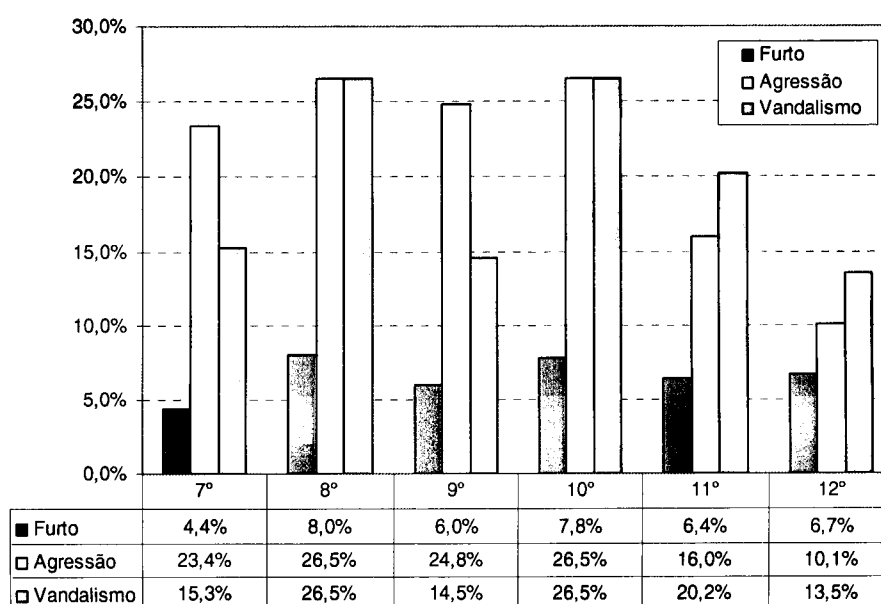


Figura 3.68. Prevalência de comportamentos anti-sociais no último ano por ano de escolaridade (%).

A análise dos resultados por escola evidencia, contudo, realidades muito distintas. Assim, enquanto que na Escola Secundária/3 de Alfena os resultados mais elevados ocorrem no 9º ano, para os furtos e as agressões e no 8º ano, para os actos de vandalismo (Figura 3.69), na Escola Secundária/3 de Ermesinde a maior percentagem de furtos regista-se, curiosamente, entre alunos do 12º ano, a agressão atinge o pico mais elevado no 7º ano de escolaridade e os actos de vandalismo no 8º e 10º anos (Figura 3.70).

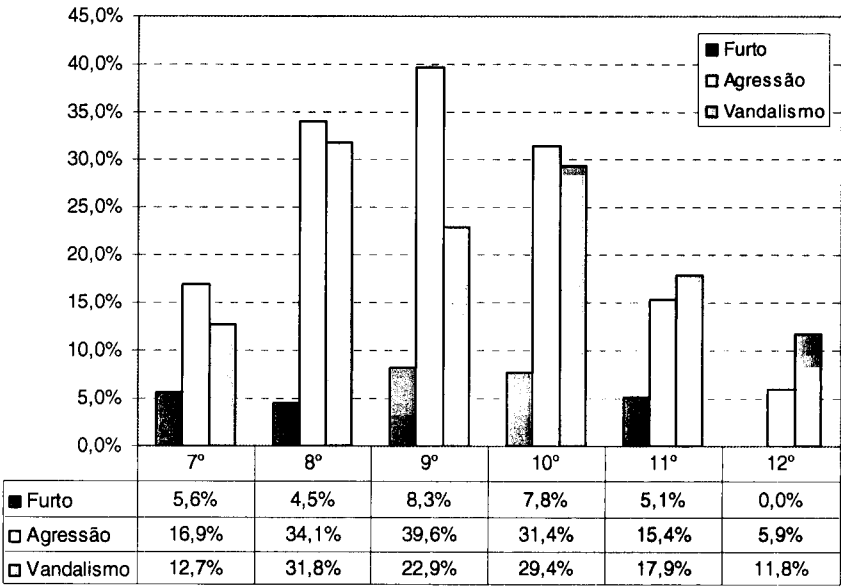


Figura 3.69. Prevalência de comportamentos anti-sociais no último ano, por ano de escolaridade – Escola Secundária/3 de Alfena (%).

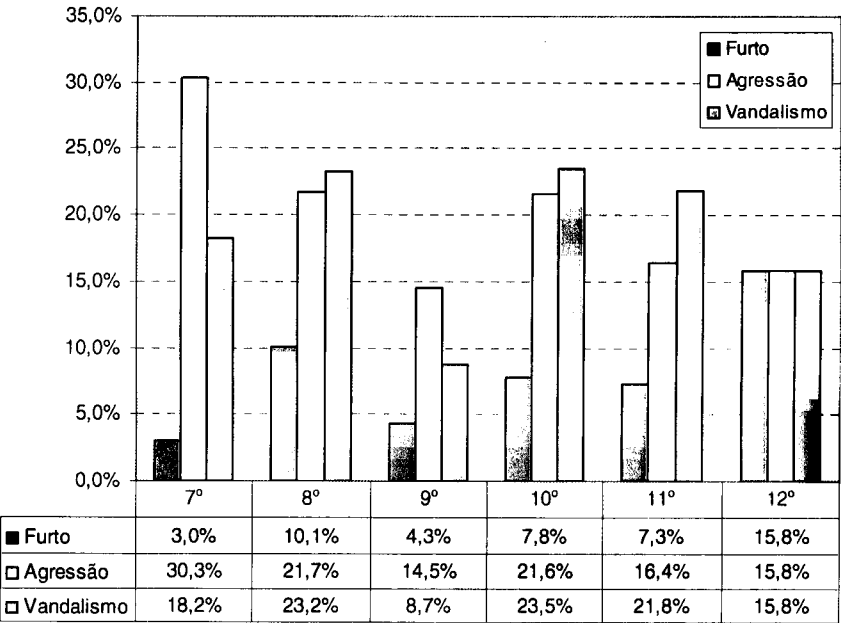


Figura 3.70. Prevalência de comportamentos anti-sociais no último ano, por ano de escolaridade – Escola Secundária/3 de Ermesinde (%).

Correlações entre medidas de uso de drogas e comportamentos anti-sociais.

A tabela 3.12 mostra as correlações entre medidas de comportamento anti-sociais e medidas de consumo de tabaco, álcool, embriaguez e consumo de marijuana.

Comportamento	1	2	3	4	5	6	7
1. P30D tabaco	-	.206**	.316**	.461**	.026	.048	.062
2. P30D álcool	.206**	-	.294**	.137**	.151**	.155**	.247**
3. P30D embriaguez	.316**	.294**	-	.379**	-.008	.209**	.223**
4. PLV haxixe	.461**	.137**	.379**	-	.017	.061	.129**
5. Furto	.026	.151**	-.008	.017	-	.164**	.267**
6. Agressão	.048	.155**	.209**	.061	.164**	-	.513**
7. Vandalismo	.062	.247**	.223**	.129**	.267**	.513**	-

** p<0.01

Tabela 3.12. Correlações entre medidas de comportamentos-problema.

Da análise da tabela anterior resulta claro que as correlações entre medidas de consumo de drogas e medidas de comportamento anti-sociais apresentam uma variabilidade considerável. O furto está positiva e moderadamente correlacionado com o consumo de álcool ($r=.151$). A agressão, por sua vez, apresenta correlações positivas com o uso de álcool e com a embriaguez ($r=.155$ e $r=.209$). Por fim, o vandalismo encontra-se positiva e moderadamente relacionado com o uso de álcool, com a embriaguez e com o consumo de haxixe ($r=.247$, $r=.223$ e $r=.129$).

As correlações entre medidas de comportamento anti-social são positivas e moderadas entre o furto e a agressão ($r=.164$), o furto e o vandalismo ($r=.267$) e elevadas entre a agressão e o vandalismo ($r=.513$).

3.4. Conclusões

A caracterização do consumo de droga requer informação quer quantitativa quer qualitativa que permita conhecer a extensão do consumo, identificar causas e consequências associadas.

Neste capítulo procurou-se estruturar a informação de modo a permitir o conhecimento dos padrões de consumo de tabaco, álcool e drogas na população estudantil das escolas Secundária/3 de Alfena e Secundária/3 de Ermesinde, fazendo simultaneamente referência a alguns factores que poderão estar associados a esses consumos.

O facto de se tratarem de escolas que embora limítrofes se encontram inseridas em meios distintos (semi-urbano e urbano, respectivamente), justificou a opção de efectuar o tratamento dos dados recolhidos quer de um modo global, quer por escola, procurando sempre que possível, compreender a realidade particular de cada um dos estabelecimentos de ensino supracitados.

Nas conclusões que se seguem apresentam-se-ão os dados mais importantes relacionados com a descrição do fenómeno na vertente da extensão do consumo (recorrendo para tal ao indicador das prevalências de consumo), procurando contextualizá-los e sempre que possível, compará-los com os resultados de outras investigações, nomeadamente do estudo efectuado nas escolas do Concelho de Matosinhos em 2001 (Negreiros, 2001) e do estudo realizado a nível nacional (ESPAD, 2003). Esta comparação parece de todo pertinente uma vez que o instrumento adoptado foi o utilizado por Negreiros que, por sua vez, adoptou um número significativo de propostas associadas ao projecto ESPAD e a outros organismos internacionais, com vista à adopção de idêntica metodologia que facilite a comparação e contextualização dos resultados obtidos.

Serão ainda apontadas possíveis explicações para as relações encontradas e enunciadas algumas propostas para o desenvolvimento de estratégias de prevenção adequadas à realidade desta população.

Consumo de tabaco

A experiência de consumo de tabaco nas escolas Secundária/3 de Alfena e Secundária/3 de Ermesinde é de 38,5%. No entanto, constata-se que apenas 9% dos alunos das duas escolas apresentam consumos regulares, sendo que destes, só 3,7% apresentam hábitos diários de consumo (2,7% do sexo masculino e 1,1% do sexo feminino). Conclui-se assim que o consumo de tabaco na amostra em estudo é relativamente baixo se tomarmos como padrão de comparação os resultados das PLV e P30D obtidos por Negreiros em 2001 (47% e 22%) e os registados no estudo ESPAD de 2003 (62% e 28%).

Mais se acrescenta que, na maioria dos indicadores de consumo de tabaco, as percentagens são inferiores às registadas em grande parte dos países europeus e na população estudantil portuguesa.

Curiosamente, verifica-se que na escola de Alfena, são as raparigas que, de um modo geral, apresentam as maiores prevalências ao longo da vida de consumo desta substância. Contudo, quando consideradas as prevalências nos últimos 30 dias, são os rapazes que revelam as taxas superiores.

Já na escola de Ermesinde, verifica-se que os indivíduos do sexo masculino apresentam taxas mais elevadas de consumo de tabaco do que as raparigas.

O consumo de tabaco aumenta rapidamente à medida que se progride na escolaridade registando-se um aumento acentuado do 7º ano ao 10º ano, seguido de uma estabilização. Tomando como critério o consumo de tabaco ao longo da vida (20 ou mais vezes) verifica-se que no 7º ano apenas 1,5% dos rapazes apresenta esta frequência de consumo. Não houve qualquer registo por parte das raparigas a frequentar o 7º ano em ambas as escolas. No entanto, no 12º ano 22,6% dos rapazes e 6,9% das raparigas já tinham fumado 40 ou mais vezes ao longo da vida. Estes resultados são, uma vez mais, inferiores aos registados pelo ESPAD de 2003 (1,5% vs. 3% para os rapazes e 0% vs 4% para as raparigas com 13 anos e 22,6% vs. 37% dos rapazes e 6,9% vs. 32% para as raparigas com 18 anos).

Quanto à intensidade do consumo de tabaco nos últimos 30 dias, verifica-se que apenas 1,5% dos rapazes a frequentar o 7º ano e 9,6% dos rapazes versus 3,4% das raparigas do 12º ano fumam habitualmente, pelo menos um cigarro por dia. Os consumos de vinte ou mais cigarros por dia foram unicamente registados, para os rapazes, no 8º ano (1,6%) e no 11º ano (2,3%) e para as raparigas, no 12º ano (1,7%).

Para a maioria dos alunos o primeiro cigarro foi consumido antes dos 13 anos, sendo o pico de iniciação os 12 anos, independentemente do sexo. Não obstante, um número significativo de alunos (20,8%) refere que o primeiro contacto com a substância deu-se aos 11 anos ou menos. Destes, 23,5% são rapazes e 18,9% são raparigas. Este resultado vem, aliás, ao encontro do registado por Negreiros em 2001 (25%) e em vários estudos internacionais que apontam para a importância acrescida do desenvolvimento de estratégias preventivas o mais precocemente possível, se o que se pretende é adiar a idade do primeiro contacto com a substância. Note-se que, 15,3% dos consumidores habituais de tabaco já o faziam regularmente aos 11 anos ou menos (16% são rapazes e 17,7% são raparigas).

A primeira experiência de consumo aconteceu na companhia de amigos, sendo esta a situação referida por 77% dos rapazes e 76% das raparigas. Este facto parece reforçar a importância do grupo de pares no primeiro contacto com o tabaco o que torna crucial a inclusão, num futuro programa de prevenção, de actividades que possibilitem aos jovens o desenvolvimento de competências que os tornem capazes de resistir às pressões sociais a que estão sujeitos, principalmente às provenientes do grupo de pares.

Conhecimento e atitudes em relação ao uso de tabaco

A percepção do risco associado ao consumo de um ou dois maços de tabaco por dia revela que na generalidade, os alunos reconhecem o seu risco elevado. As raparigas são as que neste nível de consumo percebem os maiores riscos (68% das raparigas vs. 58% dos rapazes na Escola Secundária/3 de Alfena e 72% das raparigas vs. 59% dos rapazes na Escola Secundária/3 de Ermesinde).

Embora as respostas que evidenciam o desconhecimento do risco sejam, em ambas as escolas, muito baixas, verifica-se um número muito significativo de alunos de ambos os sexos que não considera que o consumo de 1 ou 2 maços de tabaco por dia representa um risco elevado. Deste modo, torna-se pertinente, na elaboração de um programa preventivo, a inclusão de uma componente informativa que possibilite a transmissão de informações objectivas das consequências do uso regular de tabaco, principalmente as registadas a um curto prazo já que os avisos constantes dos efeitos a longo prazo do consumo de tabaco na saúde têm provado ser ineficazes.

A análise da percepção dos adolescentes face ao comportamento dos seus pares, relativamente ao tabaco revela, independentemente da escola, uma tendência para perceber a substância como mais consumida à medida que se progride na escolaridade. Com efeito, enquanto que no 7º ano apenas 1% dos alunos da escola de Alfena e 6% da escola de Ermesinde referem que a maioria dos seus amigos fumam cigarros, no 11º ano, esses valores atingem os 13% e 15%, respectivamente. Embora bastante inferiores aos registados por Negreiros em 2001 para as escolas de Matosinhos, que foram de 12,5% para o 7º ano e 31,6% para o 11º ano, estes resultados afiguram-se significativos face aos consumos efectivos registados nas escolas em estudo. Deste modo, parece importante, num futuro programa preventivo, a inclusão de uma componente informativa acerca das reais prevalências do consumo de tabaco por forma a corrigir "expectativas normativas" de elevado consumo de tabaco nos jovens.

Por último, a percentagem de alunos que considera que os seus amigos acham mal ou muito mal o consumo de tabaco é de 50,8%. Destes, 56,8% são do sexo masculino e 45,9% são do sexo feminino. Estes valores são superiores aos registados por Negreiros, que foram de 41,1% onde 43,7% eram rapazes e 39,2% eram raparigas.

A reprovação do consumo de tabaco pelos amigos diminui à medida que se aumenta na escolaridade, sendo na escola de Ermesinde onde se registam as atitudes mais negativas face ao consumo da substância. Com efeito, no 7º ano de escolaridade essa percentagem é de 69% para os alunos da ES/3 de Alfena e de 67% para os alunos da ES/3 de Ermesinde, enquanto que no 12º ano a percentagem desce para 35% nos alunos da ES/3 de Alfena e 40% nos alunos da ES/3 de Ermesinde.

É de realçar que estes resultados reflectem a aceitação social do tabaco que facilitou o enraizamento desta substância actuando enquanto influência social indirecta. Com efeito, o carácter adictivo da nicotina que cria rapidamente uma forte dependência por parte do hospedeiro, aliado à precocidade da iniciação tabágica, que ocorre geralmente nos primeiros anos da adolescência associada a processos de influência social directa ou indirecta, permite fundamentar a perspectiva que

a prevenção primária é a estratégia mais adequada para lidar com o tabagismo e as suas consequências.

Consumo de álcool

Os dados relativos ao consumo de álcool mostram que o uso desta substância está largamente difundido entre os estudantes das duas escolas. Com efeito, cerca de 71,5% já experimentaram pelo menos uma bebida alcoólica ao longo da vida. Destes, cerca de 40% fizeram-no no último mês. Registe-se que estes valores são superiores aos registados por Negreiros, em 2001 (61% e 30%). Contudo, são inferiores aos registados no estudo do ESPAD de 2003, que foram de 78,2%, para a PLV e de 48%, para a P30D.

Os dados sobre a relação entre a idade e o consumo de álcool mostram um aumento do consumo de álcool à medida que se avança na escolaridade. Com efeito, enquanto que no 7º ano 22,3% dos alunos afirmam ter consumido pelo menos uma bebida alcoólica nos últimos 30 dias à realização do estudo, no 12º ano o valor registado foi de 50,6%.

Considerando agora os valores de PLV e P30D por escola, ano de escolaridade e por género constata-se que para a escola de Alfena, não existem diferenças significativas quanto ao sexo no que se refere à experiência de consumo de álcool. Contudo, o consumo regular desta substância é claramente superior nos indivíduos do sexo masculino, principalmente a partir do 10º ano de escolaridade.

Na escola de Ermesinde as diferenças de género são mais acentuadas com os rapazes a apresentar, na generalidade, consumos superiores aos das raparigas quer no indicador prevalência ao longo da vida quer nos últimos trinta dias. Esta diferença torna-se fortemente evidente no 9º ano de escolaridade onde se registam valores de P30D, para os rapazes, de 51,5%, que ultrapassam PLV nas raparigas (47,4%) para o mesmo ano.

De entre as bebidas alcoólicas, são as bebidas destiladas que atingem a maior percentagem de consumo nos últimos 30 dias, tendo sido referidas por 34% dos indivíduos. O vinho apresenta-se como a bebida menos consumida, sendo relatado por apenas 16,2% dos alunos. O consumo de cerveja no mesmo período foi de 26,1%. Fazendo o contraponto com os valores registados por Negreiros em 2001, de 18% para a cerveja, 9% para o vinho e 30% para as bebidas destiladas, verifica-se que as taxas de consumo recente nos alunos da presente amostra são claramente superiores.

A tendência de preferência pelas bebidas destiladas verifica-se também no estudo nos estudos a nível nacional (ESPAD, 1999 e 2003). Isto traduz, afinal, uma alteração do padrão de consumos que tem vindo a verificar-se desde o ESPAD de 1995, altura em que a cerveja aparecia enquanto bebida de eleição da camada jovem.

A idade do adolescente parece ser também importante na definição das preferências de consumo. Assim, enquanto que nos 7º e 8º anos a bebida mais consumida é a cerveja, a partir do 9º ano este cenário altera-se passando as bebidas destiladas a ocupar a preferência dos jovens. Esta situação poderá estar relacionada com o facto de ser normalmente por volta dessas idades que os jovens passam a frequentar locais de diversão nocturna, frequentemente associados ao consumo desse tipo de substâncias. Com efeito, foram encontradas correlações positivas entre o consumo de bebidas destiladas e as idas a bares e a discotecas.

A percentagem de consumidores actuais (à data da realização do estudo) de bebidas destiladas é sensivelmente idêntica nas duas escolas (34,6% na ES/3 de Alfena e 33,5% na ES/3 de Ermesinde). Já a cerveja e o vinho, apresentam maior número de consumidores na escola de Ermesinde (22,5% vs. 29,4% para a cerveja e 13,4% vs. 148,7% para o vinho).

São também os alunos da escola de Ermesinde que revelam os consumos mais elevados (superiores a dez ou mais bebidas) nos últimos trinta dias. No entanto, este padrão altera-se em relação ao vinho sendo, neste caso, a escola de Alfena a apresentar resultados superiores para este nível de consumo (1% vs. 0,3%). Possivelmente este resultado poderá resultar do facto da escola de Alfena ser representativa de um meio mais “rural” onde o consumo de vinho está largamente difundido.

Contrariamente ao o consumo exagerado de cerveja que nesta amostra apresenta valores muito pouco significativos (menos de 1% dos alunos), o consumo exagerado de vinho (6,4% dos alunos) e de bebidas destiladas (54% dos alunos) atinge nestas escolas resultados bastante superiores aos encontrados no estudo do ESPAD de 2003 (6,4% para o vinho e 53,9% para as bebidas destiladas), constituindo, deste modo, motivo de preocupação.

São os alunos da escola de Alfena que apresentam as maiores taxas de embriaguez (21,5% para a PLV; 12,4% para a P12M; 4,9% para a P30D). Ainda assim, os valores registados são inferiores aos obtidos a nível nacional.

O consumo excessivo de álcool, medido pela frequência de cinco ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião, permite ainda fornecer informações adicionais sobre padrões de consumo abusivos. Assim, nos últimos 30 dias, 18,1% dos alunos revelaram ter tido este tipo de comportamento. Este valor é superior ao encontrado por Negreiros em 2001 nas escolas de Matosinhos que foi de 14,4%.

Os rapazes excedem as raparigas no número de consumos excessivos de álcool (23,7% vs. 13,2%).

Importa ainda sublinhar que este padrão de consumo vai aumentando, independentemente da escola, à medida que se progride na escolaridade. Uma vez mais, é na escola de Alfena que os consumos excessivos atingem as maiores proporções verificando-se percentagens importantes mesmo ao nível do 7º ano de escolaridade (15,3%). Estes resultados são preocupantes e apontam para a necessidade de reforçar as actividades de prevenção principalmente direccionadas para as bebidas destiladas e no caso da escola de Alfena, também para o vinho, no sentido de combater esta tendência.

Com efeito, é sabido que iniciação precoce ao consumo de bebidas alcoólicas aumenta o risco de abuso e dependência da substância assim como o aparecimento de problemas sociais e de saúde (Morton, 2004) o que sugere a necessidade de reforçar e direccionar as acções de prevenção do abuso de álcool para o período da pré-adolescência.

A iniciação ao uso das diferentes bebidas alcoólicas ocorre para a maioria dos indivíduos, antes dos 13 anos de idade. O vinho é a substância cuja iniciação é mais precoce. Com efeito, aos 11 anos ou menos, já 26,1% dos alunos o havia experimentado. O pico de experimentação de cerveja dá-se aos 12 anos. Já no que se refere às bebidas destiladas é entre os 13 e os 15 anos que ocorre, para a maioria dos jovens, o primeiro contacto com estas substâncias.

No caso dos rapazes, a primeira experiência de consumo de álcool está mais associada ao grupo de pares seguindo-se a influência familiar. Já no caso das raparigas é a família que parece exercer a influência mais determinante. Não obstante verifica-se que independentemente do sexo, a família assume um papel crucial no uso problemático destas substâncias. Com efeito, verificou-se que as atitudes muito negativas dos pais acerca do consumo de álcool estavam correlacionadas negativamente com o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e com as taxas de embriaguez. Similarmente, os consumidores excessivos desta substância apresentam uma tendência para atribuir aos pais atitudes mais favoráveis ao uso de álcool. Pelo exposto, seria igualmente importante a aposta em acções de prevenção destinadas à própria família no sentido de lhe proporcionar quer a informação quer as competências adequadas, para que esta possa assim desempenhar melhor o seu importante papel educativo.

Não obstante, Negreiros (1997) refere que a atribuição aos pais de atitudes mais favoráveis ao uso de álcool poderá representar uma estratégia cognitiva de “desculpabilização” dos sujeitos face aos seus próprios padrões de consumo.

A análise dos problemas relacionados com o consumo de álcool revelou, tal como esperado, serem os alunos da escola de Alfena que apresentam taxas mais elevadas. Os conflitos interpessoais são os mais frequentemente indicados pelos alunos de ambas as escolas (9,1% dos alunos da escola de Alfena vs. 7,4% dos alunos da escola de Ermesinde). Curiosamente, é na escola de Ermesinde que se verifica o maior número de registos de problemas com o rendimento escolar, relacionados com o uso de bebidas alcoólicas.

Conhecimento e atitudes acerca do uso de álcool

Os jovens inquiridos consideram-se na sua maioria suficientemente informados acerca dos riscos inerentes ao consumo de álcool. Com efeito, apenas 6,6% a 8,8% dos alunos, consoante a situação referida, desconhecem os riscos associados ao consumo de álcool.

Quando inquiridos acerca do risco associado ao consumo de cinco ou mais bebidas alcoólicas uma a duas vezes ao fim de semana, os alunos avaliam-no, de um modo geral, como sendo elevado. Contrariamente ao esperado, esta tendência é mais acentuada nos rapazes do que nas raparigas em qualquer uma das escolas. Assim, enquanto que 51% dos rapazes da escola de Alfena e 50% da escola de Ermesinde reconhecem que beber cinco ou mais bebidas uma ou duas vezes em cada fim de semana constitui um risco elevado, nas raparigas a percentagem desce para 38% na escola de Alfena e 41% na escola de Ermesinde.

Estes resultados são, no caso dos rapazes, relativamente próximos dos obtidos por Negreiros em 2001 (55%) embora no caso das raparigas sejam, de facto, muito inferiores (62%).

As percepções mais favoráveis por parte das raparigas no que se refere ao consumo excessivo de álcool obrigam à urgência na implementação de estratégias de prevenção precoces, dirigidas especificamente aos indivíduos do sexo feminino. Com efeito, é sabido que a implicação do consumo excessivo de bebidas alcoólicas, principalmente em mulheres grávidas, pode originar mais do que para a própria mulher, um vasto leque de anomalias na criança desde alterações no sistema nervoso central, no aparelho cardiovascular, a nível da pele, dos aparelhos gastro-intestinal e génito-urinário. Mais ainda, as mulheres com alcoolismo têm uma maior tendência para um curso clínico fulminante do que os homens (Fillmore, 1987). Têm mais probabilidades de morrer devido a cirroses e a violência do que os homens e em geral têm mais complicações médicas relacionadas com o abuso de álcool. Com efeito, devido ao alcoolismo e às sequelas, as mulheres morrem aproximadamente 11 anos mais cedo do que os homens (Krasner et al., 1977 cit *in* Vaillant, 2004).

As bebidas alcoólicas são consideradas pela maioria dos adolescentes como de fácil acesso. A cerveja é de entre as bebidas alcoólicas, a que é percebida como mais fácil de obter. Segue-se o vinho e por fim as bebidas destiladas.

Cerca de 28% dos adolescentes acreditam que a maioria dos seus amigos consome bebidas alcoólicas. Destes cerca de 22% são rapazes e 33% são raparigas. Negreiros em 2001, registou uma percentagem de 19,4% para o total de alunos que percebem este tipo de comportamento relativamente aos seus pares.

Tal como no tabaco, regista-se uma tendência para perceber as bebidas alcoólicas como mais consumidas à medida que se progride na escolaridade.

É interessante constatar a elevada percentagem de alunos do 12º ano da ES/3 de Ermesinde que acredita que a maioria dos seus amigos consome bebidas alcoólicas. Também aqui a percentagem de raparigas que refere este comportamento é superior à dos rapazes (86,4% vs. 80%). Já na ES/3 de Alfena, o valor mais elevado é o registado no 11º ano, com 54,5% dos rapazes e 43,6% das raparigas a perceberem um consumo de álcool alargado.

Tal como previsível, um número elevado de alunos considera que alguns ou a maioria dos seus amigos ficam embriagados pelo menos uma vez por semana. À excepção do 8º e do 11º ano, é na escola de Ermesinde que se registam as expectativas superiores.

O grau de reprovação por parte dos amigos relativamente ao consumo de álcool, revela que os rapazes, comparativamente às raparigas, tendem a percepcionar maior grau de reprovação social do consumo desta substância (36,7% vs. 28,9%). Estes valores são inferiores aos registados por Negreiros em 2001.

Em qualquer uma das escolas, verifica-se que à medida que aumenta a escolaridade diminui a percentagem de amigos aos quais são atribuídas atitudes negativas face ao consumo de bebidas alcoólicas. A maior reprovação do consumo de álcool vem, de um modo geral, da escola de Alfena. Com efeito, enquanto que no 7º ano 61% dos alunos de Alfena e 56% dos alunos de Ermesinde consideram que os seus amigos acham “mal” ou “muito mal” beber bebidas alcoólicas, no 12º ano, essas percentagens baixam para 18% e 8%, respectivamente.

Estes resultados mostram que o abuso de álcool “deixa de ser percepcionado, à medida que se avança a escolaridade, como um comportamento socialmente reprovável para passar a ser incorporado nos hábitos de consumo dos jovens” (Negreiros, 2001 pp.158).

A reprovação da embriaguez pelos amigos segue o mesmo padrão embora não se verifique uma descida tão acentuada à medida que se progride na escolaridade.

Consumo de drogas ilícitas

O consumo de drogas ilícitas na população estudantil da ES/3 de Alfena e ES/3 de Ermesinde é pouco significativo.

Com efeito, a droga mais consumida são os inalantes (20,4%), seguidos da marijuana ou haxixe (4%), dos tranquilizantes (3,3%), dos estimulantes (1,2%) e do ecstasy (0,8%). A experiência de consumo das restantes drogas é apenas residual.

Fazendo o contraponto com os resultados obtidos por Negreiros em 2001 e no estudo do ESPAD de 2003 verifica-se que os valores encontrados no presente estudo são, na globalidade, significativamente inferiores. As exceções são os tranquilizantes que no estudo de Negreiros em 2001 registaram idênticos valores de PLV, e os solventes cujo valor de PLV encontrado é muito superior ao registado a nível nacional, que foi de 8%.

Com efeito, o uso de solventes atinge níveis de consumo elevados em ambas as escolas sendo a ES/3 de Alfena a que apresenta as maiores percentagens de experimentação à inalação de substâncias voláteis de origem industrial ou farmacêutica. No entanto, não é de excluir a possibilidade de erros de interpretação por parte de um número indeterminado de alunos, pelo que as taxas de prevalência obtidas podem não espelhar a realidade dos consumos.

Ainda assim, registe-se que 7,8% dos alunos da escola de Alfena e 4,3% dos alunos da escola de Ermesinde, referem utilizar estas substâncias regularmente.

Verifica-se que o consumo destas substâncias se encontra mais difundido nas faixas etárias mais jovens, sendo ao nível dos 7º e 8º anos que se registam as taxas de consumo habitual mais elevadas. Com efeito, a iniciação ao consumo de inalantes dá-se entre os 11 anos ou menos e os 12 anos. Estes dados vêm ao encontro de diversos estudos internacionais que indicam que o consumo de inalantes está mais difundido em crianças e adolescentes bastante jovens. Tal aspecto aponta para a importância da precocidade ao nível das actividades preventivas, no referente a este tipo de substâncias, que deverá ser canalizada, preferencialmente, para o 5º e 6º anos de escolaridade.

Relativamente ao uso de haxixe, 4,2% dos alunos da escola de Alfena e 3,7% dos alunos da escola de Ermesinde referem ter experiência de consumo desta substância. No entanto, apenas o fazem regularmente 1,6% e 0,9% dos alunos, respectivamente. Estes resultados revelam-se bastante inferiores aos encontrados por Negreiros em 2001 (8% - PLV e 4% - P30D) e também aos do estudo do ESPAD de 2003 (15% - PLV e 7% - P30D).

Conclui-se assim que o consumo de haxixe na amostra em estudo é muito reduzido.

Importa contudo sublinhar que o consumo desta substância aumenta significativamente com o ano de escolaridade. Com efeito, enquanto no 7º ano não há registos de consumo desta substância, no 12º ano, 12,5% dos alunos afirmam ter experimentado haxixe. Mais se acrescenta que, independentemente da escola e do ano de escolaridade, o consumo dos rapazes é sempre mais elevado do que o das raparigas.

O início dos consumos ocorre entre os 14 e os 16 anos ou mais, sendo o pico de experimentação aos 15 anos.

O haxixe constitui a primeira droga consumida para cerca metade dos alunos da amostra (50% dos estudantes da ES/3 de Alfena e 51,9% dos alunos da ES/3 de Ermesinde). Note-se que estes valores são bastante inferiores ao registado por Negreiros em 2001 (76%). Ainda assim justifica-se a necessidade da inclusão nos programas preventivos de informação credível e objectiva sobre esta substância.

O nível de experimentação de outras drogas oscila entre os 3,3% para os tranquilizantes e os 0,2% para o crack. O consumo de ecstasy é referido apenas por 1% dos alunos da escola de Alfena e por 0,6% dos alunos da escola de Ermesinde.

A maior discrepância ocorre relativamente ao consumo de estimulantes que, na escola de Alfena, contrariamente à de Ermesinde, atinge valores elevados (2,3% vs. 0,3%). Tal facto sugere a importância de integrar informação pertinente e credível acerca destas substâncias num futuro programa preventivo a levar a cabo na ES/3 de Alfena.

A segunda droga associada a uma maior percentagem de primeiros consumos são os tranquilizantes que, nesta amostra, apresentam valores elevados (27,5%). É importante salientar que, no caso das raparigas, esta substância constitui mesmo a droga principal de iniciação. Com efeito, 78,6% das raparigas referem os tranquilizantes sem receita médica, como primeira droga experimentada, contra 21,4% dos rapazes.

Conhecimento e atitudes acerca do uso de drogas ilícitas

Os alunos das escolas em estudo revelam, de um modo geral, um nível elevado de desconhecimento quanto aos diferentes tipos de drogas e aos seus efeitos sociais e individuais. À excepção da cocaína e da heroína cujo desconhecimento é apenas referido por 4% e 6,7% dos alunos, respectivamente, todas as restantes substâncias apresentam elevado grau de desconhecimento.

A percepção do risco de consumo das diferentes substâncias está deste modo condicionada pela falta de informação e/ou desconhecimento da própria droga ilícita. Contudo e independentemente da escola, os alunos percebem o uso das diferentes drogas como representando um risco muito elevado para a saúde do indivíduo. As raparigas são as que revelam percepções de risco mais desfavoráveis ao uso das diferentes substâncias.

Ainda assim, convém referir que o uso esporádico das diferentes drogas ilícitas é visto, na globalidade, como representando um risco pouco elevado. Este facto parece ser preocupante enquanto facilitador de possíveis experimentações. Deste modo, torna-se bastante pertinente a inclusão num futuro programa de prevenção, de informação credível e adequada à realidade de cada uma das escolas.

No que se refere à acessibilidade, as drogas ilícitas são percebidas, de um modo geral, como pouco fáceis de obter.

No que se refere ao haxixe, a distinção por escola e ano de escolaridade, revela uma grande heterogeneidade de resultados. Assim, enquanto que na ES/3 de Alfena é no 9º ano que se verificam as percentagens mais elevadas de alunos que consideram ser “fácil” ou “muito fácil” adquirir haxixe (34%), na ES/3 de Ermesinde, as taxas mais elevadas registam-se no 12º ano (40%). É interessante constatar que estes resultados estão de acordo com as prevalências de consumo obtidas em cada uma das escolas. Com efeito, as maiores PLV para a ES/3 de Alfena são as registadas no 9º ano enquanto que, para a ES/3 de Ermesinde os registos mais elevados provêm do 12º ano.

A seguir ao haxixe, são os tranquilizantes, os inalantes e o ecstasy que são percebidas como drogas de mais fácil acesso, ainda que tenham sido apontadas por menos de 13,4% dos indivíduos.

Todos estes valores são inferiores aos resultados obtidos por Negreiros em 2001 e aos registados no estudo nacional (ESPAD, 2003). Com efeito, quando inquiridos acerca de episódios de oferta das diferentes substâncias a grande maioria dos alunos das escolas em estudo revelou que a droga nunca lhe foi oferecida. Conclui-se que a acessibilidade e disponibilidade das drogas ilícitas nestas duas populações estudantis é ainda bastante baixa, comparativamente à população estudantil de Matosinhos e à média nacional.

Ainda assim, verifica-se uma tendência para sobrestimar a prevalência de consumo da maior parte das drogas ilícitas nos amigos. Estes resultados apontam, uma vez mais, para a importância de

fornecer informações acerca das prevalências do consumo das diferentes substâncias, visando assim corrigir “expectativas normativas”.

O abuso e a dependência de substâncias têm muitas causas associadas e envolvem uma multiplicidade de factores de risco e de protecção que interagem de uma forma complexa.

Actualmente, o grande objectivo na prática preventiva passa pela consolidação de programas com resultados quantificáveis e que atinjam os resultados propostos inicialmente. As intervenções eficazes nesta área partilham de certos princípios entre os quais o facto de se basearem em investigações empíricas sustentadas cientificamente. Assim, procurou-se fazer o levantamento dos padrões de consumo de tabaco, álcool e drogas de duas escolas do Concelho de Valongo esperando poder servir de base para a definição e desenvolvimento de futuras estratégias preventivas a serem implementadas em cada um dos estabelecimento de ensino considerados.

BIBLIOGRAFIA

- Agnew, R. (1991). The interactive effects of peer variables on delinquency. *Criminology*, 29: 47-72.
- Agnew, R. (1993). Why do they do it? An examination of the intervening mechanisms between "social control" variables and delinquency. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 30(2): 245-266.
- Allen, J. ; Aber, J.; & Leadbeater, B., (1990). Adolescent problem behaviours: The influence of attachment and autonomy. *Psychiatric Clinics of North America*. 13: 455 – 467.
- Aloise-Young, P.; Graham, J.; Hansen, W. (1994). Peer influence on smoking initiation during early adolescence. A comparison of group members and group outsiders. *Journal of Applied Psychology*, 79: 281-287.
- Alvarez, F.J., Queipo, D., Del Rio, M.C., & Garcia, M.C. (1993). **Patterns of alcohol consumption among the general population of Castile and Leon (Spain)**. *Alcohol*. 28(1):43-54.
- Anthony, J.; Petronis, K. (1995). Early-onset drug use and risk of later drug problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 40: 9-15.
- Arnold, R.; Avants, S.; Margolin, A., & Marcotte, D. (2002). Patient attitudes concerning the inclusion of spirituality into addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23: 319-326.
- Ary, D.; Tildesley, B.; Hops, H., & Andrews, J. (1993). The influence of parent, sibling, and peer modelling and attitudes on adolescent use of alcohol. *International Journal of the Addictions*. 28(9), 853-880.
- Aseltine, R. (1995). A reconsideration of parental and peer influences on adolescent deviance. *Journal of Health and Social Behavior*, 3(6): 103-121.
- August, G. et al. (2001). An integrated components preventive intervention for aggressive elementary school children: the early risers program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 69 (4): 614 – 626.
- B. Simons & Morton (2004). Prospective association of peer influence, school engagement drinking expectancies and parent expectations with drinking initiation among sixth grades. *Addictive Behaviours*. 29: 299-309.
- Balsa, C.; Farinha, T.; Urbano, C.; Francisco, A. (2003). **Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Portuguesa, 2001**. Lisboa: IDT.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ. Prentice Hall.
- Bank, B. (1997). Some paradoxes of gender equity in schooling. In B. Bank & P. Hall (Eds.). *Gender, equity, and schooling*. Garland. New York. Pp. 3-30.
- Baptista, M. (2004). *Debate on the paper by Delma Pessanha Neves*. Cad. Saúde Pública, Jan/Fev., 2004, vol.20, n.º1, pp.31-32.

- Bartuch, D.J., & Matsueda, R. L. (1996).** Gender, reflected appraisals and labelling: A cross-group test of an integrationist theory of delinquency. *Social Forces*, 75: 145-176.
- Baumrind, D. (1978).** Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth and Society*. 9: 239-276.
- Bell, R. (1986).** Age-specific manifestations in changing psychosocial risk. In D.C. Farran & J.D. McKinney (Eds.). *The concept of risk in intellectual and psychosocial development*. Academic Press. New York.
- Bergeret, J. (1982).** *Toxicomanie et Personnalité*. Presses Universitaires de France. Paris.
- Bergeret, J. (1991).** A personalidade do toxicómano. In Bergeret, J.; Leblanc, J.. *Toxicomanias: uma visão multidisciplinar*. Porto Alegre. Artes Médicas. Pp. 91-101.
- Bergeret, J.; Leblanc, J. (1991).** *Toxicomanias: uma visão multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Borg, L.; Kreek, M. (2003).** *The pharmacology of opioids*. In Graham, A. – Principles of addiction medicine. 3rd edition. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine.
- Borges, C.; Filho, H. (2004).** Princípios e fundamentos da prevenção. In Borges, C.; Filho, H. (2004). *Usos, Abusos e Dependências. Alcoolismo e Toxicodependência*. Climepsi Editores. Lisboa. (Pp. 243– 247).
- Borges, C.; Filho, H. (2004).** *Usos, Abusos e Dependências. Alcoolismo e Toxicodependência*. Climepsi Editores. Lisboa. (Pp.3 – 4).
- Borges, C.; Filho, H. (2004).** *Usos, Abusos e Dependências. Tabagismo*. Climepsi Editores. Lisboa. (Pp.3 – 6).
- Botvin, G. (1985).** The Life Skills training program as a health promotion strategy: Theoretical issues and empirical findings. *Special Services in the Schools*, 3: 9-23.
- Botvin, G. (1996).** Substance abuse prevention through life skills training. In R. D. Peters & R. J. McMahon (Eds.), *Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency*. London: Sage Publications.
- Botvin, G. et al. (2000).** Preventing illicit drug use in adolescents: long-term follow-up data from a randomized control trial of a school population. *Addictive Behaviors*, 25 (5): 769-774.
- Botvin, G.; Baker, E.; Dusenbury, L.; Botvin, E.; & Dim, T. (1995).** Long-term follow-up results of a randomised drug use prevention trial in a white middle-class population. *Journal of the American Medical Association*, 273: 1106-1112.
- Botvin, G.; Baker, E.; Filazola, A.; & Botvin, E. (1990).** A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention: one-year follow-up. *Addictive Behaviors*, 15:47-63.
- Botvin, G.J.; Baker, E.; Dusembury, L.; Tortu, S.; Botvin, E.M. (1990).** Preventing Adolescence Drug Abuse Through a Multimodal Cognitive-Behavioral Approach: Results of a 3 Year Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(4): 437-446.
- Botvin, J.G.; Botvin, M.E.; Ruchlin, H. (1998).** *School-Based Approaches to Drug Abuse Prevention: Evidence for Effectiveness and Suggestions for Determining Cost-Effectiveness*. NIDA monograph 176, pp.59-82.

- Bowlby, J.** (1969/1982). *Attachment and loss: Attachment*, Vol.1 (2nd ed.) Basic Books. New York.
- Brands, B.; Sproule, B.; Marshman, J.** (1998). *Drugs & Drug abuse*. 3rd. edition. ARF. Ontario. 5-7; 40-51; 54 – 58; 262, 263.
- Brown, R.** (2002). Factores de riesgo del abuso de substancias en los adolescentes. *Revista de Toxicomanias*, 32: 20-25.
- Butters, J.** (2002). Family stressors and adolescent cannabis use: a pathway to problem use. *Journal of Adolescence*. 25: 645 – 654.
- Canning, U., Millward, L., Raj, T., & Warm, D.** (2004). *Drug use prevention among young people: A review of reviews*. London: Health Development Agency.
- Carter, T.** (1998). The effects of spiritual practices on recovery from substance abuse. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5: 409-413.
- Carvalho, A.** (2004). **Políticas públicas sobre o álcool.** In Borges, C.; Filho, H.; Usos, Abusos e Dependências: Alcoolismo e Toxicodependência. Climepsi Editores. Lisboa. (Pp.169 – 170).
- Carvalho, J.** (1990). Programas de prevenção sobre drogas: Modelos e resultados. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 6: 41-53.
- Caspi, A.** (1993). Why maladaptive behaviours persist: Sources of continuity and change across the life course. In Funder, D.; Parke, R.; Tomlinson, C., & Widener, K. *Studying lives through time: Personality and development*. APA. Washington, DC. Pp. 209-230.
- Chassin, L., & DeLucia, C.** (1996). Drinking during adolescence. *Alcohol Health and Research World*, 20: 175–180.
- Chaturvedi, H.; Phukan, R. & Mahanta, J.** (2003). The association of selected sociodemographic factors and differences in patterns of substance use: a pilot study in selected areas of Northeast India. *Substance Use & Misuse*. 38(9):1305-1322.
- Chen, Z.** (1999). *The relation between parental constructive behavior and adolescent association with achievement oriented peers: A longitudinal study*. Unpublished manuscript, Texas A & M University.
- Clayton, R.** (1992). Transitions in drug use: risk and protective factors. In Glantz, M. and Pickens, R. (Eds). *Vulnerability of drug abuse*. American Psychological Association. Washington, DC.
- Coggans, N.** (2006). Drug education and prevention: Has progress been made? *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 13 (5): 417-422.
- Coggans, N., Cheyne, B., & McKellar, S.** (2003). *The life skills training drug education programme: A review of research*. Edinburgh, UK: Effective Interventions Unit.
- Crosnoe, R.; Erikson, K.; Dornbusch, S.** (2002). Protective functions of family relationships and school factors on the deviant behaviour of adolescent boys and girls. Reducing the impact of risky friendships. *Youth & Society*, 33(4): 515-544.
- Cuijpers, P.** (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addictive Behaviors*. 27: 1009-1023.
- Cuijpers, P.** (2003). Three Decades of Drug Prevention Research. *Drugs: education, prevention and policy*. 10 (1): 7-20.

- Cuijpers, P.; Jonkers, R.; De Weerd, I.; De Jong, A. (2002). The effects of drug abuse prevention at school: the Healthy School and Drugs project. *Addictions*, 97: 67-73.
- De Micheli, D. & Formigoni, M., (2001). As razões para o primeiro uso de drogas e as circunstâncias familiares prevêm os padrões de uso futuro? *Jornal Brasileiro de Dependência Química*. 2(1): 20-30.
- Dias, C. (2004). *Aspectos epidemiológicos do uso de álcool*. In Borges, C.; Filho, H.; Usos, Abusos e Dependências: Alcoolismo e Toxicodependência. Climepsi Editores. Lisboa. (Pp.48 – 53).
- Dias, C. (2004). *Aspectos epidemiológicos do uso de tabaco*. In Borges, C.; Filho, H.; Usos, Abusos e Dependências: Tabagismo. Climepsi Editores. Lisboa. (Pp.10 – 15).
- Donaldson, S.; Sussman, S.; Mackinnon, D.; Sverson, J.; Glynn, T.; Murray, D.; & Stone, E. (1996). Drug abuse prevention programming; do we know what contents works? *American Behavioral Scientist*, 39: 868-883.
- Donaldson, S.; Graham, J. ; Piccinin, A. & Hansen, W. (1997). Resistance-skills training and onset of alcohol use: Evidence for potentially harmful effects in public schools and private catholic schools. In G. A. Marlatt e G. R. VanderBos (Eds.), *Addictive behaviors: Readings in etiology, prevention and treatment*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Dorn, N. (1975). Notes on prediction of behavioural change in evaluation of drug education. *Drug and alcohol dependence*, 1: 15-25.
- Dupont, R. (1987). Prevention of adolescent chemical dependency. *Pediatric Clinics of North America*. 34(2): 495-505.
- Dusenbury, L. ; Falco, M.; Lake, A. (1997). A review of the evaluation of 47 drug abuse prevention curricula available nationally. *Journal of School Health*, 67(4): 127-132.
- Edwards, G. ; Arif, E. (1980). *Introduction to: drug problems in the socio-cultural context: a basis for policies and programme planning*. World Health Organization Offset Publication No. 73. Geneva. pp. 18.
- Eggert, L.; Seyl, C.; Nicholas, L. (1990). Effects of a school-based prevention programme for potential high school dropouts and drug abusers. *International Journal of the Addictions*, 25: 773–801.
- Eggert, L.; Thompson, E.; Herting, J.; Nicholas, L. (1995). Reducing suicide potential among high-risk youth: tests of a school-based prevention programme. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25: 276–296.
- Eggert, L.; Thompson, E.; Herting, J.; Nicholas, L. ; Dicker, B. (1994). Preventing adolescent drug abuse and high school dropout through an intensive school-based social network development programme. *American Journal of Health Promotion*, 8: 202–215.
- Elkind, D. (1972). *Crianças e adolescentes. Ensaios interpretativos sobre Jean Piaget*. Rio de Janeiro. Zahar editora.
- Elliott, D., Huizinga, D. & Ageton, S. (1985). *Explaining delinquency and drug use*. Sage. Beverly Hills, CA.

EMCDDA, (2003). Annual report 2003: the state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to European Union. Disponível em <http://candidates.emcdda.eu.int/en/home-en.html>. (acedido a 19.10.06)

EMCDDA, (2005). *Relatório anual 2005: a evolução do fenómeno da droga na Europa*. Disponível em <http://ar2005.emcdda.europa.eu/pt/home-pt.html> (acedido em 19.10.06).

Ennett, S.; & Bauman, K. (1994). The contribution of influence and selection to adolescent peer group homogeneity: The case of adolescent cigarette smoking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67: 653-663.

Erikson, E. (1976). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro. Zahar editora.

Esson, M. and Leeder S. The Millennium development goals and tobacco control : an opportunity for global partnership. World Health Organization (WHO), 2004. http://www.who.int/tobacco/research/economics/publications/mdg_book/en/index.html (acedido em 14.11.06)

European Commission. Helth status: indicators from the national Health Interview Surveys (HIS round 2004) Smokers by sex – 15-24 years of age. Eurostat, 2006. http://ec.europa.eu/healthph_information/dissemination/echi/echi_32_en.pdf (acedido a 14.11.06)

European Commission. Helth status: indicators from the national Health Interview Surveys (HIS round 2004) Smokers by sex – All ages. Eurostat, 2006. http://ec.europa.eu/healthph_information/dissemination/echi/echi_33_en.pdf (acedido a 14.11.06)

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). National Prevalence Estimates of Problem Drug Use in the European Union, 1995-2000. Final Report CT.00.RTX.23. Lisbon: EMCDDA, 2003.

Evans, R. (1976). Smoking in children: Developing a social psychological strategy of deterrence. *Preventive Medicine*, 5: 122-127.

Evans, R. ; Rozelle, R.; Mittelmark, M.; Hansen, W.; Bane, A. ; Havis, J. (1978). Deterring the onset of smoking in children: Knowledge of immediate psychological effects and coping with peer pressure, media pressure, and parent modelling. *Journal of Applied Social Psychology*, 8 (2): 126-135.

FAD (1997). *Información general para la prevención de drogodependências*. Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción. Madrid.

Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F. D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A., & Lemma, P. (2005). *School-based prevention for illicit drugs' use*. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2. Art No.: CD003020. DOI: 10.1002/14651858.CD003020.pub2. Disponível em: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003020/frame.htm> (acedido a 2 de Janeiro de 2007).

Fagot, B. (1994). Peer relations and the development of competence in boys and girls. *New Directions in Child Development*, 65: 53-65.

Feijão, F. (2004). *Aspectos epidemiológicos do uso de drogas*. In Borges, C.; Filho, H.; Usos, Abusos e Dependências. Alcoolismo e Toxicodependência. Climepsi Editores. Lisboa. (Pp.55 – 78).

Feijão, F.; Lavado, E. (2004). Os adolescentes e o álcool. **Estudo sobre o consumo de Álcool, Tabaco e Droga, em alunos do ensino público – Portugal Continental /2003 (ECADT/2003)**. Lisboa: IDT.

Feijão, F.; Lavado, E. (2004). Os adolescentes e a droga. **Estudo sobre o consumo de Álcool, Tabaco e Droga, em alunos do ensino público – Portugal Continental /2003 (ECADT/2003)**. Lisboa: IDT.

Feijão, F.; Lavado, E. (2004). Os adolescentes e o tabaco. **Estudo sobre o consumo de Álcool, Tabaco e Droga, em alunos do ensino público – Portugal Continental /2003 (ECADT/2003)**. Lisboa: IDT.

Feijão, F.; Lavado, E. (2003). **Inquérito Nacional em Meio Escolar – 2001. Consumo de drogas e outras substâncias psicoactivas: uma abordagem integrada. Vol. I – 3º Ciclo do Ensino Básico**. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.

Feijão, F.; Lavado, E. (2003). **Inquérito Nacional em Meio Escolar – 2001. Consumo de drogas e outras substâncias psicoactivas: uma abordagem integrada. Vol. II – Ensino Secundário**. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.

Ferreira, P. (2000). Controlo e identidade: a não conformidade durante a adolescência. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 33: 55-85.

Fillmore, K. (1987). Women's drinking across adult life course as compared to men's: a longitudinal and cohort analysis. *British Journal of Addiction*, 82:801-812.

Foucault, M. (1978). *Naissance de la clinique*. PUF. Paris.

Foy, D.; Miller, P.; Eisher, R.; & O'Toole, D. (1976). Social Skills training to teach alcoholics to refuse drinks effectively. *Journal of Studies on Alcohol*, 37: 1340-1345.

Francis, L. (1997). The impact of personality and religion on attitude towards substance use among 13-15 year olds. *Drug and Alcohol Dependence*, 44: 95-103.

Garmezy, N. (1985). Stress-resistance children: The search for protective factors. In J.E. Stevenson (Ed.), recent research in developmental psychopathology, *Journal of child psychology and psychiatry book supplement, N.º 4*: 213-233. Pergamon Press. Oxford, UK.

Gest, S., Neeman, J., Hubbard, J., Masten, A., & Tellegen, A. (1993). Parenting quality, adversity, and conduct problems in adolescence: Testing process-oriented models of resilience. *Development and Psychopathology*, 5: 663-682.

Glenn, S.; Parsons, O. (1989). Alcohol abuse and familial alcoholism: psychological correlates in men and women. *Journal of Studies on Alcohol*, 50: 116-127.

Glynn, T. (1981). From family to peer: A review of transitions of influence among drug-using youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 10: 363-383.

Goodwin, D. (2000). *Alcoholism: The facts. 3rd. edition*. Oxford University Press. New York.

Gorelick, D.; Cornish, J. (2003). The *pharmacology of cocaine, amphetamines, and other stimulants*. In Graham, A.; et al.,- Principles of addiction medicine. 3rd edition. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine.

Gorman, D. (1995). The effectiveness of DARE and other drug use prevention programmes. *American Journal of Public Health*, 85: 873-874.

- Gorman, D.M. (1996). Etiological theories and the primary prevention of drug use. *Journal of Drug Issues*, 26: 505-520.
- Gottfredson, G. (1987). American Education: American delinquency. *Today's Delinquent*, 6: 5-70.
- Grossman, F., Beinashowitz, J., Anderson, L., Sakurai, M., Finnin, L., & Flaherty, M. (1992). Risk and resilience in young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 21: 529-549.
- Guidon G. and Boiselair D., 2003. **Past, current and future trends in tobacco use. Health Nutrition and Population.** Discussion Paper, World Bank Human Development Network, 2003. <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Guindon-PastCurrent-whole.pdf> (acedido em 14.11.06)
- Hansen, W. (1992). School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Education Research*, 7: 403-430.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112: 64-105.
- Hawkins, J.; Catalano, R., & Miller, J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112: 64-105.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., *et al.* (2004), **The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European Countries**, Conselho Sueco para a Informação sobre o Álcool e Outras Drogas (CAN) e Conselho da Europa, Grupo Pompidou.
- Hosteler, M.; Fisher, K. (1997). Project C.A.R.E. substance abuse prevention program for high-risk youth: a longitudinal evaluation of program effectiveness. *Journal of Community Psychology*, 25: 397-419.
- Huber, G.; Pandina, R. (1997). *The economics of tobacco use*. In Bolliger, C.; Fagerstrom, K.. (1997) . *The tobacco epidemic*. Basel: Karger, progress in respiratory research, vol. 28.
- Huizenga, R. (1946). *Confluences*. Galimard. Paris. pp.125.
- Hundelby, J., & Mercer, G. (1987). Family and friends as social environments and their relationship to young adolescent's use of alcohol, tobacco and marijuana. *Journal of Clinical Psychology*, 44: 125-134.
- Hurry, J.; Lloyd, C. (1997). *A Follow-up Evaluation of Project Charlie: a life skills drug education programme for primary schools*. Home Office Drugs Prevention Initiative Paper, 16. London: Home Office.
- IDT (2003). **Relatório Anual 2002: A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências**. Vol. I. Informação Estatística. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Jaccard, J. (1981). Toward theories of persuasion and belief change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40: 260-269.
- Jessor, R. (1992). Risk behaviour in adolescence: a psychological framework for understanding and action. *Developmental Review*, 12: 374-390.

- Jessor, R., Van Den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F., & Turbin, M. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 31: 923-933.
- Joossens, L. (1999). *A Mulher e o Tabaco na União Europeia – Relatório Europeu*. Paris: Rede Europeia de Prevenção do Tabagismo (ENSP).
- Juergens, S. (2003). *Pharmacology of benzodiazepines and other sedative-hypnotics*. In Graham, A. – Principles of addiction medicine. 3rd edition. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine.
- Kandel, D. & Logan, J., (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood. I. Period of risk for initiation, continued use and discontinuation. *American Journal of Public Health*. 74(7): 660-666.
- Kandel, D., & Logan, J. (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: Periods of risk of initiation, continued use, and discontinuation. *American Journal of Public Health*, 74: 660-6.
- Kaplan, H.; Sadock, B.; Grebb, J. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7^a edição. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kearney, A.; Hines, M. (1980). Evaluation of the effectiveness of a drug prevention education program. *Journal of Drug Education*, 10: 127-134.
- Kim, S. (1988). A short-and long-term evaluation of “here’s looking at you”. *Journal of Drug Education*, 18: 235-242.
- Kirby, D. (1992). School-based programs to reduce sexual risk-taking behaviours. *Journal of School Health*, 62: 280-287.
- Komro, K.; Perry, C.; Williams, C.; Stigler, M.; Farbakhsh, K.; Veblen-Mortenson, S. (2001). How did project Northland reduce alcohol use among young adolescents? Analysis of mediating variables. *Health Education Research*, 16: 59-70.
- Krutttschnitt, C. (1996). Contribution of quantitative methods to the study of gender and crime, or bootstrapping our way into the theoretical ticket. *Journal of Quantitative Criminology*, 12: 135-161.
- Kumpfer, K. (1996). *Selective Preventive Interventions: The Strengthening Families Program*. Paper presented at the National Institute of Drug Abuse Technical Review on Drug Abuse Prevention Through Family Interventions. Gaithersburg, MD. January, 25-26.
- Kumpher, K. (1997). What Works in The Prevention Drug Abuse. Individual, School and Family Approaches. In *Secretary’s youth substance abuse prevention initiative resource papers*. (pp. 69-106). Washington DC: US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Lee, J.; Bell, N., (2003). Individual differences in attachment-autonomy configurations: linkages with substance use and youth competencies. *Journal of Adolescence*, 26: 347 – 361.
- Leitner, M.; Shapland, J. & Wills, P. (1993). *Drug usage and Drugs Prevention: the views and habits of the general public*. London: HMSO.
- Leventhal, H., & Cleary, P. D. (1980). The smoking problem: A review of the research and theory in behavior risk modification. *Psychological Bulletin*, 88: 370-408.

- Lloyd, C.; Joyce, R.; Hurry, J., & Ashton, M. (2000). The effectiveness of primary school drug education. *Drugs: education, prevention and policy*, 7 (2): 109-124
- Loose, R. (2002). *The subject of Addiction. Psychoanalysis and the Administration of Enjoyment*. Karnak, Londres.
- Mackay J. and Eriksen, M. *The Tobacco Atlas*. WHO, 2002. www.who.int/tobacco/resources/publications/tobacco_atlas/en/ (acedido a 14.11.06)
- Marlatt, B. (2004). Drogas e jovens: abordagens contemporâneas. In Borges, C.; Filho, H. (2004). *Usos, Abusos e Dependências. Alcoolismo e Toxicodependência*. Climepsi Editores. Lisboa. (Pp. 275– 280).
- Marques-Vidal, P. & Dias, C.M. (2005). Trends and determinants of alcohol consumption in Portugal: results from the national health surveys 1995 to 1996 and 1998 to 1999. *Alcohol Clin. Exp. Res.* 29(1):89-97.
- Martín, E. (1993). La prevención en España hoy: Propuesta de consenso institucional, técnico y social. En Plan Nacional sobre Drogas. In *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior. Madrid. (Pp. 67 – 84).
- Martins, M. (2005). Condutas agressivas na adolescência: Factores de risco e de protecção. *Análise Psicológica*, 2 (XXIII): 129-135.
- Matias Dias, C. (2003). A evolução dos consumos de bebidas alcoólicas e de etanol em Portugal Continental: dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1987, 1996 e 1999. Comunicação apresentada no 1º encontro de Centros de Alcoologia. Lisboa.
- Matias Dias, C.; Vieira da Silva, A.; Neto, D. (2003). Consumo de Bebidas Alcoólicas em Portugal Continental: dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1996 e 1999. In <http://www.cras.min-saude.pt> (acedido a 23.11.06)
- Matos, M.; Carvalhosa, S.; Reis, C., & Dias, S. (2002). Os Jovens Portugueses e o Álcool. 7, 1. FMH/PEPT/GPT.
- Melo, R. (2002). Os Quês e os Porquês da Prevenção Primária da Toxicodependência. *Toxicodependências*, 8 (2): 23-26.
- Mendelsohn, J. (2003). *MDMA (Ecstasy): clinical perspectives*. In Graham, A. – Principles of addiction medicine. 3rd edition. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine.
- Mendes, F. (2000). Toxicodependência e Prevenção familiar: uma política para a Europa. *Toxicodependências*, 6 (3): 61-68.
- Merenakk, L.; Harro, M; Kiive, E. ; Laidra, K.; Eensoo, D.; Allik, J.; Oreland, L.; Harro, J. (2003). Association between substance use, personality traits, and platelet MAO activity in preadolescents and adolescents. *Addictive Behaviors*, 28: 1507-1514.
- Milby, J. (1988). *A dependência de drogas e seu tratamento*. São Paulo: Pioneira.
- Miller, L.; Davies, M. & Greenwald, S. (2000). Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Comorbidity Survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(9): 1190-1197.

- Miller, W. (1998). Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. *Addiction* 93(7): 979-990.
- Morris, J.; Parker, H.; & Aldridge, J. (2002). The integrated Programme: an evaluation of a multicomponent drugs prevention programme in northern England. *Drugs: education, prevention and policy*, 9 (2): 91-98.
- Moscowitz, J.; Malvin, J.; Shaeffer, G. & Shaps, E. (1983). Evaluation of a junior high school primary prevention program. *Addictive Behaviors*, 8: 393-401.
- Moseley, F.; Landrine, H. ; Klonoff, A. (2004). Sexual abuse and smoking among college student women. *Addictive Behaviors*, 29 (2): 245-251.
- Moskowitz, J. (1989). The primary prevention of alcohol problems. A critical review of the research literature. *Journal of Studies on Alcohol*, 50: 54-87.
- Negreiros, J. (1997). Diferenças nas influências familiares em adolescentes consumidores de álcool e cannabis. *Toxicodependências*. 1: 37 – 43.
- Negreiros, J. (1998). *Prevenção do Abuso do Alcool e Drogas nos Jovens*. Radicário.
- Negreiros, J. (1999). O futuro da prevenção das Toxicodependências. *Toxicodependências*, 5 (3): 35-40.
- Negreiros, J. (2001). A prevenção do consumo de drogas: teoria, investigação e prática *In* Torres, N. ; Ribeiro, P. (2001). *A Pedra e o Charco: Sobre o Conhecimento e Intervenção nas Drogas*. Imanedições. Lisboa. Pp. 14 – 30.
- Negreiros, J. (2001). *Padrões e Consequências do Consumo de Drogas em Matosinhos: Resultados na população estudantil e em consumidores problemáticos*. Relatório final apresentado à Câmara Municipal de Matosinhos. Matosinhos. pp.10.
- Negreiros, J. (2001). **Prevalências e padrões de consumo problemático de drogas em Portugal**. Relatório anual – a situação do país em matéria de drogas e toxicodependências. Lisboa: IDT.
- Newcomb, M.(1995). *Identifying high-risk youth: prevalence and patterns of adolescent drug use*. NIDA Research Monograph 156, pp.12-37.
Disponível em: <http://www.drugabuse.gov/pdf/monographs/156.pdf> (Acedido a 26.12.06)
- NIDA (1997). *Drug Abuse Prevention: What Works*. Rockville, MD. Department of Health and Human Services, National Institute of Health, National Institute of Drug Abuse, NIH Publication N.º 97 – 4110.
- NIDA (1997). *Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide for parents, educators, and community leaders*. NHI Publication n.º 04-4212 (B). National Institute of Drug Abuse and National Institute of Health. Rockville, Maryland.
- NIDA (1998). *Drug abuse prevention through family interventions*. Rockville, MD. Department of Health and Human Services, National Institute of Health, National Institute of Drug Abuse.
- Noddings, N. (1992). The challenge to care in schools: An alternative approach to education. *Advances in Contemporary Thought*. Teacher's College Press. New York.
- Nowlis, H. (1970). Some assumptions implicit in a variety of drug education and information programs. *In* J. Wittenborn, J. Smith & S. Wittenborn (Eds.), *Communication and drug use. Proceedings of the second Rutgers symposium on drug abuse*. Charles C. Thomas Publisher.

OEDT (2004). **Relatório Anual 2004: Evolução do fenómeno da droga na UE e na Noruega.** Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.

OEDT (2005). **Relatório Anual 2005: Evolução do fenómeno da droga na Europa.** Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa. In <http://annualreport.emcdda.eu.int>. (acedido a 31 de Outubro de 2006)

OEDT (2006). **Relatório Anual 2006: Evolução do fenómeno da droga na Europa.** Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa. In <http://ar2006.emcdda.europa.eu/download/ar2006-pt.pdf> (acedido a 28 de Novembro de 2006)

Olatawura, M. ; Odejide, A. (1975). *Prevalence of drug taking among secondary school students: a pilot study. In Proceedings of the Workshop on Alcoholism and Drug Addiction in Africa, held in Nairobi, Kenya.* Ed. Lausanne, International Council on Alcohol and Addictions, pp. 71 - 77.

O.M.S. – HBSC SURVEY, 1997/1998. Organização Mundial de Saúde. Geneva, 1998.

Pascual, P. (2001). *Aproximación histórica a la cocaína. Dela coca a la cocaína.* In pascual, F.; et al. (eds.). Monografía Cocaína. Adicciones. (13). 7-22.

Patock-Peckham, J.; Hutchinson, G.; Cheong, J. & Nagoshi, C. (1998). Effect of religion and religiosity on alcohol use in a college student sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 49: 81-88.

Pela, A.; Ebie, J. (1982). *Drug abuse in Nigeria: a review of epidemiological studies.* 8:91-99. (Acedido em: http://www.unodc.org/unodc/bulletin/bulletin_1982-01_01_3_page008.html#f009 em 19.10.2006)

Pentz, M.; Dwyer, J; Mackinnon, D.; Flay, B. ; Hansen, W.; Wang, E.; & Joenson, C. (1989). A multicomunity trial for primary prevention of adolescent drug abuse. Effects on drug use prevalence. *Journal of the American Medical Association*, 261: 3259-3266.

Pereira, A. (1999). Receitas para fazer do seu filho um toxicodependente ou prevenção: Falamos de quê? *Toxicodependências*, 5(1): 81-86.

Perry, P. et al.(2002). Project northland: long-term outcomes of community action to reduce adolescent alcohol use. *Health Education Resources*, 1: 117-132.

Petratis, J., Flay, B. R., & Miller, T. Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117: 67-86.

Piko, B., (2000). Perceived social support from parents and peers: which is the stronger predictor of adolescent substance use?. *Substance Use & Misuse*. 35(4): 617-630.

Plant , M. A.; Plant, M. I. (1997). *Risk-Takers: Alcohol, drugs, sex and youth.* Routledge. London.

Poiães, C. (1999). *Contribuição para uma análise histórica das drogas.* Toxicodependências. (1). 3-12.

Portugal, DEPS (1990). **Inquérito nacional de Saúde 1987: Dados gerais.** Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Lisboa.

Portugal, INSA (2000). **Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999: dados gerais.** Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde. Lisboa.

Presidência do Conselho de Ministros (2001). *Regime geral de prevenção primária das toxicodependências – Plano de acção nacional da luta contra a droga e a toxicodependência: Horizonte, 2004.* Lisboa: IPDT.

Produktschap Voor Gedistillerde Dranken (2005). *World Drink Trends 2005.* Henley-on-Thames: NTC Publications.

Pullen, L.; Modricin-Talbott, M.; West, W. & Muenchen, R. (1999). Spiritual high vs high on spirits: is religiosity related to adolescent alcohol and drug abuse? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6: 3-8.

Quiroga, M. (2000). *Cannabis: efectos nocivos sobre la salud mental.* In Bobes, J; Calafat, A. (eds.). Monografia cannabis. Adicciones. (12) .135–147.

Ramstrom, L. (1997). Prevalence and other dimensions of smoking in the world. In Biolliger, C.; Fagerstrom, K.; (eds). – The tobacco epidemic. Basel: Karger, vol.28. Progress in Respiratory Research.

Ribeiro, J. (1995). Dependência ou Dependências? Incidências históricas na formalização dos conceitos. *Toxicodependências*, n.º 3, pp. 5 – 13.

Ribeiro, J. (1998). Dependência psicológica versus dependência física. *Toxicodependências*, n.º2, pp.45 – 53.

Robins, L.; Przybeck, T. (1985). Age of onset of drug use as a factor in drug and other disorders. In C.L. Jonis & R. J. Batijis (Eds), *Etiology of Drug Use: implications for prevention*. NIDA Research Monograph No. 56. Washington, DC: US Government Printing Office.

Room, R. (1997). Alcohol, the individual and society: what history teaches us. *Addiction* 92(Suppl.1):S7-S11.

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57: 316-331.

Sanchez, Z. & Nappo, S., (2002). A sequência de drogas consumidas por usuários de crack e factores interferentes. *Revista de Saúde Pública*. 36(4):420-430.

Sanchez, Z.; Meer, M.; Oliveira, L.; Nappo, S. (2004). Protective factors from adolescents against drug use emphasizing the role of religiosity. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1): 43-55.

Schuckit, M. (1995). A long-term study of sons of alcoholics. *Alcohol Health and Research World*, 19: 172-175.

Scivoletto, S; Andrade, E. (1999) A cocaína e o adolescente. In Costa, M; Guerra, A. (org.). *Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento*. Porto Alegre, Artes Médicas Sul. Pp. 137-153.

Seibel, S.; Toscano, A. (2004). *Dependência de Drogas*. Editora Atheneu. São Paulo.

Silva, A. (2005). *Padrões de Consumo de Drogas em Estudantes de Escolas do Concelho de Vila Nova de Gaia*. Dissertação de Mestrado em Biologia para o Ensino. Faculdade de Ciências da Universidade do Porto. Não editada.

Slade, J. (1997). *Historical notes on tobacco.* In Bolliger, C.; Fagerstrom, K.. (1997) . *The tobacco epidemic*. Basel: Karger, progress in respiratory research, vol. 28.

Social Interest Research Centre (SIRC). (2000). **Social and Cultural Aspects of Drinking.** An eight-part report to the Amsterdam Group; presented to the European Commission 29/11/2000.

Sternschuss, S.; Angel, P., (1991). O Toxicómano e a sua família. *In* Bergeret, J.; Leblanc, J. (1991). *Toxicomanias: uma visão multidisciplinar*. Porto Alegre, Artes Médicas. Pp. 269 – 279.

Storvoll, E.; Wichstrom, L. (2002). Do the risk factors associated with conduct problems in adolescents vary according to gender?. *Journal of Adolescence*, 25: 183-202.

Svensson, R. (2003). Gender Differences in adolescent drug use. The impact of parental monitoring and peer deviance. *Youth & Society*. 34(3): 300-329.

Szapocznik, J. (1996). *Scientific findings that have emerged from family intervention research at the Spanish Family Guidance Centre and the Centre for Family Studies.* Paper presented at the National Institute of Drug Abuse Technical Review on Drug Abuse Prevention Through Family Interventions. Gaithersburg, MD. January, 25-26.

Thun, M. and Luiza da Costa e Silva, V. **Introduction and Overview of global tobacco surveillance** *in* Shafey, O. Dolwick, S and Guidon, E (eds). Tobacco Control Country Profiles, 2nd Ed. American Cancer Society, 2003. www.who.int/tobacco/global_data/country_profiles/en/ (acedido em 14.11.06)

Thun, M.; Silva, V. (2003). **Introduction and Overview of Global Tobacco Surveillance.** *In* Shafey O, Dolwick S, Guindon GE (eds). Tobacco Control Country Profiles 2003, 2nd. Ed. American Cancer Society, Atlanta, GA, 2003.(Pp 7 – 15).

Tobler, N. (1986). A meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: Quantitative outcome results of programs participants compared to a control or comparison group. *Journal of Drug Issues*, 16: 537-566.

Tobler, N.; Roona, M.; Ochshorn, P.; Marshall, D.; Streke, A.; & Stackpole, K. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20: 275-336.

Tobler, N.; Stratton, H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention*, 18: 71-128.

Trower, P. & Bryant, B. (1978). The social skills training approach. *In* P. Trower, B. Bryant & M. Argyle (Eds.). *Social Skills and Mental Health*. London. Methuen e Co Ltd.

UN – World Drug Report 2006. *In* http://www.unodc.org/unodc/world_drug_report.html, 2006a. (acedido a 29 de Outubro de 2006)

UNODCCP (2000). *Demand reduction: a glossary of terms.* United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. UN Publication. New York.

UNODCCP (2002). *A participatory handbook for youth drug abuse prevention programs: a guide for development and improvement.* New York: United Nations, Global Youth Network.

Urberg, K.; Luo, Q.; Pilgrim, C.; Degirmencioglu, S. (2002). A two-stage model of peer influence in adolescent substance use: individual and relationship-specific differences in susceptibility to influence. *Addictive Behaviors*, 28: 1243-1256.

USDHHS (1994). **Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General.** Washington DC: US Department of Health and Human Services. Public Health Services.

- Vaillant, G. (2004). História natural da adição e caminhos para a recuperação. In Borges, C.; Filho, H. (2004). *Usos, Abusos e Dependências – Alcoolismo e Toxicodependência*. Climepsi Editores. Lisboa. Pp.32 -33.
- Viana, L. (2002). *Ecstasy história, mitos & facts*. Toxicodependências, vol. 8, (1). 65-78.
- Vitória, P. (2004). Paradigmas actuais. In Borges, C.; Filho, H. (2004). *Usos, Abusos e Dependências – Tabagismo*. Climepsi Editores. Lisboa. Pp.138-139.
- Von Eye, A.; Bogat, G., Rhodes, J. (2006). Variable-oriented and person-oriented perspectives of analysis: The example of alcohol consumption in adolescence. *Journal of Adolescence*. 29(6): 981-1004.
- Webster-Stratton, C. (1982). Long-term effects of a videotape modelling parent education program: comparison of immediate and 1-year follow-up results. *Behavior Therapy*, 13: 712-714.
- Weinberg. (2006). *An Independent Review of Issues Related to Alcohol Consumption in Europe*. The Weinberg group Llc. Belgium. (Pp. 18 -26). In <http://www.weinberggroup.com/Independent-Review-Alcohol-Consumption-in-Europe-Report-12June06.pdf> (acedido a 01.12.06)
- Weiss, F.; Nicholson, H. (1998). Friendly peer-suasion against substance abuse: the girls incorporated model and evaluation. In J. VALENTINE, J.A. DE JONG & N.J. KENNEDY (Eds). *Substance Abuse Prevention in Multicultural Communities*. New York: Haworth Press.
- Weissman, G. et al., (1984). Psychiatric disorders in the relatives of probands with affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 41: 13-21.
- Welch, S.; Martin, B. (2003). *The pharmacology of marijuana*. In Graham, A. – Principles of addiction medicine. 3rd edition. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine.
- Welton, N.; McWhirter, J. (1998). Image based curriculum development in health education. In J. Prosser, (Ed.). *Image based Research: a source book for qualitative researchers*. Brighton: Falmer Press.
- White, D.; Pitts, M. (1998). Educating young people about drugs: a systematic review. *Addiction*, 93: 1475-1487.
- WHO (1999). *Global Status Report on Alcohol*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2004). *Global Status Report on Alcohol*. Geneva: World Health Organization.
- WHO- European Country Profiles on Tobacco Control 2003. In <http://data.euro.who.int/tobacco/>. (acedido a 3 de Novembro de 2006)
- World Bank (2003). *Tobacco Control at a glance*. World Bank, Washington, D.C.

ANEXOS

Anexo A – Questionário

Inquérito

1. Sexo : Masculino ☐ Feminino ☐
2. Nascimento: Ano de 19 _____
3. Ano de escolaridade: _____º ano
4. Reproveste alguma ano dadas a escola primária? Sim ☐ Não ☐
Se reprovaste, indica o ano e o número de vezes dentro do respectivo quadrado:
Ano de escolaridade:
- | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|
| 1º | 2º | 3º | 4º | 5º | 6º | 7º | 8º | 9º | 10º | 11º | 12º |
| | | | | | | | | | | | |

5. As tuas notas na escola têm sido:

Muito boas ☐ Boas ☐ Razoáveis ☐ Más ☐ Muito más ☐

As seguintes questões são sobre o consumo de cigarros

6. Quantas vezes na tua vida fumaste cigarros? (sestela com um x e quadrado que indicares)

Número de vezes:

0 ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ 6-9 ☐ 10-19 ☐ 20-39 ☐ 40 ou mais ☐

7. Com que frequência fumaste cigarros nos últimos 30 dias? (sestela com um x e quadrado que indicares)

Não fumo	
Menos de um cigarro por dia	
1-5 cigarros por dia	
6-10 cigarros por dia	
11-20 cigarros por dia	
Mais de 20 cigarros por dia	

8. Quando começaste a fumar? (sestela com um x e quadrado que indicares)

Nunca fumei ☐ Com o(a) namorado(a) ☐ Com amigos ☐ Com um familiar ☐ Sozinho ☐

1/5

INQUÉRITO**ANTES DE COMEÇAR, POR FAVOR, LÊ ISTO**

Este questionário faz parte de um estudo sobre consumo de álcool, tabaco e drogas nos alunos da tua idade. O inquérito irá abranger os alunos do Concelho de Valongo e da responsabilidade da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

A tua turma foi seleccionada à sorte. Representas, assim, um dos cerca de 800 alunos que irão participar neste estudo.

O que te pedimos é que penses um pouco sobre cada questão e respondas com o máximo de rigor e objectividade. Como queremos saber o que realmente pensas, é importante que respondas às várias questões com honestidade; só assim os resultados terão interesse efectivo.

O questionário é anónimo – em nenhuma parte terá o teu nome ou qualquer outra informação que permita identificar-te individualmente. Por forma a que o anonimato das respostas possa ser garantido, não deves escrever o teu nome em qualquer folha deste questionário.

As respostas são igualmente voluntárias. Se achares, por alguma razão, que alguma pergunta não é adequada, deixa-a em branco.

Isto não é um teste. Não há respostas certas ou erradas. Por favor, assinala com um X no respectivo quadrado a resposta apropriada.

Desde já agradecemos a tua participação.

Por favor, podes começar.

As próximas questões são sobre bebidas alcoólicas:

9. Quantas vezes bebeste bebidas alcoólicas? (assinale com um x um espaço em cada linha)

Número de vezes	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 ou mais
Ao longo da vida					19	39	
Nos últimos 12 meses							
Nos últimos 30 dias							

10. Pense na que aconteceu nos últimos 30 dias.

Quantas vezes bebeste as seguintes bebidas alcoólicas? (assinale com um x um espaço em cada linha)

Número de vezes	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 ou mais
Cerveja					19	39	
Vinho							
Bebidas destiladas (whisky, aguardente, brandy, etc.)							

11. A última vez que consumiste bebidas alcoólicas, bebeste: (assinale com um x o quadrado que interessa)

cerveja ☐ vinho ☐ bebidas destiladas ☐

Qual foi a quantidade que bebeste? (assinale com um x o quadrado que interessa)

Nunca bebi bebidas alcoólicas	
Menos que um copo (<10 cl)	
Um a dois copos (10-20 cl)	
Menos que uma garrafa ou lata (< 33 cl)	
1-2 garrafas ou latas (33-66 cl)	
3-4 garrafas ou latas (66-132 cl)	
5 ou mais garrafas ou latas (> 132 cl)	

12. Pense na que aconteceu nos últimos 30 dias. Quantas vezes tomaste 5 (cinco) ou mais bebidas seguidas? (uma bebida é um copo de vinho, uma lata de cerveja ou um cálice de bebida destilada)

(assinale com um x o que interessa)

Frequência	1 vez	2 vezes	3-5 vezes	6-9 vezes	10 ou mais vezes

13. Quando começaste a consumir bebidas alcoólicas, foi: (assinale com um x o que interessa)

Nunca bebi bebidas alcoólicas	
Com o(a) namorado(a)	
Com amigos	
Com um familiar	
Sózinho	

14. Quantas vezes ficaste embriagado? (assinale com um x um espaço em cada linha o que interessa)

Número de vezes	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 ou mais
Ao longo da vida					19	39	
Nos últimos 12 meses							
Nos últimos 30 dias							

15. Algumas vez na tua vida o consumo de bebidas alcoólicas provocou os seguintes problemas? (assinale com um x um espaço em cada linha)

	Nunca	Uma vez	Duas vezes	3 ou mais vezes
Discussão ou conflito				
Problemas nas relações com os teus pais				
Um acidente ou ferimento				
Problemas nas relações com os teus amigos				
Problemas nas relações com teu namorado(a)				
Redução do teu rendimento escolar				
Fez com que conduzisses uma moto ou carro sob a influência de álcool				
Problemas com a polícia				

16. O que achas os teus pais acerca do se pessoas da tua idade consomem bebidas alcoólicas? (assinale com um x um espaço em cada linha)

	Acha muito bem	Acha bem	Nem bem nem mal	Acha mal	Acha muito mal
Pai					
Mãe					

As questões seguintes são sobre outras drogas.

17. Já enviou falar em alguma destas drogas? (assinale com um x um espaço em cada linha)

	Sim	Não
Tranquilizantes ou sedativos		
Marijuana ou hashixe		
LSD		
Anfetaminas		
Crack		
Rolêvim		
Cocaína		
Heroína		
Ecstasy		
Metadona		
Outras drogas (Quais?)		

18. Já adquiriu ou ofereceu alguma destas drogas? (assinale com um x um espaço em cada linha)

	Sim	Não
Tranquilizantes ou sedativos		
Marijuana ou hashixe		
LSD		
Anfetaminas		
Crack		
Rolêvim		
Cocaína		
Heroína		
Ecstasy		
Metadona		
Outras drogas (Quais?)		

19. Quantas vezes consumiu marijuana ou hashixe? (assinale com um x um espaço em cada linha)

Número de vezes	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 ou mais
Ao longo da vida							
Nos últimos 12 meses							
Nos últimos 30 dias							

20. Quantas vezes chateou demasiado subitaneamente como colas, vernizes e esmaltes por causa das suas ideias? (assinale com um x um espaço em cada linha)

Número de vezes	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 ou mais
Ao longo da vida							
Nos últimos 12 meses							
Nos últimos 30 dias							

21. Quantas vezes usou nos seguintes drogas? (assinale com um x um espaço em cada linha)

Número de vezes	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 ou mais
Tranquilizantes							
Estimulantes ou sedativos							
LSD ou outros alucinógenos							
Crack							
Cocaína							
Heroína							
Rolêvim							
Ecstasy							
Inalantes							

22. Qual foi a droga que experimentou pela primeira vez? (assinale com um x o quadrado que interessa)

Tranquilizantes ou sedativos sem indicação do médico	
Marijuana ou hashixe	
LSD	
Anfetaminas	
Crack	
Rolêvim	
Cocaína	
Heroína	
Ecstasy	

23. Com que idade começou a fazer as seguintes coisas: (selecione com um x um espaço em cada linha)

	Menos ou menos	11 anos	12 anos	13 anos	14 anos	15 anos ou mais	16 anos ou +
Beber cerveja							
Beber vinho							
Beber bebidas destiladas							
Fumar o 1º cigarro							
Fumar cigarros diariamente							
Experimentar anfetaminas							
Experimentar tranquilizantes ou							
Experimentar marijuana ou hashixe							
Experimentar LSD ou outros							
Experimentar crack							
Experimentar cocaína							
Experimentar heroína							
Experimentar ecstasy							
Experimentar inalantes							

24. Que riscos correu as pessoas da sua família (falemos aqui de outros irmãos) ou... (selecione com um x um espaço em cada linha)

	Nenhum risco	Um risco baixo	Um risco moderado	Um risco alto	Não sei
Fumarem cigarros ocasionalmente					
Fumarem 1 ou 2 maços de cigarros por dia					
Beberem 1 ou 2 bebidas alcoólicas todos os dias					
Beberem 4 ou 5 bebidas alcoólicas todos os dias					
Beberem 1 ou mais bebidas alcoólicas ao fim de semana					
Experimentarem marijuana ou hashixe 1 ou 2 vezes					
Fumarem marijuana ou hashixe regularmente					
Experimentarem LSD 1 ou 2 vezes					
Usarem LSD regularmente					
Experimentarem anfetaminas 1 ou 2 vezes					
Usarem anfetaminas regularmente					
Experimentarem cocaína 1 ou 2 vezes					
Usarem cocaína regularmente					
Experimentarem ecstasy 1 ou 2 vezes					
Usarem ecstasy regularmente					
Experimentarem heroína 1 ou 2 vezes					
Usarem heroína regularmente					
Experimentarem inalantes 1 ou 2 vezes					
Usarem inalantes regularmente					

25. Em que medida seria difícil obter as seguintes substâncias, caso existissem interessadas(a)? (selecione com um x um espaço em cada linha)

	Impossível	Muito difícil	Algo difícil	Fácil	Muito fácil	Não sei
Cerveja						
Vinho						
Bebidas destiladas						
Marijuana ou hashixe						
LSD						
Anfetaminas						
Tranquilizantes						
Crack						
Cocaína						
Heroína						
Relevem						
Ecstasy						
Inalantes						

26. Quantas vezes teve acesso que... (selecione com um x um espaço em cada linha)

	Nenhum	Pouco	Alguma	Muito	Não sei
Fumam cigarros					
Beberem bebidas alcoólicas					
Ficam embriagados pelo menos uma vez por semana					
Fumam marijuana ou hashixe					
Usam LSD ou outros alucinógenos					
Usam anfetaminas ou outros estimulantes					
Usam tranquilizantes ou sedativos					
Usam cocaína ou crack					
Usam ecstasy					
Usam heroína					
Usam relevem					
Usam inalantes (colas, etc.)					

26. Pertence a alguma das seguintes grupos ou associações? (selecione com um X aquelas a que pertence)

☐	Grupos culturais ou artísticos
☐	Partidos ou movimentos políticos
☐	Organizações relacionadas com o abuso dos direitos
☐	Organizações religiosas
☐	Grupos sobre ecologia e conservação da natureza
☐	Associações desportivas
☐	Outros grupos ou associações específicas
☐	Não pertence a nenhum grupo ou associação

30. Comeceste ou não alguma das seguintes ações, durante o último ano? (selecione com um X um espaço em cada linha)

	Nunca	1 a 2 vezes	3 a 11 vezes	12 vezes ou mais
Roubar algo				
Agride alguém fisicamente				
Destruir ou danificar coisas de				

As questões seguintes são sobre a tua família

31. Qual foi o nível da escolaridade mais elevada que os pais já completaram? (selecione com um X o que indica)

	Sem instrução	1º ciclo incompleto	1º ciclo completo	6º ano	9º ano	12º ano	Curso médio	Curso superior	Não sei
Pai									
Mãe									

32. Os teus pais... (selecione com um X o quadrado que indica)

☐	Vivem juntos
☐	Estão separados
☐	Um deles faleceu
☐	Ambos faleceram

27. O que achas os teus amigos da tua idade... (selecione com um X um espaço em cada linha)

	Acham muito bom	Acham bom	Nem bem nem mal	Acham mal	Acham muito mal
Fumarem cigarros					
Beberem bebidas alcoólicas					
Ficarem embriagados (as) uma vez por sem.					
Consumirem marijuana ou hashish					
Consumirem LSD					
Consumirem estimulantes					
Consumirem relexim					
Consumirem heroína					
Consumirem cocaína					
Consumirem ecstasy					
Consumirem inalantes					

As questões seguintes são sobre actividades, interesses e tempos livres.

33. Realizaste alguma das seguintes actividades nos últimos 3 meses? (selecione com um X um espaço em cada linha)

	1 ou 2 vezes por semana	1 ou 2 vezes por mês	1 ou 2 vezes nos últimos 3 meses	Nenhuma vez
Ir ao cinema				
Ir a uma discoteca				
Assistir a um acontecimento desportivo				
Andar de bicicleta				
Ver uma videocassete				
Ir a um bar				
Ir à missa				
Jogar jogos de computador				
Praticar um desporto				

OBRIGADA PELA TUA COLABORAÇÃO

Anexo B – Variáveis consideradas no questionário

a) Tabaco	Cigarros	Prevalência ao longo da vida (PLV) Prevalência no último mês (P30D) Idade de iniciação
b) Álcool	Qualquer bebida	Prevalência ao longo da vida (PLV) Prevalência no último ano (P12M) Prevalência no último mês (P30D) Idade de iniciação
	Bebidas específicas	Prevalência no último mês (cerveja, vinho, bebidas destiladas)
	Consumo excessivo	Prevalência no último mês
	Intoxicação alcoólica	Prevalência ao longo da vida (PLV) Prevalência no último ano (P12M) Prevalência no último mês (P30D)
c) Tranquilizantes ou sedativos	(uso não prescrito)	Prevalência ao longo da vida (PLV)
d) Drogas ilícitas	Marijuana ou haxixe	Prevalência ao longo da vida (PLV) Prevalência no último ano (P12M) Prevalência no último mês (P30D)
	LSD	Prevalência ao longo da vida (PLV)
	Heroína	Prevalência ao longo da vida (PLV)
	Cocaína	Prevalência ao longo da vida (PLV)
	Crack	Prevalência ao longo da vida (PLV)
	Ecstasy	Prevalência ao longo da vida (PLV)
	Inalantes	Prevalência ao longo da vida (PLV)
		Idade de iniciação Droga de iniciação Como foi obtida a droga
e) Variáveis relacionadas com o álcool e drogas		Problemas causados pelo álcool Percepção da acessibilidade Percepção do risco de consumo de diferentes drogas
f) Variáveis relacionadas com a família		Atitude dos pais face ao consumo de álcool Escolaridade dos pais Situação conjugal
g) Percurso escolar		Ano de escolaridade Reprovações desde o primeiro ciclo Apreciação subjectiva face ao desempenho escolar
h) Variáveis sociográficas		Idade Sexo
i) Actividades, interesses e tempos livres		Hábitos culturais e de tempos livres Pertença a grupos ou associações juvenis.

Anexo C – Pedido de autorização.

Ex.mo(a) Senhor(a) Encarregado(a) de Educação:

No âmbito da preparação da dissertação de Mestrado em Biologia para o Ensino, venho por este meio solicitar autorização para a aplicação, ao seu educando, de um questionário sobre “*Padrões de consumo de tabaco, álcool e drogas na população estudantil das Escolas Secundária/3 de Alfena e Secundária/3 de Ermesinde.*”

Este questionário faz parte de um estudo sobre consumo de álcool, tabaco e drogas em alunos do 7º ao 12º Ano de escolaridade. O inquérito irá abranger alunos do Concelho de Valongo e é da responsabilidade da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

O questionário é anónimo e todas as suas questões de preenchimento voluntário.

Desde já agradeço a sua colaboração,

Cordialmente,

A Professora responsável,

Alfena, _____ de _____ de 2007

O Director de Turma

Ex.mo(a) Senhor(a) Director de Turma:

O Encarregado de Educação do aluno _____
n.º _____, Turma _____, declara que **Autoriza/ Não autoriza** (*riscar o que não interessa*) a participação do seu educando no preenchimento do questionário sobre “*Padrões de consumo de tabaco, álcool e drogas na população estudantil das Escolas Secundária/3 de Alfena e Secundária/3 de Ermesinde.*”

Alfena, _____ de _____ de 2007

O Encarregado de Educação