



**UNIVERSIDADE DOS AÇORES**

Carlos Alexandre da Câmara Carvalho

**As Percepções dos Alunos do Ensino Secundário acerca da  
Toxicoddependência: Um estudo em duas Escolas de São  
Miguel**

*Mestrado em Psicologia da Educação,  
Especialidade de Contextos Educativos*

Orientadora: Professora Doutora Isabel Estrela Rego

Ponta Delgada, 2012

**As Percepções dos Alunos do Ensino Secundário acerca da  
Toxicod dependência: Um estudo em duas Escolas de São  
Miguel**

Carlos Alexandre da Câmara Carvalho

Dissertação apresentada na Universidade dos Açores  
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da  
Educação, Especialidade de Contextos Educativos  
realizada sob a orientação científica da Professora  
Doutora Isabel Estrela Rego

## **Resumo**

Perceptível no domínio social e documentado a nível científico, existem concelhos na ilha de São Miguel onde o consumo de substâncias psicoactivas parece atingir níveis muito elevados. Exige-se, desta forma, uma reorganização das estratégias de prevenção, a fim de minimizar os danos na saúde pública.

Sendo a escola reflexo do meio social onde está inserida e a população adolescente um grupo de risco no que concerne ao contacto com diferentes substâncias psicoactivas, pretendeu-se averiguar que percepções têm os alunos acerca de realidades associadas à toxicod dependência. Delineado numa abordagem essencialmente quantitativa, o presente estudo teve por base a aplicação de um inquérito a 300 alunos, 150 da Escola Secundária das Laranjeiras, concelho de Ponta Delgada e 150 da escola Secundária do concelho da Ribeira Grande. Os dados obtidos foram analisados em função da escola e do sexo dos alunos.

Os resultados permitiram concluir que os jovens dos dois concelhos, neste domínio, apresentam graves lacunas nos seus conhecimentos. Além disso, destacam mais facilmente os efeitos psicológicos em detrimento dos efeitos físicos. Em termos de factores de risco e factores de protecção, apontam, com maior facilidade, os relacionados com o domínio individual e familiar. Os alunos reconhecem que existem problemas de saúde relacionados com a toxicod dependência, mas não conseguem identificar quais. Esta identificação é mais bem conseguida na relação entre toxicod dependência e criminalidade. O perfil do consumidor identificado pelos alunos corresponde ao perfil publicamente difundido. No que concerne à reabilitação, reconhecem que é um processo complicado, mas evidenciam apenas a ida para uma clínica como a solução única para este tratamento. Ao nível de estratégias para diminuição do consumo que possam ser desenvolvidas a nível escolar e no contexto da freguesia de residência, enfatizam as palestras e o reforço policial. Quando questionados acerca do porquê dos jovens serem uma população de risco para a toxicod dependência, salientam a curiosidade própria desta faixa etária como a explicação para este risco.

## **Abstract**

Widely recognized and scientifically proven, there are municipalities in São Miguel Island where psychoactive substances consumption reaches high levels, thus, demanding a reorganization of prevention in order to minimize damages on public health.

Being the school the reflection of the social environment where it is inserted and the adolescent population a group of risk regarding the contact with different psychoactive substances, the present study was developed, outlined in a quantitative approach based on the application of an inquiry to 300 students, 150 of the Laranjeiras Secondary School, municipality of Ponta Delgada and 150 of secondary school of the municipality of Ribeira Grande, in order to determine the perceptions these students have about the realities associated with drug addiction. The obtained data were analyzed according to the schools and the gender of the students.

According with the data of this research, one can conclude that young people of the two municipalities, in this domain, present serious gaps of knowledge. Furthermore, they stand out more easily the psychological effects in detriment of physical effects. In terms of risk factors and protective factors, young people emit with greater ease the related to the field individual and family. The students recognize that there are health problems related to addiction, but they cannot identify which. This identification is more successful in the relationship between drug addiction and crime. The profile of consumers identified by students corresponds to the profile publicly broadcast. Regarding rehabilitation, they recognize that it is a complicated process, but show only, in the majority, going to a clinic as the single factor for this treatment. The level of strategies to decrease the consumption that can be developed at school level and in the context of the civil parish of residence, they emphasize lectures and strengthening police. Questioned about why young people are a population at risk for drug addiction, they highlight the curiosity itself of this age group as the explanation for this risk.

## Agradecimentos

Realizar um trabalho desta natureza requer muitas e muitas horas de isolamento, de pesquisa, de reflexão, de escrita, de voltar atrás e reescrever.

Apesar de ser um longo processo com um forte cunho solitário, onde a entrega pessoal e profissional é pedra basilar, uma Dissertação de Mestrado, tal como qualquer outra nobre tarefa, só é possível com a colaboração directa e indirecta de algumas pessoas, a quem tenho, necessariamente, que agradecer. Deste modo, tenho que dizer o meu muito obrigado:

À minha família que, mesmo não estando fisicamente presente ao longo de todo este percurso, demonstrou sempre uma genuína preocupação com o desenvolvimento deste meu empreendimento, nomeadamente a minha irmã, Paula (Claire) Oliveira.

À minha orientadora, Professora Doutora Isabel Estrela Rego, por ter sempre acreditado e demonstrado entusiasmo neste projecto desde o início.

À Mestre Diva, Carolina Ferreira, que, para além de Psicóloga, revelou-se uma *expert* no SPSS.

Aos professores Conceição Mendonça, Jorge Costa Marques, Margarida Gomes, da Escola Secundária das Laranjeiras, pela aplicação dos inquéritos nas suas turmas.

À Sónia Cabral pela ajuda imediata na tradução do resumo para Inglês.

Às ajudas genuínas e espontâneas que se disponibilizaram para ajudar “em qualquer coisa que fosse necessária”, Ana Ponte, Deborah Carvalho e Carla Teixeira.

Tenho também que agradecer à professora Raquel Dinis que, de modo imediato, me facultou alguns dos seus livros que foram indispensáveis para a realização desta tese.

Aos amigos José Rocha, Miguel Monteiro, Fernando Ramos e Nuno Mota, pela constante preocupação e interesse no projecto e a quem tive que negar alguns convívios.

De um modo particular, tenho que agradecer ao meu grande amigo e sócio, Nuno Valério, que, mesmo estando em terras longínquas, quis sempre estar a par do desenvolvimento do projecto: *eurovision on top!*

## **Siglas e Abreviaturas**

<b>I.A.</b>	Inquérito Apreciativo
<b>DSMIV - TR</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>SNC</b>	Sistema Nervoso Central
<b>SPSS</b>	Statistical Packages for the Social Sciences
<b>VHB</b>	Vírus da Hepatite B
<b>VHC</b>	Vírus da Hepatite C
<b>VIC</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana

## **Índice Geral**

Introdução	11
Capítulo I – Fundamentação Teórica	13
1. Definição de Conceitos	14
1.1.Droga	14
1.2.Abstinência	16
1.3.Uso social ou moderado	17
1.4.Abuso	17
1.5.Tolerância	18
1.6.Dependência	18
2. Caracterização de algumas substâncias psicoactivas	20
2.1.Cannabis	20
2.2.Heroína	21
2.3.Cocaína	22
2.4.Ecstasy	22
3. Factores de risco e protecção	23
3.1.Risco na área da saúde	23
3.2.O conceito de “risco” nos consumidores de substâncias aditivas	24
3.3.Factores de risco	25
3.4.Factores de protecção	27
3.5.Outros riscos, outros protectores	29
4. Toxicodependência e problemas de saúde	29

4.1.Problemas de saúde físicos	30
4.2.Problemas de saúde psíquicos	33
5. Toxicodependência e criminalidade	34
5.1.Toxicodependência e criminalidade: Casos práticos	37
6. Tipologias de consumo	38
6.1.Tendência nacional (2005, dados referentes a 2004)	39
6.2.Tendência nacional (2011, dados referentes a 2010)	40
6.3.Tendência regional (comparação entre 2005 e 2009)	40
6.4.Perfil do consumidor nos Açores	41
6.5.O perfil do consumidor, notas conclusivas	42
7. Reabilitação	42
7.1.Os seis passos da reabilitação	43
8. Prevenção	46
8.1.Dos primórdios da prevenção à redução de danos	46
8.2.A escola enquanto agente de prevenção	48
8.3.A comunidade local enquanto agente de prevenção	49
9. Adolescência e a relação dos adolescentes com substância ilícitas	50
Capítulo II – Metodologia do Estudo	54
1. Pressupostos e objectivos	55
2. Tipo de estudo	57
3. População e amostragem	57
4. Procedimento de recolha e análise de dados	59

5. Considerações éticas	66
Capítulo III – Análise e Discussão dos resultados	68
1. Apresentação e Análise dos resultados	69
2. Discussão dos resultados	100
Conclusões	108
Referências Bibliográficas	114
Anexos	
Anexo 1 - Questionário	
Anexo 2 – Autorização de Participação	

## Índice de Quadros

Quadro 1: Caracterização da população do ensino secundário de cada escola abordada na investigação	58
Quadro 2: Frequência geral das respostas relativas à compreensão das diferentes tipologias de consumo	69
Quadro 3: Comparação entre as respostas dos alunos da Escola Secundária das Laranjeiras (ESL) e Escola Secundária da Ribeira Grande (ESRG) relativa à compreensão das diferentes tipologias de consumo	71
Quadro 4: Comparação entre as respostas dos alunos dos diferentes anos de escolaridade do Ensino Secundário relativa ao à compreensão das diferentes tipologias de consumo	72
Quadro 5: Frequência geral das respostas relativas ao conhecimento de “drogas”	72
Quadro 6: Comparação entre as respostas dos alunos da Escola Secundária das Laranjeiras (ESL) e as dos alunos da Escola Secundária da Ribeira Grande (ESRG) relativas ao conhecimento de drogas	73
Quadro 7: Comparação entre as respostas dos alunos do sexo masculino (M) e do sexo feminino (F) relativa ao conhecimento de drogas	74
Quadro 8: Frequência geral das respostas relativas ao conhecimento das sensações provocadas pelo consumo de cannabis, heroína, cocaína e ecstasy	75
Quadro 9: Comparação entre as respostas dos alunos da Escola Secundária das Laranjeiras (ESL) e as dos alunos da Escola Secundária da Ribeira Grande (ESRG) relativas ao conhecimento das sensações provocadas pela cannabis, heroína, cocaína e ecstasy.	77
Quadro 10: Comparação entre as respostas dos alunos do sexo masculino (M) e as dos alunos do sexo feminino (F) relativas ao conhecimento das	78

sensações provocadas pela cannabis, heroína, cocaína e ecstasy.

Quadro 11: Frequência geral das respostas relativas à enunciação dos factores de risco.	79
Quadro 12: Comparação entre as respostas dos alunos da Escola Secundária das Laranjeiras (ESL) e as dos alunos da Escola Secundária da Ribeira Grande (ESRG) relativas à enunciação dos factores de risco.	81
Quadro 13: Comparação entre as respostas dos alunos do sexo masculino (M) e do sexo feminino (F) relativas à enunciação dos factores de risco.	81
Quadro 14: frequência geral das respostas relativa à enunciação dos factores de protecção.	82
Quadro 15: Comparação entre as respostas dos alunos da Escola Secundária das Laranjeiras (ESL) e as dos alunos da Escola Secundária da Ribeira Grande (ESRG) relativas à enunciação dos factores de protecção.	84
Quadro 16: Comparação entre as respostas dos alunos do sexo masculino (M) e do sexo feminino (F) relativas à enunciação dos factores de protecção.	85
Quadro 17: Frequência geral das respostas relativas à enunciação da relação entre toxicodpendência e problemas de saúde.	86
Quadro 18: Comparação entre as respostas dos alunos da Escola Secundária das Laranjeiras (ESL) e as dos alunos da Escola Secundária da Ribeira Grande (ESRG) relativas à enunciação da relação entre toxicodpendência e problemas de saúde.	87
Quadro 19: Comparação entre as respostas dos alunos dos vários anos de escolaridade do Ensino Secundário relativas à enunciação da relação entre toxicodpendência e problemas de saúde.	88
Quadro 20: Comparação entre as respostas dos alunos do sexo masculino relativas à enunciação da relação entre toxicodpendência e problemas de saúde.	90
Quadro 21: Frequência geral das respostas relativas à enunciação da relação	91

entre toxicodependência e criminalidade.

Quadro 22: Comparação entre as respostas dos alunos da Escola Secundária das Laranjeiras (ESL) e as dos alunos da Escola Secundária da Ribeira Grande (ESRG) relativas à enunciação da relação entre toxicodependência e criminalidade. 92

Quadro 23: Comparação entre as respostas dos alunos do sexo masculino (M) e do sexo feminino (F) relativas à enunciação da relação entre toxicodependência e criminalidade. 93

Quadro 24: Frequência geral das respostas relativas ao perfil do toxicodependente. 94

Quadro 25: Comparação entre as respostas dos alunos da Escola Secundária das Laranjeiras (ESL) e as dos alunos da Escola Secundária da Ribeira Grande (ESRG) relativas à enunciação do perfil do toxicodependente. 94

Quadro 26: Comparação entre as respostas dos alunos do sexo masculino (M) e do sexo Feminino (F) relativas à enunciação do perfil do toxicodependente. 95

## **Introdução**

“A dependência química é uma doença crónica primária que afecta entre 10 a 15% da população adulta do mundo ocidental.” (Aragão, 2002, p.5). A toxicodependência é uma calamidade pública que afecta directamente não só os toxicodependentes mas igualmente todos aqueles que estão em seu redor.

O arquipélago dos Açores assiste e participa do quadro geral acima descrito. Em Julho de 2012, a comunicação social publica os resultados do Relatório do Instituto Ricardo Jorge, que refere que a sida, desde 1993, já vitimou 47 pessoas. “Numa análise aos grupos e comportamentos de risco, percebe-se que metade dos óbitos dizia respeito a toxicodependentes.” (Açoriano Oriental, 01 de Agosto de 2012)

Além disto, os adolescentes, por várias características que lhes estão associadas, são o grupo etário que mais se encontra exposto ou que pelo menos mais facilmente cede a pressões e / ou a curiosidades para iniciar o consumo das designadas “drogas”. Este consumo, começando sempre com a máxima “é só para experimentar”, acaba, muitas vezes, por ter consequências desastrosas. Do primeiro contacto ao vício, do vício à criminalidade e da criminalidade à morte é um quadro que, não raras vezes, se reflecte como uma prática em efeito bola de neve que se deve a todo o custo tentar minimizar. “No contexto das populações escolares, os resultados dos estudos nacionais evidenciam que o consumo de drogas que vinha aumentando desde os anos 90 diminuiu pela primeira vez em 2006 e 2007, constatando-se em 2010 novamente um aumento do consumo de drogas nestas populações, o que alerta desde já para a necessidade do reforço das medidas preventivas.” (IDT, 2011)

Contudo, apesar da consciência da necessidade destas medidas, os resultados das acções preventivas ainda estão muito longe de produzir os efeitos necessários, tal como se constata nos números do relatório do IDT.

Posto este quadro, conclui-se que é necessário reformular as acções que têm vindo a ser praticadas. Contudo, cremos que estas campanhas só poderão aumentar a sua eficácia se os agentes envolvidos nas acções com vista à diminuição de comportamentos de risco souberem, de antemão, o que os adolescentes efectivamente sabem sobre a toxicodependência. Deste modo, justifica-se a presente investigação, bem como problema formulado: qual o conhecimento que os adolescentes do ensino secundário têm acerca da toxicodependência? Com os resultados desta investigação se

procurará colmatar uma lacuna existente no conhecimento neste domínio e, assim, tentar contribuir para eventuais campanhas de prevenção da toxicodependência.

Creemos ainda que, doravante, as campanhas de prevenção, na posse destas informações, poderão ser adaptadas ao nível de conhecimento que detêm o seu público-alvo.

Este trabalho está organizado em quatro capítulos. No primeiro capítulo exploram-se várias realidades associadas ao mundo da toxicodependência, desde a definição de conceitos como, por exemplo, o de droga e uso, até às noções de abuso e dependência, bem como os efeitos que lhes estão associados, não esquecendo as relações entre toxicodependência e problemas de saúde e toxicodependência e criminalidade. Ainda neste capítulo são abordados os processos de reabilitação e prevenção, bem como o estabelecimento da ponte entre adolescência e toxicodependência.

No segundo capítulo, que se divide em duas secções, dá-se conta das opções metodológicas que orientaram a nossa acção, desde a exposição dos pressupostos teóricos, ancorados na revisão de literatura, até aos objectivos de investigação. Na segunda secção, apresenta-se a metodologia da investigação, destacando-se o tipo de estudo realizado, bem como o modo como foi efectuada a escolha da população para o estudo.

No terceiro capítulo, é elaborada a análise e discussão dos dados do estudo, tendo por base a revisão de literatura e os objectivos que foram previamente delineados.

Finalmente, tecem-se as conclusões finais, que referem-se a algumas limitações que foram encontradas ao longo deste estudo e sugestões para investigações futuras no campo da temática da toxicodependência.

# ***CAPÍTULO I***

---

---

## **Fundamentação Teórica**

## 1. Definição de conceitos

Numa primeira instância, e porque a presente investigação assenta no estabelecimento de algumas realidades relacionadas com a toxicod dependência, importa clarificar conceitos relacionados com esta temática de modo a permitir-nos aferir, com o maior rigor conceptual possível, alguns termos que são comumente referenciados quando se aborda o tema da toxicod dependência.

### 1.1 Droga

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2006), droga é toda a substância que, introduzida no organismo por qualquer via de administração, produz alterações no funcionamento do sistema nervoso central (SNC).

Esta definição de “droga” vai ao encontro da significação avançada por Patrício (2002, p. 41) que, numa tentativa de desmistificação de conceitos, acaba por afirmar que “não há droga”. Droga podem ser os produtos que se comercializam na drogaria ou também se chama droga àquilo que não presta ou que faz mal. O autor continua o seu raciocínio defendendo que o que existe são substâncias psicoactivas, isto é, substâncias capazes de provocar as tais alterações no SNC, já alertadas pela OMS.

Como parece não haver uma definição mais simples e directa deste termo, avança-se para uma usual distinção entre substâncias lícitas e substâncias ilícitas, na qual o senso comum, erradamente, pelas razões já acima apresentadas, associa drogas apenas às substâncias ilícitas. Contudo, esta distinção entre substâncias lícitas e ilícitas também não é pacífica porque, tal como Filho e Ferreira-Borges (2008, p.26) nos alertam, “uma substância psicoactiva pode ser classificada como lícita ou ilícita dependendo de aspectos históricos, económicos, morais e culturais que a sociedade define, de forma a manter o uso e as interacções sociais implicadas sob o controlo social.”

Assim, na sociedade ocidental, como substâncias ilícitas destacam-se, tal como refere Lowentsein *et al* (1998) a heroína, outros opiáceos ilícitos, a cocaína e o *crack*, as anfetaminas, os alucinogénios e a *cannabis*. “Designados como drogas, os produtos ilícitos são, antes de mais, medicamentos. A perigosidade subentendida por esta denominação está por vezes relacionada com os riscos médicos ou farmacológicos da sua utilização.” (Lowenstein *et al* 1998, p. 14)

Em relação às substâncias lícitas temos o álcool, os solventes, o tabaco e a codeína. Alguns produtos de grande consumo são correntemente utilizados sem restrições legais, devido às sensações que proporcionam. “Por razões culturais, económicas ou políticas, não são considerados como drogas, mesmo que os seus efeitos, as suas consequências em caso de abuso ou o seu perfil de consumo sejam conhecidos pela semelhança com as substâncias ilícitas.” (Lowenstein *et al*, 1998, p.28)

Assim, nas substâncias com maior aceitação social, por exemplo, como nos destaca Van der Stel *et al* (1998, p.18), o número dos que experimentam e dos que consomem aumenta; as consequências de saúde e sociais do consumo são mais extensas, mas percebidas como menos graves ou perigosas para a sociedade.

Por oposição directa, as substâncias com maior rejeição social denunciam uma diminuição do número dos que experimentam e dos que consomem e as consequências de saúde e sociais do consumo são mais restritas, mas percebidas como mais graves ou perigosas para a sociedade.

De uma forma geral, e como desenvolvimento da ideia avançada pela Organização Mundial de Saúde, é cientificamente consensual a divisão de drogas em três grandes categorias: estimulantes, depressoras e perturbadoras do SNC. Na esfera das estimulantes do SNC, alertando-nos Ferreira (2007), encontramos algumas das mais utilizadas em todo o mundo. O ciclo vicioso é iniciado rapidamente, já que o estado seguinte a cada intoxicação deixa de ser “normal” para passar a ser um estado depressivo que se agrava de forma directamente proporcional à continuidade dos consumos. Em termos biológicos, as substâncias estimulantes “*aceleran el funcionamiento habitual del cérebro, provocando un estado de activación que puede ir desde una mayor dificultad para dormir tras el consumo de café hasta un estado de hiperactividad tras el consumo de cocaína o anfetaminas.*” (Pascual *et al*, 2001, p.11).

No domínio das substâncias depressoras do SNC, assistimos a uma variedade de estados dependendo da quantidade usada, tempo de utilização e presença (ou ausência) de tolerância (Landry, 1994). Em termos biológicos, as substâncias depressoras “*tienen en común su capacidad para entorpecer el funcionamiento habitual del cérebro, provocando reacciones que pueden ir desde la desinhibición hasta el coma, en un proceso progresivo de adormecimiento cerebral.*” (Pascual *et al* 2011, p.10). Neste campo, destaca-se, a nível de conhecimento geral, o álcool, os opiáceos como heroína, morfina e metadona, bem como os tranquilizantes ou ainda hipnóticos.

No universo das substâncias perturbadoras do SNC, constam as que, em termos de efeitos, provocam, essencialmente, a euforia e o relaxamento, tal como a sonolência e sedação. “As experiências sensoriais intensificam-se e a percepção temporal é distorcida, podendo igualmente verificar-se alguma diminuição da memória a curto prazo, do ritmo cardíaco e do tempo de reacção.” (Landry, 1994, *cit in* Ferreira, 2007, p.6). Neste universo, destacam-se as substâncias alucinogénias como o LSD, cannabis e todos os seus derivados ou ainda drogas sintéticas como o ecstasy.

Sistematizando esta importante distinção entre as várias actuações das substâncias a nível cerebral, Angel *et al* (2000) apresentam três critérios para a identificação de uma “droga” (uso das aspas propositado):

- 1) É uma substância – produtos naturais ou artificiais, que são consumidas pelo indivíduo e passam para o seu organismo através de uma qualquer via de administração;
- 2) Actua sobre o sistema nervoso central, alterando, de um modo problemático, os processos de pensamento, as emoções e a conduta;
- 3) É susceptível de produzir dependências.

Assim, como ideia fundamental, convém apreender o seguinte, de modo a permitir avançar o estudo “*No existe droga, sino diversas sustancias com diferentes efectos físicos, psíquicos y sociales, y distintos riesgos*”. (Pacual *et al*, 2001, p.16)

Mais, é a relação que cada indivíduo estabelece com cada uma dessas substâncias, quer sejam elas socialmente aceites ou não, que irá permitir efectuar a distinção entre termos que, embora sejam, a nível de designações, do conhecimento geral, são sempre alvo de algumas incertezas e imprecisões. Falamos de distintos tipos, níveis e padrões de uso de substâncias, tais como “abstinência”, “uso social ou moderado”; “tolerância” e “dependência”.

## **1.2 Abstinência**

Filho e Ferreira-Borges (2008, p. 32) chamam-nos a atenção para o facto de que este conceito pode ser aplicado a duas distintas situações, a saber: nunca ter tido contacto com determinada substância e deixar de consumir determinada substância. Assim sendo, evoca-se o conceito de abstinência a indivíduos que nunca tiveram contacto com uma substância ao longo da vida. Todavia, pode-se incluir nesta categoria aqueles que actualmente se encontram nesta situação, mas já tiveram um contacto

prévio com substâncias, quer de forma experimental, quer de modo mais intenso. Ao conceito de abstinência pode surgir associada a expressão “síndrome de abstinência”, que se caracteriza por um conjunto de sintomas psíquicos e físicos que principiam com a diminuição ou a paragem de consumos da substância da qual se depende.

### **1.3 Uso social ou moderado**

Em relação a este padrão de uso, podemos diferenciar dois tipos de consumo: “consumos experimentais” e “consumos ocasionais.” (Rahioui & Raynaud, 2008, p. 63). Por consumos experimentais entende-se o conjunto de situações de contacto inicial com uma ou mais substâncias, das quais pode passar-se de um abandono simples a um processo de continuidade. Os consumos experimentais podem ter como motivações a curiosidade, a pressão do grupo, a atracção pelo risco e pelo proibido, ânsia de desinibição, procura do prazer e do desconhecido.

Por consumos ocasionais entende-se a panóplia comportamental que corresponde ao uso intermitente de uma ou mais substâncias sem qualquer periodicidade fixa e, normalmente, com intervalos bastante amplos de abstinência. Os consumos ocasionais têm como principais motivações o facto de facilitar a comunicação, a procura de prazer e transgressão à lei.

Patrício sintetiza este tipo de uso afirmando que “O consumidor não dependente é uma pessoa que faz a sua vida social, familiar e laboral em condições ditas de normalidade, cidadão, mais ou menos saudável” .

### **1.4 Abuso**

Este grupo é constituído pelos indivíduos que consomem uma determinada substância para além dos padrões de saúde e sociais vigentes. Nesta categoria, podemos encontrar algumas variações, tais como “uso indevido”, “uso pesado” e “uso nocivo”. Contudo, apesar de ligeiras diferenças, este abuso reporta-se a situações de um determinado nível de consumo que pode causar danos à saúde, podendo ser os danos quer de ordem mental, quer de ordem física. “Este grupo inclui aqueles cujo uso os coloca em risco eminente de vir a sofrer de problemas ou já apresentam problemas associados ao uso de uma substância, acompanhados ou não de consequências sociais diversas.” (Filho & Ferreira-Borges, 2008, p.36)

Deste modo, estamos perante uma situação de abuso quando a “relación con las drogas es aquella en la que se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o para su entorno.” (Pascual et. al., 2001, p.12).

Esta ideia é também comungada por Lowenstein (et. al., 1998. P. 66), para quem abuso é “toda a forma de consumo que contém algum tipo de risco”, supondo um outro tipo de consumo diferente dos já enunciados anteriormente. Falamos aqui do “consumo habitual.”

### **1.5 Tolerância**

Por tolerância deve-se entender o padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando ao sofrimento clinicamente significativo.

Filho e Ferreira-Borges (2008, p.38) enfatizam a mesma ideia alegando que o fenómeno da tolerância corresponde à “necessidade de consumir doses cada vez mais elevadas para atingir o efeito inicial da substância utilizada ou para evitar os sintomas da abstinência.”

Ferreira (2007, p. 11) faz uma exploração mais detalhada deste termo, apresentando diferentes variações. Assim, é possível falarmos de uma tolerância metabólica, tolerância celular, tolerância condicionada e sensibilização.

### **1.6 Dependência**

Aragão e Sacadura (2002), ao citarem Manuela Fleming, referem-se à toxicod dependência como um fenómeno multideterminado por factores de natureza que se conjugam e criam condições para o seu aparecimento e manutenção, acabando por destacar a relação directa entre toxicod dependência e outras vertentes da vida do indivíduo. Assim, defendem que o toxicod dependente é “o produto mais bem acabado de uma sociedade onde progressivamente o valor dos laços e das relações afectivas se vai perdendo e que elegeu o químico e o consumo como valores de felicidade.”

As primeiras formulações do termo toxicod dependência, como indica Ferreira (2007), provêm do campo da medicina, mais precisamente da psiquiatria do século XIX, para designar uma relação particular de um indivíduo com várias substâncias psicoactivas. Além disso, parece ser consensual entre vários autores, entre os quais Patrício (2005) ou Castro (2004), que a toxicod dependência tem início numa busca de prazer que acaba deturpada. “De início o candidato apenas deseja experimentar, ser consumidor nessa ocasião ou esporadicamente (...) Mas pode dizer-se que nunca desejou ficar

dependente; as pessoas dependentes, antes de o serem, sempre imaginaram poder dominar, controlar os consumos.” (Patrício, 2005, p.61)

Por seu turno, Angel *et al* (2002, p.70), quando se referem a esta situação como “uma adaptação bioquímica, consequência do consumo repetido, continuado e desejado de substâncias geradoras dessa dependência”, apontam para, ainda que de forma implícita, as duas ramificações de dependência: a dependência física e a dependência psicológica.

Ferreira (2007, p. 10) citando Schuckit (1995) aborda a dependência física como a indicação “que o corpo se adaptou fisiologicamente ao consumo habitual da substância, surgindo sintomas quando o uso da droga termina ou é diminuído.

Pascual *et al* (2001, p. 14) fazem uma associação directa entre a dependência física e o termo explorado anteriormente, a tolerância. “La dependência física está muy asociada a la tolerância. (...) Cuando un drogodependiente abandona el consumo, su tolerancia disminuye.”

Por dependência psíquica ou psicológica, Ferreira (2007, p. 10), citando Schuckit (1995), apresenta-a como o processo que “consiste na ideiação que o utilizador desenvolve no sentido de necessitar da substância para chegar a um equilíbrio ou percepção de bem-estar.”

A dependência psicológica traduz-se então numa adaptação gradual ao estímulo das substâncias, uma adaptação negativa, que envolve a recordação do prazer provocado pelo estímulo em determinadas situações. A dependência psíquica é, assim, uma “*compulsión por consumir la droga de que se trate, para experimentar un estado afectivo agradable (placer, euforia, sociabilidad...) o librarse de un estado desagradable (aburrimiento, timidez, estrés).*” (Pascual *et al*, 2001, p.14)

Diversos autores, quer nacionais, quer internacionais, Pascual e Patrício, por exemplo, apontam ainda para as diferenças entre os dois estados de dependência, já que a dependência física é relativamente fácil de superar na sequência de um período de desintoxicação e a dependência psicológica requer introduzir mudanças de comportamento e alterações emocionais do sujeito que lhe possam permitir funcionar psicologicamente sem recorrer a drogas.

Ribeiro (1998, p.45) avança ainda com um novo dado, na medida em que propõe analisar os dois tipos de dependência examinados anteriormente não como dois departamentos independentes mas sim com influência mútua.

## 2. Caracterização de algumas substâncias psicoactivas

São várias as substâncias psicoactivas. Cada uma delas com diferentes particularidades capazes de originar distintos efeitos, diferentes sensações e até diferenciados riscos. O que se segue é uma breve análise desses pontos em relação às seguintes substâncias: cannabis, heroína, cocaína e ecstasy. Porquê estas quatro substâncias e não outras? A lista de substâncias é longa e exactamente por este motivo tivemos de operar uma selecção. Esta opção foi feita de acordo com as substâncias que são consumidas por um maior número de jovens.

Em 2007, tal como em 2001, a cannabis foi a substância ilícita que registou as maiores prevalências de consumo, quer na população total (15-64 anos), quer na população jovem adulta (15-34 anos). Embora com prevalências de consumo muito inferiores, a cocaína surgiu como a segunda substância ilícita preferencialmente consumida entre estas populações, seguindo-se-lhe o ecstasy. Tal como em 2001, a população jovem adulta apresentou, em 2007, prevalências de consumo superiores às da população total (IDT, 2010, p.15). O estudo nacional, realizado em 2007, na população geral residente em Portugal (15-64 anos), mostra que a cannabis, a cocaína e o ecstasy são as substâncias ilícitas preferencialmente consumidas pelos portugueses, sendo, contudo, a heroína a responsável por entrada de um maior número de toxicodependentes em processos de reabilitação. (IDT, 2010, p.11)

Alberto Peixoto (2005), no seu estudo sobre dependências e outras violências, identifica as quatro substâncias acima identificadas como as ilícitas com maior consumo na Região Açores. Deste modo, pensamos estar justificada a opção por estas quatro substâncias e passamos de seguida a uma breve caracterização assente em quatro eixos: Caracterização geral, efeitos (sensações) físicos, efeitos (sensações) psicológicos, e perigos.

### 2.1 Cannabis

A *Cannabis sativa* L. é uma planta que está na origem de numerosas preparações, cuja actividade psicotrópica é induzida principalmente por um dos canabinóides que contém o THC. (Richard *et al*, 2002). “A concentração da planta em THC varia de acordo com local onde é cultivada.” (Aragão & Sacadura, 2002, p. 11).

Encontra-se especialmente na Ásia e na América do Sul, embora seja cultivada em quantidades significativas na América do Norte e na Europa. Existem três formas de

*cannabis*: erva (também conhecida como marijuana, boi, liamba, maconha e seruma); haxixe (também conhecido com haxe, chamom, chicon, chocolate, merda, naco, curro, sabonete, tablete, taco, taleiga, xito, ovos, bolota, pomada, beia, bezegol, shit); e óleo de haxixe (também conhecido como óleo). (Stoppard, 2000).

Os efeitos físicos da *cannabis* são: aumento do apetite; boca seca; olhos brilhantes; taquicardia; sonolência; descoordenação de movimentos. Os efeitos psicológicos da *cannabis* são: relaxamento; desinibição, achar tudo hilariante, sensação de lentidão; sonolência; alterações sensoriais; dificuldade em funções complexas, tais como: expressar-se com clareza, problemas de memória, capacidade de concentração, interferência no processo de aprendizagem (Pascual, 2001)

Perigos da *cannabis*: desencadear problemas mentais em pessoas que tenham já predisposição para tal; é perigosa para pessoas com problemas respiratórios; pode diminuir a quantidade de esperma no homem e esse esperma ser anormal e, no caso das mulheres grávidas, põe em risco a saúde nos nascituros. Acessos de pânico e alterações de humor exageradas também são frequentes, principalmente em consumidores de longa data. (Stoppard, 2000).

## **2.2 Heroína**

A heroína (diacetilmorfina) é um derivado sintético da morfina introduzido em medicina em 1898, no tratamento da tuberculose. A generalização da sua prescrição, para um grande número de indicações, pouco ou nada adaptadas às suas propriedades farmacológicas, banalizou o seu uso no início do século XX e esteve na origem de inúmeros casos de toxicomania. A sua utilização foi rapidamente controlada de forma drástica. O uso médico de heroína foi por fim totalmente interdito nos EUA em 1956. (Richard *et al*, 2000).

É uma droga depressiva por isso as suas propriedades são basicamente opostas às dos estimulantes como a anfetamina. Como a heroína é uma “narcótico analgésico”, atordoa o cérebro e o corpo e mata a dor. (Stoppard, 2000). É conhecida como h, cavalo, badalcavi, heroa, pó, rainha, tigre, turco, veneno, castanha, brown (heroína castanha).

Os efeitos físicos da heroína são: analgesia (falta de sensibilidade à dor); nos primeiros consumos são frequentes as náuseas e os vômitos; inibição do apetite. Os efeitos psicológicos, por sua vez, são a sensação de bem-estar; prazer (como um orgasmo, na descrição dos consumidores). (Pascual, 2001).

Como perigos da heroína apontam-se: overdose, se for injectada; náusea e vômitos; autonegligência (má nutrição e mau aspecto); abscessos, dores e feridas abertas; cria enorme dependência, podendo acontecer vários episódios de ressaca – *cold turkey* - que se manifestam em desejo psicológico intenso, falta de sono, náusea e diarreia, suores, acessos de calor e frio; câibras no estômago, câibras nos músculos e nas articulações e incapacidade de estar confrontável. (Stoppard, 2000)

### **2.3 Cocaína**

“Em 1858, Albert Niemann (1834-1861) isolou das folhas de coca uma substância a que chamou cocaína, cuja estrutura foi elucidada em 1856. O avanço dos trabalhos em química permitiu extrair em quantidade o alcalóide, dando origem a numerosas aplicações terapêuticas.” (Richard *et al*, 2002, p. 126)

A cocaína é um estimulante poderoso com propriedades semelhantes às da anfetamina. Foi usada em medicina como “tônico” até ser considerada uma droga perigosa; muitos dos que a tomam ficam dependentes. Também é conhecida como coca, branca, dona branca, branquinha, neve, veneno, gulosa. (Stoppard, 2000).

De entre os efeitos físicos da cocaína contam-se a diminuição da fadiga, redução do sono, inibição do apetite, aumento da pressão arterial. Quanto aos efeitos psicológicos da cocaína destacam-se a euforia, loquacidade, aumento da sociabilidade, aceleração mental, hiperactividade, aumento do desejo sexual. (Pascual, 2001).

Os perigos da cocaína são: overdose, se injectada, e todos os problemas que decorrem da utilização de seringas para consumo; dependência psicológica aguda levando a consumos tipo bola de neve, paranóia extrema, perda de peso, impotência, insónia crónica e problemas no nariz. (Stoppard, 2000).

### **2.4 Ecstasy**

“O ecstasy (3,4-metileno-dioximetanfetamina, abreviado como MDMA) é uma feniletilamina cujo uso como psicoestimulante e agente empatizante não cessa de se desenvolver.” (Richard, 2000, p. 136). Sintetizada nos anos 1912-1914, a MDMA foi utilizada inicialmente na década de 1970, por alguns psiquiatras norte-americanos, como adjuvante das psicoterapias. Paralelamente, houve movimentos de inspiração mística que recorreram a ela para modificar os estados de consciência e favorecer impulsos religiosos (Aragão, 2002). É também conhecido como ácido, ext, x, pastilhas,

águas, h cinzento, pombas, MDMA, adão, New Yorkers, love doves ou pílula do amor. (Stoppard, 2000)

Os efeitos físicos do ecstasy são: taquicardias, arritmias e hipertensão; boca seca; suores; contracção da mandíbula; desidratação; aumento da temperatura corporal (hipertermia). Os Efeitos psicológicos são crises de ansiedade, transtornos depressivos, alterações psicóticas (Pascual, 2001).

Quanto aos perigos do ecstasy, conhecem-se as alucinações (*bad trip*), ressaca, dilatação do cérebro, lesões cerebrais (o ecstasy pode interromper o fluxo de sangue ao cérebro; insuficiência hepática e renal (Stoppard, 2000).

### **3. Factores de risco e protecção**

O tema das toxicodependências, como veremos a seguir, integra, os conceitos de “risco” e “protecção”, bem como discursos conhecidos como “a necessidade de diminuir os factores de risco” ou, em oposição, “aumentar os factores de protecção”. “É mais realista e eficaz desenvolver programas de redução de riscos da transmissão do VIH nos toxicómanos do que tentar erradicar a própria toxicomania (...) Um só desafio é humana e cientificamente válido: considerar os toxicómanos dotados de inteligência, de razão e mesmo de solidariedade.” (Lowenstein *et al*, 1998, p.1). Mas o que se entende precisamente por esta noção de “risco”? Terá significado particular no âmbito das toxicodependências?

Neste domínio o risco é entendido como “uma consequência da livre e consciente decisão de um sujeito se expor a uma situação na qual busca a realização de um bem ou de um desejo, em cujo percurso se inclui a possibilidade de perda ou ferimento físico, material ou psicológico.” (Shenker, 2005).

Ainda segundo McCrimmond & Werbrung (1986), existem três condições para a definição do comportamento de risco, a saber:

- 1) Possibilidade de haver perda;
- 2) Possibilidade de ganho;
- 3) Possibilidade de aumentar ou diminuir as perdas ou os danos.

#### **3.1 Risco na área da saúde**

Dado que a abordagem ao mundo das toxicodependências está intimamente relacionada com o campo da saúde, como veremos num dos pontos subsequentes ao

presente, parece-nos pertinente abordar a noção de risco neste âmbito (saúde). Na área da saúde, “risco” é um termo central da Epidemiologia e diz respeito a situações reais ou potenciais que produzem efeitos adversos e configuram algum tipo de exposição. Neste domínio, os alertas relacionam-se com “cuidados” e “evitação”. (Coopel et. al. 1998, p.6)

### **3.2 O conceito de “risco” nos consumidores de substâncias aditivas**

Embora as noções anteriormente avançadas em relação às noções de risco e de comportamentos de risco sejam, de certo modo, aceites de modo consensual entre os vários especialistas, sem consideráveis objecções, podemos, desde já, antever que essas noções revelam um carácter insuficiente no que toca à relação entre risco e consumo de substâncias aditivas. Ou seja, as noções de risco tratadas anteriormente não são suficientes para se perceber o envolvimento dos jovens com substâncias aditivas, porque o consumo de substâncias ilícitas está relacionado com a busca do prazer e não com a dor e do sofrimento, bem como na procura de extroversão e novas sensações.

Com as pesquisas que foram realizadas para o presente trabalho, não podemos afirmar que existe, necessariamente, a noção de risco para os consumidores de substâncias aditivas. “O lado negativo do desejo juvenil de obter prazer com o uso de drogas é o risco que ele corre de se tornar dependente e comprometer a realização de tarefas normais do desenvolvimento.” (Shenker, 2005).

A expressão “comportamento de risco” refere-se, portanto, neste contexto, às ameaças ao desenvolvimento bem sucedido do adolescente.

Contudo, e provavelmente o que torna esta problemática peculiarmente desafiante a nível académico é o facto de que, apesar de cada ponto de vista anteriormente apresentado ser aceite de modo mais ou menos consensual, não é, contudo, suficientemente abrangente para explicar todo o fenómeno psicológico que envolve a toxicodependência. Aplicando este raciocínio aqui expresso ao domínio das drogas e à sua relação com a temática dos comportamentos de risco, há evidências assaz díspares entre comportamentos de risco relacionados com o consumo de estupefacientes. Passemos a analisar os seguintes quatro (4) grandes aspectos, referenciados por Abraão (1999) e partilhados por vários autores como, por exemplo, Filho e Ferreira-Borges (2008): aspectos individuais, familiares, psicossociais e contextuais.

### 3.3 Factores de risco

a) Podemos ter factores de **risco do domínio individual**. “característica ou disposição genética e psicológica, atitudes, valores, conhecimentos, habilidades, competências sociais e comunicacionais” (Filho & Ferreira-Borges, 1998)

No domínio individual, determinadas características da personalidade poderão funcionar como risco. Assim, alguns aspectos como a baixa auto-estima, a impulsividade com baixo controlo das emoções, baixa tolerância à frustração e passagem ao acto fácil, (Dias, 1990; Frasquinho, 1996), são aspectos a ter em conta.

O género também poderá ser um factor de risco, onde aspectos psicossociais convergem para incutir no rapazes o agir e nas raparigas a passividade (Abraão, 1999, p. 5).

As competências de vida tais como baixa auto-estima, falta de crenças de auto-eficácia, a constante incapacidade para resolução de problemas, o não controlar as emoções (falta de locus interno) e uma baixa taxa de sucesso nas competências de relacionamento interpessoal, a par da falta de expectativas de sucesso, poderão revestir-se como factores de risco de modo a encaminhar mais facilmente o indivíduo (rapaz ou rapariga) para o circuito de consumos. (Abraão, 1999; Cowen *et al*, 1995 e Frasquinho, 1996).

Os problemas de comportamento precoces e persistentes, também sistematizados por Abraão (1999), poderão estar na génese dos comportamentos aditivos. Por exemplo, um comportamento anti-social na infância poderá estar relacionado com delinquência e uso e abuso de substâncias na adolescência (Hawkins *et al*, 1992).

Finalmente, ainda dentro do campo dos factores individuais, a experimentação precoce de substâncias psicoactivas, entendendo-se por experimentação precoce o contacto com substâncias antes dos 15 anos, é, na maior parte dos casos, indicador de uma futura toxicodependência (Farate, 1996).

b) Conseguimos ainda identificar factores de **risco do domínio familiar**.

Neste campo, a relação estabelecida entre pais e filhos poderá ser crucial para atenuar ou acentuar comportamentos de risco (Filho & Ferreira-Borges, 2008). A forma como o relacionamento entre pais e filhos é colocada em prática, o exercício da autoridade, práticas de disciplina e as atitudes e comportamentos dos pais, poderão também constituir factores de risco para a inserção na toxicodependência. (Abraão, 1999; Cowen *et al*, 1995; Bernard, 1995).

c) Factores de **risco psicossociais**. Neste domínio, os laços afectivos, clima, políticas, desempenho, actividade são determinantes na atitude que o jovem tem face às substâncias psicoactivas. (Filho & Ferreira-Borges, 2008)

O meio onde o indivíduo se insere desempenha igualmente um papel determinante face às atitudes e comportamentos que este poderá revelar face às substâncias psico-activas. Assim, o grupo de pares tem um papel fundamental na determinação destas atitudes e / ou comportamentos. Há um “risco acrescido para o uso e abuso de drogas quando a vinculação ao grupo de pares assume predominância precoce e se substitui aos pais” (Farate, 1996, *cit in* Abraão, 1999), isto se esse mesmo grupo de pares for incentivador para práticas de uso e experimentação.

O apoio social, aqui personificado pelo apoio próximo de um adulto, ou melhor, como estamos no campo dos factores de risco, personificado pela ausência directa de um apoio de um adulto próximo, poderá também ser fulcral para desencadear comportamentos de risco. (Abraão, 1999; Cowen, 1995).

A Escola, espaço onde as crianças e os jovens passam, efectivamente, a maior parte do seu tempo, não poderia ter, por esse mesmo motivo, um papel neutro no que concerne à acentuação de factores de risco, nomeadamente na forma como os “laços afectivos, clima, políticas e desempenho” são estabelecidos (Filho & Ferreira-Borges, 2008). Assim, o insucesso escolar, “levando ao progressivo desinvestimento (...) nas actividades, com consequências negativas ao nível da capacidade de realização, que por sua vez se reflectem na auto-estima e expectativas de sucesso futuro” (Jessor *et al* 1995), terá que ser um factor a ter em conta na prevenção e redução de riscos. Há ainda autores (Abraão, 1999; Linnet & Seidman, 1998) que referem a ideia de que a própria dimensão da escola poderá despoletar situações de risco, nomeadamente se a escola for de grandes dimensões, isto porque num espaço de grandes proporções poderá ser mais complicada a vigilância e controlo dos alunos.

#### **d) Factores de risco contextuais**

Vulgarmente, atribui-se uma relação directa entre estatuto socio-económico e modo de relação com as substâncias. Os estudos efectuados nesta área tendem a desmistificar tal preconceito. “Os dados existentes não permitem estabelecer uma ligação clara entre o estatuto sócio-económico e o uso ou o abuso de drogas “ (Farate, 1996).

Contudo, vários autores não negam a real possibilidade de, em alguns casos, ou até mesmo muitos, o meio e as influências de várias fontes que envolvem a criança e o

adolescente poderem originar comportamentos específicos em relação às diferentes substâncias psicoactivas. (Abraão, 1999; Jerson *et al* 1995). Por exemplo, o não envolvimento em actividades sociais e o facto de se ser influenciado pelos diversos anúncios incentivadores ao consumo, poderão, claramente, constituir um risco para o contacto com “drogas.”

### **3.4. Factores de protecção**

Neste domínio, a nossa atenção não será tão detalhada, porque se infere que os factores de protecção e os factores de risco são as duas faces da mesma moeda, ou seja, a diminuição de uns, corresponde ao aumento dos outros. Deste modo, os factores de protecção, os que, neste caso, protegem o jovem.

#### **a) Podemos ter factores de **protecção** do **domínio individual**.**

No domínio individual, determinadas características da personalidade poderão funcionar como protecção. Assim, aspectos como uma auto-estima com níveis positivos, uma grande tolerância à frustração, uma elevada capacidade de adiar a gratificação, bem como a autonomia, são aspectos a ter em conta. (Dias, 1990; Frasquinho, 1996).

O género também poderá ser um factor de protecção, pois traços habitualmente considerados como femininos funcionam como uma vantagem para não atrair os jovens para o patamar da experimentação. (Abraão, 1999, p. 5).

As competências de vida tais como um nível positivo de auto-estima, o possuir crenças de auto-eficácia, a constante capacidade para resolução de problemas, o conseguir controlar as emoções (locus interno) e uma taxa positiva de sucesso nas competências de relacionamento interpessoal, bem como o possuir expectativas de sucesso, poderão revestir-se como factores de protecção para desviar mais facilmente o indivíduo (rapaz ou rapariga) do circuito de consumos. (Abraão, 1999; Cowen *et al*, 1995 e Frasquinho, 1996).

A ausência de problemas de comportamentos precoces também sistematizada por Abraão (1999) poderá estar na génese dos comportamentos não aditivos (Hawkins *et al*, 1992)

Finalmente, dentro do campo dos factores individuais, a não experimentação precoce de substâncias psicoactivas, entendendo-se por não experimentação precoce a

ausência de contacto com substâncias antes dos 15 anos, é, na maior parte dos casos, indicador de um percurso contrário ao da toxicodependência (Farate, 1996).

**b) É ainda possível identificar factores de **protecção do domínio familiar.****

Neste campo, a relação estabelecida entre pais e filhos poderá ser crucial para atenuar ou acentuar atitudes de protecção. (Farate, 1996).

**c) Factores de protecção psicossociais**

O meio onde o indivíduo se insere tem também um papel determinante face às atitudes e comportamentos que este poderá revelar face às substâncias psicoactivas. Assim, o grupo de pares, tal como acontece nos factores de risco, tem um papel fundamental na determinação dessas atitudes e / ou comportamentos. Poderão ser um factor protector “se veiculam valores convencionais que servem como controlos contra os consumos e incentivadores de actividades saudáveis”, isto se esse mesmo grupo de pares for incentivador para práticas de uso e experimentação. (Farate, 1996, *cit in* Abraão, 1999)

O apoio social, aqui personificado pelo apoio próximo de um adulto, ou como diz Abraão (1999) e Cowen (1995), “ a proximidade de um adulto que funciona como apoio social externo, ou seja, que encoraja e reforça os esforços da criança para lidar com as dificuldades (...) é determinante para atenuar comportamentos de risco.

A Escola também poderá ser um importante agente na promoção de factores de protecção, principalmente se as crianças e adolescentes estiverem frequentemente inseridos em várias actividades. Também a funcionar na ordem inversa dos factores de risco, uma escola de pequenas dimensões poderá facilitar a vigilância dos alunos e, conseqüentemente, uma melhor supervisão das várias actividades desenvolvidas pelos mesmos. (Abraão, 1999; Linnet & Seidman, 1998).

**d) Factores de protecção contextuais**

Do mesmo modo como acontece com os factores de risco, também nos factores de protecção não há uma relação directa entre estatuto sócio-económico e o uso ou o abuso de drogas. Contudo, “um facto que tem sido referido como protector é o envolvimento da criança em actividades sociais e convencionais.” (Farate, 1996).

### **3.5. Outros riscos, outros protectores**

Embora a nossa atenção estivesse focada somente nos factores que poderão contribuir para levar o indivíduo para o percurso das dependências (risco) ou para afastar o indivíduo desse mesmo percurso (protecção), há importantes factores de risco e de protecção para o indivíduo que já é toxicodependente. Neste caso, os factores de risco são aqueles que concorrem para o consumidor adquirir determinados problemas de saúde e os factores de protecção, são aqueles que, e mais uma vez na relação directamente inversa, contribuem para os jovens desenvolverem estratégias de protecção à sua saúde (Luís Patrício, 2002).

## **4. Toxicodependência e problemas de saúde**

A toxicodependência tem influência directa no domínio da saúde, quer privada, quer pública. Atendemos às seguintes passagens de relatórios:

“As toxicodependências são responsáveis pelo aumento da taxa de mortalidade, de prevalência de condições médicas crónicas e agudas associadas aos sintomas de dependência, infecções, e acidentes, a ainda incapacidades associadas ao consumo de drogas” (Machado & Klein, 2005, *cit in* Ferreira, 2007, 31)

Segundo o relatório do Observatório Europeu das Drogas e da Toxicodependência (OEDT), relativo a 1999, os números confrangedores: “Portugal ocupa o segundo lugar, entre os Estados que integram a União Europeia, com o número mais elevado e incidência da infecção HIV entre os consumidores de droga injectada, admitindo que os casos de HIC continuem a subir.” (Fernandes e Carvalho, 2003, p.6)

Ainda de acordo com relatório do Instituto Ricardo Jorge sobre a situação da infecção VIH / Sida em Portugal entre Janeiro de 1983 e 31 de Dezembro de 2011, refere-se que “7.856 portugueses infectados pelo vírus VIH/sida morreram nas últimas três décadas, sendo metade dos casos relativos a toxicodependentes. O documento mostra ainda que, até 31 de Dezembro de 2001, estavam notificados 111 casos de sida nos Açores, a maioria em São Miguel, a ilha amais populosa do arquipélago açoriano, sendo que destes 111, 47 já faleceram. (Açoriano Oriental, 01/08/2012, p.5).

As três passagens acima descritas, a primeira referente a dados do Mundo Ocidental, a segunda reportando-se à realidade nacional e, por fim, a terceira focando-se na nossa realidade regional, justificam, em pleno, o cuidado redobrado que este assunto nos merece. Além disso e apesar das inúmeras campanhas que se têm vindo a realizar,

há já longos anos, estes números demonstram indubitavelmente que algo está a fracassar na sua missão. “Naturalmente que estes programas não constituem um triunfo político nem social; nenhuma sociedade se pode auto-louvar por produzir toxicodependentes.” (Poiares, 2001, p.72).

Na sequência do acima exposto, a redefinição de políticas de Saúde pública torna-se imperativas, até porque “a utilização de estratégias individualizadas na prevenção do uso de substâncias é por si só bastante limitada focando-se apenas na modificação de factores de risco e protectores individuais de modo a diminuir a probabilidade de um determinado indivíduo usar substâncias” (Filho e Ferreira-Borges, 2008, p.90). Além disso, “algumas estratégias – particularmente de índole política ou legislativa – não se inscrevem no grupo que pode ser identificado como um determinado programa preventivo”, mas sim no âmbito da punição. (Fisher, 1998, p. 28)

“Será que o cidadão comum conhece de facto quais são os riscos inerentes ao uso de *drogas*?” (Patrício, 2002, p. 191).

Como já foi aqui referido, os riscos nos quais um consumidor pode inserir-se são vários, nomeadamente, riscos no âmbito familiar; riscos associados à parentalidade; riscos escolares; riscos laborais; riscos financeiros e económicos; riscos criminais, jurídicos e penais (que serão abordados no capítulo a seguir); riscos sociais e também riscos associados ao tratamento (igualmente abordados num dos capítulos seguintes).

Como a própria designação deste capítulo indica, iremos, para já, debruçar-nos apenas nos riscos a nível de saúde, quer a nível físico, quer a nível mental.

#### **4.1 Problemas de saúde físicos**

Dentro do vasto grupo de danos físicos desencadeados pelo consumo de substâncias psicoactivas, salientamos os seguintes problemas de acordo com a listagem de Patrício (2002, p. 193), em consonância com outros autores, tais como Godinho *et al* 1996; Benito-Garcia *et al* 2000; Negreiros e Magalhães, 2005; Bastos, 2005; Negreiros, 2006; Rodrigues *et al* 2007:

- 1) Contaminação infecciosa
- 2) Overdose;
- 3) Outras doenças associadas ao consumo endovenoso: flebites, tendinites, trombozes, embolias e enfartes;
- 4) Amputações na sequência de necrose causada por embolia e infecção;
- 5) Deterioração física global, grave, por vezes, irreversível.

Devido à escassez de estudos do foro psicológico relacionados com as várias infecções e porque os casos mais visíveis, e por isso mais mediáticos, são os relacionados com os vírus do VIH e VHC, os suportes teóricos que se seguem centram-se fundamentalmente nestas duas vertentes.

No campo das contaminações infecciosas temos as infecções pelos vírus do VIH (Sida) e das Hepatites (B e C), associados sobretudo ao consumo por via endovenosa e à actividade sexual; por outros vírus agentes de doenças sexualmente transmissíveis; pelo bacilo da Tuberculose, associada sobretudo ao SIDA e ao viver em más condições ambientais sanitárias; por bactérias que provocam abscessos nos locais onde as veias são picadas, em órgãos distantes, por exemplo no coração (endocardites), ou de forma generalizada.

De acordo com alguns estudos já realizados, pode-se inferir que alguns consumidores não adoptam práticas que visam diminuir o risco de se infectarem. Assim, Benito-Garcia *et al* (2000), num estudo realizado com indivíduos toxicodependentes na consulta de prevenção e aconselhamento de doenças sexualmente transmissíveis do Centro de Atendimento das Taipas durante 10 anos (1987-1997), constatou o seguinte através dos inquéritos aplicados: “os resultados analisados evidenciaram que 41.0% dos toxicodependentes inqueridos referiram nunca praticar a partilha directa, enquanto 43,8% referiram praticar ocasionalmente partilha de seringas previamente utilizadas por outros indivíduos.” (Benito-Garcia *et al*, 200, p. 27). Já em relação à partilha indirecta, ou seja, à partilha de outros materiais utilizados na preparação da injeção, 58,1% dos indivíduos referiu fazê-lo habitualmente. Contudo, os autores chegam à conclusão que o grupo estudado de toxicodependentes revelou características muito específicas que de certa forma não podem ser extrapoladas para a população toxicodependente em geral. Um estudo da mesma linha do acima analisado foi realizado por Negreiros e Magalhães, em 2005. Ao tentar descrever a experiência de consumidores problemáticos de drogas sobre a partilha de seringas e equipamento de injeção, Kelly (1995, p. 3) também refere que o “consumo de drogas por via endovenosa bem como a partilha de equipamento de consumo continuam a ser responsáveis por uma proporção substancial dos casos de transmissão VIH/SIDA.” Dolezal (1999, p.3), partilhando o mesmo raciocínio de Kelly (1005), lança um estudo onde são examinados o modo como os toxicodependentes adquirem as seringas, as práticas de limpeza, os contextos de injeção dos produtos, a frequência de injeção e a partilha de seringas com parceiros sexuais. Este autor apresenta ainda algumas conclusões referentes aos motivos pelos

quais muitos toxicod dependentes não se injectam, sugerindo que se devia aproveitar esses motivos, sempre que possível, em futuras campanhas de prevenção ou intervenção, de modo a diminuir os riscos de saúde pública relacionados com o consumo de substâncias injectáveis. Assim, de modo resumido, refere-se que o medo da SIDA, a ligação familiar, a actividade profissional, a consciência dos riscos e o medo da degradação física são alguns dos motivos apresentados por consumidores que se recusam injectar. Por outro lado, Negreiros e Magalhães (2002) apresentam os motivos pelos quais alguns toxicod dependentes não receiam injectar-se, a saber: influência de outros, meio relacional, aprendizagem; efeitos / síndrome de abstinência; situação limite; vício da agulha e o tempo meteorológico.

Na sequência destes alertas, há uma série de outros autores que estabelecem uma correspondência directa entre drogas injectadas e VIH. A título de exemplo, referimos o seguinte: apesar de o contacto heterossexual ter superado, em muitos países, o uso de drogas injectáveis enquanto principal factor de risco do VIH, “o consumo de drogas por via endovenosa bem como a partilha de equipamento de consumo continuam a ser responsáveis por uma proporção substancial dos casos de transmissão da infecção VIH/SIDA.” (Ball *et al*, 1998, p. 23)

Godinho *et al* (1998) traçam um quadro ainda mais negro do que aquele que é habitualmente revelado nas estatísticas. Os autores efectuaram a avaliação dos resultados obtidos no despiste de doenças infecciosas efectuado nos CATs de Setúbal e Almada, num período de 14 meses. Destacam a elevada taxa de infecção pelo HIV e pelo HCV (vírus da Hepatite C) bem como a dificuldade de instituir programas de prevenção eficazes nesta população. Acrescenta-se ainda que “os resultados em relação à infecção pelo HIV e pelo HCV é ligeiramente superior à habitualmente descrita em Portugal.

Para além das patologias acima enunciadas, “a prevalência dos vírus VIH e VHC é bastante significativa, com particular destaque para o VHC”, (Rodrigues *et al*, 2007, p 67) é uma das conclusões – também em consonância com as divulgadas anteriormente - a que se chega num estudo realizado com uma amostra de 248 utilizadores de drogas injectáveis (UDI) que recorreram à consulta de Doenças Infecto-Contagiosas de um hospital de Lisboa de Janeiro de 2001 a Dezembro de 2004.

Apesar de a maior parte dos estudos parecerem centrados no vírus VIH, o domínio das hepatites merece também igual preocupação, até porque “os consumidores de drogas por via intravenosa pagam um pesado tributo às hepatites C e B. A

cronicização da hepatite C parece ser extremamente frequente (superior a 50%).” (Lowenstein, 1998, p.126)

No estudo de Bastos (2005), verifica-se que as investigações mais recentes sobre a problemática do VIH/SIDA têm-se debruçado nos avanços das pesquisas de medicamentos para o seu combate. Já no campo da Psicologia, denota-se uma carência de trabalhos científicos que, partindo da grelha de leitura da Psicologia, se debruçam sobre a prevenção de comportamentos de risco, particularmente na população toxicodependente, ou como diz Negreiros (1998, p. 9) “Os resultados dos estudos acentuam ainda a necessidade de aprofundar a compreensão das práticas de injeção de drogas (...) Essa compreensão afigura-se crucial para organizar intervenções destinadas a promover a adopção de comportamentos de injeção e sexuais de baixo risco.”

Em relação a um problema físico, que apesar de irreversível, mas que mesmo assim, parece escapar aos cuidados dos toxicodependentes por via endovenosa é o problema fatal da overdose. Por overdose entende-se a “intoxicação por aumento da concentração, por adulteração ou potenciação com outras substâncias, e reacções tipo alérgico /choque anafiláctico.” (Patrício, 2002, p. 193.) “O consumo de uma dose demasiado elevada (substância com maior grau de pureza) provoca perturbações do estado de consciência que evoluem progressivamente para um estado de coma, depressão respiratória acentuada.” (Lhomme & Hautefeuille, 2002, p.255)

#### **4.2 Problemas de saúde psíquicos**

No domínio dos riscos psíquicos, e de acordo com a investigação elaborada por Patrício (2002), destacam-se os seguintes problemas:

- 1) Paragem ou regressão no desenvolvimento psicológico;
- 2) Dificuldades intelectuais;
- 3) Perturbações do comportamento;
- 4) Riscos de conflitos na esfera afectiva, com abandonos, perdas de relações investidas, rupturas com as pessoas amadas, solidão e exclusão;
- 5) Quadros psicopatológicos com perturbações da ansiedade (angústia, fobias, pânico);
- 6) Quadros psicopatológicos com graves perturbações da percepção da realidade, psicoses sintomáticas ou reactivação de psicoses pré-existentes, estados deficitários;

- 7) Quadros psicopatológicos com perturbações do humor (depressões, suicídio, estados amotivacionais)

Embora não apresentem discriminação, Lhomme & Hautefeuille (2002, p.256) afirmam que “determinadas doenças são mais frequentes e têm, muitas vezes, uma expressão particular nas populações economicamente mais desfavorecidas e ainda mais nos marginais e excluídos.”

## **5. Toxicodependência e criminalidade**

Não são raras as vezes em que numa atitude de juízo irreflectido se associa automaticamente a toxicodependência a actos de criminalidade. Estando perante um estereótipo, esta crença generalizada contém todas as incorrecções pelos quais esses mesmos juízos são caracterizados. Embora provavelmente este pensamento tenha alguma correspondência prática, devemos ter em atenção que “É uma violência moral rotular de delinquente todo e qualquer toxicodependente, ainda que muitos possam cometer delitos, associados ou não ao uso de substâncias psicoactivas”. (Patrício, 2002, 235)

Segundo o Relatório Anual 2010 referente à Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, “no contexto das contra-ordenações por consumo de drogas, nas 18 Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência com sede em cada capital de distrito de Portugal Continental, foram instaurados 7315 processos relativos às ocorrências de 2010” (IDT, 2010, p.49).

No contexto das decisões judiciais ao abrigo da Lei da Droga, em 2010 registaram-se 1483 processos-crime envolvendo 2040 indivíduos, na sua maioria (87%) acusados por tráfico. Cerca de 87% dos indivíduos envolvidos nestes processos foram condenados e 13% absolvidos. (IDT, 2010, p.67)

Alberto Peixoto (2005), no seu estudo sobre dependências e outras violências, também estabelece uma relação entre dependências e violência. Citando Agra (2002), Peixoto afirma que nem todas as drogas são geradoras de criminalidade e violência, elaborando, embora, algumas ressalvas: “faz sentido a ligação: heroína, cocaína-roubo, furto, tráfico: mas já não faz sentido afirmar, como se pretende vulgarmente, que os crimes contra pessoas, ou a chamada criminalidade violenta seja explicada pela droga em geral”.

Contudo, num estudo realizado em 2009, na região Açores, Peixoto nota que a vitimização resultante da acção sob a influência de droga aumentou 2,8%. A cocaína, entre as drogas mais consumidas, é, conforme foi demonstrado por vários estudos, apontada como a substância ilícita com maior potencialidade de levar os consumidores a actos de violência, embora em menor grau que o álcool. (2009, p. 153)

Contudo, os laços entre toxicomania e delinquência devem ser abordados numa óptica complexa e multivariada, dando lugar às interacções entre indivíduo, substâncias e contexto. “Os especialistas das toxicomanias, clínicos, juristas e criminologistas ficam portanto muitas vezes irritados com o carácter simplista dos discursos mediáticos, mas também políticos, em relação aos laços entre delinquência e uso de drogas.” (Valleur, 2002, p. 323).

É nesta sequência que Serge Brochu (1995) desenvolve uma abordagem multidimensional, afirmando que um mesmo acto, entenda-se acto criminoso, pode ser entendido de múltiplas formas, adquirindo, assim, múltiplas e heterogéneas ligações entre consumo de substâncias e criminalidade.

Assim, na “área psicofarmacológica, o uso provoca e intoxicação e a violência; no “modelo económico, o uso provoca a dependência, depois a necessidade de dinheiro e daí a delinquência aquisitiva; o “modelo sistemático”, o meio em si, o mundo da venda e da compra de droga favorece a delinquência ou a violência; o “modelo tripartido” integra os três modelos precedentes; o “modelo causal inverso” é aquele em que a implicação criminal, causa primeira, leva secundariamente ao abuso de drogas; finalmente, há dois modelos que têm em conta a ausência de causalidade simples entre uso e delinquência: o modelo psicopatológico (perturbações da personalidade que provocam ao mesmo tempo possibilidades de delinquência e de toma de drogas e o “modelo psicossocial”(dos factores psicossociais que provocam uma síndrome de desviância que procede a toxicomania e a delinquência.

Perante esta panóplia explicativa da causalidade existente entre consumo de substâncias psicoactivas e actos delinquentes, Serge Brochu (1995) propõe um “modelo integrativo”, baseado na verificação de que nenhum dos outros modelos está totalmente errado sem que por isso seja suficiente.

Poiars faz ainda a distinção entre três patamares de criminalidade associados à toxicoddependência. Assim surge a criminalização primária e a criminalização secundária.

A criminalização secundária, que corresponde ao momento pós-transgressivo e à aplicação da Lei, “tendo como protagonistas o transgressor e o aplicador, também não se tem constituído, salvo raras excepções, objecto prioritário da investigação científica nacional” - (Poiares, 2003, p. 81) - mas que com algumas directivas acaba por ir ao encontro da ideia de Brochu, ou seja, há de facto uma relação entre consumo e criminalidade, se bem que o seu efectivo e objectivo apuramento se reveste na missão de uma árdua tarefa, pois no âmbito da aplicação da Lei, há uma série de factores a funcionar em simultâneo, a saber: a lei e o comportamento imputado ao transgressor ou à vítima; entre as crenças do julgador e do perfil (psicológico, social, cultural, político, económico); da pessoa acusada; e entre o quadro desenhado na audiência pelas testemunhas.

No entanto, apesar da dificuldade em estabelecer um paradigma explicativo da relação entre consumo e criminalidade, vários autores, em numerosos estudos, vão avançando com relatos e listagens de crimes que surgem sob o efeito do consumo ou perante a necessidade de consumir. A título exemplificativo, podemos referir os estudos de Harichaux & Humbert que denotam que a esmagadora maioria dos atentados ao pudor, os estupros, os incêndios voluntários, os roubos, a danificação de objectos públicos e privados, bem como os homicídios são comportamentos frequentemente relacionados com o consumo excessivo de álcool (1978, 84).

Gonçalves *et al* (2002, p.29) também clarifica bem a relação entre droga, comportamento criminoso e psicopatia. “Embora se reconheça a existência de uma ligação entre o consumo de substâncias e comportamentos anti-sociais e criminosos, a relação entre estes dois fenómenos está longe de ser linear.”

### **5.1 Toxicoddependência e criminalidade: casos práticos**

Manita (2000), por seu turno, justifica o pensamento expresso anteriormente, destacando que a dificuldade em estabelecer fidedignamente a relação droga-crime, se prende com o facto de que “são ainda escassos os estudos científicos que analisem as relações entre o consumo de drogas e a prática dos crimes.” Contudo, esta lacuna não foi impedimento para que a autora avançasse com um estudo baseado num total de 334 sujeitos, na altura reclusos de diversos estabelecimentos prisionais do país, sendo que 264 eram do sexo masculino (79%) e 70 do sexo feminino (21%), situando-se, a maioria, na faixa etária dos 21 aos 30 anos. Questionados acerca do motivo para o seu início da actividade criminal, 34% assumiu estar relacionado com o consumo de drogas,

somando-se mais 11% que justificou o início da sua actividade criminal como efeito das drogas / álcool.

Joaquim (2005), realizou um estudo semelhante ao anterior aqui exposto e inquiriu 119 reclusos toxicodependentes do Estabelecimento Prisional na Polícia Judiciária em Lisboa.

Quanto ao tipo de criminalidade cometida pelos reclusos toxicodependentes, “está particularmente ligada a crimes contra o património (52,1%) e, crimes relacionados com drogas (45.1%), sendo estes os únicos que se configuram entre os crimes contra a vida em sociedade cometidos por estes indivíduos.” (Joaquim, 2005, p.55).

Almeida (1998) efectuou um estudo que procurou averiguar se existia ou não uma relação directa entre droga e Homicídio.

Partindo de determinados pressupostos, que acrescentam informação relevante à já aqui exposta, o autor decidiu investigar todos os homicidas que cometeram delitos na área do Distrito Judicial do Porto, entre 1 de Janeiro de 1990 e 31 de Dezembro de 1990. Os pressupostos com os quais avançou para a sua investigação, foram: tal como a droga (certas drogas) que pode induzir no sujeito uma maior agressividade, uma maior impulsividade, um menor autocontrolo das suas emoções e atitudes; as alterações psicopatológicas induzidas pelas drogas podem ser de tal modo graves que, ainda sob os seus efeitos, o sujeito empreenda comportamentos de extrema violência; a necessidade de procurar bens materiais origina toda uma criminalidade que engloba também a criminalidade violenta; e a violência surge na sequência da comercialização das drogas. O traficante que vende droga de fraca qualidade, o toxicodependente que falha pagamentos, o sujeito que dá ou é suspeito de dar informações à polícia, os polícias ou magistrados especializados na detenção de traficantes, etc., são mais propensos a serem vítimas de homicídio por motivos relacionados com a droga.

Após a análise dos seus resultados, o autor estabeleceu uma relação entre consumo de drogas e homicídio, de modo particular com a heroína.

Assim, dentro das substância ilícitas, “a heroína revelou ser a droga mais correlacionável com o fenómeno homicida; quatro (7,5%) dos homicidas eram consumidores regulares de heroína (...); de salientar a ausência de estados de intoxicação com cocaína entre os homicidas” (Almeida, 1998, p. 72).

Outros estudos, estabelecem uma nítida conexão entre consumo de substâncias e violência doméstica, chegando a estabelecer a relação “não só num impacto adverso no

funcionamento familiar, como também tem sido identificado como sintoma de abuso e negligência infantil.” Costa & Duarte (2000, p.38) e Valério (2009)

“Outro dos problemas relacionados com o consumo de substâncias ilícitas e de álcool é o da sinistralidade rodoviária, que quase se banalizou”, (Peixoto, 2005; Valério, 2009). Uma outra nota de Peixoto, e que deverá ser tida em conta para futuras campanhas de prevenção, é que as pessoas expostas à violência doméstica no seio familiar “têm 4,4% de probabilidade de cometerem um crime ou de virem a ser condenadas em tribunal enquanto que nas famílias onde não há violência doméstica a probabilidade de cometerem um crime e de serem condenadas é de 1,8%”. (Peixoto, 2005, p.160).

Sistematizando este capítulo, utilizaremos as conclusões, embora sempre sujeitas a possíveis refutações devido aos modelos apresentados anteriormente por Serge Brochu, de Luís Patrício (2002, p.195), que sistematiza os vários riscos criminais, jurídicos e penais que os habituais consumidores substâncias psicoactivas podem enfrentar. Assim temos: Paradelinquência, associada aos comportamentos marginais de alguns toxicodependentes; vivências, violências e aprendizagens no *meio da droga*; delinquência; coimas; encarceramento, habitualmente efectuado junto de profissionais do crime; criação de cadastro; pena de morte (legal ou ilegal), associada ao tráfico em alguns países.

Valério (2009) destaca 5 principais crimes, muitos deles de acordo com a lista apresentada por Patrício, a saber: detenções frequentes por distúrbios na via pública; condução perigosa; roubos/furtos e tráfico de droga.

Manita, no seu estudo já anteriormente referido (2000, p. 26), partilhando a mesma ideia Gonçalves *et al* (2002), menciona que os resultados do seu estudo confirmam, à semelhança de outros, a existência de uma associação entre consumo de drogas e a prática de crimes, mas demonstram, simultaneamente, a impossibilidade de vermos uma relação simples e directa (comungando aqui das ideias de Valleur e Brochu), de causa-efeito, unidireccional e linear, “mesmo quando a maioria dos sujeitos inquiridos afirma que, no seu caso concreto, existiu uma relação entre os consumos e a criminalidade, atribuindo, frequentemente, esta última aos primeiros.”

## **6. Tipologias de consumo**

A toxicod dependência é um fenómeno transversal. Manifesta-se uma tarefa árdua tentar caracterizar social e economicamente o perfil do consumidor. À questão “quem consome?”, Patrício (2002, p. 235) evidencia esta complexidade, dizendo que “muitos são menores de idade, alguns meninos, muitos adolescentes, muitos outros são maiores de idade, embora quase todos se comportem psicologicamente de forma imatura”.

Para ajudar a responder à nossa questão, iremo-nos apoiar no Relatório Anual do IDT, sobre “A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicod dependências”, para termos uma perspectiva nacional, e para uma perspectiva regional, iremos centrar-nos nos dados apresentados por Peixoto (2009) em “Dependências e outras Violências, um estudo comparativo 2004-2009”.

Em relação ao IDT, iremos analisar dois relatórios, os de 2005 e 2010. O de 2010 porque é o último estudo publicado sobre esta matéria e o de 2005 porque se reporta ao ano em que houve, pela primeira vez, um estudo análogo na Região Autónoma dos Açores.

### **6.1 Tendência nacional (2005, dados referentes a 2004)**

No que respeita aos utentes em ambulatório na rede pública de tratamento da toxicod dependência no ano de 2004 (30 266), cerca de 63% reportaram a heroína como droga principal à data do início do tratamento, 22% referiram a heroína e cocaína, 5% a cannabis e 3% a cocaína (IDT, 2005, p.13).

Quanto à via de administração da droga principal, 64% dos casos referiram a utilização da via fumada/inalada e 34% a via endovenosa (IDT, 2005, pag.13).

Cerca de 83% destes utentes eram do sexo masculino, variando esta percentagem a nível regional entre os 87% (DR Norte) e os 78% (DR Lisboa e Vale do Tejo). A idade média era de 34 anos e cerca de metade tinha idades compreendidas entre os 30-39 anos (28% entre os 30-34 anos e 23% entre os 35-39 anos). Cerca de 19% destes utentes tinham idades entre os 25-29 anos, 8% apresentavam idades inferiores a 25 anos e 22% idades superiores a 39 anos. (IDT, 2005, pag.13)

A maioria dos utentes era de nacionalidade portuguesa (96%) e solteiros (63%). No que respeita à escolaridade, 62% dos casos não tinham completado o 3.º Ciclo do Ensino Básico, 24% tinham o 3.º Ciclo completo, 12% o Secundário completo e 2% tinham o bacharelato ou licenciatura. Relativamente à situação laboral à data do início

do tratamento, cerca de 48% encontravam-se empregados, 43% desempregados e 4% eram estudantes. Quase metade dos utentes (49%) viviam só com os ascendentes/irmãos, 11% viviam só com o cônjuge, 11% com o cônjuge e filho(s), 9% com os ascendentes e também com o cônjuge e/ou filho(s), e, cerca de 9% viviam sozinhos (IDT, 2005, p.13-14).

### **6.2 Tendência nacional (2011, dados referentes a 2010)**

A nível dos utentes que recorreram em 2010 às diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência, a heroína continua a ser a substância mais referida como droga principal (entre 37% e 77% consoante o tipo de estrutura). A seguir surge o álcool (entre 8% e 22%), a cocaína (entre 6% e 20%) e a cannabis (entre 1% e 11%) que, nos últimos anos, têm vindo a surgir de forma mais expressiva nas diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência. Na administração da droga principal continua a predominar a via fumada/inalada.

Estes utentes continuam a ser na sua maioria do sexo masculino (79% a 85%), com idades entre os 25-34 anos (24% a 44%) e 35-44 anos (33% a 46%), variando a idade média entre 36 e 39 anos consoante o tipo de estrutura. (IDT, 2011, pag.35)

Predominantemente são indivíduos de nacionalidade portuguesa (92% a 96%) e solteiros (54% a 64%). A maioria vive com familiares, prevalecendo a coabitação só com a família de origem (33% a 48%) ou só com a família constituída (14% a 27%). De um modo geral, continuam a ser populações com baixas habilitações literárias (36% a 61% não completaram o 3.º Ciclo do Ensino Básico) e situações laborais precárias (43% a 62% estavam desempregados). (IDT 2011, pag.35)

### **6.3 Tendência regional (comparação entre 2005 e 2009)**

Os indivíduos que nos Açores, em 2004, tinham consumido substâncias ilícitas caracterizavam-se por o terem feito predominantemente até aos 25 anos de idade e apesar de entre os 26 e os 30 anos ainda existirem alguns acontecimentos, era notória a diminuição da propensão depois dos 30 anos, exceptuando-se a ilha de São Miguel.

Em 2009, ao nível da prevalência de consumos por grupos etários, manteve-se a mesma tendência de 2004, com um agravamento nas idades mais jovens e uma persistência de indivíduos com hábitos de consumo para além dos 35 anos, demonstrando que é um fenómeno em evolução em termos de faixa etária do parte dos consumidores. (Peixoto, 2009)

Apesar da gravidade do facto de 3,1 em cada 100 adolescentes com menos de 15 anos já terem experimentado drogas ter passado, em 2009, para 3,5 em cada cem, foi neste grupo etário que se registou a menor taxa de crescimento de consumo. No grupo etário 15-20 anos, a prevalência aumentou para 27 em cada cem, e entre os 21-25, aumentou de 24 para 36 em cada cem. No grupo etário 26-30 anos, registou-se um aumento de 9,7% e de um 7,3% no grupo etário 31-35 anos de idade (Peixoto, 2009, p.155)

Ao considerar os estados civis dos inquiridos, conclui-se que os indivíduos com maior propensão para o consumo de drogas são os solteiros, visto que, em 2004, 73 em cada 100 consumidores se encontravam nessa situação. Seguiram-se os casados, com 21 em cada 100, e os divorciados em terceiro lugar, com 3 em cada 100 consumidores. Em 2009, manteve-se a mesma tendência, apesar da diminuição do peso dos solteiros (65,2%) a favor dos casados (22,9%), dos divorciados e dos que viviam em união de facto. (2009, 157)

Assume particular agravamento a prevalência, se a população estiver em idade escolar, reflectindo a influência do meio escola/grupos não deixando qualquer dúvida sobre os meios onde as acções de prevenção têm de ser cada vez mais intensas e mais diversificadas. (2009, 159).

De entre o total dos consumidores de droga, em 2004, 45,7%, e 38,9%, em 2009, não possuíam qualquer ocupação profissional e, quando existiam, as relações laborais eram pouco significativas. Se excluirmos os trabalhadores efectivos e outros com vínculo não identificado, reunimos 85%, em 2004, e 83,2%, em 2005, da população inquirida, que respondeu já ter consumido droga pelo menos uma vez, deste modo, os indivíduos que já consumiram drogas também apresentaram maior probabilidade de vir a possuir uma carreira profissional instável. (2009, 160)

#### **6.4 Perfil do consumidor nos Açores**

Ao nível do perfil do consumidor de substâncias ilícitas, nos Açores, pode dizer-se que é do sexo masculino, tem menos de 25 anos, é solteiro e começou a consumir por influência dos pares/amigos, no grupo e em festas. Satisfazer a curiosidade, experimentar sensações e ter prazer são as principais motivações. Reside maioritariamente em meio urbano e possui entre o 6.º ano e o 12.º ano de escolaridade. Não tem ocupação e quando trabalha é em actividades pouco exigentes e com vínculos precários. Fumador habitual, indica a liamba/cannabis e o haxixe como as substâncias

ilícitas de eleição e a cerveja como a bebida favorita. A existência de disfuncionalidades e quadros de violência no seio da família de origem são frequentes. (Peixoto, 2009, p.166). (Peixoto, 2005)

### **6.5 O perfil do consumidor, notas conclusivas**

Em conclusão, podemos afirmar que a caracterização comparativa em termos sociodemográficos e em tipologias de consumo permite aferir uma enorme semelhança entre a realidade nacional e regional.

Em ambas as dimensões há a nota preocupante que os níveis de consumo estão a subir na faixa etária entre os 15 e os 30 anos de idade. Em idades inferiores a 15 anos, há igualmente uma subida na taxa de consumo, embora não seja tão significativa como no intervalo etário anteriormente mencionado.

Deste modo, também será legítimo referir que os motivos, factores de risco e de protecção relacionados com a toxicodependência diferem pouco nos vários pontos do país, sendo, por isso, também aceitável que sejam aplicadas as mesmas linhas de raciocínio no que toca à delineação de estratégias de prevenção.

## **7. Reabilitação**

Ao encararmos a toxicodependência como uma doença, esta exige, como qualquer outra patologia, um tratamento, a comumente conhecida reabilitação. Contudo, o grande entrave para este tratamento, o motivo para o seu próprio fracasso, é o próprio doente. Isto acontece porque de facto “havendo quadro clínico de dependência, estamos perante uma pessoa doente. Mas muitos não se reconhecem como tal.” (Patrício, 2002, 235)

São vários os meios, são múltiplas as técnicas que, muitas vezes sem sucesso, tentam reparar este flagelo actual. Contudo, independentemente do método utilizado, existem seis passos, do foro psicológico, que poderão contribuir para o sucesso do processo de reabilitação (Janeiro, 2001 e Ferreira, 2007). É também uma ressalva importante que estas seis fases que enunciaremos de seguida têm de ser precedidas de uma pré-disposição psicológica - a motivação - fundamental para se poder cumprir o complicado processo de reabilitação.

É lugar comum ouvir expressões do género “ Se ele não se cura é porque não quer, é porque não está motivado para tal”, ou seja, o senso comum tem por hábito colocar grande ênfase no processo da motivação.

“Por motivação podemos entender um conjunto de forças internas que mobilizam o indivíduo para atingir um dado objectivo como resposta a um estado de necessidade, carência ou desequilíbrio” (Rodrigues, 1998). No geral, a prática médica ou psicoterapêutica tem adoptado uma perspectiva da motivação como algo imutável: o paciente está motivado para o tratamento e é possível avançar, ou o sujeito não se encontra motivado e o tratamento não será possível. (Coelho, 1998).

### **7.1 Os seis passos da reabilitação**

As respostas encontradas ao longo da pesquisa para este trabalho foram muito vagas e, de certo modo, não muito explícitas, pelo que nos iremos orientar por aquilo a que, de acordo com Silva (2001) e Ferreira (2007), se denomina o “Modelo transitório de mudança” que consiste em seis (6) fases da motivação.

Note-se que estes passos seguem uma ordem rígida e, por isso, nunca podem ser interpolados (Jérôme & Valleur (2002). Logo, na ausência de um passo, o processo nunca poderá ser concluído. Assim, os seis passos são os seguintes:

1)Pré-contemplação: caracterizada pela resistência em reconhecer ou modificar um problema. Não planeiam mudar comportamento aditivo; o actual estado de vida não representa problema para o próprio.

Nesta fase está a ideia transmitida por Patrício (2002), que muitos toxicod dependentes não se reconhecem como tal, não se reconhecem como doentes.

2) Contemplação: surge alguma consciência do problema mas a ambivalência continua a predominar. Verifica-se no entanto uma observação de si e dos processos de querer e não querer mudar. Assumem o problema e consideram seriamente a possibilidade de abandonar o comportamento aditivo, embora não tenham desenvolvido um compromisso firme de mudança.

“O confronto realista e não punitivo, essencial no tratamento das dependências, (...) consiste em tornar consciente as consequências da dependência para o próprio e para os outros através de um processo de *feedback* que estimula o teste da realidade.” (Janeiro, 2007, p. 50)

3) Determinação (Ferreira, 2007) ou Preparação (Silva, 2001): O sujeito está motivado para tomar uma atitude, pensa em diversas possibilidades, em agir sem pensar. Toma a decisão e compromete-se a abandonar o comportamento aditivo.

Apesar das indecisões da acção, esta etapa é decisiva para o processo de reabilitação. Jérôme & Valleur (2002) dizem-nos que para um terapeuta, não há razões que justifiquem tentar tratar o paciente contra a vontade deste. Até porque as recaídas e recaídas demonstram repetitivamente que a coacção, eticamente indefensável, é tecnicamente ineficaz e psiquicamente nociva.

4) Acção: O sujeito avança para alterações consistentes, com ideias mais determinadas. Existem evidências de um esforço real nesse sentido. Muda (com ou sem ajuda profissional) o seu comportamento encoberto ou manifesto assim como as condições ambientais que o afectam, com o objectivo de superar a dependência.

“É lógico que os únicos tratamentos equacionáveis devem assentar sobre a diligência e o pedido explícito feito pelo próprio paciente.” (Valluer, 2002, p. 213)

5) Manutenção: Nesse estágio verificam-se, preservam-se e fundamentam-se os valores adquiridos. Existe, aqui, um processo activo de mudança, já que é necessário dar continuidade ao esforço para não regressar aos padrões comportamentais indesejados. Tenta conservar e consolidar os progressos obtidos na fase anterior e prevenir uma possível recaída.

6) Recaída: considera-se uma etapa incorrecta que pode, no entanto, representar uma boa aprendizagem para a mudança futura.

Esta ideia da recaída, como processo de aprendizagem futura, está também explícita em vários autores. Apesar de o cidadão comum e o próprio doente verem as recaídas como algo negativo (e de certa forma o são), Valleur (2002) defende que a recaída pode fazer não apenas parte de um processo de maturação, mas é frequentemente a melhor resposta que a pessoa encontra para lidar com as suas dificuldades: mais do que uma prevenção das recaídas, trabalha-se para uma maturação progressiva dos indivíduos, na qual há que integrar as recaídas como parte do processo.

Se as recaídas são parte inerente do processo de reabilitação, importa, de acordo com Jérôme & Valleur. (2002), atender o seguinte: desde logo, muito concretamente, ensinar os utentes a evitar as sobredosagens acidentais, ligadas à diminuição da tolerância após uma cessação do consumo e, posteriormente, diminuir a culpabilidade e a dramatização dessas recaídas.

Subjacente ao fenómeno das recaídas, surgem dois conceitos de alta importância: *craving* e *coping*. (Drummond, 2001; LuKasiewicz & Peres, 2008).

Os desejos intensos (episódios de *craving*) poderão ser despoletados pelo condicionamento, mecanismo despertado por estímulos associados a gratificações anteriores, e pelos processos cognitivos, na origem de um estado subjectivo específico de antecipação dos efeitos positivos imediatos ao produto. Contudo, e quase em jeito paradoxal, estes autores notam que o *craving* poderá funcionar como um efeito protector contra a recaída. Isto acontece se os doentes conseguirem identificar o seu *craving*, aplicando estratégias adaptadas de combate ao desejo.

Estas estratégias de combate ao desejo intenso é o denominado *coping* (Anton, 1999; Rohsenow & Monti, 1999). Um doente que conheça estratégias de *coping* específicas para combater as situações de alto risco deverá, segundo este modelo, ser menos susceptível de recair do que um que não esteja preparado para lidar com estas situações. Portanto, é essencial conhecer as reacções do doente às situações de alto risco. “O doente é pouco assertivo, o que o impede de recusar um consumo? Como gere as frustrações e o *stress*? Como resolve os conflitos e as situações sociais? (Lukasiewicz & Peres, 2008, p. 101).

Dentro das estratégias específicas para desenvolvimento de estratégias de *coping*, destacam-se Lukasiewicz & Peres (2008) fazendo referência a Adamas & Beyer (1977): o aumento da tomada de consciência e a capacidade de antecipação dos sinais precursores; identificar e enfrentar situações de alto risco; reforçar o sentimento de eficácia pessoal: suprimir os mitos sobre os efeitos da substância; gestão do passo em falso e reestruturação cognitiva.

Estas estratégias de *coping* são de extrema importância para tentar evitar ao máximo as recaídas. Assim, é nesta sequência que fazemos referência a Silva (2001, p. 27), pois esta autora acrescenta uma sétima etapa, ou um sétimo indicador (em adição aos seis passos anteriormente referidos) ao processo de reabilitação, aquilo a que a autora designa de “Finalização”. A finalização consiste na total extinção do comportamento aditivo, reflectido na manutenção do novo padrão comportamental sem esforço suplementar em relação ao requerido (em tempo ou energia) para a manutenção do restante repertório comportamental do indivíduo. Esta etapa consiste no fim do processo de mudança.

## 8. Prevenção

Como vimos anteriormente, o consumo de substâncias ilícitas atravessa, cada vez mais, todos os estratos sociais. Perante este facto, a questão da prevenção torna-se cada vez mais premente, exigindo-se maior eficácia nos seus resultados práticos. Este raciocínio está bem explícito em Angel (2002) quando afirma que “a prevenção é um problema de todos”. É um problema do cidadão, pessoa com a sua personalidade; é da família e os seus primeiros responsáveis, os pais; é da escola e dos seus actores; é dos serviços de saúde; é dos *mass media*; é das organizações religiosas, lúdico-recreativas, desportivas e culturais; é dos organismos policiais e judiciários e é também dos homens políticos. (Patrício, 2002). Qualquer estratégia de defesa de saúde deve basear-se num esforço coordenado do conjunto dos sectores sociais. “A defesa da saúde implica uma participação da colectividade, ou seja, de vários corpos que contribuem para informar a opinião pública, tais como os *media*, os sindicatos, os movimentos familiares, as associações de consumidores e outros grupos de pressão.” (Angel, 2002, p. 330).

Contudo, parece que esta consciência colectiva é um fenómeno extremamente recente, como referem Costa (2001) e Cruz (2005).

Assim, iremos, de seguida, debruçar-nos sobre a questão da prevenção, assentando em três bases: a) dos primórdios da prevenção à redução de danos; b) A escola enquanto agente de prevenção e c) a comunidade local enquanto agente de prevenção.

### 8.1 Dos primórdios da prevenção à redução de danos

Como ajudar os jovens para que não venham a ser consumidores de drogas? Esta questão é lançada por Patrício (2002) e a sua resposta é extremamente simples a nível verbal mas tão complexa a nível de prática; “educando-os” é a resposta, mas logo de seguida reconhece que “é difícil promover a atitude de educar, até porque a atitude de educar exige que os pais e os filhos abdicem de atitudes de egoísmo, conformismo e consumismo, atitudes que parte da sociedade tem vindo a promover.” (2002, p.14).

Esta educação “preventiva” tem sido sujeita de diferentes formas de actuação ao longo dos tempos recentes. Assim, originalmente, entendia-se por atitudes de combate à droga o “Controlo da Oferta” que foi, durante demasiado tempo quase a única atitude assumida. (Patrício, 2002).

Fisher (1988) e Filho e Ferreira-Borges (2008) sintetizam algumas das acções políticas para limitar a oferta e conseqüente acesso. Assim temos: legislação relacionada com venda livre (leis que proíbem, criminalizam e penalizam o tráfico e a venda); restrições legais ao uso (localização, horário, etc): leis que proíbem e penalizam a posse e o consumo; controlo do preço: esforços de redução da oferta (repressão ao tráfico) com conseqüente aumento de preços; restrições no número, localização, densidade dos locais, dias e horas (acções para eliminar locais de cultivo e de venda, bem como reprimir contextos de potencial consumo e controlo: controlo policial sobre conteúdo das drogas traficadas nas ruas.

“Posteriormente, as políticas foram, progressivamente, sendo desenvolvidas num processo de atitudes para a *Redução da Procura* – área que envolve a *Prevenção* (dissuasão do uso), o tratamento dos dependentes (doentes) e a sua reinserção. (Patrício, 2002, p.19). Esta política de prevenção corresponde à “prevenção clássica”, a qual se subdivide em 3 fases, em três momentos, tendo diferentes públicos como alvo. (Filho & Ferreira-Borges, 2008; Olmos *et al* 2008). Assim, a visão tradicional da saúde pública aposta em três tipos de prevenção: primária, secundária e terciária. A prevenção primária destina-se aos não consumidores numa tentativa de dissuadir a sua experimentação; a prevenção secundária aplica-se aos dependentes com o objectivo de ao alertar para os riscos a nível de saúde pelos quais se estão a sujeitar e prevenção terciária aposta na manutenção de situação de abstinência do ex-dependente.

Actualmente, esta visão tradicional da saúde pública, de carácter essencialmente preventivo, não está completamente abandonada (Olmos *et al* 2008), mas complementa-se esta orientação com uma forte aposta na “Redução dos Riscos” e “Minimização dos danos”.

Já no domínio da redução dos danos, como refere Seabra (2010), está preconizado na estratégia nacional de luta contra a droga 2005-2012 que a primeira meta de intervenção de redução de danos é tentar estabilizar o comportamento problemático do indivíduo e prevenir uma maior exacerbação das conseqüências.

No campo específico para cada um dos comportamentos de risco, haverá acções específicas direccionadas para a redução desses mesmos riscos. (Patrício, 2002; Cruz, 2005). Deste modo, encontramos intervenções específicas para consumidores pela via endovenosa, bem como intervenções dirigidas para consumidores de drogas por outras vias, não esquecendo a intervenção alvo para consumidores de drogas sintéticas e de

festas Rave. A qualquer um desses grupos, convém não esquecer a intervenção alvo para reduzir problemas policiais, judiciais e prisionais.

Fisher (1988) e Filho e Ferreira-Borges (2008) sintetizam algumas das acções políticas para reduzir os danos. Assim temos: detenção legal (perda de carta de condução, testes em meio laboral); restrições à publicidade e à promoção (actividades públicas respeitantes aos danos associados ao consumo de substâncias; medidas que visam promover a redução do uso (campanhas de sensibilização e proibições ao uso) e medidas de redução de danos (terapêutica de substituição ou troca de seringas).

De acordo com alguns autores, podemos observar abordagens tradicionais de prevenção; abordagens baseadas em influências sociais e abordagens com vista ao desenvolvimento de competências. Nas abordagens tradicionais, incluímos acções como a disseminação de informação e estratégias de medo; educação afectiva e desenvolvimento de actividades alternativas. (Fisher, 1988; Filho e Borges, 2008).

No campo das abordagens baseadas em influências sociais apresenta-se a inoculação psicológica e correcção de expectativas e treino de habilidades sociais de resistência. (Fisher, 1988). No domínio das abordagens com vista ao desenvolvimento de competências, inserem-se as estratégias curriculares de desenvolvimento de competências.

Em termos de políticas concretas para redução de riscos e minimização dos danos / sequelas, Patrício (2002, p. 220) enfatiza os programas de substituição de baixo limiar; gabinetes de apoio a excluídos toxicodependentes; centro de acolhimento – espaço de transição; centros de abrigo – espaço de pernoita; equipas de rua para projectos específicos; programa de troca de seringas/material para uso endovenoso; programa de consumo intravenoso asséptico e recatado; pronto de escuta e de informação; carrinha/consultório de doenças infecciosas e a área prisional.

## **8.2 A escola enquanto agente de prevenção**

A escola, como agente de socialização por excelência, é natural que ocupe um lugar de destaque nesta tarefa.

O que pode a escola fazer?

Numa revisão de literatura, vários autores - Costa, 2001; Cruz, 2005; Filho e Ferreira-Borges, 2008 e Seabra, 2010 - defendem que a escola deve fornecer educação preventiva do 1.º ao 12.º ano, em especial nos 2.º e 3.º ciclos, com reforço no ensino secundário, no que respeita ao uso de substâncias. Em termos práticos, deve-se: recorrer

a estratégias interactivas e ter em conta, nos conteúdos do programa de prevenção, a presença de múltiplos factores psicossociais associados ao consumo de substâncias; elaborar programas de formação específicos, com treino, para os professores; promover a participação dos pares. (Filho e Ferreira-Borges, 2008); envolver pais e encarregados de educação no programa de prevenção; apoiar iniciativas ou esforços no sentido da cessação do uso de substâncias por parte de toda a comunidade educativa, incluindo alunos e professores, nomeadamente no que diz respeito ao uso de substâncias ilícitas. (Filho e Ferreira-Borges, 2008; Seabra, 2010); estabelecer programas baseados numa lógica funcional e em evidência; (Costa, 2001; Filho e Ferreira-Borges, 2008) e avaliar programas de prevenção numa base regular. (Costa, 2001; Filho e Ferreira-Borges, 2008).

Ainda no que respeita à intervenção da escola, Patrício (2002, p.83) deixa alguns “recados” à escola: que mantenha a dignidade nas suas funções, que mantenha a coragem de educar e a esperança nos mais jovens. Que tenha materiais adequados, que não se situe fora de portas, que tenha instalações amplas, que não seja enorme e impessoal, que tenha profissionais realizados e psicologicamente satisfeitos, que tenha profissionais que não faltem, que tenha funcionários preparados para lidar com jovens, que tenha programas interessantes, que não torne o ensino fastidioso.

### **8.3 A comunidade local enquanto agente de prevenção.**

A comunidade local, representada através das organizações religiosas, lúdico-recreativas, desportivas e culturais, através dos organismos policiais e judiciários e através das personalidades políticas, devem, segundo Patrício (2002), facultar a vivência de valores humanos e sociais, enriquecer a condição humana da pessoa, contribuindo para a socialização da mesma e para o engrandecimento das suas capacidades e qualidades humanas.

De modo particular, os organismos policiais têm a gigantesca tarefa de redução e de controlo da oferta, e de controlo das substâncias lícitas.

Quanto, aos políticos, sejam eles locais ou regionais, são eles que definem as políticas de promoção da qualidade de vida de todos os seus concidadãos. São eles que permitem o desenvolvimento ou o aniquilamento dos *guetos*, quem orientam as políticas de combate à marginalidade, à delinquência e à exclusão social.

Note-se que o autor refere esta panóplia de acções sempre em orientações muito vagas, um pouco utópicas até, sem indicar, na prática, que acções, que projectos em concreto podem ser praticados.

Em jeito conclusivo, reforça-se uma vez mais a importância capital de todos os actos de prevenção, independentemente do método e do público-alvo, até porque como nos lembra Lomba *et al* (2008, p.38) “Os resultados obtidos [nos estudos realizados sobre práticas de consumo] reforçam a teoria de que estar informado, só por si, não é suficiente para a adopção de comportamentos saudáveis.”

## **9. A Adolescência e a relação dos adolescentes com substância ilícitas**

Porquê um ponto referente à relação entre consumo de substâncias psico-activas e a adolescência? Atendemos a dois factos de forma a justificar a questão exposta: primeiro) “A compreensão dos riscos (por parte dos jovens) não impede que esses mesmos jovens as experimentem.” (Patrício, 2002); segundo) “estudos têm apontado que, actualmente, o consumo de drogas entre adolescentes tem apresentado altas prevalências, sendo cada vez mais precoce” (Cursino, 1999). Além disso, “a literatura aponta que o primeiro contacto com a droga geralmente ocorre na adolescência, uma vez que esta fase é marcada por muitas e profundas mudanças, tanto físicas quanto psíquicas, as quais tornam o adolescente mais vulnerável (Pratta & Santos, 2006, p. 317). As citações aqui expostas justificam que a adolescência deve ser encarada como um grupo de risco no que respeita à relação com “drogas” (Kalina *et al* 1999). Mas que características específicas apresenta esta faixa etária para ser incluída no grupo de risco? Que espaço ocupam as drogas na vida adolescente e porquê?

“A adolescência é uma fase dinâmica pautada por alterações biológicas, fisiológicas, cognitivas, sociais, afectivas e vocacionais, relativamente universal (embora dependente das particularidades contextuais onde o indivíduo se insere)”. (Silva, 2009, p. 26). John Hill (1980) elabora um quadro síntese que é apresentado por Sprinthall & Collins (2008) onde se refere que o adolescente passa por mudanças primárias e mudanças secundárias. No primeiro campo, englobamos a definição social, definição física e a cognitiva. A nível de mudanças secundárias, temos as relações familiares, a autonomia, a identidade, a realização e a intimidade.

O fulcral nesta sistematização apresentada é perceber de que forma todas estas transformações (primárias e secundárias) influenciam psicologicamente os adolescentes

e, não podemos esquecer o nosso propósito, de que forma poderão contribuir para fazer dos adolescentes um grupo de risco no que concerne à toxicodependência.

“As alterações físicas associadas à puberdade constituem as alterações primárias mais dramáticas da adolescência.” (Sprinthall & Collins, 2008, p.81). Outras das mudanças base do período da adolescência de grande importância, ainda dentro do campo das mudanças primárias (segundo a nomenclatura de Hill), é o desenvolvimento cognitivo (Hill, 1980; Sprinthall & Collins, 2008; Rahioui & Reynaud, 2008).

A forma como o adolescente pensa, compreende a raciocina evolui. Inicialmente com um raciocínio a preto e branco, fundado no concreto, começa a ser capaz de perceber as várias cambiantes, utilizando para tal as suas capacidades de abstracção. (Rahioui & Reunaud, (2008) - baseando-se nos estudos de Piaget, 1950).

Como é possível constatar, estas mudanças primárias têm reflexo directo nos vários domínios das mudanças secundárias (uma vez mais designação de Hill), nomeadamente, num afastamento da relação com os pais.

No desenvolvimento emocional, é possível distinguir dois momentos-chave (Rahiouy & Reynaud, 2008), a saber: a) A aquisição de uma identidade própria e a sua inscrição na relação real com os outros; b) A aprendizagem da gestão do *stress* e das emoções (Prochaska & Velicer, 1977).

Construir uma identidade própria implica a capacidade do adolescente se projectar no que pode e no que pretende ser no futuro. Contudo, esta projectação tem que conviver com uma fase de stresse externo, devido aos exames, ao sistema escolar, às relações com os pais, com os pares, etc.

É precisamente esta convivência que nem sempre é pacífica e muitas vezes acaba por não se desenvolver nos moldes mais saudáveis. “Toda uma clínica de dependência é susceptível de se desenvolver na adolescência e nos anos seguintes, dado o impacte das transformações corporais e psíquicas sobre a regulação das emoções.” (Jeammet, 1997).

O facto de não saber ou de não conseguir lidar com todas as transformações e exigências que lhe são esperadas, o adolescente pode cair no quadro de consumo. “O consumo problemático de drogas está frequentemente associado às depressões” (Rahioui & Reunaud, 2008, p. 168). Um estudo desenvolvido por Nezelof, Stephan, Nandel e col., (2003) que incidiu em 92 adolescentes com depressão, revelou que 18% consumiam drogas leves, pelo menos ocasionalmente, e que outros 14% teriam, no

mínimo, experimentado as drogas duras no decorrer do episódio actual. (Pratta & Santos, 2006).

A dimensão psicológica que está aqui em destaque (se bem que de forma implícita) é a dimensão da vulnerabilidade. “O conceito de vulnerabilidade, tomado do movimento de Direitos Humanos, foi desenvolvido por Mann e colaboradores (1992), para pensar a epidemia do HIV no contexto da Saúde Pública.” (Paulilo & Jeolás, 2000, p. 40). Esta vulnerabilidade, que comumente se traduz por fragilidade, fraco poder de resistência física e/ou psicológica, pode ser potencializada de diferentes formas, por exemplo, “quanto menos acesso à educação e à saúde, quanto mais marginalizados e excluídos, quanto menos recursos os indivíduos tiverem para elaborar escolhas, mais vulneráveis a diferentes riscos eles estarão e pouco poderão fazer para adoptarem práticas de protecção.” (Paulilo & Jeolás, 2000, p.41).

“Os consumos funcionam então como um *acting out* – o sofrimento e atenção são flectidos para o meio envolvente; mas também existe um *acting in* – o sofrimento é flectido para dentro, contra o próprio ainda em processo de construção“ (Tereso, 2011, p.9).

Ou seja, pensar nesta teia de vulnerabilidade (social, institucional e individual) e nos determinantes socioculturais em relação ao uso das drogas, certamente amplia e torna ainda mais complexa a abordagem deste fenómeno.

Para tornar este quadro ainda pouco mais intrincado, porém mais perceptível, Pascual *et al* (2001), tentam sintetizar os factores que tornam os adolescentes mais susceptíveis ao consumo de determinadas substâncias, resumindo-os a cinco: 1) Curiosidade por experimentar (uma característica natural mas que é preciso educar para que se converta em fonte de decisões maduras e impedir que se reflecta em situações de risco); 2) Pressão do grupo de pares (as amizades exercem uma grande pressão que facilita a adopção de determinados comportamentos, nomeadamente o consumo de “drogas.”); 3) Busca do prazer; (O consumo de “drogas” está sempre vinculado ao desejo de desligar das exigências mais negativas da realidade, com a intenção de disfrutar ao máximo o tempo de lazer); 4) Controlo familiar inconsistente (quando as normas são demasiadamente rígidas, ou então inexistentes ou muito flexíveis, torna-se complicado os adolescentes interiorizarem normas de comportamento). 5) Acesso fácil a drogas (se o adolescente vive num espaço onde o acesso a substâncias ilícitas seja fácil, o risco de consumir será maior).

São vários os estudos que têm sido realizados com o intuito de averiguar esta relação entre adolescência e “droga” e os motivos que poderão levar a consumir.

Por exemplo, num estudo realizado por Naia *et al* (2007), desenhou-se uma investigação para averiguar se o local onde os jovens passam os seus tempos livres está relacionado com o consumo de drogas e que locais estão associados a um maior risco ou protecção. Neste estudo conclui-se que “a escola e os espaços desportivos, estão preferencialmente associados à protecção, enquanto que as discotecas/bares e os cafés parecem estar preferencialmente associados ao risco.” (Naia *et al*, 2007, p.29)

Num outro estudo, realizado por Matos (2002), os adolescentes apresentaram os seguintes motivos para o acto do consumo: “experimental”, “os amigos também consumirem”, “porque se sentem sós”, “porque não podem passar sem as drogas”. As razões mais comuns apontadas para não consumir foram “não querer”, “ter medo de apanhar doenças” e “nunca ter pensado nisso”. (Matos, 2002, p. 44).

# *CAPÍTULO II*

---

---

## **Metodologia do Estudo**

O presente capítulo, dedicado exclusivamente às várias opções metodológicas que nortearam todo o estudo contido nesta dissertação, é decomposto em duas partes. Primeiramente serão sintetizados os pressupostos teóricos da investigação os quais foram apoiados na revisão bibliográfica previamente apresentada. A segunda parte contempla a metodologia da investigação, atendendo o tipo de estudo efectuado, a população e amostra consideradas, os processos de recolha de dados e análise de informação, bem como o suporte ético que apoiou o progresso desta investigação.

## **1. Pressupostos e objectivos**

Da revisão bibliográfica sistematizada no capítulo anterior, importa salientar o conjunto de pressupostos que conduziram este estudo:

- Existem diversos tipos, níveis e padrões de uso de substâncias, nomeadamente: abstinência, uso social ou moderado, abuso, dependência, bem como dois fenómenos transversais a esses vários patamares: droga e tolerância;

- Segundo a literatura especializada na área da toxicomania, tendo como suporte os Relatórios Anuais do IDT, que dão conta da situação do país em matéria de droga e toxicodependência, destacam-se, actualmente, quatro substâncias com uso problemático para a Saúde Pública: cannabis, heroína, cocaína e ecstasy;

- De um modo geral, cada uma destas substâncias provoca um conjunto de sensações e efeitos diferenciado, sendo supostamente esta diferenciação que origina a escolha de uma substância em detrimento de outra;

- São inúmeros os factores de risco que podem contribuir para um indivíduo se tornar toxicodependente, contudo podemos enquadrá-los nas seguintes grandes áreas: riscos do domínio individual; riscos do domínio familiar; riscos psicossociais e riscos contextuais;

- À semelhança do que acontece com o campo dos riscos, são também vários os aspectos que podem funcionar como factores de protecção dos indivíduos em relação à toxicodependência e, como tal, também são inseridos nas seguintes categorias; factores de protecção do domínio individual; factores de protecção do domínio familiar; factores de protecção psicossociais e factores de protecção contextuais;

- Existe uma relação directa entre consumo de substâncias psicoactivas e problemas de saúde;

- O vínculo estabelecido entre toxicoddependência e criminalidade não é linear;
- Embora seja um fenómeno transversal, ainda é possível traçar um perfil do consumidor toxicoddependente, nomeadamente no que diz respeito à sua faixa etária; sexo; estado civil, habilitações literárias; e ocupação profissional;
- O processo de reabilitação é um itinerário complexo constituído por diferentes etapas;
- As campanhas de prevenção colocam, actualmente, o seu foco na necessidade da redução de riscos e minimização dos danos;
- A escola e o meio habitacional do adolescente (freguesia de residência) são potenciais promotores de estratégias de prevenção contra a toxicoddependência, uma vez que são os meios onde os adolescentes passam a maior parte do tempo;
- A adolescência constitui um particular grupo de risco para a toxicoddependência.

Destes pressupostos emerge a **questão central** que orientou este projecto de investigação:

**Que percepções possuem os adolescentes do ensino secundário acerca da toxicoddependência?**

Desta questão decorrem os seguintes **objectivos da investigação**:

- Perceber que conhecimentos possuem os jovens acerca dos diversos tipos, níveis e padrões de uso de substâncias;
- Aferir que substâncias psicoactivas conhecem (por contacto directo e/ou indirecto);
- Avaliar os conhecimentos que têm acerca dos efeitos / consequências / sensações provocadas pela da Cannabis; heroína, cocaína e ecstasy;
- Perceber o que identificam como factores de risco para a toxicoddependência;
- Entender o que percebem como factores de protecção para a toxicoddependência;
- Aprender a relação que estabelecem entre toxicoddependência e problemas de saúde;
- Entender que estabelecem entre toxicoddependência e criminalidade;
- Conhecer o perfil do toxicoddependente traçado pelos dos adolescentes do ensino secundário;
- Averiguar os conhecimentos que possuem acerca do processo de reabilitação;

- Conhecer que sugestões fazem para acções de prevenção a desenvolver pela escola e pela freguesia de residência;

- Compreender como explicam ser a adolescência uma faixa etária propícia ao consumo de substâncias psicoactivas;

Estabelecidas estas sub-questões da investigação, estabelecemos ainda como objectivos:

- 1) Conhecer as respostas dadas de um modo geral (incluindo os alunos quer da Escola Secundária das Laranjeiras, quer os alunos da Escola Secundária da Ribeira Grande);

- 2) Comparar as respostas dadas pelos alunos da Escola Secundária das Laranjeiras e as respostas dadas pelos alunos da Escola Secundária da Ribeira Grande;

- 3) Comparar as respostas dadas pelos alunos do sexo masculino e os alunos do sexo feminino.

## **2. Tipo de Estudo**

Uma vez que a escolha da metodologia deve ser realizada única e exclusivamente em função da natureza do problema a estudar (Pacheco, 1995) considerou-se pertinente seguir uma metodologia essencialmente quantitativa, dado que a presente investigação, tendo em conta o seu objectivo central, possibilita a recolha de medidas quantificáveis de variáveis, através da apresentação de dados, indicadores e tendências observáveis.

Salienta-se que foi também uma preocupação constante fazer com que este estudo acrescente algum conhecimento ou algumas pistas futuras de investigação sobre este tema. Por isso, centramos este estudo também numa óptica caracterizada por um cunho básico e aplicado (Almeida & Freire, 2000).

## **3. População e Amostra**

A presente investigação abarca 300 alunos matriculados no Ensino Secundário na ilha de São Miguel durante o ano lectivo 2011/2012. Dos 300 alunos inquiridos, 150 são pertencentes à Escola Secundária das Laranjeiras (concelho de Ponta Delgada),

encontrando-se os outros 150 matriculados na Escola Secundária da Ribeira Grande (concelho da Ribeira Grande).

Na altura dos inquéritos, os valores da população de cada escola, do ponto de vista das variáveis que são abordadas neste estudo, eram os seguintes:

**Quadro 1:** Valores da população do ensino secundário de cada escola abordada na investigação.

	Nº total de alunos no ens. Sec.	Nº de alunos no 10º ano	Nº de rapazes	Nº de raparigas	Média de idades	Nº de alunos no 11º ano	Nº de rapazes	Nº de raparigas	Média de idades	Nº de alunos no 12º ano	Nº de rapazes	Nº de raparigas	Média de idades
<b>Esc. Sec. Laranjeiras</b>	349	150	64	86	15,4	111	42	69	16,6	88	34	54	17,8
<b>Esc. Sec. Ribeira Grande</b>	666	349	163	186	15,6	165	68	97	16,8	152	61	91	17,8

O critério utilizado para a escolha dos concelhos deveu-se ao facto de que, de acordo com Peixoto (2009), Ponta Delgada é o concelho onde se regista o menor consumo de drogas e o da Ribeira Grande, em conjunto com o de Vila Franca do Campo, é o concelho com maior percentagem de consumo de droga. Assim, dada a discrepância a nível concelhio, revela-se a escolha adequada a fim de nos dar uma possível comparação do ponto de vista académico entre os conhecimentos que os alunos possuem acerca do universo da toxicoddependência.

Quanto ao critério utilizado para a escolha dos alunos foi o da aleatoriedade, se bem que foi uma aleatoriedade condicionada, já que foi nosso princípio que cada ano de escolaridade referente ao Ensino Secundário tivesse a mesma representatividade.

Assim, em cada uma das escolas, foram inquiridos 50 alunos do 10.º ano, 50 alunos do 11.º ano e 50 alunos do 12.º ano, perfazendo um total de 150 alunos por escola e de 300 no total.

Foram inquiridos 120 alunos do sexo masculino (40%) e 180 do sexo feminino (60%). As idades dos inquiridos situavam-se entre os 15 e os 21 anos.

#### **4. Procedimento de Recolha de Dados**

A recolha de dados foi efectuada através de um inquérito por questionário (Anexo I).

Apesar de nenhum instrumento de recolha de dados ser perfeito e, por conseguinte, estar sujeito a diferentes limitações, o inquérito por questionário apresenta várias vantagens, a saber: a) permite recolher informação de um elevado número de respondentes ao mesmo tempo; b) consente uma rápida recolha de informação; c) possibilita uma maior sistematização dos resultados fornecidos;

No entanto, e para fazer frente a possíveis limitações do inquérito por questionário, tais como: a) a possibilidade do material recolhido ser superficial; b) a padronização das perguntas não permitir captar diferenças de opinião significativas ou subtis entre os inquiridos; c) as respostas poderem dizer respeito mais ao que as pessoas dizem que pensam do que ao que efectivamente pensam (Almeida, 1994), optámos, principalmente para os itens sobre temas acerca dos quais os estudos efectuados não são em grande representatividade e onde se queria conhecer com maior rigor o que os inquiridos pensam, por questões abertas.

Deste modo, elaborou-se o inquérito por questionário com base nos objectivos deste estudo, os quais já foram previamente apresentados.

Como um factor não menos importante, refira-se que facto do inquérito ser um instrumento de papel e que para a sua realização os alunos necessitavam apenas de uma esferográfica, possibilitou aos inquiridos uma automática familiaridade com o tipo de material e com o género de situação a que estavam a ser submetidos.

O inquérito por questionário tem início com uma breve caracterização do respondente a nível sociodemográfico. Embora breve, esta curta caracterização, composta pelas variáveis idade, sexo, ano de escolaridade, freguesia e escola que frequenta, possibilitou-nos uma apresentação comparativa dos dados, nomeadamente a comparação entre escola frequentada, ano de escolaridade e sexos.

Além disso, esta parte introdutória, ou de caracterização do inquirido, permite também o aluno familiarizar-se com o instrumento que nos irá servir para recolha de dados.

Assim, a primeira questão que nos remete para o conhecimento que os alunos possam ter acerca das tipologias de consumo, baseámo-nos principalmente nas definições avançadas pelo DSM-IV e pelas distinções operacionalizadas por Filho & Ferreira-Borges (2008). Assim surgiu a primeira questão do questionário em que se pediu aos alunos que ligassem as realidades contidas na “coluna A”, a saber, “droga”, “abstinência”, “uso social ou moderado”, “abuso”, “dependência” e “tolerância”, com as designações dadas na “coluna B”. Ressalve-se que as designações contidas na “coluna B” não são descrições exactas das últimas duas obras referidas, isto porque houve a necessidade de se adequar o vocabulário no inquérito o mais próximo possível do vocabulário dos alunos, a fim de minimizar, ao máximo, qualquer dúvida a nível interpretativo.

Em relação pergunta 2), e porque são inúmeras as “drogas” existentes e que por consequência, inúmeras as “drogas” que os alunos podem conhecer, admitindo-se ainda a referência de alguma substância não incluída na revisão de literatura, optou-se por uma questão aberta para averiguar que substâncias psicoactivas os alunos têm conhecimento. Por conhecimento, neste contexto, entende-se tanto o de fonte directa (ver *in loco* ou consumo), como o de contacto indirecto (através dos *media* ou simplesmente porque já ouviram falar). Para a listagem das substâncias psicoactivas, teve-se principalmente em conta as obras de Stoppard (2000) e Aragão & Sacadura (2002).

Na pergunta número 3, subdivida em 4 pontos, averigua-se os conhecimentos que os alunos têm acerca dos efeitos particulares da cannabis, da heroína, da cocaína e do ecstasy. A selecção destas quatro substâncias prende-se com o facto destas estas quatro substâncias serem frequentemente apelidadas, pela literatura de autoridade, de as “substâncias principais”, como refere Angel *et al* (2000) ou os relatórios anuais do IDT.

No que respeita à pergunta número 4, que afere as situações que os alunos identificam como risco em relação à toxicodependência, desdobrou-se alguns dos itens que estão inseridos nas quatro grandes categorias de risco: riscos a nível individual; riscos a nível familiar; riscos do domínio psicossocial; e riscos contextuais. (Abraão, 1999).

Em relação à pergunta número 5, que afere as situações que os alunos identificam como protectores em relação à toxicodependência, seguiu-se um procedimento análogo à questão anterior e desdobrou-se alguns dos itens que estão inseridos nas quatro grandes categorias de protecção: protecção a nível individual;

protecção a nível familiar; protecção no domínio psicossocial; e protecção no âmbito contextual. (Abraão, 1999).

A pergunta número 6 afere o conhecimento da relação que os jovens fazem entre toxicoddependência e problemas de saúde. Tendo por base, uma vez mais, a revisão de literatura, por exemplo, Bastos (2005), Negreiros (2006), Negreiros & Magalhães (2005), Patrício (2002), Rodrigues *et al* (1998), listou-se os problemas mais comuns a nível de saúde directamente ligados ao consumo de “drogas”, havendo ainda lugar no inquérito a que o aluno identificasse algum problema para além dos enunciados.

A pergunta número 7 averigua o conhecimento da relação que os jovens estabelecem entre toxicoddependência e criminalidade. Uma vez mais, e na sequência da questão anterior, foi dada uma série de actos considerados fora da lei, com o intuito de aluno estabelecer a sua correspondência com o consumo de substâncias psicoactivas ou não. Uma vez mais, não se esqueceu o espaço para o aluno poder referir, caso assim o entendesse, outros crimes relacionados com a toxicoddependência para além dos discriminados anteriormente (Poiars, 2003, e Manita, 2000).

As questões números 8; 9; 10; 11 e 12, tentam aferir o perfil do consumidor de substâncias psicoactivas traçado pelos alunos do Ensino Secundário que foram inquiridos. Esta tentativa de perfil assenta nomeadamente na determinação da faixa etária (questão número 8); sexo do consumidor (questão número 9); estado civil do consumidor (questão número 10); habilitações literárias (questão número 11); e ocupação profissional (questão número 12). Refira-se que as possibilidades de caracterização para cada uma das situações apresentadas foram baseadas nas categorizações apresentadas por Peixoto (2005), aquando da sua apresentação sobre o consumo de drogas na Região Autónoma dos Açores.

No domínio da reabilitação, e porque se trata de assunto particularmente difícil de standardizar (Ferreira, 2007), ou de adequar a linguagem standardizada ao nível do desenvolvimento cognitivo dos alunos inquiridos, optou-se por uma questão aberta (perguntas números 13 e 14), optando-se por analisar o entendimento que os alunos têm acerca do processo de reabilitação.

No campo da prevenção das toxicoddependências, e porque a nível teórico assistimos a uma constante mudança acerca dos pontos ou das ideologias que devem orientar uma campanha de prevenção (Costa, 2001; Cruz 2005 e Patrício, 2002), optou-se igualmente por uma questão aberta.

Para finalizar o inquérito por questionário, e porque este instrumento foi aplicado a uma população que é vista como um grupo de risco no domínio das toxicodependências (Paulilo, 2000; Codeiro, 2009), quisemos averiguar, através de uma questão aberta, qual a justificação que os próprios adolescentes apresentam para serem considerados um grupo de risco.

Para terminar a apresentação do inquérito, bem como as opções que estiveram subjacentes a cada uma das questões, importa ressaltar que todo este instrumento obedeceu à lógica do “Inquérito Apreciativo” (IA), formulando-se perguntas essencialmente positivas, com o intuito de serem transformadoras. Com efeito, este tipo de inquérito permite criar condições para que se possam expressar mais livremente. Cooporrider & Whitney (2001).

Como forma de garantir o máximo de compreensibilidade do inquérito por questionário por parte dos inqueridos, foi inicialmente lançado um pré-teste a 20 indivíduos do ensino secundário - 10 na Escola Secundária das Laranjeiras e outros 10 na Escola Secundária da Ribeira Grande – o que possibilitou perceber se o mesmo se adequava ao nosso objectivo de estudo e se estava adequadamente formulado, em termos de redacção, ao contexto etário e vivencial do público-alvo. Na sequência do pré-teste, houve a necessidade de se aparar pequenos detalhes, tais como, especificar ainda mais, o que pretendia nas perguntas 2; 4 e 5. Durante a realização do pré-teste, os alunos demonstraram algum entusiasmo, não manifestando comportamentos de aborrecimento ou impaciência. Os pré-testes na Escola Secundária da Ribeira Grande foram aplicados no dia 27 de Abril de 2012, sendo os da Escola Secundária das Laranjeiras um dia mais tarde, o mesmo é dizer, a 28 de Abril de 2012. Posteriormente às rectificações efectuadas, os vários inquéritos foram aplicados ao longo das 3 primeiras semanas do mês de Maio de 2012.

Os questionários foram realizados a nível individual, durante o decorrer de uma aula. Em média, os alunos levaram cerca de 25 minutos a concluir o seu preenchimento.

O autor da presente investigação ao ter na sua posse a informação recolhida, procedeu ao seu tratamento.

Assim, as respostas às questões fechadas, que requerem uma análise quantitativa, foram analisadas utilizando o *Statistical Packages for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0 para Windows.

Procedeu-se assim a uma análise descritiva de cada uma das variáveis, realizando, para tal, as tabelas de frequência, bem como as tabelas de contingência, para

nos fornecer a informação comparativa relativamente a escolas, sexo e ano de escolaridade frequentado.

Para analisar as respostas às questões abertas, procedeu-se a uma análise de conteúdo, processo esse que permite a classificação desses dados segundo um conjunto de categorias pré-estabelecido. Optou-se por esta metodologia nas questões em que não há um extenso referencial bibliográfico e o principal objectivo era, assim, averiguar a opinião dos inqueridos.

As várias respostas (as chamadas “unidades de registo”) foram identificadas com o número de questionário correspondente - ex. Q212.

Acrescente-se que em relação à pergunta número 2, “que drogas conheces?”, a categorização foi realizada com base nos estudos de Stoppard (2000) e Aragão & Sacadura (2002). A categorização foi necessária porque cada substância psicoactiva é conhecida por vários nomes, os designados “nomes de rua” (Stoppard, 2000). Assim, por exemplo, se o inquirido responde a essa questão com os termos “heroína” e “castanha”, ele provavelmente pensa que está a indicar duas substâncias, mas na realidade só está a focar uma. Neste caso, incluímos a resposta desse aluno na categoria de “Heroína e nomes de rua”.

A listagem completa que utilizamos foi a seguinte:

- a) Tabaco; b) álcool; c) cannabis; d) cannabis e seus derivados; e) nomes de rua de cannabis e/ou seus derivados; f) heroína; g) heroína e seus nomes de rua; h) nomes de rua de heroína; i) cocaína; j) cocaína e seus nomes de rua; k) nomes de rua de cocaína; l) ecstasy; m) ecstasy e seus nomes de rua; n) nomes de rua de ecstasy; o) quetamina; p) solventes; q) poppers; r) anfetaminas; s) metanfetaminas; t) crack; u) metadona; v) ácidos; w) cogumelos mágicos; x) pcp; y) dmt; z) tranquilizantes; a1) rohypnol; b1) doping; c1) comprimidos comprados nas farmácias; d1) esteróides; e1) não conheço e f1) não responde.

A pergunta número 3, que averigua o conhecimento que os alunos têm acerca dos efeitos de determinadas substâncias, possibilita também uma panóplia imensa de respostas. Assim, apoiando-nos dos estudos de Pascual *et al* (2001), utilizamos as seguintes três categorias: físicas, psicológicas e físicas e psicológicas e cada uma das respostas dos inquiridos insere-se numa das três categorias mencionadas.

**Categoria 1 – Físicas.** Referem-se às consequências que o consumo de uma determinada substância provoca no corpo.

Ex Q103 (questão 3.1) “Rir muito.”

**Categoria 2 – Psicológicas.** Referem-se às consequências que o consumo de uma determinada substância provoca a nível psicológico.

Ex Q125 (questão 3.1) “Fica desorientado.”

**Categoria 3 – Físicas e psicológicas.** O consumo de uma determinada substância pode, em simultâneo, provocar reacções / efeitos físicos e psicológicos.

Ex. Q119 (questão 3.1) “Rir e Felicidade.”

No que concerne às perguntas números 14 e 15, o sistema de categorias foi criado de acordo com as designações fornecidas por Janeiro (2001), que abarca as várias etapas do processo de reabilitação. Como veremos, cada resposta válida fornecida por cada um dos inquiridos insere-se numa das etapas do processo de reabilitação. Assim temos:

**Categoria 1 – Pré- contemplação.** Esta categoria refere-se ao não aceitar (por parte do toxicodependente) que tem um problema.

Ex: Q128 “Ter a capacidade de perceber que tem um problema”

**Categoria 2 – Contemplação.** Surge a consciência do problema, mas o doente ainda não está preparado para agir.

Ex. Q131 “Ter força de vontade”

**Categoria 3 – Determinação.** O doente está motivado para uma atitude e pensa em diversas possibilidades.

Ex: Q105 “Afastar-se das pessoas que consomem”

**Categoria 4- Acção.** Toxicodependente avança para alterações consistentes.

Ex. Q103 “Recorrer a uma clínica de reabilitação”

**Categoria 5 – Manutenção.** Verificação dos valores adquiridos na etapa anterior.

Q120 “Tem que libertar a mente”

**Categoria 6 – Recaída.** Regressão total ou parcial do passo número 5.

Q106 “Pode haver recaídas”.

No que diz respeito à pergunta número 15, ou seja, a questão que tenta averiguar o que os jovens pensam que a escola e a freguesia de residência podem fazer para contribuir para a diminuição dos problemas relacionados com droga, construímos categorias com base nos três alvos das campanhas preventivas (Patrício, 2002)

**Categoria 1 – Combate à oferta.** As campanhas de prevenção centram-se, essencialmente, no combate à venda, ao tráfico de droga.

Ex. Q129 “Maior controlo, mais rusgas.”

**Categoria 2 – Combate ao consumo.** As campanhas de prevenção destinam-se predominantemente aos não consumidores com uma série de esclarecimentos que visam diminuir as possibilidades de consumo.

Ex. Q103 “Sessões de esclarecimento.”

**Categoria 3 – Actuação na perspectiva de atenuar os danos e riscos para a saúde pública.** Adquirida a consciência de que é uma utopia erradicar por completo o consumo de drogas, investe-se num consumir “com segurança”, tentando minimizar ao máximo, os danos e riscos para a saúde pública.

Ex Q 119 “Distribuição de seringas.”

Finalmente, em relação à pergunta número 16, na qual se tenta perceber porque é que os jovens são considerados um grupo de risco no que respeita às toxicodependências, categorizamos, as centenas de respostas nas seguintes categorias evidenciadas por Pacual (2001).

**Categoria 1 – Curiosidade por experimentar.** Fase natural da adolescência em que tudo o que é desconhecido e “proibido” gera curiosidade.

Q 104 “É curioso”

**Categoria 2 – Pressão do grupo de pares.** Os grupos de pares são fundamentais na construção da identidade do adolescente. No entanto, um grupo de pares a favor das drogas pode levar o adolescente a querer, ou a sentir-se pressionado, a consumir

Q122 “São levados pelos amigos”

**Categoria 3 – Busca do prazer.** O ouvir dizer que as drogas despertam boas sensações pode levar o adolescente a quer experimentar.

Q 123 “Porque é bom”

**Categoria 4 – Controlo familiar inconsistente.** A ausência de regras familiares claramente estabelecidas pode favorecer o consumo.

Q125 “Falta de educação rigorosa”

**Categoria 5 – Disponibilidade de drogas.** O ter conhecimento dos sítios onde se trafica droga e se esses sítios forem perto ou relativamente perto do espaço geográfico do adolescente, poderá mais facilmente o adolescente a querer experimentar.

Q129 “Mais fácil acesso às drogas”

## 5. Considerações éticas

Qualquer trabalho de índole científica não está isento de uma panóplia de dilemas éticos. Fazer investigação pressupõe uma reflexão crítica acerca dos passos a ser dados ao longo do processo, acerca dos conteúdos que devem ser abordados e de que forma devem ser tratados de modo a servir o interesse científico mas sem constituir uma intrusão na esfera íntima de cada inquirido. Trata-se, pois, de nortear todo o trabalho assente nos princípios éticos e deontológicos. (Bodgan & Bilken, 1994).

Este estudo, por ser realizado em âmbito escolar, com menores, exigiu que fosse solicitado, por escrito, ao Presidente do Conselho Executivo de cada Escola envolvida no estudo (Escola Secundária das Laranjeiras e Escola Secundária da Ribeira Grande) o devido consentimento para a aplicação dos questionários. A entrega desse documento foi precedida de uma explicação em regime presencial, com os representantes das Escolas envolvidas, acerca dos objectivos da investigação.

Apesar do aval prévio prestado por ambos os Presidentes, ficou salvaguardado que apesar desta autorização antecipada, os alunos só poderiam proceder à realização do inquérito mediante vontade própria.

Um segundo passo com vista ao rigor ético, prende-se com a confidencialidade das informações. Neste aspecto, a confidencialidade foi assegurada, dado que os dados sociodemográficos solicitados no início do inquérito em nada violam a esfera íntima de cada sujeito participante no estudo.

Na área da deontologia profissional, e porque cada profissão tem uma dimensão social de serviço à comunidade, tendo como destinação o bem comum e o interesse público, a qual é categoricamente privilegiada em detrimento do benefício particular e individual que se retira do exercício da mesma, a presente investigação teve como objectivo servir a comunidade relativamente a este assunto e identificar possíveis sugestões para investigações futuras.

Tal como foi referido, aquando da explicitação da realização do pré-teste, alguns alunos inquiridos demonstraram-se verdadeiramente interessados no preenchimento do inquérito, chegando até, inclusive, a perguntar pelo momento da divulgação dos resultados. Apesar de sabermos que se trata de um trabalho que só é possível mediante a colaboração voluntária dos participante, sendo, portanto, legítima a curiosidade em saber os resultados, a situação profissional do autor, em conjugação com o elevado

número de participantes em todo o processo, não permite garantir que tal venha a acontecer.

Deste modo, tecidas estas breves considerações éticas, finalizamos a descrição do percurso metodológico, desde a síntese dos pressupostos teóricos e dos objectivos de investigação à metodologia propriamente dita (tipo de estudo, população e amostra, processo de recolha e análise da informação e questões éticas), seguindo-se, no capítulo posterior, a análise e discussão dos dados.

# ***CAPÍTULO III***

---

---

## **Análise e Discussão dos Resultados**

No presente capítulo iremos primeiramente fazer a apresentação e análise dos resultados e, posteriormente, procederemos à discussão dos mesmos, tendo como pano de fundo a revisão de literatura bem como os objectivos da investigação delineados inicialmente. Os resultados são apresentados segundo a ordem pela qual surgem no questionário, o qual, por sua vez, já havia sido organizado conforme a ordem pré-estabelecida nos objectivos delineados para o presente estudo e na revisão de literatura que os sustenta.

## 1. Apresentação e Análise dos Resultados

No âmbito das diferentes tipologias de consumo, pediu-se aos alunos inquiridos que estabelecessem a correspondência entre diferentes níveis de consumo (coluna A) e as várias definições (coluna B).

Deste modo, em relação à **questão n. 1**, em que o objectivo era **identificar** as seguintes **tipologias de consumo**: abstinência, uso social ou moderado, abuso, dependência, tolerância, bem como o conceito de droga, obtivemos o seguinte quadro geral de respostas.

**Quadro 2:** Frequência geral das respostas relativas a compreensão das diferentes tipologias de consumo

	Droga	Abstinência	Uso social	Abuso	Dependência	Tolerância
Nº de respostas válidas	297	295	297	296	297	295
Nº de respostas inválidas	3	5	3	4	3	5
Alínea correspondente à moda	3)	1)	4)	5)	5)	2)
Frequência da moda	274	178	211	110	122	99
Porcentagem da moda	78%	59,3%	70,3%	36,7%	40,7%	33%

Dos 300 inquiridos, considerámos 297 respostas válidas para a definição de “droga”, acontecendo o mesmo para as definições de “uso social”, e “dependência”. Obtivemos 296 respostas válidas para a definição de “abuso” e 295 válidas para “abstinência” e “tolerância”. Note-se que o número de respostas inválidas é muito pequeno. Foi considerada como resposta inválida o campo apresentado em branco.

Para a definição de “droga” podemos constatar que maioria dos alunos, 244 (78%), opta pela definição correcta, ou seja, a definição número 3): “Toda a substância

que, introduzida no organismo, por qualquer via de administração, produz alterações no funcionamento normal do Sistema Nervoso Central.”

No que respeita a definição de “abstinência”, o resultado é o mesmo da definição anterior, ou seja, a maioria dos alunos, 178 (59,3%), selecciona a definição correcta, ou seja, a definição número 1), como se pode verificar pela “moda” da tabela: “Situação que se reporta quer a indivíduos que nunca tiveram contacto com uma substância ao longo da vida, quer a indivíduos que acabaram determinado consumo.

Para a definição de “uso social”, o resultado não difere das categorias anteriores, ou seja, a maioria dos inquiridos apresenta a definição correcta, 211 (70,3%), que neste caso correspondia à opção número 4) da coluna B, tal como se pode constatar pela moda da tabela: “Consumo que não implica um risco, perturbação ou desaprovação social.”

No que concerne à tipologia de abuso, os alunos, na sua maioria, como é indicado pela “moda” do quadro, já não tem um desempenho semelhante ao apresentado nas categorias acima apresentadas, apresentando em maior número a opção número 5), ou seja, a definição de “tolerância”, ou seja, “Necessidade de consumir doses cada vez mais elevadas para atingir o efeito inicial da substância utilizada ou para evitar sintomas de abstinência”. Esta situação aconteceu em 110 respostas, o que equivale a uma percentagem de 36,7%. A opção correcta, que seria a opção 6) na coluna B), “desejo anormal e prolongado manifestado por certos sujeitos em relação às drogas”, teve 77 respostas correctas, o que equivale a uma percentagem de apenas 25,7%.

A maioria dos alunos volta a seleccionar a alternativa incorrecta para a definição de “dependência”, apresentando, na maioria de novo a opção 5) ou seja, “necessidade de consumir doses cada vez mais elevadas para atingir o efeito inicial da substância utilizada ou para evitar os sintomas de abstinência. A opção correcta teve apenas uma representação de 26 respostas, correspondendo apenas a uma percentagem de 8,7%.

A maioria dos alunos inquiridos também não apresenta a correcta definição para o fenómeno da “tolerância”, optando na maior parte dos casos pela definição que seria correcta para a “dependência”: padrão de uso de substância que causa dano à saúde. Os danos podem ser físicos ou mentais”. Apenas foram dadas 19 respostas correctas, o que corresponde a 6,3%.

Ainda em relação à **questão n. 1**, em que o objectivo era **identificar tipologias de consumo**, obtivemos o seguinte quadro comparativo entre os alunos das duas escolas.

**Quadro 3:** Comparação entre as respostas dos alunos da Escola Secundária das Laranjeiras (ESL) e Escola Secundária da Ribeira Grande (ESRG) relativa a compreensão das diferentes tipologias de consumo

	Droga		Abstinência		Uso social		Abuso		Dependência		Tolerância	
	ESL	ESRG	ESL	ESRG	ESL	ESRG	ESL	ESRG	ESL	ESRG	ESL	ESRG
Alínea correspondente à moda	3)	3)	1)	1)	4)	4)	5)	5)	5)	5)	2)	1 e 2
Frequência da moda	116	118	103	75	110	101	61	49	63	59	61	38
Percentagem da moda	77,9%	79,7%	70,1%	50,7%	73,8%	68,2%	40,9%	33,3%	51,6%	48,4%	41,2%	25,9%

Tal como aconteceu com a frequência geral, os inquiridos de ambas as escolas inserem a maioria das suas respostas na opção correcta para a definição de “droga”. Além da não diferenciação em relação à resposta geral, os valores das respostas dos alunos de ambas as escolas são muito próximos entre si. Enquanto a percentagem de respostas correctas corresponde a 77,9% na Escola Secundária das Laranjeiras, a percentagem da opção correcta na Escola Secundária da Ribeira Grande é de apenas 2 pontos percentuais a mais.

Em relação à definição de “uso social”, a diferença entre as respostas, em termos de escola, também não ganha uma grande expressão. A moda para ambas as escolas volta a ser, em semelhança com a frequência geral, a opção número 4, com 52,1% para a Escola Secundária das Laranjeiras e 47,9% para a escola Secundária da Ribeira Grande.

No que toca à definição de “abuso”, e tal como já tinha sido indicado pela frequência geral, ambas as escolas falham na opção correcta, apresentando ambas as localidades inquiridas como moda a opção 5), reflectindo-se em 55,5% para a Escola Secundária das Laranjeiras e 44,5% para a Escola Secundária da Ribeira Grande.

No que concerne à definição de “tolerância”, à semelhança do que já tinha na frequência geral, nenhuma das escolas acerta na opção pretendida, a opção 5). Contudo, a moda difere entre as escolas. 61,6% dos alunos das Laranjeiras situam-se na opção número 2) e 66,7% dos alunos da Escola Secundária da Ribeira Grande apresentam a opção número 1).

Ainda no domínio da **questão n. 1 - Identificar tipologias de consumo** - obtivemos o seguinte quadro comparativo entre as respostas dadas pelos alunos do sexo masculino e as respostas dadas pelos alunos do sexo feminino.

**Quadro 4:** Comparação entre as respostas dos alunos do sexo masculino (M) e do sexo feminino (F) relativa a compreensão das diferentes tipologias de consumo

	Droga		Abstinência		Uso social		Abuso		Dependência		Tolerância	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Alínea correspondente à moda	3)	3)	1)	1)	4)	4)	5)	5)	6)	5)	2)	2)
Frequência da moda	100	134	66	122	84	127	43	67	46	78	39	60
Percentagem da moda	85,5%	74,4%	56,9%	62,6%	71,8%	70,6%	37,1%	37,2%	39,3%	63,9%	33,6%	33,5%

Ao analisarmos as respostas consoante a distribuição por sexos, podemos observar valores muito próximos, ou seja, os alunos de ambas as escolas têm aproximadamente o mesmo entendimento acerca das diferentes tipologias de consumo, errando ambos os sexos na definição de “abuso”, “dependência” e “tolerância”.

Em relação à **questão n. 2**, em que o **objectivo** era **nomear** substâncias que, no entender dos alunos, eram **drogas**, obtivemos o seguinte quadro geral de respostas.

**Quadro 5:** Frequência geral das respostas relativas ao conhecimento de “drogas”

<b>Nº de respostas válidas</b>	300
<b>Nº de respostas inválidas</b>	0
<b>Moda (nº de substâncias referido)</b>	4
<b>1ª droga mais referenciada</b>	Cocaína (213=71%)
<b>2ª droga mais referenciada</b>	Heroína (187=62,3%)
<b>3ª droga mais referenciada</b>	Ecstasy (136=45,3%)
<b>4ª droga mais referenciada</b>	Cannabis e variantes (123=41%)
<b>5ª droga mais referenciada</b>	Nomes de rua de cannabis (82=27,3%)
<b>“Não sei”</b>	3 (1%)
<b>Não responde</b>	3 (1%)

No que respeita à pergunta que aferia o conhecimento que os alunos possuíam acerca das denominadas “drogas”, podemos ver que a esmagadora maioria nomeou

substâncias que, no seu entender, são “drogas”. Dos 300 inquiridos, obtivemos um número igual de respostas válidas, obtendo apenas uma resposta “não sei” e um caso que não respondeu, o que equivale a 1% cada, 2% no total. Como podemos ver pelo quadro, a moda das respostas insere-se na nomeação de 4 substâncias, sendo a mais nomeada a cocaína com um total de 213 respostas em 300 possíveis, o que equivale a 71%. A heroína vem em segundo lugar, com 63,3% (187 respostas), o ecstasy em 4º lugar com 45,3%, ou seja, 136 respostas. Cannabis e suas variantes foram as substâncias de seguida com maior número de anotações com 41%, o que equivale a 123 respostas, seguindo-se, em quinto lugar, os designados nomes de rua de cannabis com 27,3% de respostas ou seja, 82 alunos.

Relembre-se que se perguntava apenas por drogas, em sentido lato, dando liberdade total ao aluno para dar a indicação de qualquer substância que no entendimento dele fosse droga. Embora não conste no quadro, porque optámos por apresentar apenas as 5 substâncias mais referenciadas pelos alunos, note-se que apenas 10 alunos (num universo de 300) referiu o tabaco como droga, o que equivale apenas a 3,3%. Em relação à enunciação do álcool, a percentagem não foi muito superior. Apenas 18 inquiridos referiram o álcool como sendo uma droga, o que equivale a apenas a 6%.

Ainda em relação à **questão n. 2**, em que o **objectivo** era **nomear** substâncias que, no entender dos alunos, eram **drogas**, **obtivemos o seguinte quadro comparativo entre os alunos das duas escolas.**

**Quadro 6:** Comparação entre as respostas dos alunos da Escola Secundária das Laranjeiras (ESL) e as dos alunos da Escola Secundária da Ribeira Grande (ESRG) relativas ao conhecimento de drogas

	<b>ESL (150 inquiridos)</b>	<b>ESRG (150 inquiridos)</b>
<b>Droga mais referenciada</b>	Cocaína (110=73,3%)	Cocaína (103=68,6%)
<b>2ª droga mais referenciada</b>	Heroína (99=66%)	Heroína (88=58,6%)
<b>3ª droga mais referenciada</b>	Ecstasy (69=46%)	Ecstasy (67=44,6%)
<b>4ª droga mais referenciada</b>	Cannabis e suas variantes (61=40,6%)	Cannabis e suas variantes (62=41,3%)
<b>5ª droga mais referenciada</b>	Nomes de rua de cannabis (43=28,6%)	Nomes de rua de cannabis (39=26%)
<b>“Não sei”</b>	2 (1,33%)	1 (0,6%)
<b>Não responde</b>	3 (2%)	0 (0%)

Ao analisarmos as respostas dadas pelos alunos da Escola Secundária das Laranjeiras e com as respostas dadas pelos alunos da Escola Secundária da Ribeira Grande, podemos constatar, uma vez mais, valores muito próximos em relação ao quadro geral sobre esta mesma questão. As substâncias mais referenciadas são exactamente as mesmas, na mesma ordem e com percentagens muito semelhantes.

Apenas se destaca que, em relação ao álcool e tabaco, 9 alunos da Escola Secundária das Laranjeiras nomearam estas substâncias como drogas, o que equivale a 6%. A mesma percentagem apresentou a população inquirida da Escola Secundária da Ribeira Grande na nomeação do álcool. No entanto, nesta escola apenas um inquirido nomeou o tabaco como droga, o que equivale apenas a 0,6%.

Ainda no domínio da **questão n. 2 - nomear** substâncias que, no entender dos alunos, eram **drogas - obtivemos o seguinte quadro comparativo entre as respostas dadas pelos dois sexos.**

**Quadro 7:** Comparação entre as respostas dos alunos do sexo masculino (M) e do sexo feminino (F) relativa ao conhecimento de drogas

	<b>M (120 inquiridos)</b>	<b>F (180 inquiridos)</b>
<b>Droga mais referenciada</b>	Cocaína (89=74,1%)	Cocaína (124=68,8%)
<b>2ª droga mais referenciada</b>	Heroína (88=73,3%)	Heroína (109=60,5%)
<b>3ª droga mais referenciada</b>	Ecstasy (64=53,3%)	Cannabis e suas variantes (75=41,6%)
<b>4ª droga mais referenciada</b>	Cannabis e seus variantes (48=40,0%)	Ecstasy (72=40,0%)
<b>5ª droga mais referenciada</b>	Nomes de rua de cannabis (34=28,3%)	Nomes de rua de cannabis (48=26,6%)
<b>“Não sei”</b>	0 (0%)	3 (1,6%)
<b>Não responde</b>	2 (1,6%)	1 (0,5%)

No campo da diferença entre as respostas do sexo masculino e do sexo feminino, não há diferenças expressivas a apontar. As substâncias nomeadas e ordem pela qual elas surgem são praticamente as mesmas, embora as percentagens sejam ligeiramente superiores nos rapazes. Além disso nenhum rapaz respondeu “não sei”, resposta essa que foi dada por 3 raparigas (1,6%).

Em relação às referências do álcool e do tabaco como drogas, e como já seria fácil deduzir pelos quadros acima, as percentagens são muito baixas, embora sejam

ligeiramente superiores nas raparigas. Enquanto somente 4,1% dos rapazes identifica o álcool como “droga”, 7,2% das raparigas estabelece esta relação. A percentagem volta a ser ligeiramente superior no sexo feminino no que toca à nomeação do tabaco enquanto “droga”, mais concretamente 5% contra 0,8% no sexo masculino.

Em relação à **questão n. 3**, em que o objectivo era **identificar sensações provocadas pelo consumo de cannabis, heroína, cocaína e ecstasy**, obtivemos o seguinte quadro geral de respostas.

**Quadro 8:** Frequência geral das respostas relativas ao conhecimento das sensações provocadas pelo consumo de cannabis, heroína, cocaína e ecstasy

	Cannabis	Heroína	Cocaína	Ecstasy
<b>Nº de respostas válidas</b>	<b>298</b>	<b>296</b>	<b>294</b>	<b>295</b>
<b>Nº de respostas inválidas</b>	2	4	6	5
<b>Sensações físicas</b>	36 (11,7%)	53 (17,9%)	49 (16,7%)	62 (21,0%)
<b>Sensações psicológicas</b>	134 (45%)	99 (33,4%)	101 (34,4%)	104 (35,3%)
<b>Sensações físicas e psicológicas</b>	38 (12,8%)	16 (5,4%)	19 (6,5%)	29 (9,8%)
<b>“Não sei”</b>	23 (7,7%)	41 (13,9%)	36 (12,2%)	29 (9,8%)
<b>Não respondeu</b>	67 (22,5%)	87 (29,4%)	89 (30,3%)	71 (24,1%)

No que toca ao conhecimento das sensações provocadas pela cannabis, heroína, cocaína e ecstasy, podemos verificar uma ausência de respostas em cada uma das substâncias que se situa entre os 22% e os 30%. Já a resposta “não sei” surge numa proporção um pouco menor, situando-se entre os 7,7% na cannabis e 13,9% na heroína.

Refira-se que por respostas inválidas foram consideradas todas as respostas que continham frases que não se adequavam ao contexto da pergunta.

Das sensações destacadas, podemos analisar que os alunos comentam com maior frequência as sensações psicológicas em detrimento das sensações físicas, sendo, de modo um modo geral, a conjugação entre físicas e psicológicas muito menos expressiva.

No âmbito das sensações físicas, a substância com maior percentagem de respostas foi o ecstasy com 21% dos alunos a indicarem, pelo menos, uma sensação. A percentagem mais baixa verificou-se na cannabis (11,7%), onde os alunos destacaram em maior percentagem sensações que se incluem no domínio psicológico.

Podemos ainda analisar que a substância que apresentou uma maior percentagem de respostas no campo das sensações psicológicas foi a cannabis, com 45% e a mais baixa foi a heroína com 33,4%.

A combinação de sensações físicas e psicológicas foi muito mais baixa, com excepção da cannabis, sendo a mais baixa a heroína, com 5,4% e a mais alta a cannabis com 12,8%.

A lista apresentada com todas as sensações (físicas e psicológicas) é enorme, contudo, não raras vezes, os alunos associam uma mesma sensação a várias substâncias, não sendo possível aferir com precisão que sensação específica eles atribuem a uma substância em particular. Contudo, os termos “euforia” e “hiperactivo” surgem fortemente associados ao ecstasy e a noção de “dependência” surge apenas associada à heroína e cocaína, mas num número muito reduzido.

Assim, no vasto leque de sensações / consequências físicas, em relação às várias substâncias temos: “boca seca”; “fim das dores no corpo”; “rir muito”; “adrenalina / hiperactivo”; “falta de apetite”; “fraqueza/fadiga”; “suor”; “calor”; “fazer coisas descontroladamente”; “actos violentos”; “agressivo”; “perturbações de sono”; “fome”; “náuseas”; “olhos vermelhos”; “olhos inchados”; “força”; “prisão de ventre”; “não diz coisa com coisa”; “diarreia”; “perda de memória”; “comichão”; “dores no corpo”; “mal-estar”; “problemas de coração”; “chorar”; “corpo relaxado”; “fala muito”; “insensível à temperatura”; “movimentos lentos”; “nervoso”; “irritado”; “perda dos sentidos”; “querem mais”; “desconfiados”.

Na panóplia de sensações psicológicas, os inquiridos referiram, para as quatro substâncias, “prazer/satisfação”; “relaxamento”; “felicidade”; “tranquilo”; “desperto”; “mal estar”; “confusão”; “embriagado”; “leveza”; “herói”; “maluco”; “possuído”; “paranóico”; “doido”; “muito doido”; “alucinações”; “não sabe onde está”; “descontrolado”; “fica nas nuvens”; “euforia”; “atrofiado”; “desinibido”; “fica noutra mundo”; “ansiedade”; “problemas psicológicos”; “depressão”; “alívio”; “raiva/ódio”; “perda de lucidez”; “pedrado/high/mexa”; “excitação”; “coragem”.

Podemos ainda destacar que no âmbito das sensações físicas da cannabis tivemos exemplos das seguintes expressões: “Rir / rir muito” (Q256), “sono” (Q255), “faltos de sono” (Q298), “movimentos lentos” (Q254); “náuseas, vómitos” (Q115); “olhos vermelhos” (Q131). Nas sensações psicológicas da cannabis, obteve-se as seguintes expressões: “relaxamento” (Q104); “felicidade” (Q134); “leveza” (Q138); “alucinações” (Q113).

Nas sensações físicas da heroína surgiu “rir/ rir muito” (Q297); “actos violentos” (Q288); “fraqueza” (Q120) e “sono” (Q255).

No campo psicológico da heroína, os inquiridos apresentaram redacções como “relaxamento” (Q126); “sentir-se bem consigo” (Q119); “sente-se um herói” (Q149); “não sabe onde está” (Q126) e “dependência física” (Q174).

No que concerne às sensações físicas da heroína, temos “Energético” (Q79); “tonturas” (Q70) e “batimento cardíaco acelerado” (Q96).

Quanto às sensações psicológicas da heroína, destacaram, por exemplo, “Prazer” (Q66); “paranóico” (Q60) e “alucinações” (Q63).

No domínio das sensações físicas provocadas pela cocaína, entre outras situações, salientaram, por exemplo, “Fim das dores no corpo” (Q157); “calor” (Q184); “falta de sono” (Q176) e “nariz entupido” (Q274).

Em relação às sensações psicológicas derivadas do consumo de cocaína, referem “tranquilo” (Q179); “dependente” (Q177); “fica noutra mundo” (Q152).

Na consequência do consumo de ecstasy, os inquiridos referem as seguintes consequências físicas “Excitação” (Q248); “Euforia” (Q242) e “confuso”.

Como consequências psicológicas, os alunos nomeiam “Desorientado” (Q209); “hiperactivo” (Q235) e “corpo a tremer” (Q 233).

Ainda relação à **questão n. 3**, em que o objectivo era **identificar sensações provocadas pelo consumo de cannabis, heroína, cocaína e ecstasy**, obtivemos o seguinte quadro comparativo entre os alunos das duas escolas.

**Quadro 9:** Comparação entre as respostas dos alunos da Escola Secundária das Laranjeiras (ESL) e as dos alunos da Escola Secundária da Ribeira Grande (ESRG) relativas ao conhecimento das sensações provocadas pela cannabis, heroína, cocaína e ecstasy.

	ESL				ESRG			
	Cannabis	Heroína	Cocaína	Ecstasy	Cannabis	Heroína	Cocaína	Ecstasy
<b>Nº de respostas válidas</b>	149	149	148	149	149	147	146	146
<b>Nº de respostas inválidas</b>	1	1	2	1	1	3	4	4
<b>Sensações físicas</b>	13 (8,7%)	25 (16,8%)	26 (17,6%)	32 (21,5%)	22 (14,8%)	28 (19,0%)	23 (15,8%)	30 (20,5%)
<b>Sensações psicológicas</b>	66 (44,3%)	46 (30,9%)	47 (31,8%)	48 (32,2%)	68 (45,6%)	53 (36,1%)	54 (37%)	56 (38,4%)

	ESL				ESRG			
<b>Sensações físicas e psicológicas</b>	24 (16,1%)	9 (6,0%)	10 (6,8%)	19 (12,8%)	14 (9,4%)	7 (4,8%)	9 (6,2%)	10 (6,8%)
<b>“Não sei”</b>	16 (10,7%)	28 (18,8%)	24 (16,2%)	21 (14,1%)	7 (4,7%)	13 (8,8%)	12 (8,2%)	8 (5,5%)
<b>Não respondeu</b>	30 (20,1%)	41 (27,5%)	41 (27,7%)	29 (19,5%)	37 (24,8%)	46 (31,3%)	48 (32,9%)	42 (28,8%)

No que concerne à comparação entre escolas, uma vez mais, os resultados são muito próximos em termos percentuais. A maior diferença a merecer destaque situa-se na enunciação das sensações físicas da cannabis, que na Escola Secundária das Laranjeiras situa-se nos 8,7%, enquanto na Escola Secundária da Ribeira Grande, a percentagem sobre para os situa-se nos 14,8%

Em relação à heroína, 18,8% dos alunos da Escola Secundária das Laranjeiras diz não saber quais as sensações/consequências provocadas pelo consumo de heroína. Na Escola Secundária da Ribeira Grande, esta percentagem desce para 8,8%.

Ainda no domínio da **questão n. 3 - identificar sensações provocadas pelo consumo de cannabis, heroína, cocaína e ecstasy** - obtivemos o seguinte quadro comparativo entre as respostas dadas pelos dois sexos.

**Quadro 10:** Comparação entre as respostas dos alunos do sexo masculino (M) e as dos alunos do sexo feminino (F) relativas ao conhecimento das sensações provocadas pela cannabis, heroína, cocaína e ecstasy.

	M				F			
	Cannabis	Heroína	Cocaína	Ecstasy	Cannabis	Heroína	Cocaína	Ecstasy
<b>Nº de respostas válidas</b>	119	118	117	118	179	178	177	177
<b>Nº de respostas inválidas</b>	1	2	3	2	1	2	3	3
<b>Sensações físicas</b>	12 (10,1%)	25 (21,2%)	25 (21,4%)	34 (28,8%)	23 (12,8%)	28 (15,7%)	24 (13,6%)	28 (15,8%)
<b>Sensações psicológicas</b>	65 (54,6%)	41 (34,7%)	43 (36,8%)	40 (33,9%)	69 (38,5%)	58 (32,6%)	58 (32,8%)	64 (36,2%)
<b>Sensações físicas e psicológicas</b>	16 (13,4%)	8 (6,8%)	7 (6%)	12 (10,2%)	22 (12,3%)	8 (4,5%)	12 (6,8%)	17 (9,6%)
<b>“Não sei”</b>	6 (5%)	18 (15,3%)	15 (12,8%)	12 (10,2%)	17 (9,5%)	23 (12,9%)	21 (11,9%)	17 (9,6%)

	M				F			
<b>Não respondeu</b>	20 (16,8%)	26 (22%)	27 (23,1%)	20 (16,9%)	47 (26,3%)	61 (34,3%)	62 (35%)	51 (28,8%)

No que se reporta à comparação entre sexos, a primeira grande diferença surge nas percentagens referentes à ausência de resposta. Em cada uma das substâncias, há sempre, pelo menos, 10% a mais de raparigas que não respondem. Em relação às sensações/consequências da cannabis há 16,8% de rapazes que não respondem e 26,3% raparigas. Em relação à heroína 22% dos rapazes não responderam, nas raparigas esta percentagem sobe para 34,3%. Na cocaína, 23,1% assume desconhecer os efeitos desta substância. Contudo, nas raparigas, este desconhecimento sobe para 35%. No que se refere ao ecstasy, a mesma disparidade volta a verificar-se, 16,9% dos rapazes não respondem, nas raparigas a ausência de resposta dispara para os 28,8%.

No que se refere à enunciação de sensações físicas e psicológicas, de uma forma geral, as percentagens rondam os mesmos valores, se bem que sempre com uma tendência para a percentagem de respostas do sexo masculino ser mais elevada. A maior diferença insere-se no campo das sensações psicológicas da cannabis. Enquanto 54,6% dos rapazes enunciam pelo menos alguma sensação provocada pelo consumo desta substância, no caso das raparigas esta percentagem fica-se pelos 38,5%.

Em relação à **questão n. 4**, em que o objectivo era **identificar factores de risco que podem contribuir para a toxicodependência**, obtivemos o seguinte quadro geral de respostas.

**Quadro 11:** frequência geral das respostas relativas à enunciação dos factores de risco

<b>Número de respostas válidas</b>	300
<b>Número de respostas inválidas</b>	0
<b>Moda (factor de risco mais enunciado)</b>	Viver num ambiente onde existe droga (231; 77%)
<b>2º factor mais enunciado</b>	Ter pais a favor das drogas (169; 56,3%)
<b>3º factor mais enunciado</b>	Consumir drogas antes dos 15 anos (164; 54,7%)
<b>4º factor mais enunciado</b>	Ter problemas em relacionar-se (148; 49,3%)
<b>5º factor mais enunciado</b>	Não ter apoio de um adulto (141; 47%)
<b>2.º factor menos enunciado</b>	Ser rapaz (18; 6%)
<b>factor de risco menos enunciado</b>	Outros (3,3%)

No que concerne aos factores de risco em relação à toxicodependência apresentados aos respondentes, todos os alunos seleccionaram 5 factores, tal como solicitado.

Foram dados aos alunos 15 factores de risco, dos quais os alunos escolhiam os tais 5, além de um campo que dava a possibilidade do aluno enunciar um ou mais factores de risco para além dos expostos. Os 15 factores, baseados em Peixoto (2005), foram: Não gostar de si; ser pobre; consumir drogas antes dos 15 anos; ter problemas em relacionar-se; insucesso escolar; ter pais a favor das drogas; não confiar em si; ser depressivo; não ter expectativas de sucesso; viver num meio onde existe droga; ter pais muito protectores; faltar às aulas; não ter apoio de um adulto; ter uma preferência exagerada pelos amigos em detrimento da família.

Assim, a esmagadora maioria, 77%, equivalente a 231 respostas, seleccionou o facto de se viver num ambiente onde existe droga como um factor de risco. Também mais de 50% dos alunos, mais concretamente 56,3%, equivalente a 169 respostas, são da opinião que ter pais a favor das drogas é um factor de risco. Também acima do 50%, com 54.7%, equivalentes a 164 respostas e, assim, como o terceiro factor de risco mais enunciado, os alunos reconhecem o facto de se consumir drogas antes dos 15 anos como um factor de risco. O facto de se ser pouco sociável é também apontado muito próximo dos 50% (49,3%) como factor de risco, bem como não ter o apoio de um adulto que obteve a escolha de 47% dos respondentes, o que equivale a 141 respostas.

Com uma percentagem muito irrelevante, apenas 6%, o que equivale apenas a 18 escolhas, o facto de se ser rapaz não é visto como um factor de risco, ou pelo menos não tão importante como os enunciados anteriormente.

Para além dos 15 factores de risco, um número muito reduzido de outros factores de risco foi enunciado, apenas, 3,3%. Destacaram como outros factores de risco, por exemplo, “ter desgostos amorosos” (Q288); “ser fraco” (Q132); “Não saber os efeitos das drogas” (Q236); “Ser curioso (Q247); não saber dizer não” (Q247); “Ir pelos amigos” (Q248); “não ter ambição” (Q152).

Ainda em relação à **questão n. 4 - identificar factores de risco que podem contribuir para a toxicodependência** - obtivemos o seguinte quadro comparativo entre os alunos das duas escolas.

**Quadro 12:** Comparação entre as respostas dos alunos da Escola Secundária das Laranjeiras (ESL) e as dos alunos da Escola Secundária da Ribeira Grande (ESRG) relativas à enunciação dos factores de risco.

	ESL	ESRG
<b>Nº de respostas válidas</b>	150	150
<b>Nº de respostas inválidas</b>	0	0
<b>Factor mais enunciado</b>	Viver num meio onde existe droga (121; 80,7%)	Viver num meio onde existe droga (110; 73,3%)
<b>2º factor mais enunciado</b>	Pais a favor das drogas (87; 58%)	Consumir drogas antes dos 15 anos (85; 56,7%)
<b>3º factor mais enunciado</b>	Consumir drogas antes dos 15 anos (79; 52,7%)	Ter pais a favor das drogas (82; 54,7%)
<b>4º factor mais enunciado</b>	Ter problemas em relacionar-se (71; 47,3%)	Ter problemas em relacionar-se (77; 51,3%)
<b>5º factor mais enunciado</b>	Ser depressivo (67; 44,7%)	Não ter apoio de um adulto (72; 48%)
<b>2.º factor menos enunciado</b>	Outros (9; 6%)	Ser rapaz (8; 5,3%)
<b>factor menos enunciado</b>	Faltar às aulas (7; 4,7%)	Outros (1; 0,7%)

No que respeita à comparação entre escola na enunciação dos factores de risco, podemos ver que os quatro primeiros de cada escola estão em consonância com os da caracterização geral, estando também de acordo com a ordem apresentada. A diferença na Escola Secundária das Laranjeiras prende-se com o facto de se “ser depressivo” ser entendido como um factor de risco, 44,7%, ou seja, 67 respostas. Além disso, o factor “faltar às aulas” foi o menos enunciado na Escola Secundária das Laranjeiras, o que não aconteceu na Escola Secundária da Ribeira Grande, onde os factores menos enunciados foram exactamente os mesmo do quadro geral (quadro número 9).

Ainda no domínio da **questão n. 4 - identificar factores de risco que podem contribuir para a toxicodependência** - obtivemos o seguinte quadro comparativo entre as respostas dadas pelos dois sexos.

**Quadro 13:** Comparação entre as respostas dos alunos do sexo masculino (M) e do sexo feminino (F) relativas à enunciação dos factores de risco.

	M	F
<b>Nº de respostas válidas</b>	120	180
<b>Nº de respostas inválidas</b>	0	0
<b>Factor mais enunciado</b>	Viver num meio onde existe droga (87; 72,5%)	Viver num meio onde existe droga (144; 80%)

	M	F
<b>2º factor mais enunciado</b>	Ter pais a favor das drogas (71; 59,2%)	Consumir drogas antes dos 15 anos (102; 56,7%)
<b>3º factor mais enunciado</b>	Consumir drogas antes dos 15 anos (62; 51,7%)	Ter pais a favor das drogas (98; 54,4%)
<b>4º factor mais enunciado</b>	Ter problemas em relacionar-se (60; 50%)	Ter problemas em relacionar-se (88; 48,9%)
<b>5º factor mais enunciado</b>	Ser depressivo (56; 46,7%)	Não ter apoio de um adulto (87; 48,3%)
<b>2.º factor menos enunciado</b>	Ser rapaz (3,3%);	Ser rapaz (14; 7,8%)
<b>1.º factor menos enunciado</b>	Outros (2,5%)	Outros (7; 3,9%)

Na comparação entre as respostas do sexo masculino e do sexo feminino, no campo dos factores de risco, não há valores com grande disparidade. Apenas o quinto factor mais enunciado pelos rapazes, “ser depressivo”, é substituído por “não ter apoio de um adulto” na enunciação das respostas dadas pelas raparigas. Há a assinalar igualmente a troca do segundo factor de risco mais enunciado pelos rapazes pelo terceiro das raparigas, mas com diferenças percentuais muito pequenas.

Além disso, ambos os sexos concordam que o facto de ser rapaz tem pouca relevância para ser considerado um factor de risco, já que, em ambos os casos, é o 15º factor, ou seja, o penúltimo menos salientado.

Em relação à **questão n. 5**, em que o objectivo era **identificar factores de protecção que podem contribuir para a toxicodependência**, obtivemos o seguinte quadro geral de respostas.

**Quadro 14:** frequência geral das respostas relativa à enunciação dos factores de protecção

<b>Número de respostas válidas</b>	300
<b>Número de respostas inválidas</b>	0
<b>Moda (factor de protecção mais enunciado)</b>	Ter amigos contra as drogas (207; 69%)
<b>2º factor mais enunciado</b>	Saber lidar com os seus fracassos (204; 68%)
<b>3º factor mais enunciado</b>	Boa relação com os pais (197; 65,7%)
<b>4º factor mais enunciado</b>	Confiar nas suas capacidades (168; 56%)
<b>5º factor mais enunciado</b>	Ter expectativas de sucesso (157; 52,3%)
<b>2.º factor menos enunciado</b>	Ser rapariga (15; 5%)
<b>1.º factor menos enunciado</b>	Outros (6; 2%)

No que concerne aos factores de protecção em relação à toxicodependência apresentados pelos respondentes, todos os alunos seleccionaram 5 factores, tal como solicitado.

Foram dados aos alunos 15 factores de protecção, dos quais os alunos escolhiam os 5, além de um campo que dava a possibilidade do aluno enunciar um ou mais factores de protecção para além dos enunciados. Os 15 factores, baseados em Peixoto (2005) foram: gostar de si; escola de pequenas dimensões; ser rapariga; ter amigos contra as drogas; participar nas decisões familiares; confiar nas suas capacidades; participar em actividades recreativas; ser sociável em criança; não consumir drogas antes dos 15 anos; ter um adulto em que possa confiar; ter uma boa relação com os pais; estar envolvido em várias actividades na escola; ter expectativas de sucesso; ter a capacidade de se adaptar a novas situações e saber lidar com os fracassos.

Assim, a maioria, 69%, equivalente a 207 respostas, seleccionou o facto de se ter amigos contra as drogas como factor de protecção. “Saber lidar com os seus fracassos” teve apenas uma diferença percentual do factor anterior de 1%, sendo o segundo de protecção mais seleccionado pelos alunos. Também muito próximo, com 65,7%, ou seja, 197 escolhas, temos o facto “ter uma boa relação com os pais” ser determinante para proteger os jovens dos trilhos da toxicodependência. Com 52,3%, ou seja, de novo com mais de 50% dos inquiridos em acordo, temos a importância de se ter “expectativas de sucesso” como um importante factor de protecção em relação ao consumo de substâncias psicoactivas.

Ambos os grupos (masculino e feminino) estão de acordo que o facto de se ser rapariga tem pouca importância para funcionar como factor de protecção, manifestando-se apenas na selecção de 5% por parte dos 300 alunos.

No que respeita à enunciação de outros factores de protecção para além dos expostos, a colheita também é baixa e apenas 2% (6 alunos num universo de 300) enunciaram algum factor para além dos 15 previamente expostos. Dentro destas enunciações, temos “Falar com ex-toxicodependentes” (Q242) e “Ter mais informação” (Q247), como exemplos de situações que, no entender desses alunos, poderão ser factores de protecção.

Ainda em relação à **questão n. 5 - identificar factores de protecção que podem contribuir para a toxicodependência** - obtivemos o seguinte quadro comparativo entre os alunos das duas escolas.

**Quadro 15:** Comparação entre as respostas dos alunos da Escola Secundária das Laranjeiras (ESL) e as dos alunos da Escola Secundária da Ribeira Grande (ESRG) relativas à enunciação dos factores de protecção.

	ESL	ESRG
<b>Nº de respostas válidas</b>	150	150
<b>Nº de respostas inválidas</b>	0	0
<b>Factor mais enunciado</b>	Ter amigos contra as drogas (108; 72%)	Saber lidar com os fracassos (110; 73,8%)
<b>2º factor mais enunciado</b>	Ter uma boa relação com os pais (102; 68%)	Ter amigos contra as drogas (99; 66,4%)
<b>3º factor mais enunciado</b>	Saber lidar com os fracassos (94; 62,7%)	Ter uma boa relação com os pais (95; 63,8%)
<b>4º factor mais enunciado</b>	Confiar nas suas capacidades (79; 52,7%)	Confiar nas suas capacidades (89; 59,7%)
<b>5º factor mais enunciado</b>	Ter um adulto que sirva como apoio (78; 52,0%)	Ter expectativas de sucesso (83; 55,7%)
<b>2º factor menos enunciado</b>	Outros (5; 3,3%)	Ser rapariga (9; 6%)
<b>factor menos enunciado</b>	Ser rapariga e escola de pequenas dimensões (4; 2,7%)	Outros 1 (0,7%)

Se focarmos a nossa atenção na comparação entre as respostas dadas pelos alunos dos dois estabelecimentos de ensino, podemos constatar, uma vez mais, que a ordem de enunciação dos factores de protecção (tal como aconteceu nos factores de risco) não é necessariamente a mesma, mas as diferenças percentuais acabam por ser irrisórias e os quatro factores de protecção mais seleccionados por ambas as escolas acabam por estar de acordo com o quadro geral. Apenas o factor “ter um adulto que sirva de apoio” conseguiu expressão suficiente por parte dos alunos da Escola Secundária das Laranjeiras para o colocar nos 5 factores mais enunciados. Além do mais, quer num estabelecimento de ensino, quer no outro, o facto de “ser rapariga” tem pouca influência na protecção à toxicoddependência. Contudo, os alunos da Escola Secundária das Laranjeiras atribuem a mesma percentagem mínima ao facto da “escola ter pequenas dimensões”.

Ainda no domínio da **questão n. 5 - identificar factores de protecção que podem contribuir para a toxicoddependência** - obtivemos o seguinte quadro comparativo entre as respostas dadas pelos dois sexos.

**Quadro 16:** Comparação entre as respostas dos alunos do sexo masculino(M) e do sexo feminino (F) relativas à enunciação dos factores de protecção.

	M	F
<b>Nº de respostas válidas</b>	120	180
<b>Nº de respostas inválidas</b>	0	0
<b>Factor mais enunciado</b>	Ter amigos que são contra as drogas (86; 72,3%)	Saber lidar com os seus fracassos (133; 73,9%)
<b>2º factor mais enunciado</b>	Ter uma boa relação com os pais (72; 60,5%)	Ter uma boa relação com os pais (125; 69,4%)
<b>3º factor mais enunciado</b>	Saber lidar com os seus fracassos (71; 59,7%)	Ter amigos que são contra as drogas (121; 67,2%)
<b>4º factor mais enunciado</b>	Confiar nas suas capacidades (70; 58,8%)	Confiar nas suas capacidades (98; 54,4%)
<b>5º factor mais enunciado</b>	Ter expectativas de sucesso (64; 53,8%)	Ter expectativas de sucesso (93; 51,7%)
<b>2.º factor menos enunciado</b>	Escola de pequenas dimensões e ser rapariga (7; 5,9%)	Escola de pequenas dimensões (6; 3,3%)
<b>1.º factor menos enunciado</b>	Outros (3; 2,5%)	Outros (3; 2,5%)

No que concerne à comparação entre sexos, os cinco factores mais enunciados são exactamente os mesmos, embora a ordem nos três primeiros não seja exactamente igual. A curiosidade nesta apresentação prende-se com o facto de se “ser rapariga” ser entendido mais facilmente pelas raparigas como sendo um factor de protecção, o mesmo não acontecendo com os rapazes, sendo dos 15 factores de protecção apresentados, aquele que, no entender do sexo masculino, tem menor impacto enquanto factor de protecção.

Em relação à **questão n. 6**, em que o objectivo era **relacionar o consumo de drogas com a origem de problemas de saúde**, obtivemos o seguinte quadro geral de respostas.

**Quadro 17:** frequência geral das respostas relativas à enunciação da relação entre toxicodependência e problemas de saúde

<b>Número de respostas válidas</b>	300 (100%)
<b>Número de respostas inválidas</b>	0 (0%)
<b>“Sim”</b>	235 (78,3%)
<b>“Não”</b>	19 (6,3%)
<b>“Não sei”</b>	46 (15,3%)
<b>Moda (problema de saúde mais enunciado)</b>	SIDA (149=49,7%)

**Quadro 17:** frequência geral das respostas relativas à enunciação da relação entre toxicodependência e problemas de saúde

<b>Número de respostas válidas</b>	300 (100%)
<b>Número de respostas inválidas</b>	0 (0%)
<b>2º problema de saúde mais enunciado</b>	Desleixo com o corpo (138=46%)
<b>3º problema de saúde mais enunciado</b>	Problemas do coração (134=44,7%)
<b>4º problema de saúde mais enunciado</b>	Hepatite B (108=36%)
<b>5º problema de saúde mais enunciado</b>	Hepatite C (88=29,3)
<b>6.º problema de saúde mais enunciado</b>	Abcessos (19=6,3%)
<b>7.º problema de saúde mais enunciado</b>	Outros (18=6%)
<b>8.º problema de saúde mais enunciado</b>	Gastroenterite (14=4,7%)
<b>9.º problema de saúde mais enunciado</b>	Constipação (8=2,7%)

Quando questionados sobre a possível relação entre consumo de “drogas” e problemas de saúde, a maioria responde que sim, mais concretamente 78,3%, o que equivale a 235 respostas no campo das 300 possíveis. Apenas 6,3% (19 respostas) respondeu “não”, mas já 15,3% (46 respostas) respondeu não saber. Registe-se ainda que todas as respostas obtidas nesta questão foram válidas, dado que todos os alunos elegeram uma das opções iniciais de resposta, ou seja, “sim”; “não” ou “não sei”.

Para as possibilidades de resposta, foram dadas as seguintes opções: “Sida”; “Gastroenterite”; “Constipação”; “hepatite B”; “abcessos”; “desleixo com o corpo”; “hepatite C”; “problemas do coração” e foi dado ainda um campo em aberto caso os alunos quisessem enunciar outro problema de saúde para além dos já nomeados.

Se a percentagem para a enunciação da relação entre consumo de substâncias psicoactivas e problemas de saúde foi elevada (78,3%), depois essa percentagem diluiu-se nas várias opções e não ultrapassa os 50% (49,7%, ou seja, 149 respostas), a percentagem dos alunos que fazem a ponte entre toxicodependência e SIDA. 44,7% diz existir relação entre toxicodependência e desleixo com o corpo. Em relação à hepatite B, a percentagem é mais baixa e situa-se apenas nos 36%, o que equivale apenas a 108 respostas no universo das 300 possíveis. A hepatite C foi ainda menos relacionada com toxicodependência, situando-se nos 29,3% reflectidos em 88 respostas. A enunciação dos abcessos enquanto problema de saúde consequente do consumo de substâncias psicoactivas fica-se pelos 6,3%, 19 respostas, ficando apenas à frente da gastroenterite com 4,7%, 14 respostas e da constipação com 2,7%, 8 respostas. Percentagens mais altas do que estes dois problemas teve o campo que possibilitava os inquiridos de enunciar outros problemas. 18 alunos, 6%, referiram outras patologias, das quais

passamos a destacar as seguintes: “overdose” (Q 100); “depressão” (Q120); “problemas cerebrais” (Q206) “cancro” (Q 155; 168; 180; 273); “problemas pulmonares” (Q178); e “problemas respiratórios” (Q282).

Ainda em relação à **questão n. 6 - relacionar o consumo de drogas com a origem de problemas de saúde** - obtivemos o seguinte quadro comparativo entre os alunos das duas escolas.

**Quadro 18:** Comparação entre as respostas dos alunos da Escola Secundária das Laranjeiras (ESL) e as dos alunos da Escola Secundária da Ribeira Grande (ESRG) relativas à enunciação da relação entre toxicoddependência e problemas de saúde

	ESL	ESRG
<b>Número de respostas válidas</b>	150 (100%)	150(100%)
<b>Número de respostas inválidas</b>	0 (100%)	0 (100%)
<b>“Sim”</b>	124 (82,7%)	111 (74%)
<b>“Não”</b>	11 (7,3%)	8 (5,3%)
<b>“Não sei”</b>	15 (10%)	31 (20,7%)
<b>Moda (problema de saúde mais enunciado)</b>	Sida (81=54%)	Desleixo com o corpo (72=48%)
<b>2º problema mais enunciado</b>	Problemas do coração (73=48,7%)	Sida (68= 45,6%)
<b>3º problema mais enunciado</b>	Desleixo com o corpo (66=44%)	Problemas do coração (61=40,7%)
<b>4º problema mais enunciado</b>	Hepatite B (63=42%)	Hepatite B (45=30%)
<b>5º problema mais enunciado</b>	Hepatite C (49=32,7%)	Hepatite C (39=26%)
<b>6.º problema mais enunciado</b>	Outros (11=7,3%)	Abcessos (9=6%)
<b>7.º problema mais enunciado</b>	Abcessos (10=6,7%)	Outros (7=4,7%)
<b>8.º problema mais enunciado</b>	Gastroenterite (6=4%)	Gastroenterite (6=4%)
<b>9.º problema mais enunciado</b>	Constipação (4=2,7%)	Constipação (4=2,7%)

Em relação à comparação de escolas, há algumas diferenças a registar. Note-se que a percentagem de alunos que estabelecem uma relação entre toxicoddependência e problemas de saúde é superior na Escola Secundária das Laranjeiras do que na Escola Secundária da Ribeira Grande, mais concretamente 82,7% contra 74%. Em relação à Sida que foi o problema mais vezes enunciado na Escola de Ponta Delgada, com 54%, foi apenas o segundo na Escola Secundária da Ribeira Grande, com uma percentagem que nem chegou aos 50%, ficando-se nos 45,8%. A hepatite B e a hepatice C surgem na mesma ordem em ambas as escolas, mas sempre com percentagens um pouco superiores

na Escola Secundária das Laranjeiras, sendo também aí onde se registou maior enunciação de outros problemas de saúde derivados do consumo de “drogas”, 6,7% contra 4,7%.

Também no âmbito da **questão n. 6 - relacionar o consumo de drogas com a origem de problemas de saúde** – obtivemos o seguinte quadro comparativo entre as respostas dadas dos diferentes anos de escolaridade do ensino secundário.

**Quadro 19:** Comparação entre as respostas dos alunos dos vários anos de escolaridade do Ensino Secundário relativas à enunciação da relação entre toxicodependência e problemas de saúde.

	10.º ano	11.º ano	12.º ano
<b>Número de respostas válidas</b>	<b>100 (100%)</b>	100 (100%)	100(100%)
<b>Número de respostas inválidas</b>	0 (100%)	0 (100%)	0 (100%)
“Sim”	68%	78%	89%
“Não”	8%	9%	2%
“Não sei”	24%	13%	9%
<b>Moda (problema de saúde mais enunciado)</b>	Desleixo com o corpo (42%)	Desleixo com o corpo (51%)	Sida (69%)
<b>2.º problema mais enunciado</b>	Problemas do coração (44%)	Sida (47%)	Hepatite B (48%)
<b>3.º problema mais enunciado</b>	Sida (33%)	Problemas do coração (45%)	Desl. com o corpo (45%)
<b>4.º problema mais enunciado</b>	Hepatite B (27%)	Hepatite B (33%)	Prob. do cor. (45%)
<b>5.º problema mais enunciado</b>	Hepatite C (19%)	Hepatite C (27%)	Hepatite C (42%)
<b>6.º problema mais enunciado</b>	Abcessos (7%)	Abcessos (7%)	Outros (6%)
<b>7.º problema mais enunciado</b>	Outros (6%)	Gastroenterite (6%)	Abcessos (5%)
<b>8.º problema mais enunciado</b>	Gastroenterite (5%)	Constipação (4%)	Gastroenterite (3%)
<b>9.º problema mais enunciado</b>	Constipação (2%)	Outros (4%)	Constipação (2%)

Para esta questão, achámos pertinente apresentar o quadro da distribuição de respostas por anos lectivos porque, ao contrário do que aconteceu nas respostas anteriores, aqui é possível verificar um padrão nos dados recolhidos. Podemos facilmente constatar que a percentagem da enunciação dos problemas de saúde vai ficando superior à medida que se avança no ano lectivo. Logo na primeira questão, 68%

dos alunos do 10º ano disse haver uma relação entre toxic dependência e problemas de saúde. No 11º ano esta percentagem subiu para 78% e no último ano do ciclo, 12º ano, atingiu os 89%.

Assim, numa relação inversa as percentagens das respostas “não” e “não sei” vai diminuindo à medida que se avança no ano lectivo, com uma excepção na resposta “não” do 10º para o 11º ano.

As percentagens para a resposta “não sei” descem consideravelmente ao longo do ciclo. Assim começamos com 24% no 10º ano, descendo para 13% no 11º ano e terminando com apenas 9% no 12º ano.

Consequentemente, exceptuando os casos da gastroenterite e constipação as percentagens também estão sempre em ascensão na identificação dos problemas de saúde à medida que se avança no ano lectivo.

Deste modo, por exemplo em relação à Sida, só 33% dos alunos do 10º ano estabeleceram esta comparação. A percentagem subiu para 47% no 11º ano, atingindo os 69% no 12º ano.

Subidas análogas acontecem na identificação das hepatites. Assim, apenas 27% dos alunos do secundário seleccionaram a opção da hepatite B, subindo para 33% no 11º ano e para 48% no 12º ano. No que respeita à hepatite C, começou com 19% no 10º ano, subindo para 27% no 11º ano e terminando com 42% no 12º ano.

Ainda no domínio da **questão n. 6 - relacionar o consumo de drogas com a origem de problemas de saúde – obtivemos o seguinte quadro comparativo entre as respostas dadas pelos dois sexos.**

**Quadro 20:** Comparação entre as respostas dos alunos do sexo masculino relativas à enunciação da relação entre toxic dependência e problemas de saúde.

	M	F
<b>Número de respostas válidas</b>	120 (100%)	180 (100%)
<b>Número de respostas inválidas</b>	0 (100%)	0 (100%)
<b>“Sim”</b>	93 (77,5%)	142 (78,9)
<b>“Não”</b>	10 (8,3%)	9 (5%)
<b>“Não sei”</b>	17 (14,2%)	19 (16,1%)
<b>Moda (problema de saúde mais enunciado)</b>	Desleixo com o corpo (56=46,7%)	Sida (96=53,3%)
<b>2º problema de saúde mais enunciado</b>	Problemas do coração (54=45%)	Desleixo com o corpo (82=45,6%)

	M	F
<b>3º problema de saúde mais enunciado</b>	Sida (53%=44,2%)	Problemas do coração (80=44,4%)
<b>4º problema de saúde mais enunciado</b>	Hepatite B (37=30,8)	Hepatite B (71=39,4%)
<b>5º problema de saúde mais enunciado</b>	Hepatite C (32=26,7%)	Hepatite C (56=31,1%)
<b>6º problema de saúde mais enunciado</b>	Gastroenterite (9=7,5%)	Abcessos (11=6,1%)
<b>7º problema de saúde mais enunciado</b>	Abcessos (8=6,7%)	Gastroenterite (5=2,8%)
<b>8º problema de saúde mais enunciado</b>	Constipação (4=3,3%)	Constipação (4=2,2%)
<b>9º problema de saúde mais enunciado</b>	Outros (1=0,8%)	Outros (3=1,7%)

Na comparação entre sexos, exceptuando o caso da gastroenterite e da constipação, bem como o não saber se existe relação entre toxicod dependência e problemas de saúde, as respostas do sexo feminino, em termos percentuais, são sempre superiores à dos rapazes.

Por exemplo, 44,2% dos rapazes identificou a sida como um problema que poderá ser derivado da toxicod dependência. Esta percentagem subiu para 53,3% nas raparigas. A hepatite B é identificada por apenas 30,8% dos rapazes e 30,9% pelas raparigas. A hepatite C é seleccionada como problema associado à toxicod dependência por apenas 26,7% dos rapazes. Nas raparigas, também embora baixa, há um ligeiro aumento desta identificação para 31,1%.

Outras patologias para além das previamente identificadas também foram respondidas em maior percentagem pelo sexo feminino. Embora estejamos a falar de percentagens extremamente baixas quer num caso, quer no outro, apenas 1 rapaz referiu um problema de saúde para além dos já mencionados no questionário, o que equivale a 0,8%. Nas raparigas a percentagem subiu para 1,7%, ou seja, 3 raparigas.

Em relação à **questão n. 7**, em que o objectivo era **relacionar o consumo de drogas com criminalidade**, obtivemos o seguinte quadro geral de respostas.

**Quadro 21:** frequência geral das respostas relativas à enunciação da relação entre toxicod dependência e criminalidade.

<b>Número de respostas válidas</b>	300 (100%)
<b>Número de respostas inválidas</b>	0 (100%)

**Quadro 21:** frequência geral das respostas relativas à enunciação da relação entre toxicodependência e criminalidade.

<b>Número de respostas válidas</b>	300 (100%)
<b>Número de respostas inválidas</b>	0 (100%)
<b>“Sim”</b>	279 (93%)
<b>“Não”</b>	8 (2,7%)
<b>“Não sei”</b>	13 (4,3)
<b>Moda (acto criminal mais enunciado)</b>	Tráfico de droga (267=89%)
<b>2.º acto criminal mais enunciado</b>	Roubos /furtos (245=81,7%)
<b>3.º acto criminal mais enunciado</b>	Violência doméstica (177=59%)
<b>4.º acto criminal mais enunciado</b>	Condução perigosa (138=46%)
<b>5º acto criminal mais enunciado</b>	Distúrbios na via pública (129=43%)
<b>Outros problemas enunciados</b>	4 (1,3%)

Quando questionados acerca da possível relação entre toxicodependência e criminalidade, a esmagadora maioria respondeu que sim, mais concretamente 93%, o que equivale a 279 respostas. De forma negativa apenas 2,7%, 8 alunos, responderam, e “não sei” foi a resposta dada por 4,3% dos estudantes, ou seja, 13 alunos. Refere-se ainda que o questionário continha 5 actos criminosos, mais um espaço aberto para o aluno poder referir mais alguma acção ilícita para além das já disponíveis no inquérito. Além disso, não era dado nenhum mínimo nem máximo de respostas, podendo o aluno seleccionar apenas um dos actos enunciados ou todos. Os actos criminosos que constavam no inquérito eram: “distúrbios na via pública”; “condução perigosa”; “roubos/furtos”; “tráfico de droga” e “violência doméstica”.

Na enunciação dos actos criminosos, as percentagens são bastante elevadas praticamente para todas as acções disponíveis no questionário. Assim, 89%, 267 dos alunos estabeleceram ligação entre toxicodependência e tráfico de droga; 81,7%, 245 respostas, apresentam a ponte entre toxicodependência e roubos/furtos. 59%, ou seja, 177 alunos, dizem haver conexão entre consumo de substâncias psicoactivas e violência doméstica. 46%, 138 alunos estabelecem o paralelismo entre toxicodependência e condução perigosa e 43% (129 alunos) faz a ligação entre “droga” e distúrbios na via pública.

Contudo, a percentagem é extremamente baixa no que concerne à enunciação de outros problemas relacionados, ficando-se pelos 1,3%, ou seja, apenas 4 alunos. Das respostas apresentadas, destacamos: “homicídio” (Q120); “serem mal-educados para os pais” (Q 176).

Ainda em relação à **questão n. 7 - relacionar o consumo de drogas com criminalidade** - obtivemos o seguinte quadro comparativo entre os alunos das duas escolas.

**Quadro 22:** Comparação entre as respostas dos alunos da Escola Secundária das Laranjeiras (ESL) e as dos alunos da Escola Secundária da Ribeira Grande (ESRG) relativas à enunciação da relação entre toxicodpendência e criminalidade.

	ESL	ESRG
<b>Número de respostas válidas</b>	150 (100%)	150 (100%)
<b>Número de respostas inválidas</b>	0 (100%)	0 (100%)
<b>“Sim”</b>	139 (92,7%)	140 (93,3%)
<b>“Não”</b>	6 (4%)	2 (1,3%)
<b>“Não sei”</b>	5 (3,3%)	8 (5,3%)
<b>Moda (acto criminal mais enunciado)</b>	Tráfico de droga (135=90%)	Tráfico de droga (132=88%)
<b>2.º acto criminal mais enunciado</b>	Roubo/furto (117=78%)	Roubo/furto (128=85,3%)
<b>3.º acto criminal mais enunciado</b>	Violência doméstica (84=56%)	Violência doméstica (93=62%)
<b>4.º acto criminal mais enunciado</b>	Condução perigosa (72%=48%)	Condução perigosa (66=44%)
<b>5º acto criminal mais enunciado</b>	Distúrbios na via pública (67=44,7%)	Distúrbios na via pública (62=41,3%)
<b>Outros problemas enunciados</b>	2 (1,3%)	2=1,3%

No que toca a esta questão (toxicodpendência e criminalidade), as respostas obtidas nesta questão são muito semelhantes. As percentagens altas e afirmativas verificam-se nas respostas obtidas pelos alunos dos dois estabelecimentos de ensino.

Enquanto 92,7% dos inquiridos das Laranjeiras diz haver uma correspondência entre toxicodpendência e criminalidade, 93,3% dos alunos da Secundária da Ribeira Grande respondem da mesma forma. A ordem dos problemas mais enunciados é também exactamente a mesma, ou seja, em primeiro lugar o tráfico de droga, em segundo o roubo/furto; em terceiro a violência doméstica; em quarto a condução perigosa e em quinto os distúrbios na via pública.

Ainda no âmbito da **questão n. 7 - relacionar o consumo de drogas com criminalidade** - obtivemos o seguinte quadro comparativo entre as respostas dadas pelos dois sexos.

**Quadro 23:** Comparação entre as respostas dos alunos do sexo masculino (M) e do sexo feminino (F) relativas à enunciação da relação entre toxicodependência e criminalidade.

	M	F
<b>Número de respostas válidas</b>	120 (100%)	180 (100%)
<b>Número de respostas inválidas</b>	0 (0%)	0 (0%)
<b>“Sim”</b>	110 (91,7%)	169 (93,9%)
<b>“Não”</b>	5 (4,2%)	3 (1,7%)
<b>“Não sei”</b>	5 (4,2%)	8 (4,4%)
<b>Moda (acto criminal mais enunciado)</b>	Tráfico de droga (107=89,2%)	Tráfico de droga (160=88,9%)
<b>2.º acto criminal mais enunciado</b>	Roubo/furto (93=77,5%)	Roubo/furto (152=84,4%)
<b>3.º acto criminal mais enunciado</b>	Violência doméstica (65=54,2%)	Violência doméstica (112=62,2%)
<b>4.º acto criminal mais enunciado</b>	Distúrbios na via pública (53=44,2%)	Distúrbios na via pública (104=60,8%)
<b>5.º acto criminal mais enunciado</b>	Condução perigosa (48=40%)	Condução perigosa (90=50%)
<b>Outros actos enunciados</b>	1 (0,8%)	3 (1,7%)

No que toca à comparação entre sexos, as percentagens são bastante elevadas no que respeita à concordância da relação entre toxicodependência e criminalidade, 91,7% nos rapazes, 93,9% nas raparigas.

Contudo, na identificação de cada situação em particular, a percentagem é sempre superior no sexo feminino do que no sexo masculino, exceptuando-se o tráfico de droga, se bem que a diferença percentual seja irrisória (89, 2% no sexo masculino, 88,9% no sexo feminino).

Nos restantes actos criminosos, 77,5% dos rapazes identificam os roubos e furtos contra 84,4% nas raparigas. A violência doméstica é referida por 54,2% dos rapazes e por 62,2% das raparigas. Os distúrbios na via pública foram respondidos por 44,2% do sexo masculino e por 60,8% do sexo feminino. Finalmente, a condução perigosa é referida por 40% dos rapazes e por 50% das raparigas. A enunciação de outros actos é também superior nos respondentes do sexo feminino do que nos respondentes do sexo masculino. 1,7% no primeiro caso, 0,8% no segundo.

Em relação à **questão n. 8**, em que o objectivo era **caracterizar o perfil do toxicodependente**, obtivemos o seguinte quadro geral de respostas.

**Quadro 24:** Frequência geral das respostas relativas ao perfil do toxicodependente

	Respostas válidas	Respostas inválidas	Opção com maior percentagem seleccionada pelos alunos
<b>Faixa etária</b>	288	12	15-20 anos (140=46,7%)
<b>Sexo</b>	298	2	Masculino (289=96,3%)
<b>Estado civil</b>	288	12	Solteiro (249=83%)
<b>Habilitações literárias</b>	286	14	3º ciclo (99=33%)
<b>Situação profissional</b>	293	7	Sem ocupação profissional (222=74%)

Foi ainda solicitado aos alunos que identificassem o perfil do toxicodependente e nível da faixa etária, bem como o sexo, estado civil, habilitações literárias e situação profissional. As várias opções foram retiradas de um estudo de Peixoto (2005), já previamente referido neste estudo. As respostas inválidas prendem-se com as situações em que os alunos, num determinado item, seleccionaram mais do que uma opção, ao contrário daquilo que estava expresso nas instruções.

Assim, 46,7% dos inquiridos pensa que a maior parte dos toxicodependentes tem entre 15 a 20 anos. 96,3% está de acordo que a maior dos consumidores de “drogas” é do sexo masculino e 83% refere que são solteiros. No que toca às habilitações literárias, as percentagens já foram mais díspares, mas a opção que recebeu maior percentagem de respostas foi a do 3º ciclo, com 33%. A percentagem volta a subir, situando-se nos 74% no que se refere à situação profissional: 222 alunos dizem que os habituais consumidores de substâncias psicoactivas não têm qualquer ocupação profissional.

Ainda em relação à **questão n. 8 - caracterizar o perfil do toxicodependente** - obtivemos o seguinte quadro comparativo entre os alunos das duas escolas.

**Quadro 25:** Comparação entre as respostas dos alunos da Escola Secundária das Laranjeiras (ESL) e as dos alunos da Escola Secundária da Ribeira Grande (ESRG) relativas à enunciação do perfil do toxicodependente.

	ESL (150 inquiridos)			RG (150 inquiridos)		
	N.R.V.	N.R.I	Perfil selccionado	N.R.V.	N.R.I	Perfil selccionado
<b>Faixa etária</b>	143	7	15-20 anos (61=42,7%)	145	5	15-20 anos (54,5%)
<b>Sexo</b>	149	1	Masculino (146=98%)	149	1	Masculino (143=96%)

	ESL (150 inquiridos)			RG (150 inquiridos)		
	N.R.V.	N.R.I	Perfil seleccionado	N.R.V.	N.R.I	Perfil seleccionado
<b>Estado civil</b>	142	8	Solteiro (120=84,5%)	146	4	Solteiro (129=88,4%)
<b>Habilitações literárias</b>	141	9	3º ciclo (61=43,2,%)	145	5	3º ciclo (38=26,2%)
<b>Ocupação profissional</b>	145	5	Sem ocupação (104=71,7%)	148	2	Sem ocupação (118=79,7%)

Ao observarmos as respostas dadas pelos alunos das diferentes escolas, podemos concluir que na maioria, as opiniões dos alunos são exactamente as mesmas e com percentagens muito próximas, com a excepção no campo das habilitações literárias. 43,2% dos alunos inquiridos da Escola Secundária das Laranjeiras são da opinião que a maioria dos toxicodependentes possui o 3º ciclo. Esta crença, nos inquiridos da Escola Secundária da Ribeira Grande, cai para 26,3%.

Contudo, mesmo tendo em conta a diferença percentual acima referida, o perfil do toxicodependente desenhado pelos alunos das duas escolas é o seguinte: idade compreendida entre os 15 e os 20 anos; é do sexo masculino; é solteiro; possui o 3º ciclo e não tem qualquer ocupação profissional.

Ainda no âmbito da **questão n. 8 - caracterizar o perfil do toxicodependente** - obtivemos o seguinte quadro comparativo entre as respostas dadas pelos dois sexos.

**Quadro 26:** Comparação entre as respostas dos alunos do sexo masculino (M) e do sexo Feminino (F) relativas à enunciação do perfil do toxicodependente

	M (120 inquiridos)			F (180 inquiridos)		
	N.R.V.	N.R.I	Perfil seleccionado	N.R.V	N.R.I.	Perfil seleccionado
<b>Faixa etária</b>	111	9	21-25 anos (46=41,4%)	177	3	15-20 anos (103=58,2%)
<b>Sexo</b>	119	1	Masculino (114=95,8%)	179	1	Masculino (175=97,8%)
<b>Estado civil</b>	111	9	Solteiro (86=77,5%)	177	3	Solteiro (163=92,1%)
<b>Habilitações literárias</b>	112	8	3º ciclo (40=35,7%)	174	6	3º ciclo (59=33,9%)
<b>Ocupação profissional</b>	116	4	Sem ocupação (80=69%)	177	3	Sem ocupação (142=80,2%)

Se compararmos o perfil do toxicodependente visto pela perspectiva dos dois sexos, podemos ver que a diferença reside apenas na faixa etária.

Assim, o perfil do toxicodependente desenhado pelos alunos do sexo masculino é o seguinte: idade compreendida entre os 15 e os 20 anos; é do sexo masculino; é solteiro; possui o 3º ciclo e não tem qualquer ocupação profissional.

O perfil do toxicodependente desenhado pelos alunos do sexo feminino é o seguinte: idade compreendida entre os 21 e os 25 anos; é do sexo masculino; é solteiro; possui o 3º ciclo e não tem qualquer ocupação profissional.

Quando questionados acerca do que um toxicodependente deve fazer para se recuperar, apresentaram uma lista relativamente extensa de orientações. Contudo, a esmagadora maioria refere constantemente uma ideia: ir para uma clínica. Também com forte expressão, embora não tão possante como a ideia anteriormente explicitada, temos a noção de que o toxicodependente deve ter força de vontade. A lista completa das ideias sugeridas é a seguinte: “tem que deixar de consumir; ir para um clínica / fazer tratamento; deixar os amigos e más influências; ter um emprego; ir ao psicólogo; ter objectivos; ser mentalmente forte; tomar metadona; pedir ajuda a um assistente social; ocupar os tempos livres; admitir que tem um problema; saber que tem um problema; acreditar em si, que é possível a cura; sair com pessoas que não consomem; ter força de vontade; procurar algo que o faça feliz: ter apoio de familiares e de amigos; não estar só; fazer desintoxicação.” Temos ainda algumas respostas com a redacção “não sei”.

Como já foi referido, a esmagadora maioria dos inquiridos respondeu à questão com a ideia da necessidade do toxicodependente se dirigir para uma clínica. Destacamos os seguintes quatro exemplos:

“Procurar ajuda numa clínica de reabilitação” (Q57);

“Ir para uma clínica” (Q116);

“Internar-se numa clínica” (Q166);

“Fazer reabilitação numa clínica” (Q272).

Há também um número de significativo de respostas que se centra na ideia de que para se recuperar, o toxicodependente precisa de ter força de vontade. São exemplos desta ideia as seguintes redacções:

“Ter vontade própria para deixar” (Q94);

“É complicado, mas quem tem vontade consegue” (Q149);

“Ter vontade própria e ir para uma clínica” (Q186);

“Ter força de vontade para os tratamentos” (Q250).

Na sequência da pergunta anterior, foi também lançada a questão acerca do grau de dificuldade do processo de reabilitação. Perante a dicotomia de “fácil” ou “difícil”, os alunos apontaram a opção do difícil. Perante a justificação de tal opção, uma vez mais, as respostas são várias, sendo, contudo, possível verificar duas tendências de resposta: “complicado”, ou ainda mais completo, “complicado porque é um vício” e a resposta “volta a cair [na toxicodependência]”.

A lista completa para justificar a complexidade do processo de recuperação foi a seguinte: “Complicado porque é um vício”; “o organismo pede”; “é complicado por causa da ressaca / dores no corpo”; “abster-se é complicado”; “leva anos”; “volta a cair”; “tem que ter apoio”; “tem que ter vontade”; “depende do grau de dependência”; “sabe onde existe droga”; “tem que libertar a mente”; “muito complexo”; “por causa da dependência”; “tem que saber lidar com a ansiedade.”

Para exemplificar a primeira justificação mais vezes referida (processo complicado) temos, os seguintes exemplos:

“É complicado deixar um vício” (Q32);

“Os vícios não se deixam num dia” (Q110).

“Complicado porque envolve muita revolta e emoção” (Q271);

“Complicado porque envolve dependência” (Q286)

Para ilustrar a problemática das recaídas, várias vezes referenciada pelos alunos, temos os seguintes exemplos:

“É uma tentação. Há uma enorme tentação de voltar a consumir e volta a cair” (Q 251);

“É complicado porque há sempre avanços e recuos” (Q 267);

“Penso que é difícil porque muita gente que vai para a clínica de reabilitação não consegue aguentar e por vezes volta a ter recaídas” (Q285);

“Complicado porque pode haver sempre uma recaída” (Q289).

Aquando da questão acerca daquilo que os alunos acham que a escola poderá fazer para travar, para combater as toxicodependências, as ideias foram as que se seguem: “maior vigilância, rigor e controlo”; “polícia”; “ajuda dos mais velhos”; “formação / palestras”; “proibir fumar”; “sessões com ex-toxicodependentes”; “professores mais atentos”; “actividades”; “falar com os encarregados de educação”;

“apoio psicológico”; “auxiliares mais controladores”; “passar filmes sobre a temática”; “legalizar drogas leves”; “fazer análises aos alunos / rastreios”; “multas, punições”; “expulsar os alunos que consomem”; “acompanhar os casos mais graves”; “a escola não deve esconder que tem estes problemas”. Houve ainda algumas respostas de “não sei” e “nada”.

Nesta questão, não há um padrão de resposta que nos permita fazer uma clara distinção e / ou uma distinção válida entre respostas de determinada escola e resposta de determinado sexo.

De um modo geral, independentemente da escola e do ano de escolaridade, há sempre uma maior concentração de respostas nas sugestões de “maior vigilância” e “formação / palestras”

Por exemplo, na sugestão de “maior vigilância” temos os seguintes exemplos:

“Controlar melhor quem entra e quem sai da escola” (Q142)

“Controlar entradas e saídas” (Q174);

“Câmaras de vigilância” (Q176);

“Procurar droga nos portões” (Q186):

Na sugestão de formação e palestras, temos:

“Mais campanhas de sensibilização para alertar os grandes perigos” (Q134)

“Campanhas de sensibilização com casos reais” (Q171);

“Palestras, falar abertamente com alguém especializado” (Q184);

“Falar mais nas consequências” (Q 197).

No que concerne às sugestões de campanhas de prevenção que poderão ser desenvolvidas na freguesia onde os alunos habitam, uma vez mais, as ideias foram diversas: “rusgas; maior policiamento”; “formação/campanhas”; “proibir tráfico”; “ter clínicas de reabilitação”; “fornecer apoio psicológico”; “tentar ajudar”; “ter casa para a metadona”; “leis mais fortes”; “não ter tantos cafés”; “multas”; “locais mais visíveis”; “distribuição de seringas”; “acompanhar os casos mais graves”; “mais iluminação à noite”; “limpar” toxicodependentes das ruas”; “estar mais atentos”; “fazer exames à população”; “legalizar cannabis.” Nesta questão, tal como aconteceu na pergunta anterior, voltam a surgir algumas respostas “não sei” e “nada”.

De um modo geral, incluindo as diferentes escolas e os diferentes sexos, as sugestões mais vezes apontadas foram a necessidade de existir maior policiamento, bem como a intensificação das campanhas de formação.

Explicitando a ideia da necessidade de haver maior policiamento, temos os seguintes exemplos:

- “Polícias à paisana”. (Q133)
- “Mais polícias e mais atentos” (Q140);
- “Polícias mais atentos” (Q175);
- “Presença de polícia.” (Q269);

Materializando a necessidade das freguesias incentivarem as campanhas de prevenção, temos os seguintes testemunhos:

- “Campanhas de sensibilização e casos reais, relatos” (Q172)
- “Mais informação. Mostrar casos que destruíram vidas” (Q247);
- “Campanhas para afastar as pessoas das drogas” (Q267);
- “Mais iniciativas de informação com casos reais” (Q292).

Uma vez que o presente estudo se insere no mundo adolescente, mais concretamente numa problemática que afecta essa mesa faixa etária, a toxicoddependência, quisemos saber porque é que os próprios adolescentes acham que são os seus pares os alvos mais fáceis de cair na trama da dependência psicoactiva.

As ideias explicadoras foram as seguintes: “Idade da mudança”; “não está mentalmente desenvolvido”; “idade da irreverência”; “cometem erros”; “frequentam bares e discotecas”; “influência dos amigos”; “liberdade a mais”; “problemas em casa”; “são inocentes”; “gostam de ter experiências novas”; “desgostos amorosos”; “conhecem os sítios onde existe droga e pessoas que consomem”; “porque é fixe e rebelde”; “não têm ocupação”; “falta de uma educação rigorosa”; “são facilmente influenciáveis”; “não têm paciência para a escola”; “para se integrarem”; “sentem-se superiores”; “para se afirmarem”; “são curiosos”; “para diversão e para curtir”; “não têm responsabilidades”; “não têm informação suficiente”; “têm que tomar decisões”; “para se exibirem”; “porque têm problemas e não sabem lidar com eles”; “são frágeis”; “não têm projectos”; “fase complicada e depressiva”; “pensam que são os melhores”; “pressão (pais, escola, exames)”; “não ouvem os pais”; “exemplos dos pais e dos amigos”; “porque está na moda”; “fase de descobrimentos”; “fracassos escolares”; “para arranjar dinheiro.”

Desta vasta lista, as ideias que mais se repetiram foram: “experiências novas” e “são facilmente influenciáveis”.

Para o primeiro caso, temos as seguintes citações:

- “Porque querem experimentar” (Q101);

“ Estão na fase louca da vida onde querem experimentar tudo sem pensar nas consequências” (Q134);

“Querem experimentar tudo na sua juventude esquecendo as consequências” (Q143);

“Querem experimentar as sensações que as drogas dão” (Q199).

Como citações para a transmissão da ideia de que os adolescentes são facilmente influenciáveis, temos as seguintes:

“É a faixa etária mais influenciável” (Q65);

“Devido às influências sociais” (Q128);

“Porque fazem tudo ou quase tudo o que os adolescentes mais velhos fazem” (Q196);

“Os jovens são facilmente influenciáveis. Os adolescentes, hoje em dia, estão inseguros.” (Q213);

## **2. Discussão dos Dados**

De acordo com os dados apresentados, podemos notar que, embora os alunos inquiridos apresentem características e conhecimentos distintos, também evidenciam muitas paridades e partilham muitos conhecimentos que se situam em níveis semelhantes, independentemente da diferença da escola, bem como a diferença do ano de escolaridade ou até mesmo do sexo, sendo, assim, possível falar de um modo mais geral, o mesmo é dizer, dos conhecimentos, das percepções que os alunos do ensino secundário têm acerca das toxicodependências.

Assim, no que concerne à definição de tipologias de consumo, analisa-se que os alunos acertaram, em grande maioria nas definições de “droga”, “abstinência” e “uso social”. Contudo, o mesmo sucesso nas respostas já não se verificou nas definições de “abuso”, “dependência” e “tolerância”.

O mesmo padrão de ligação entre os conceitos e as suas definições verificou-se quer nas respostas dadas pelos alunos em geral. Se analisarmos as ligações em separado, isto é, por escola e por sexo, analisamos que o mesmo padrão de sucesso e de erro se mantém.

Convém não esquecer que as definições apresentadas nos inquéritos foram baseadas em Filho e Ferreira-Borges(2008); Organização Mundial de Saúde e DSM IV. Repare-se que esta era a única questão do questionário que limitava a expressão dos

alunos porque as definições já estavam previamente dadas, apenas esses mesmos alunos, de acordo com as definições que eram apresentadas, tinham que fazer a sua ligação aos conceitos apresentados na coluna esquerda. Por isso, numa situações destas, parece-nos legítimo interrogar até que ponto, este método foi o mais adequado para esta questão, porque, efectivamente limita a expressão do aluno, vendo-se ele restrito às definições colocadas, correndo o risco de não compreender a expressão escrita apresentada, se bem que houve, obviamente, o cuidado de adequar, o máximo possível as definições expostas pelos autores ao nível intelectual próprio de um adolescente do ensino secundário.

No que concerne à questão número dois, a qual, de forma livre, indagou-se os alunos acerca das drogas que conheciam, surge, por esta ordem, as drogas mais referenciadas, “cocaína”; “heroína”; “ecstasy”; “cannabis e suas variantes”; “nomes de rua de cannabis”. Repare-se que as “drogas” mais referenciadas pelos alunos são exactamente aquelas que estão documentadas na revisão de literatura como as “drogas” principais Richard et. al, (2002); Peixoto (2005) e IDT (2010).

Contudo, ao analisarmos estas respostas surge-nos aqui um dado que merece toda a nossa atenção. Tal como foi referenciado por Stoppard (2000) e Aragão e Sacadura (2002), existem três grandes divisões de cannabis: erva, haxixe e óleo de haxixe. Consequentemente, cada uma destas três grandes divisões, apresentam uma série de nomes, os chamados nomes de rua, que podem variar consoante a localização geográfica. Assim, quando algum aluno respondeu à questão “que drogas conheces” com “chamom” e “haxixe”, o aluno pensou que estava a nomear duas substâncias, mas não, estava apenas a nomear apenas uma. Uma resposta deste tipo foi incluída na categoria “cannabis e nomes de rua”. Outras repostas houve em que os alunos nomearam vários nomes de rua da mesma substância. Ou seja, analisando as respostas dadas pelos inquiridos, a análise relevante que importa aqui referir é que os alunos, muitas vezes, pensam que estão a falar de “drogas”, de substâncias diferentes, mas estão a falar da mesma realidade, apenas com designações diferentes, ou seja, o conhecimento dos alunos não é em tão elevado grau como eles próprios pensam que seja.

Uma outra análise, ainda nesta questão, prende-se com o facto de um número muito irrisório apresentar o “álcool” e o “tabaco” como “drogas”. E aqui há uma incompreensão face à literatura. Enquanto que Peixoto (2005 e 2009) apresenta o álcool como a substância psicoactiva que provoca uma maior percentagem a nível de danos físicos, psíquicos e sociais, o IDT (Instituto da Droga e da Toxicodependência) não

inclui o álcool como uma das principais substâncias no seu relatório, fazendo apenas uma breve referência aquando da apresentação dos seus quadros.

No que concerne sensações físicas e/ou psicológicas desencadeadas pelas várias substâncias, há a necessidade de ter presente que “qualquer substância activa tem o poder de desencadear uma série de consequência, sensações, (as quais são organizadas da seguinte forma: físicas e psicológicas (Stoppard, 2000; Pascual, 2001; Aragão e Sacadura, 2002), podendo, obviamente, cada substância desencadear os dois tipos de reacções.

Note-se que quando os alunos foram inquiridos acerca das sensações da cannabis, heroína, cocaína e ecstasy, as respostas dadas pelos educandos foram ao encontro das sensações descritas na literatura, contudo analisemos o seguinte: os alunos nomearam, em cada uma das substâncias, um número superior de efeitos psicológicos, em comparação aos efeitos físicos. Repare-se que a enunciação de efeitos, de sensações físicas e psicológicas, em todas as substâncias apresentadas, foi muito inferior, à enunciação singular de sensações, de efeitos físicos e psicológicos. Terão os alunos menor conhecimento dos efeitos conjunto?

Também não menos importante é o dado que nos revela que a nível psicológico, as sensações nomeadas pelos alunos são essencialmente questões positivas, as físicas, pelo contrário, são maioritariamente negativas. Mais, os alunos, além de nomearem um número de efeitos físicos inferior ao número de efeitos psicológicos, não nomearam nas sensações negativas as de carácter mais irreversível, tais como abscessos, amputações e overdose (Patrício, 2002). Esta possível falta de conhecimento constitui um dado também importante e que não pode ser descurado em futuras campanhas de prevenção?

A nível de comparação de escolas, as respostas são muito semelhantes, o que uma vez mais reforça a ideia de que apesar de estarmos a falar de realidades geográficas e sociais diferentes e com índices de consumo diferenciados, o conhecimento que os jovens dessas zonas diferenciadas apresentam está ao mesmo nível.

Contudo, também é conveniente verificar que a percentagem dos alunos que não responderam a esta questão, também ronda a mesma percentagem, neste caso, os 20%.

Se analisarmos as respostas dadas pelos dois sexos, aqui há uma diferença a apontar. Aparentemente, os rapazes revelam um maior conhecimento das sensações e das consequências das várias substâncias do que as raparigas, Consequentemente, e quase sem surpresa, o número mais elevado de respostas com “não sei” encontra-se no sexo feminino. Contudo, há uma semelhança, com as devidas diferenças percentuais:

quer os rapazes, quer as raparigas, evidenciam um maior conhecimento nas sensações físicas provocadas pelo ecstasy e pelas sensações psicológicas provocadas pela cannabis.

Quanto à enunciação de factores de risco e factores de protecção, a literatura apresenta uma vasta gama de factores que podem ser percepcionados como factores de risco e uma outra panóplia em número igual de factores de protecção, como McCrimmond & Werbrung (1986), Lowenstein (1998), Abraão (1999) Shenker (2005), entre outros que foram referenciados ao longo da revisão de literatura.

Contudo, Ferreira e Filho-Borges (1998), em consonância com Dias (1990) e Frasquinho (1996), sintetizam e reagrupam os factores de risco em quatro grandes áreas: individual, familiar, psicossocial e contextual.

Ao utilizarmos as categorias utilizadas pelos autores acima enunciados apresentamos ao alunos uma série de factores de risco, mais concretamente 15, que escolhessem 5 factores que, no seu entender, melhor podem contribuir para o jovem enveredar pelo itinerário dos consumos. Ao analisar as respostas gerais dos alunos, podemos constatar que os 5 factores de risco mais enunciados foram: 1) Viver num ambiente onde existe droga (231; 77%); 2) Ter pais a favor das drogas (169; 56,3%); 3) Consumir drogas antes dos 15 anos (164; 54,7%); 4) Ter problemas em relacionar-se (148; 49,3%); 5) Não ter apoio de um adulto (141; 47%).

A diferença de sexo é perspectivada como insignificante em termos de factor de risco.

Destes cinco factores mais enunciados, temos um do nível contextual (viver num ambiente onde existe droga); temos um referente ao domínio psicossocial (não ter apoio de um adulto); um familiar (ter pais a favor das drogas) e, finalmente, dois a nível individual, mais concretamente, consumir drogas antes dos 15 anos e ter problemas em relacionar-se.

A nível de diferença de respostas entre escolas, as respostas dadas pelos alunos da Escola Secundária das Laranjeiras reforçam ainda mais os factores individuais uma vez que reconhece como um risco maior ser-se depressivo do que não ter um apoio de um adulto.

Ser rapaz e faltar às aulas também são factos vistos como pouco significativos na contribuição como factor de risco.

No que respeita à comparação entre sexos, podemos constatar que nos cinco factores mais evidenciados como factores de risco para a toxicodependência, os rapazes

enunciam 3 do domínio individual (consumir drogas antes dos 15; ter problemas em relacionar-se e ser depressivo); 1 do domínio contextual (viver num meio onde existe droga) e 1 do domínio familiar (ter pais a favor das drogas). Apesar do domínio individual ser aquele com maior número de situações enunciadas, o factor mais fortemente percebido como factor de risco é do domínio contextual (viver num sítio onde exista droga).

As respostas do sexo feminino são as mesmas do sexo masculino, substituindo o “ser depressivo” (factor individual) por “não ter apoio de um adulto” (factor psicossocial) como factor de risco.

Refira-se que são as raparigas que enunciam um maior número de outras situações para além das 15 previamente descritas: 3,9% das raparigas, contra 2,5% dos rapazes.

No que concerne aos factores de protecção, os alunos voltam a dar destaque aos factores do domínio individual. Dos cinco mais enunciados, três pertencem a este campo, a saber “saber lidar com os seus fracassos; confiar nas suas capacidades e ter expectativas de sucesso, embora um factor contextual foi mais vezes referido, mais concretamente, “Ter amigos contra as drogas” (207; 69%). O factor familiar, volta a estar presente, nomeadamente e uma vez mais (tal como tinha acontecido com os factores de risco) os alunos parecem achar determinante a relação que se tem com os pais (65,7%).

Se nos factores de risco, o facto de ser rapaz, na opinião dos inquiridos, pouca ou nenhuma importância tem, no que concerne aos factores de protecção, o facto de se ser rapariga também não se revela determinante.

Na comparação entre escolas, podemos ver que os factores escolhidos por ambos os alunos são os mesmos, embora numa ordem ligeiramente diferente. Dado curioso é que os alunos da Escola Secundária das Laranjeiras dão uma importância mínima ao facto de uma escola de pequenas dimensões funcionar como factor de risco. Note-se que a Escola Secundária das Laranjeiras é de menores dimensões comparativamente à Escola Secundária da Ribeira Grande.

Em relação à distinção das respostas tendo por base o factor sexo, podemos constatar que ambos estão de acordo com os factores que mais contribuem para proteger o indivíduo da toxicodependência, embora as raparigas acabem por ter uma maior expressão percentual nos factores individuais e os rapazes nos contextuais, nomeadamente na influência dos amigos.

Também como se pode analisar, os alunos colocam grande ênfase na relação que se tem com os pais como factor determinante para se criar uma situação de risco ou de protecção em relação às drogas. Deste modo, este destaque vai ao encontro das investigações desenvolvidas por Rahioui & Reynaud (2008), Fleming (2006), Weiner (1995) e Chabrol (1992) que destacaram nos pais factores que poderão contribuir para o contacto com substâncias com os seus filhos.

Relativamente à relação entre toxicoddependência e problemas de saúde, podemos observar que a grande maioria reconhece existir uma relação entre toxicoddependência e problemas de saúde (78,3%), contudo esta suposta sabedoria revela-se desastrosa na identificação dos problemas em concreto. Apenas 49,7% dos alunos identificam a SIDA com um problema provável e a Hepatite B não ultrapassa os 36%. Ou seja, de modo bastante preocupante, os alunos não conseguem identificar os problemas que são amplamente divulgados na literatura de investigação, tal como em Poiars (2001) ou Patrício.

Em termos de comparação entre escolas, as percentagens dos alunos de ambos os estabelecimentos são bastante baixas, embora a Escola Secundária das Laranjeiras seja ligeiramente mais bem-sucedida. Na distinção entre sexos, as raparigas apresentam resultados um pouco mais satisfatórios do que os rapazes.

Este ponto aqui em discussão é também analisado tendo por base as respostas dadas pelos diferentes anos lectivos, isto porque à medida que o ano lectivo vai aumentando (10.º, 11.º e 12.º ano), as respostas são mais bem sucedidas.

Numa análise superficial, poderíamos ficar tentados a deduzir que o fracasso das respostas dos alunos em termos de conhecimento, neste ponto, devia-se a um certo cansaço no preenchimento do questionário. No entanto, esta inferência não pode ser válida, uma vez que a questão a seguir, que afere a relação entre toxicoddependência e criminalidade, revela respostas muito mais denunciadoras de conhecimento do que as respostas à questão anterior.

Deste modo, os alunos parecem ir ao encontro dos estudos Almeida (1998), Joaquim (2005) e Peixoto (2005), afastando-se, porém, das investigações de Manita (2000) e Gonçalves (2002), uma vez que os inquiridos não revelam quaisquer dúvidas em estabelecer a ponte entre toxicoddependência e comportamentos criminosos, situando-se na casa dos 80% a percentagem de alunos que afirma existir relação entre “droga” e o tráfico da mesma, bem como entre “droga” e roubos/furtos. Neste ponto, as respostas dos alunos das duas escolas também se encontram bastante próximas, contudo

quando se trata da distinção entre rapazes e raparigas, este último grupo consegue sempre percentagens de respostas correctas superiores.

Em relação ao perfil do consumidor, se Peixoto (2005) caracteriza o toxicodependente mais comum como sendo do sexo masculino, tendo menos de 25 anos, solteiro, possuindo entre o 6.º ano e o 12.º ano de escolaridade, não tendo ocupação profissional e quando trabalha é em actividades pouco exigentes e com vínculos precários, o perfil identificado maioritariamente pelos alunos corresponde na íntegra a todas as características apresentadas acima, quer seja, nas respostas por escola, ou por sexo.

Janeiro (2001), Ferreira (2007), apoiados em estudos anteriores, apresentam 6 fases do processo de recuperação: pré-contemplação, contemplação, determinação, acção, manutenção e recaída. Quando questionados o que um toxicodependente deve fazer para se recuperar, os alunos inquiridos centram essencialmente as suas respostas na fase da acção (categoria 4), uma vez que a esmagadora maioria centra a sua resposta na ideia que o toxicodependente para se recuperar deve ir para uma clínica ou pedir ajuda. As outras fases mais destacadas são a “determinação” (categoria 3) - visível através de respostas do género “Tem que ter vontade”, “ter objectivos”, “força de vontade” – e a “recaída” (categoria 6) – enfatizada em respostas como “volta [o toxicodependente] a cair.

No levantamento de sugestões para campanhas de prevenção, quer na escola, quer na freguesia de residência, os inquiridos centram, essencialmente, os seus exemplos nas duas primeiras formas de actuação, ou seja, combate à oferta (categoria 1) e combate ao consumo (categoria 2): “Vigilância/rigor/controlo”; “polícia”; “rusgas”; “proibir tráfico”; “formação”, “palestras”. Ou seja, as respostas dos alunos parecem ir no sentido contrário às das actuais linhas orientadoras das campanhas de prevenção. Se primeiramente o objectivo das campanhas era combater a oferta (Fisher, 1988, Ferreira & Filho-Borges, 1998), - prevenção primária - posteriormente a ênfase foi colocada na redução da procura (Patrício, 2002) – prevenção secundária - hoje dá-se especial destaque à redução de danos e riscos para a saúde (Costa, 2001 e Olmos, 2008).

Finalmente, ao querer ouvir a opinião dos próprios adolescentes no que respeita à justificação da sua faixa etária ser um grupo particularmente propício a cair nas vícios do consumo de substâncias psicoactivas, os alunos comprovam as investigações de Pascual (2001) e Cordeiro (2009), dado que os inquiridos justificam esta crença com a

“curiosidade para experimentar”, “pressão de pares”, “busca do prazer”, “controle familiar inconsistente” e “acesso fácil a drogas”.

## Conclusões

Esta última secção está reservada para a apresentação das conclusões finais, nunca esquecendo, no entanto, a revisão bibliográfica que foi referenciada ao longo desta investigação e não descurando a questão de fundo que despoletou este estudo. Nesta secção haverá lugar ainda à referência de algumas dificuldades e limitações deste trabalho, a par de sugestões para investigações futuras incluídas nesta área.

O presente trabalho de investigação foi movido pela seguinte questão central: que conhecimentos têm os alunos do ensino secundário sobre o fenómeno da toxic dependência?

Após a análise dos resultados obtidos nos inquiridos por questionário, passamos à apresentação das conclusões, bem como algumas sugestões de investigações futuras no sentido de serem aprofundadas e / ou verificar algumas das **conclusões** a que aqui chegámos.

- Em relação às várias tipologias de consumo, a maioria dos adolescentes consegue definir correctamente os termos “droga”, “abstinência”, “uso moderado ou social”. Contudo, o mesmo êxito nas respostas não se verifica nas definições das seguintes tipologias de consumo: “abuso”, “dependência” e “tolerância”.

- No que toca ao explicitar o conhecimento que os adolescentes inquiridos possuem acerca das várias substâncias, a esmagadora maioria não ultrapassa a nomeação de quatro substâncias. A cocaína surge como a substância mais referenciada. No entanto, se somarmos todas as variações de cannabis enunciadas pelos adolescentes, esta é a substância que acaba por ser maioritariamente mencionada. No entanto, os inquiridos não estabelecem a distinção entre, por exemplo, cannabis e as suas variações e, ou ainda, entre haxixe e chamom, sendo legítimo inferir que os inquiridos não têm real noção das substâncias que referem, podendo-se ainda concluir que os alunos do ensino secundário pensam conhecer mais substâncias do que aquelas que na realidade conhecem.

- No campo da demonstração do conhecimento a nível de sensações provocadas pelas várias substâncias, os alunos inquiridos demonstram possuir um conhecimento superior no que se reporta às sensações psicológicas do que às sensações físicas. Um conhecimento ainda menor é ainda revelado no facto de que qualquer substância provoca, simultaneamente, sensações físicas e psicológicas. Ainda de salientar que a maioria das sensações descritas pelos alunos (quer físicas, quer psicológicas) são apenas

as agradáveis, as positivas, manifestando maior desconhecimento quanto às consequências, sensações negativas.

- Como factores de risco com maior influência para a iniciação de consumos, os alunos reconhecem o meio onde estão envolvidos, bem como pertencer a uma família a favor das drogas ou ainda ter contacto com substâncias psicoactivas antes dos 15 anos. Refira-se que como tentativa de combate às toxicodependências é pedra basilar conhecer o que poderá funcionar como factor de protecção ou factor de risco.

- Nos factores de protecção, os inquiridos manifestam a importância de ter amigos contra as drogas, a competência pessoal de saber lidar com os seus fracassos, bem como ter um espírito de diálogo aberto com pais sobre esta temática.

- Já no âmbito dos problemas de saúde, a situação revela-se numa dimensão de preocupação social. Apesar de uma significativa percentagem dos inquiridos reconhecer que existe uma relação entre o consumo de drogas e problemas de saúde, essa mesma maioria não consegue identificar os problemas em concreto. Apenas metade dos 300 inquiridos estabelece a relação entre o consumo de drogas e a SIDA. A situação torna-se ainda mais preocupante no que se refere às Hepatites (B e C). A relação entre consumo de drogas e Hepatite B é feita por menos de 40% dos inquiridos e a relação entre consumo de drogas e Hepatite C nem chega aos 30%. Contudo, neste ponto há uma situação curiosa, à medida que o ano de escolaridade dos inquiridos vai evoluindo (10º, 11º e 12º anos), o conhecimento em relação ao consumo de drogas e problemas de saúde revela-se com maior exactidão. Contudo, tratando-se de uma questão de saúde pública, parece-nos que este conhecimento é adquirido muito tardiamente.

- A relação entre toxicodependência e comportamentos criminosos revela-se reveladora de maior conhecimento, do que a relação do ponto anterior. Mais de 90% dos inquiridos reconhece esta relação, destacando-se com mais de 80% de respostas os crimes relacionados com o tráfico de droga, bem como os roubos e/ou furtos.

- Em relação ao perfil do consumidor, e embora o consumo de estupefacientes seja cada vez mais um problema transversal, os vários estudos conseguem ainda traçar um perfil sócio-económico do consumidor. O retrato traçado pelos inquiridos vai ao encontro do perfil delineado pelo último relatório do IDT (2011), ou seja, a maioria dos consumidores são do sexo masculino, com uma faixa etária entre os 15 e os 20 anos, são solteiros, sem ocupação profissional e possuem como habilitações literárias o 3.º ciclo.

- Questionados acerca do processo de reabilitação, os alunos demonstram conhecer a sua dificuldade. Mas de uma forma geral, vêm essa mesma dificuldade num

processo demasiado simplista, isto porque sabem que é difícil, sabem que exige muita força de vontade por parte do doente em se querer curar e que as recaídas são constantes. Contudo, apontam, em grande número, apenas como solução para a recuperação a entrada numa clínica de reabilitação. Ou sejam os vários passos para a reabilitação enunciados por Ferreira (2007) são apenas parcialmente reconhecidos pelos alunos, mais concretamente os da “determinação” e “acção”.

- No que se refere ao que os alunos acham que a escola pode fazer para combater a toxicod dependência, as respostas dos inquiridos centram-se muito numa óptica de controlo, de combate à oferta e procura (Patrício, 2002), e não com a diminuição de riscos e consequência de danos, acontecendo o mesmo com as respostas dadas acerca daquilo que os alunos acham que cada freguesia poderá fazer. O controlo de entradas e saídas (na escola) e maior policiamento (nas várias freguesias) são as repostas mais vezes apresentadas pelos alunos do ensino secundário que foram submetidos ao questionário. Contudo, saliente-se que a formação é, na opinião desses mesmos alunos, algo que nem as escolas, nem as freguesias devem descurar, nomeadamente na informação dos malefícios do consumo de substâncias psicoactivas, usando, de preferência, o testemunho directo de situações reais; ou seja, os inquiridos vão muito ao encontro da já teórica (quase) extinta prevenção primária e aos programas indicados por Filho e Ferreira-Borges (2008).

- Finalmente, questionados acerca do porquê serem os adolescentes a faixa etária mais vulnerável à entrada no mundo das toxicod dependências, os alunos referem como principais motivos, a vontade natural em querer experimentar coisas novas, a par do carácter influenciável próprio também da adolescência, ou seja, respostas que se encontram dentro do universo teórico delineado por Pascual (2001) e Cordeiro (2009).

Esta investigação, ao averiguar os conhecimentos que os alunos do Ensino Secundário possuem acerca de realidades, de características e de comportamentos associados à toxicod dependência, poderá ajudar a limar, a reajustar horizontes, a delimitar planos de acção ou até mesmo redefinir algumas estratégias e campanhas de prevenção. Isto porque acreditamos que o sucesso de uma campanha de prevenção desta índole depende do conhecimento que se tiver do seu público-alvo e este estudo permitiu conhecer um pouco melhor os adolescentes, público central de praticamente todas as campanhas de prevenção da toxicod dependência. Acreditamos ainda que esta investigação, sem descurar a utilidade académica que desejamos que possa vir a ter,

poderá ter uma forte utilidade pública na medida em que possibilita uma aplicação prática dos seus resultados. Assim, destacamos os seguintes **contributos** possíveis:

- Contribuir para redefinir as campanhas de prevenção:
  - Destinadas a incrementar o conhecimento das substâncias e dos seus efeitos;
  - extensivas à generalidade da população jovem da ilha;
  - levando em consideração os factores de risco e de protecção enunciados pelos alunos deste estudo.
- Os alunos reconhecem igualmente o papel determinante da família como agente facilitador ou agente de condenação assaz à prática de consumo. Por conseguinte, tentar aproximar as famílias ao universo preventivo poderá resultar num maior sucesso dessas mesmas campanhas.
- Com base nos resultados apresentados neste estudo, torna-se legítimo afirmar que é premente revisar muitas das políticas de prevenção e informação relacionadas com a questão da saúde. Os resultados obtidos nesta temática da presente investigação adquirem mesmo o estatuto de serviço público. A informação existe, mas de certa forma não se encontra assimilada pelos nossos adolescentes e, por conseguinte, os discentes, na sua maioria, não conseguem estabelecer uma relação realista entre toxicodependência e consequências a nível da saúde individual e saúde pública.
- O retrato psicossocial do toxicodependente traçado pelos inquiridos deixa antever a necessidade de desmistificar determinados mitos, nomeadamente os relacionam o uso e abuso de substâncias psicoactivas apenas num determinado grupo, com características específicas.
- As sugestões lançadas pelos alunos no que se refere a possíveis acções que poderiam ser desencadeadas quer pela escola, quer pela freguesia de residências, poderão fornecer ideias mais concretas e precisas acerca de alguns factores a ter em conta em conta na reformulação das estratégias de prevenção.
- Essas mesmas estratégias de prevenção não poderão esquecer as razões pelas quais os próprios adolescentes apontam como causa de serem um alvo fácil na iniciação dos consumos.

Convém ainda referir que, ao longo da realização deste trabalho, deparámo-nos com algumas **dificuldades**, nomeadamente:

- Aquando da elaboração do questionário, surgiu-nos a dificuldade em adaptar alguns termos científicos para uma linguagem mais próxima dos alunos sem, contudo, correr o risco de se perder o significado original daqueles mesmos termos;
- Um outro aspecto que também funcionou como uma inicial dificuldade foi o facto da lacuna literária regional a propósito deste assunto, nomeadamente, a nível de estudos realizados.

Relativamente a **limitações**, e apesar de termos aplicado um número bastante razoável de inquéritos, 300, um estudo desta natureza, mas que abarcasse outras ilhas seria de todo interessante para ter uma visão mais global acerca da realidade açoriana no que concerne a esta matéria.

Consequentemente, após a exposição das dificuldades e limitações deste estudo, avançamos, de seguida, com algumas **pistas para novos estudos**.

No sentido de se aprofundar determinadas conclusões provenientes da nossa investigação, existem determinados aspectos que podem ser alvo de outros estudos:

- Uma vez que o questionário para a obtenção dos dados que foram apresentados não tinha como objectivo saber os alunos eram ou se já tinham sido consumidores (nem que fosse ocasionalmente), era importante realizar um estudo dentro da natureza da presente investigação, mas fazendo a distinção entre consumidores e não consumidores, a ver se existe uma diferença a nível de conhecimento entre os adolescentes consumidores e os adolescentes não consumidores, ou seja, o objectivo primordial dessa suposta investigação era saber até que ponto os adolescentes consumidores sabem efectivamente o que estão a consumir e, consequentemente, afunilar ainda mais as campanhas de prevenção;
- Além disso, também se poderá realizar um estudo no qual se estabeleça a relação entre os hábitos de saídas nocturnas dos adolescentes e os consumos que têm ou não e o conhecimento que possuem acerca das várias realidades inerentes à toxicoddependência;
- Um estudo onde se analise detalhadamente a composição do agregado familiar e o papel que esse mesmo adolescente ocupa no seu seio familiar, poderá permitir concluir, com maior precisão, a influência directa que as famílias têm enquanto factor de risco ou factor de protecção no que concerne às toxicoddependências, apesar de esta ser uma situação complexa, em que existem inúmeros factores em jogo.

- Realizar este estudo noutras ilhas dos Açores a fim de combater umas das limitações desta investigação, além de poder ser uma forma de adquirir uma visão mais profunda acerca desta realidade na região açoriana.

Terminada a enumeração das conclusões contributos, dificuldades, limitações e sugestões para investigações futuras, compraze-nos afirmar que, apesar das limitações que este estudo foi alvo, estamos convictos de que esta pesquisa poderá dar um forte contributo à literatura regional sobre o conhecimento que os adolescentes da nossa região possuem acerca de uma realidade que é, efectivamente, nos dias de hoje, um problema de saúde pública, e que, por isso mesmo, de forma directa ou indirecta, atinge todos nós. Além disso, cremos que os resultados obtidos nesta investigação revestem a função de um autêntico serviço público, podendo ir para além da utilidade de pesquisa bibliográfica, dado que poderá contribuir para reformular alguns aspectos contidos nas campanhas de prevenção, as quais são, por excelência, pontos basilares para a minimização dos problemas relacionados com a toxicodependência.

Este estudo consentiu ainda, o crescimento profissional e pessoal do autor desta investigação, o qual, sendo professor no ensino secundário, lida diariamente com questões desta natureza, onde a constante insuficiência a nível de conhecimento e a peculiaridade com que cada indivíduo é afectado por esta calamidade, exigem uma constante actualização nesta matéria. A investigação aqui em análise permitiu a aquisição deste requisito e abriu ainda a possibilidade para o tratamento desta problemática orientada por outros ângulos teóricos e outros factores multidimensionais.

## Referências Bibliográficas

- Almeida, F. (1998). Homicídio e “Droga”. *Revista Toxicodependências*, 4 (3), pp.67-74.
- Almeida, J. F. (1994). *Introdução à Sociologia*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Almeida, L. S. & Freire, T. (2000). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Angel, P., Richard, D., Valleur, M. (2002). *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Angel, S. & Angel, P. (2002). Família, fratria e toxicomania. *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Anton, R. F. (1999), “What is craving? Models and implications for treatment”, *Alcohol res. Health*, 23 (3), pp. 165-173.
- Aragão, M. J. & Sacadura, R. (2002). *Guia geral das drogas, explicar o seu mecanismo e as suas consequências*. Lisboa: Terramar.
- Ball, A. (1998). *HIV prevention among injection drug users; responses in developing and transitional countries*. USA. Public Health Reports.
- Bastos, J. (2005). VIH/SIDA e toxicodependência, mais vale prevenir. *Revista Toxicodependências*, 11 (2), pp.75-81.
- Benito-Garcia, A., Reis, T. N.; Franco, R., Luz, E. C., Miguel, N., Avillez, F. (2000). Atitudes de risco e seroprevalência do VIH em indivíduos toxicodependentes atendidos no CAT Taipas – Estudo Retrospectivo (1987-1997). *Revista Toxicodependências*, 6 (1), pp.23-30.
- Bodgan, R. & Biklon, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora.
- Brás, J., M. (2008). *A pessoa, o sujeito histórico-social*. Lisboa: Lisboa Editora.
- Brochu, S. (1995). *Drogue et criminalité, une relation complexe*. Montréal: Gaetan Morin.
- Carmo, H e Ferreira, M. M. (1998) *Metodologia da Investigação guia para a auto – aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta
- Cafôfo, P. (2008). *Área de Integração: a pessoa*. Lisboa: Lisboa Editores.
- Castro, M. I. P. (2004). Do prazer à dependência. *Revista Toxicodependências*, 10 (3), pp.49-56.
- Chabrol, H. (1992). *Les toxicomanies de l’adolescent*. Paris: PUF.
- Coelho, M. P. (1998). *Toxicodependência, a liberdade começa no corpo*. Lisboa: Fim de século.

- Cordeiro, M. (2009). *O grande livro do adolescente, dos 10 aos 18 anos*. Lisboa: Esfera dos livros.
- Cooperrider, D. L. & Whitney, D. (2001). *A positive revolution in change: appreciative inquiry*. Acedido a 12 de Julho de 2012, disponível em <http://apreciativeinquiry.case.edu/uploads/whatsisai.pdf>.
- Costa, E. M. (2001). Redução de danos: preconceitos, obstáculos, justificação. *Revista Toxicodpendências*, 7 (3), pp.53-58.
- Cruz, M. A. S. M. (2005). Antes intervir que desviar o olhar- com a redução de riscos se fez incontornável. *Revista Toxicodpendências*, 11 (2), pp.65-72.
- Cursino, E. A. (1999). *Sexualidade, AIDS e drogas: informações, concepções e percepções de alunos e professoras de uma escola de primeiro grau*. [Dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo.
- Denzin, N; Lincoln, Y e Col. (2006). *O planeamento da pesquisa qualitativa – teoria e abordagens*. Porto Alegre: Artmed
- Dolezal, C. (1999). Longitudinal changes in sexual risk behaviour among VIH+ and VIH- male injecting drug users. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, pp. 281-295.
- Downey, D. B. (1995). Understanding academic achievement among children in stephousehold: the role of parental resources, sex of stepparent, and sex of child. *Soil Forces*, 73, pp. 875-894.
- Drummond, D. C. (2001). Theories of drug craving, ancient and modern, *Addiction*, 96 (1), pp. 33-46.
- Fernandes, L. & Carvalho, M. C. (2003). *Consumos problemáticos de drogas em populações ocultas*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodpendência.
- Ferreira, A. M. C. (2007). Gravidade de dependência. Trabalho realizado no Âmbito da licenciatura em Psicologia. Consultado a 2 de Dezembro de 2011, disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0088.pdf>
- Filho, H. C. & Ferreira-Borges, C. (2008). *Uso de substâncias: álcool, tabaco e outras drogas*. Lisboa: Coisas de ler.
- Fisher, D. (1988). *Environmental strategies for substance abuse prevention: analysis of the effectiveness of policies to reduce alcohol, tobacco, and illicit drug problems*. DRAFT.

- Fisher, M. (1998). Mobility and the diffusion of drug injecting and HIV infection.” In G. Stimson, D. Des Jarlais & A. BALL (Eds.), *Drug Injection and VIH Infection*. London: World Health Organization.
- Fleming, M. (2006). *Família e toxicodependência*. Lisboa: Afrontamento.
- Gala, E. (2008). *O sujeito histórico-social*. Lisboa: Lisboa Editores.
- Godinho, J., Costa, H., Costa, C. (1996). Comportamentos de risco de doenças infecciosas. *Revista Toxicodependências*, 2 (3), pp.55-70.
- Gonçalves, R. A. & Salém, C. F. (2002). Droga, comportamento criminoso e psicopatia: resultados de um estudo comparativo. *Revista Toxicodependências*, 8 (3), pp.27-36.
- Harichaux, P. & Humbert, J. (1978). *O alcoolismo*. Tradução da 2ª edição. Coimbra: Edição Mercês de Mello.
- IDT, Instituto da Droga e da Toxicodependência - Observatório de Drogas e Toxicodependências - Núcleo de Estatística. (2005). Relatório Anual · 2004 - *A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências Vol. I - Informação Estatística · 2004*. Lisboa. Instituto da Droga e Toxicodependência.
- IDT, Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P. - Departamento de Monitorização, Formação e Relações Internacionais - Núcleo de Estatística / Núcleo de Publicações e Documentação. (2011). *Relatório Anual • 2010 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Lisboa: Instituto da Droga e Toxicodependência, I. P.
- Jaffe, M. L. (1998). *Adolescence*. New York. Wiley,
- Janeiro, L. (2001). Motivação para o tratamento. *Revista Toxicodependências*, 13 (1), pp.49-58.
- Jeammet, P. (1997). *Vers une clinique de la dépendance*. Padieu. Edition Inserm.
- Jérôme, E., & Valleur, M. (2002). Cessação do consumo. In P. Angel, D. Richard, & M. Valleur, *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi.
- Johnson, R. A.; Su, S. S.; Gerstein, D. R.; Shin, H. & Hoffmann, J. P. (1985). Parental influences on deviant behavior in early adolescent: a logistic response analysis of age and gender – differentiated effects. *Journal of health and social behaviour*, 25, pp. 200-214.
- Joaquim, H. C. (2005). Criminalidade e consumo de substâncias ilícitas. *Revista Toxicodependências*, 11 (1), pp.53-64.

- Kalina, E., Kovadloff, S., Roig, P. M., Serran, J. C., & Cesaram, F. (1999). *Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade*. Porto Alegre: Artmed.
- Kelly, J. (1995). *Changing HIV risk behavior: practical strategies*. New York: The Guilford Press.
- Landry, M. J. (1994). *Understanding drugs of abuse. The processes of addiction, treatment and recovery*. Washington: American Psychiatric Press, Inc.
- Lhomme, J. P. & Hautefeuille, M. (2002). O estado de saúde do toxicómano. In Angel, P., Richard, D., Valleur, M. (2002). *Toxicomanias*. (pp. 255-269) Lisboa. Climepsi Editores.
- Lomba, L., Apostolo, J., Loureiro, H., Graveto, J., Silva, M., Mendes, F. (2008). Consumos e comportamentos de risco sexuais de risco na noite Coimbra. *Revista Toxicodependências*, 14 (1), pp.31-41.
- Lowenstein, W., Gourarier L., Copperl, A., Lebeau, B., Hefez, S. (1998). A metadona e os tratamentos de substituição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Lukasiewicz, M., & Peres, M. (2008). Prevenção da recaída. In R. H., & R. M., *Terapias cognitivo-comportamentais e adições* (pp. 97-116). Lisboa: Climepsi.
- Manita, C. (2000). Das descobertas privadas aos crimes públicos: evolução dos significados em trajectórias de droga-crime. *Revista Toxicodependências*, 6 (2), pp.17-31.
- Matos, M. G. (2002). O uso de substâncias ilícitas nos adolescentes portugueses: modelo compreensivo. *Revista Toxicodependências*, 8 (3), pp.37-46.
- Naia, A., Simões, C, Matos, M. G. (2007). Consumo de substâncias na adolescência. *Revista Toxicodependências*, 13 (3), pp.23-30.
- Negreiros, J. (2006). Comportamentos de risco de infecção pelo VIH em consumidores de heroína injectada: impacto da duração dos consumos e da seropositividade. *Revista Toxicodependências*, 12 (2), pp.3-10.
- Negreiros, J. & Magalhães, A. (2005). Contributos para a compreensão dos comportamentos de risco de transmissão do VIH em consumidores problemáticos de drogas. *Revista Toxicodependências*, 11 (2), pp.3-22.
- Nurco, D. (1996). Vulnerability to narcotic addiction: family structure and functioning. *Journal of drug issues*, 26, pp. 1007-1025.
- Olmos, M. J. E., Sánchez, C. A. M., Montano, T. D. (2008). *Drogas y prevencion del consumo: orientaciones*. La Paz – Bolivia: Fundación Seamos.

- Pacheco, J. (1995). *Formação de professores. Teoria e Práxis*. Braga: Universidade do Minho.
- Pascual C., Cavestany M., Moncada, S., Salvador, J. (2001). *Drogas: + información – riesgos; tu guía*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas,
- Paulilo, M. A. S. & Jeolás, L. S. (2000). Jovens, drogas, risco e vulnerabilidade: aproximações teóricas. *Ser. Soc. Ver*, 3 (1), pp. 39-60.
- Patrício, L. P. (2002). *Droga para que se saiba*. Lisboa: Figueirinhas.
- Peixoto, A. (2005). *Dependências e outras violências... Perspectiva taxológica*. Ponta Delgada: DRJFEP / CRA-PSP.
- Peixoto, A. (2009). *Dependências e outras violências... estudo comparado 2004-2009*. Ponta Delgada: Edições Macaronésia.
- Pires, S. (2005). Maus tratos infantis: factor de risco na génese da toxicod dependência. *Revista Toxicod dependências*, 11 (1), pp.65-78.
- Poiars, C. A. (2001). Variações sobre a Droga. *Revista Toxicod dependências*, volume 7, número 2 (pp.67-75). Lisboa: Edição IDT.
- Poiars, C. A. (2003). Droga: deambulação em torno da investigação científica. *Revista Toxicod dependências*, 9 (3), pp.75-86.
- Pratta, E. M. M., Santos, M. A. (2006). Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. *Estudos de Psicologia* 2006, 11(3), pp. 315-322.
- Prochaska, J.O. & Velicer, W. F. (1984). *The transtheoretical approach; crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood: Irwin.
- Rahioiu H. & Reynaud M. (2008). *Terapias cognitivo-comportamentais e adições*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rebelo, J., M., C. (2008). *Relações familiares e toxicod dependência. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Especialização em Avaliação Psicológica*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra
- Relvas, P. (2000) Jovens, drogas e família. Lisboa: Climepsi Editores.
- Richard, D., Pirot, S., Senon, J.-L. (2002). As principais <<drogas>. In P. Angel, D. Richard, & M. Valleur (pp. 103-163). *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. S. (2004). Dependência psicológica vs Dependência física. *Revista Toxicod dependências*, 4 (2), pp.45-53.

- Rodrigues, C. (1998). *Motivação*. Porto: Contraponto edições.
- Rodrigues, P. A., Dias, I., Lopes, A. M., Neves, R. P., Almeida, A., Abreu, R., Caria, E. (2007). Infecção por VIH e VHC em toxicodependentes observados na consulta doenças infecto-contagiosas dum hospital geral de Lisboa. *Revista Toxicodependências*, 13 (2), pp.63-68.
- Rohsenow, D. J. & Monti, P. M. (1999), Does urge to drink predict relapse after treatment?, *Alcohol res. Health*, 23 (3), pp. 225-232.
- Sampaio, D. (2009). *Jovens com saúde: diálogo com uma geração*. Lisboa: Texto.
- Seabra, P., Negrão, R., Barbosa, S., Massano, S. (2010). Programa de redução de riscos e minimização de danos em Torres Vedras – avaliações e reflexões. *Revista Toxicodependências*, 16 (2), pp.79-86.
- Silva, J. A. S. (2001). As redes sociais e o percurso na toxicodependência. O tratamento como instrumento de reinserção. *Revista Toxicodependências*, 7 (1), pp.23-34.
- Silva, R. M. (2009). *Factores protectores de jovens em risco face à gravidez na adolescência: um estudo em Rabo de Peixe*. [Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação]. Ponta Delgada: Universidade dos Açores.
- Sprinthall, N. A. & Sprinthall, R. C. (2008). *Psicologia do adolescente, uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Stoppard, M. (2000). *A verdade acerca das drogas, desde o álcool e o tabaco até ao ecstasy e à heroína*. Barcelos: Civilização editora.
- Tereso, A. (2011). Consumo de substâncias psicoactivas por crianças e jovens, *Convergências, colectânea de textos*, pp. 7-12.
- Valério, M. Â. (2009). Criminalidade e toxicodependência: aspectos sociais. *IV Congresso de Criminologia (19/05/2009)*. Lisboa.
- Valleur, M. (2002). Um sistema especializado para o acompanhamento de toxicómanos. In P. Angel, D. Richard, & M. Valleur, *Toxicomanias*. (pp.212-216). Lisboa. Climepsi Editores.
- Valleur, M. (2002). Toxicomania e delinquência In P. Angel, D. Richard, & M. Valleur, *Toxicomanias*. (pp.322-325). Lisboa: Climepsi Editores.
- Van der Stel, J. & Voorderwind, D. (1998). *Manual de Prevenção: álcool, drogas e tabaco*. Lisboa. Conselho Pompidou – Conselho da Europa e Jellinek Consultores.
- Vieira, C. (2001). Repetição, compulsão à repetição e recaídas. *Revista Toxicodependências*, 7 (3), pp.23-28.

- Walker, L. J., Taylor, J. H. (1991). Family interactions and the development of moral reasoning. *Child development*, 62, pp. 264-283.
- Weiner, I. (1995). *Perturbações psicológicas na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Wu, L. L. (1996). Effects of marital instability, income, and income instability on the risk of premarital birth. *American sociological review*, 61, pp. 386-406.

# ***ANEXOS***

---

---

# ***ANEXO 1***

---

---

## **Questionário**

## Questionário

Caro(a) Aluno(a):

Estou a realizar um estudo sobre o “*As percepções que os alunos do ensino secundário têm acerca da toxicod dependência*”. Para melhor compreender este tema preciso da tua opinião sincera. As tuas respostas serão tratadas com o maior sigilo e apenas utilizadas neste estudo.

Porque a tua colaboração é de extrema importância, peço-te que:

- Respondas a todas as questões;
- Sejas sincero nas tuas respostas;
- Tenhas em atenção que não há respostas certas nem erradas.

Escola: \_\_\_\_\_; Ano de escolaridade \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_; Sexo: \_\_\_\_\_; Freguesia de residência: \_\_\_\_\_

- 1) Faz a correspondência entre os elementos da coluna A e os elementos da coluna B, escrevendo, na coluna A, o número correspondente à situação descrita na coluna B

COLUNA A	COLUNA B
A. Droga _____	1) Situação que se reporta quer a indivíduos que nunca tiveram contacto com uma substância ao longo da vida, quer a indivíduos que acabaram determinado consumo
B. Abstinência _____	2) Padrão de uso de substância que causa dano à saúde. Os danos podem ser físicos ou mentais
C. Uso social ou moderado _____	3) Toda a substância que, introduzida no organismo por qualquer via de administração, produz alterações no funcionamento normal do Sistema Nervoso Central
D. Abuso _____	4) Consumo que não implica um risco, perturbação ou desaprovação social
E. Dependência _____	5) Necessidade de consumir doses cada vez mais elevadas para atingir o efeito inicial da substância utilizada ou para evitar os sintomas de abstinência.
F. Tolerância _____	6) Desejo anormal e prolongado manifestado por certos sujeitos em relação às drogas.

2) Que drogas conheces (que já viste ou ouviste falar)?

---

3) Completa as seguintes afirmações relacionadas com diversas substâncias psicoactivas.

3.1) Penso que quando uma pessoa consome **cannabis** obtém as seguintes sensações:

---

3.2) Penso que quando uma pessoa consome **heroína** obtém as seguintes sensações:

---

3.3) Penso que quando uma pessoa consome **cocaína** obtém as seguintes sensações:

---

3.4) Penso que quando uma pessoa consome **ecstasy** obtém as seguintes sensações:

---

4) Quais dos seguintes **factores** podem representar um **risco** para uma pessoa se tornar toxicod dependente? Assinala com um “X”, nas linhas abaixo de cada uma das tuas opções, os **cinco (5) factores** mais importantes.

Não gostar de si	Ser pobre	Consumir drogas antes dos 15 anos	Ser rapaz	Ter problemas em relacionar-se com outras pessoas	Insucesso escolar	Ter pais a favor das drogas	Não confiar em si

Ser depressivo	Não ter expectativas de sucesso	Viver num meio onde exista droga	Ter pais muito protectores	Faltar às aulas	Não ter um adulto que apoie o adolescente	Ter uma preferência exagerada pelos amigos em detrimento da família	Outros? Quais?

5) Quais dos seguintes **factores** podem funcionar como forma de afastar os adolescentes das drogas? Assinala com um “X”, nas linhas abaixo de cada uma das tuas opções, os **cinco (5) factores** que achas mais importantes.

Gostar de si	Uma escola de pequenas dimensões	Ser rapariga	Ter amigos que são contra as drogas	Participar nas decisões familiares	Confiar nas suas capacidades	Participação em actividades recreativas	O adolescente quando era pequeno era uma criança sociável

Não ter consumo de drogas antes dos 15 anos	Ter um adulto em quem possa confiar	Ter uma boa relação com os pais	Estar envolvido em várias actividades na escola	Ter expectativas de sucesso	Conseguir adaptar-se a novas situações	Saber lidar com os seus fracassos	Outros? Quais?

6) Poderá existir alguma relação entre o consumo de drogas e a origem de problemas de saúde?

Sim  Não  Não sei

6.1) Se sim, que problemas de saúde? Assinala com um X a opção ou opções que consideras correctas.

SIDA  Gastroenterite  Constipação  Hepatite B  Abscessos   
 Desleixo com o corpo  Hepatite C  Problemas do coração   
 Outros?  Quais? \_\_\_\_\_

7) Poderá existir alguma relação entre o consumo de drogas e a criminalidade?

Sim  Não  Não sei

7.1) Se sim, que crimes achas que podem estar relacionados com o consumo de drogas? Assinala com um X a opção ou opções que consideras correctas.

Distúrbios na via pública  Condução perigosa  Roubos/furtos   
 Tráfico de droga  Violência doméstica   
 Outros?  Quais? \_\_\_\_\_

8) A maior parte dos toxicodependentes situa-se em que faixa etária? Assinala com um “X” na linha abaixo da tua opção (**apenas uma**).

14 anos e menos	15-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51 e mais

9) Em relação às pessoas toxicodependentes, em termos de sexo, quem achas que consome mais? Assinala com um “X” na linha abaixo da tua opção.

Masculino	Feminino

10) Habitualmente, que estado civil apresentam os consumidores de drogas? Assinala com “X” na linha abaixo da tua opção (**apenas uma**).

Solteiro	Casado	Divorciado	Viúvo	Separado	União de facto

11) Na maior parte das situações, que habilitações literárias possuem os consumidores de droga? Assinala com um “X” na linha abaixo da tua opção (**apenas uma**).

Não sabe ler	Sabe ler e escrever	1.º ciclo (4.º ano)	2.º ciclo (6.º ano)	3.º ciclo (9.º ano)	Ensino Secundário (10.º-12.º ano)	Curso Profissional	Curso Superior

12) Na maior parte dos casos, qual a situação profissional dos toxicodependentes? Assinala com um “X” na linha abaixo da tua opção (**apenas uma**).

Sem ocupação	Serviço ocasional por conta de outrem	Serviço ocasional por conta própria	Contrato a termo	Efectivo	Outra? Qual?

13) O que tem que fazer um toxicodependente para se recuperar?

\_\_\_\_\_

14) Pensas que o processo de recuperação de um toxicodependente é fácil ou complicado? Porquê?

\_\_\_\_\_

**15)** O que é que achas que poderia ser feito, a nível da Escola e/ou da tua freguesia, que pudesse contribuir para a diminuição dos problemas de droga?

15.1) Escola: \_\_\_\_\_

15.2) Freguesia: \_\_\_\_\_

**16)** É comum ouvir dizer que os adolescentes são um grupo mais propício a cair nas toxicodependências. Porque será que se pensa desta forma?

\_\_\_\_\_

***Muito obrigado pela tua colaboração!***

# ***ANEXO 2***

---

---

## **Autorização de Participação**

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO  
AOS CONSELHOS EXECUTIVOS DA ESCOLA SECUNDÁRIA DAS  
LARANJEIRAS E DA ESCOLA SECUNDÁRIA DA RIBEIRA GRANDE**

**ESTUDO SOBRE O CONHECIMENTO QUE OS ALUNOS DO ENSINO  
SECUNDÁRIO TÊM ACERCA DA TOXICODEPENDÊNCIA**

Encontro-me a desenvolver o meu projecto de Mestrado na Área da Psicologia da Educação, Contextos Educativos, sob a orientação científica da Professora Doutora Isabel Estrela Rego, na Universidade dos Açores.

Para a concretização deste projecto é imprescindível a colaboração de 150 alunos da vossa Escola do Ensino Secundária na resolução de um questionário a fim de ser necessário analisar os conhecimentos os adolescentes do Ensino Secundário têm acerca de realidades associadas ao consumo de substâncias psicoactivas.

Na expectativa de contar com a Vossa Colaboração, despeço-me apresentando os mais cordiais cumprimentos.

Carlos Alexandre da Câmara Carvalho