



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

INÊS ALMEIDA BOLAIS MÓNICA

***EVOLUÇÃO DO CONSUMO DE DROGAS DE
ABUSO NOS JOVENS: REALIDADE ENTRE
ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA LEGAL

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROF. DOUTORA HELENA TEIXEIRA
PROF. DOUTOR FRANCISCO CORTE-REAL**

ABRIL 2013

ÍNDICE

I – RESUMO/ABSTRACT	2
II – INTRODUÇÃO	4
III – OBJETIVO	7
IV – DESENVOLVIMENTO	8
IV.1 – Revisão da Literatura	8
A. Conceitos e Princípios Básicos das Drogas de Abuso	8
B. Consumo de Drogas de Abuso	14
a. Prevalência e Padrões de Consumo Atuais	14
b. Legislação	21
IV.2 – Contribuição Pessoal	24
A. Introdução ao Estudo Empírico	24
a. Material e Métodos	24
b. Procedimento de Análise de Dados	27
B. Resultados	30
a. Avaliação do Conhecimento	30
b. Consumos de Substâncias	31
c. Análise comparativa	35
V – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	42
VI – AGRADECIMENTOS	52
VII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
VIII – ANEXO	56

I – RESUMO

O abuso de substâncias tem acompanhado lado a lado toda a história da Humanidade, e a passagem do ensino secundário para o ensino superior acarreta a necessidade de adaptação académica a um novo contexto educativo, que inclui desafios exigentes. Assim sendo, é preocupante o consumo de drogas ilícitas nos jovens universitários.

O objetivo deste trabalho foi a realização de uma revisão sobre a realidade portuguesa num contexto estudantil universitário, principalmente estudantes da área da saúde, pretendendo-se avaliar o seu conhecimento sobre drogas de abuso e eventual consumo das mesmas.

Na luz de toda esta temática, foi inicialmente efetuada uma revisão bibliográfica para enquadramento teórico. Numa segunda parte do trabalho, foi realizada uma análise estatística de um inquérito distribuído a estudantes do ensino superior português.

Os resultados obtidos revelam que a prevalência de consumo de qualquer droga ilícita pelo menos uma vez na vida é de 19,80%, que se revela superior à correspondente prevalência da população portuguesa relativa a 2007 e inferior à prevalência encontrada nos estudantes universitários de Coimbra em 2004. Os canabinóides são as substâncias de abuso mais consumidas pelos estudantes inquiridos, tanto em Portugal como no resto da Europa. Os estudantes das áreas da saúde manifestam ter um maior conhecimento sobre esta temática comparativamente com os estudantes de outras áreas de formação universitária.

Com a realização deste trabalho foi possível concluir que são prementes as campanhas de prevenção e sensibilização relativamente às drogas de abuso nas camadas jovens portuguesas, principalmente com especial enfoque em festas universitárias estudantis.

PALAVRAS-CHAVE: estudantes, universidades, substâncias ilícitas

ABSTRACT

The substance abuse has been side by side with all the history of Humanity, and the pathway from high school to the university entails the necessity of an academic adaptation to a new educational context, which comprises demanding challenges. Likewise, the consumption of illicit drugs in the university students is of main concern.

The main objective of this paper was to perform a review about the Portuguese reality in a university context, mainly in health sciences students, in order to assess their knowledge about drugs of abuse and eventually to appraise the consumption.

Consequently, a literature review was initially done to bibliographic framework. After that, a statistical analysis was performed taking into account a questionnaire distributed to Portuguese university students.

The results reveal that the prevalence of any illicit drug consumption at least once in life is 19,80%, which is higher than the same prevalence in the Portuguese population in 2007, and is lesser than the same prevalence in higher education students from Coimbra in 2004. The cannabinoids are the drugs of abuse with higher intake between the surveyed students, either in Portugal and in Europe. The health sciences students demonstrate a higher knowledge about this theme than the students that have higher education in another courses.

With the accomplishment of this paperwork, it was possible to deduce that the prevention and sensibilization campaigns about drugs of abuse in the young Portuguese students are imperative.

KEY-WORDS: students, universities, licit and illicit drugs

II – INTRODUÇÃO

As drogas de abuso (DA) têm acompanhado lado a lado toda a história da Humanidade. O seu consumo remonta aos tempos primórdios, aquando da descoberta empírica das características de certas plantas pelo ser humano.

Concretamente, uma droga de abuso é qualquer substância pertencente a uma larga lista de substâncias químicas de diversa origem (naturais, semissintéticas, artificiais), que vão desde as mais conhecidas (álcool, opiáceos, tabaco e cocaína) a todos os psicofármacos que podem ser suscetíveis de consumo com fim não terapêutico¹ e com a capacidade de induzir alterações ao nível do funcionamento do Sistema Nervoso Central (SNC), podendo levar a fenómenos de tolerância e dependência física e psíquica.²

A problemática do consumo das drogas de abuso constitui um tema de grande atualidade estando intimamente relacionado com problemas ao nível da saúde do indivíduo que as consome. A curto prazo existem alterações do SNC, quer efeitos estimulantes, efeitos depressores, efeitos psicadélicos, quer analgesia e desinibição social. A longo prazo, pode existir uma sintomatologia clínica variada, desde alterações orgânicas sistémicas, a alterações do estado mental com alterações do humor, dos afetos, da auto e heteroperceção, alucinações, estados psicóticos, estados demenciais, a dependência psíquicas e/ou física intimamente relacionadas com a toxicodependência. Eventualmente o seu consumo excessivo poderá levar a casos de sobredosagem e, conseqüentemente, aos extremos de morte. Além destes problemas de saúde do próprio, existem ainda os problemas de saúde e segurança pública associados às drogas de abuso, tais como a propagação de infeções virusais, por exemplo do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e do Vírus da Hepatite C (VHC), não menosprezando também os críticos dilemas relacionados com a condução sob a influência destas substâncias.^{1,3-5}

Tendo em conta que existem inúmeras DA, neste trabalho serão abordadas aquelas consideradas como as mais importantes, estando agrupadas em grandes grupos: o álcool, os canabinóides, as anfetaminas, os opiáceos e cocaína. No entanto, neste estudo, optou-se por avaliar apenas os conhecimentos e o consumo das drogas acima referidas ilícitas, puníveis pela lei, ou seja, das anfetaminas, dos canabinóides, dos opiáceos e da cocaína.

Tal escolha foi motivada pelo facto de ser cada vez mais preocupante o consumo de drogas de abuso nos jovens universitários é um fenómeno preocupante. Na verdade, existem muitas variáveis que podem influenciar um jovem a consumir ou a resistir ao consumo de DA, e a passagem do ensino secundário para o ensino superior acarreta a necessidade de adaptação académica a um novo contexto educativo, que inclui desafios exigentes na medida em que impõem o confronto com tarefas diversas e com um maior grau de complexidade que têm de ser completadas.²

Inevitavelmente, é neste contexto que surge o presente artigo científico como uma tentativa de integrar o assunto complexo das DA com o seu consumo numa população jovem universitária, com particular enfoque numa subpopulação a realizar os seus estudos na área da saúde, e, ainda mais premente, com o conhecimento que estes jovens têm relacionado com esta tão importante temática, jovens estes a concluir a sua formação académica e prestes a entrar no competitivo do mercado de trabalho e na sua vida, propriamente dita, adulta, pretendendo-se não somente avaliar o seu conhecimento sobre este tipo de substâncias, mas ter uma noção mais real do eventual consumo das mesmas.

Num primeiro momento irá ser feito o enquadramento teórico da temática aqui apresentada. Começaremos por definir droga de abuso e droga ilícita, a sua farmacocinética e toxicologia, os seus efeitos, bem como uma revisão dos estudos empíricos que avaliam o conhecimento e o consumo de drogas por jovens estudantes e ainda uma breve abordagem à legislação portuguesa relacionada com esta temática.

A segunda parte deste mesmo trabalho, diz respeito às considerações pessoais e ao estudo empírico propriamente dito. Serão abordados os materiais e os métodos utilizados, a análise estatística dos dados e os resultados obtidos através do estudo efetuado.

Na parte final, salientam-se os aspetos mais pertinentes resultantes da análise crítica dos resultados, acompanhados de reflexões inspiradas na teoria e outros estudos empíricos, bem como as implicações e contributos deste estudo.

III – OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo primordial uma revisão sobre a realidade portuguesa num contexto estudantil universitário, principalmente estudantes da área da saúde, pretendendo-se avaliar o seu conhecimento subjetivo sobre drogas de abuso e eventual consumo das mesmas.

A metodologia em que este estudo se baseou engloba duas etapas. Primariamente, será feita uma breve revisão bibliográfica sistemática com vista à avaliação da realidade e evolução do consumo nacional e internacional de drogas de abuso, com enfoque especial na população juvenil e estudantil. Secundariamente, será realizado um estudo atual numa população estudantil a frequentar várias instituições do ensino superior, quer em áreas da saúde quer noutras não relacionadas, através da implementação de um inquérito simples, objetivo e totalmente anónimo.

IV – DESENVOLVIMENTO

IV.1 – REVISÃO DA LITERATURA

A - Conceitos e Princípios Básicos das Drogas de Abuso

As DA podem ser classificadas de múltiplas formas, segundo a estrutura química, os seus efeitos, entre outras, sem que haja uma que reúna todas as substâncias e seja clara e operativa. Esta dificuldade reside no grande número de substâncias químicas e na diversidade dos seus efeitos e mecanismos de ação.¹

As DA classificam-se em três grandes grupos, as psicoléticas ou depressoras do SNC, como, por exemplo, os canabinóides, o álcool, os barbitúricos e os opiáceos; as psicoanaléticas ou psicoestimulantes, como a cocaína, as anfetaminas; e os psicodislépticos ou alucinogénios, como o LSD, os cogumelos alucinogénios, e a Ketamina.⁶

Estreitamente relacionado com o consumo de tais substâncias, a dependência e a tolerância são dois importantes efeitos indispensáveis de definição. Assim sendo, uma substância provoca dependência quando existe uma vinculação metabólica (dependência física) e/ou comportamental (dependência psíquica) entre o seu consumo e um indivíduo, de forma que este não pode prescindir do seu consumo sem que apareçam transtornos do comportamento e/ou uma série de sinais ou sintomas clínicos que desaparecem com a administração da substância em questão. A tolerância a uma determinada substância desenvolve-se quando um indivíduo necessita de uma dose cada vez mais elevada dessa substância para obter a mesma resposta inicial, por apresentar uma menor sensibilidade a uma mesma dose de droga, sendo que este fenómeno está dependente da natureza da substância, da via de administração e das características individuais do sujeito, com consequentes grandes variações individuais.¹

Seguindo os objetivos deste trabalho, serão teórica e especificamente abordados apenas 5 grupos de DA, realizando uma breve abordagem às características teóricas de cada um destes, considerando particularmente aspetos químicos, farmacodinâmicos e clínicos.

O **álcool etílico** ou etanol, apresenta um grande uso industrial e comercial, quer em produtos alimentares quer em cosméticos ou medicamentos, sendo considerada a DA de consumo mais antigo, tanto no território português e como no resto do mundo. Sendo um líquido volátil, de odor e sabor característico, o etanol tem grande hidro e lipossolubilidade, podendo ser absorvido através de qualquer via de administração, distribuindo-se rapidamente pelos tecidos. É metabolizado por várias enzimas, ADH, MAOS e catalases, produzindo acetaldeído, processo este localizado primariamente no fígado, mas também noutros órgãos, como no intestino e no rim. Relativamente à sua excreção, aproximadamente 5 a 15% do etanol absorvido é excretado sem ser metabolizado através do ar expirado, da urina e, em menor proporção, da saliva, suor e lágrimas. O álcool etílico é uma substância de elevada toxicidade, sendo que a dose tóxica oscila entre 5 e 8 g/Kg, e na criança é de 3 g/Kg, podendo uma intoxicação ser mortal a partir de alcoolémias superiores ou igual a 4,5 g/L. Esta substância produz variados efeitos no Homem quando consumida. Como depressor do SNC, provoca, entre outros, descoordenação motora, redução da força muscular, diminuição da capacidade de compreensão, diminuição dos reflexos, podendo ainda promover uma certa desinibição social. A longo prazo, provoca cirrose hepática, danos cerebrais, depressão, psicose e alteração da dinâmica das relações familiares e pessoais, e são passíveis de provocar dependência, tanto psíquica como física.^{1,3}

Dos diferentes métodos de processamento da planta *Cannabis sativa* surgem múltiplos produtos, vulgarmente denominados de **canabinóides**, podendo ser consumidos sob a forma de *marijuana* ou *erva*, preparada a partir da secagem das folhas e das flores, sob a forma de *haxixe* ou *chamon*, preparado a partir da resina da planta, e, ainda, sob a forma de óleo de

haxixe, que é um líquido concentrado que se obtém misturando a resina com um solvente orgânico, como, por exemplo, gasolina, acetona ou álcool. O THC, ou tetrahydrocannabinol, é a substância ativa comum a todos estes compostos, sendo aquela que produz os efeitos psicoativos e apresenta-se em concentrações distintas.^{1,3,7,8} Está presente em diversas concentrações nas diversas formas de preparação e de consumo, encontrando-se presente na *marijuana* em cerca de 5 a 10%, no *haxixe* até 20% e no *óleo de haxixe* até 85%.⁹ Os canabinóides têm uma elevada absorção através das vias respiratória e digestiva, podendo ainda, mas raramente, ser absorvidos pela via parenteral.^{1,3} Consequentemente, as formas mais comuns de administração são a via inalatória (fumar, inclusivamente associado a tabaco normal) e a via digestiva (incorporação em alimentos, maioritariamente).^{1,3,10} A absorção é rápida, cerca de 15 a 30 minutos, e quase completa, cerca de 80 a 90%, sendo, no entanto, a sua biodisponibilidade baixa, de cerca de 4 a 12%, devido à metabolização hepática. O seu metabolismo é bifásico, convertendo-se primariamente no metabolito ativo 11-hidroxi- Δ -9-THC, e secundariamente sofre novas hidroxilações e dimetilações. Os metabolitos são eliminados na urina³ e na bÍlis, sofrendo reabsorção pelo ciclo entero-hepático, o que explica a presença de metabolitos na urina até trinta dias após o consumo.¹ Os canabinóides provocam efeitos alucinogénicos e depressores no SNC, podendo um indivíduo apresentar midríase, conjuntivite com lacrimejo e fotofobia, hipotensão moderada e taquicardia, assim como pseudopercepções, alterações da percepção temporal e espacial, alucinações, reações de pânico, delírio tóxico agudo e estados paranóides agudos.^{1,11-13} A longo prazo, podem provocar perturbações psicóticas.¹⁴ Os efeitos secundários destas substâncias são extremamente variáveis consoante as características ambientais e individuais, provocando, essencialmente, dependência psíquica.^{1,11-13}

As **anfetaminas**, drogas psicoanaléticas de origem sintética¹, são um conjunto de substâncias incluídas num grupo farmacológico muito extenso, em que o seu uso se generalizou extensamente durante a II Guerra Mundial para proveito das suas características estimulantes.¹⁵ Existe uma grande facilidade de síntese dos seus princípios ativos, o que dificulta grandemente o controlo do seu fabrico em laboratórios clandestinos.³ Relativamente à sua farmacocinética, estas DA podem ser administradas por via oral e por via parenteral s.c., i.v. e intraperitoneal, e têm uma absorção rápida e completa por via oral, apresentando um pico de concentração plasmática após uma a duas horas da sua administração. Têm uma metabolização hepática através de processos de oxidação, sendo eliminadas fundamentalmente pela urina, e a sua excreção favorecida pela sua acidificação.^{4,16,17} Os consumidores destas DA desenvolvem uma intensa tolerância e uma forte dependência, tanto física como psíquica. A intoxicação aguda pode provocar efeitos muito vastos, tais como, agitação, hiperatividade, insónia, angústia, irritabilidade, taquicardia, hipertermia, sudorese abundante, midríase e crises convulsivas. Com uma maior dose pode também surgir um quadro confusional com sintomas de ansiedade, alucinações, delírio e alterações comportamentais, simulando um quadro esquizofrénico do tipo paranoide. Além de todos estes sinais e sintomas, pode haver, concomitantemente, hiperestesias, xerostomia, náuseas, vômitos, nistagmus, vertigens, ataxia e convulsões e, caso seja administrada uma concentração suficientemente grande, poderá, eventualmente, levar à morte do indivíduo. Quanto a complicações psíquicas, é passível o surgimento de alterações que se enquadram em 4 quadros clínicos, como psicose anfetamínica, reação ansiosa aguda, comportamento violento e agressivo e síndrome de abstinência. Acidentes vasculares agudos com trombozes cerebrais e hemorragias intracerebrais poderão, ainda, complicar todos estes quadros.^{1,3,17.}

18,19,20,21,22

Os **opióides** são obtidos a partir do fruto da papoila (*Papaver somniferum*), planta esta que possui uma composição química complexa, com numerosos alcalóides. As substâncias opióides podem ter origem natural, como a morfina, origem semissintética, como a heroína, ou ainda, origem artificial, como a metadona, e segundo o seu mecanismo de ação sobre os recetores nos quais atuam, podem ser classificadas farmacologicamente em agonistas puros (heroína, metadona, tilidina, petidina, fentanyl), em agonistas-antagonistas mistos (penazocina, butorfanol, velbufina), em agonistas parciais (buprenorfina, profanor, propirán), e ainda, em antagonistas puros (nolaxona, naltrexona). O consumo do ópio pode ser proporcionado através da via oral, da via inalatória, intravenosa, mucosa nasal e subcutânea. Os opiáceos têm uma fácil absorção através das vias digestiva e parenteral, e são metabolizados no fígado. A **heroína**, DA depressora do SNC, é a principal substância opióide com intuito abusivo, e é obtida por diacetilação da morfina. Esta DA raramente se consome pura, estando normalmente associada a excipientes como a lactose e a vários outros, por vezes imprevisíveis, que são passíveis de provocar efeitos adversos graves, como aqueles associados a reações alérgicas. No mercado existem duas variedades de heroína, a heroína branca e a heroína castanha, também denominada de *brown sugar*. Comparativamente à morfina, a heroína é passível de se volatilizar através do aquecimento, o que permite que seja fumada com tabaco ou a inalação dos seus vapores. Relativamente à sua farmacodinâmica, é lipossolúvel, o que se traduz numa rápida distribuição para o SNC. O consumo desta substância provoca uma euforia inicial, xerostomia, sudorese, náuseas, vômitos, hiperestésias sensoriais, miose puntiforme, depressão, perda progressiva da consciência, diminuição e ausência dos reflexos, hipotermia, cianose e bradicardia. Numa intoxicação aguda, o indivíduo pode entrar rapidamente em coma, depressão respiratória, e morte súbita. A longo prazo, o consumo abusivo pode levar a consequente desadaptação social, problemas de relação interpessoal, e ainda, a deterioração orgânica, com problemas médicos frequentes nestes

casos (e também em todos os toxicodependentes de DA parenterais), como por exemplo, abscessos, endocardite, úlceras gastrintestinais, anemias, pneumonias, tuberculose e, inclusive, mortes por *overdose*, disseminação do VIH e do vírus da Hepatite C.^{1-5,23}

Associada a um nível económico elevado, a **Cocaína** é um alcalóide obtido das folhas da *Erythroxylon coca*, cultivado fundamentalmente na América do Sul, sendo necessárias cerca de 115 a 120 Kg de folhas deste arbusto para obter cerca de 1 Kg de pasta de coca, contendo 60 a 80% de cocaína. Atualmente existem duas principais formas de consumo, através da inalação da base livre (crack), ou através da absorção pela mucosa nasal de sal de cloridrato de cocaína, podendo, não obstante, ser ainda administrada pelas vias intravenosa e oral. Apresenta um tempo de semi-vida de cerca de 45 a 90 minutos. Alcançando, através da via inalatória ou intravenosa, um pico máximo de concentração plasmática em cerca de 5 minutos, enquanto que o consumo através da mucosa nasal leva a um pico de concentração plasmática máxima em cerca de 15 a 30 minutos. Tal como noutras DA, as doses tóxicas mortais são muito variáveis e dependentes da via de administração. A ação farmacológica da cocaína é de tipo simpático-mimético indireto. Sendo que, em fase aguda, a cocaína provoca um bloqueio da recaptção pré-sináptica de dopamina, noradrenalina, serotonina e triptofano e um aumento da libertação dos precursores dos neurotransmissores das sinapses. Com a sua utilização crónica, há uma depleção de neurotransmissores e uma hipersensibilização dos recetores pós-sinápticos para os neurotransmissores. Clinicamente, a intoxicação aguda por cocaína, apesar de variável, evolui caracteristicamente em três fases sintomatológicas: a primeira consiste em sintomas de excitação do SNC, com instabilidade emocional, ansiedade, cefaleias, náuseas, vômitos, midríase, bradicardia, hipertensão arterial, taquipneia, arritmias, alucinações; numa segunda fase, poderá ocorrer convulsões tónico-clónicas, taquicardia, cianose, dispneia, acidose láctica; e numa fase final, assiste-se a uma depressão dos centros vasomotores e respiratórios, podendo, eventualmente, surgir coma, seguida da morte do

indivíduo. As consequências do abuso crónico da cocaína traduzem-se em lesões tróficas da mucosa nasal e numa resultante perfuração do septo nasal, e ainda psicose, depressão, sensações paranoides, alucinações tácteis e insónia.^{1,3}

B - CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO

a. Prevalência e Padrões de Consumo Atuais

De forma a dar resposta à problemática das drogas e aos desafios por ela determinados, é-nos imposta uma necessidade da sua compreensão, não só relacionada com o conhecimento teórico da farmacodinamia e da toxicologia, como também da prevalência e dos padrões de consumo atuais. Será então, feita de seguida, uma breve abordagem a esta temática, com base em vários relatórios: referindo a situação atual europeia e do nosso país, através do *Relatório Anual de 2012 da Evolução do Fenómeno da Droga da Europa*²³, do Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência (OEDT), em que as estimativas do consumo de drogas na Europa são referentes à população adulta, com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, e são baseadas nos dados disponíveis mais recentemente obtidos a partir de inquéritos realizados entre 2004 e 2011; do *Relatório Anual de 2011 sobre a Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*²⁴ do Instituto de Droga e Toxicodependência (IDT) português, que é semelhante ao Relatório Anual realizado pelo OEDT, e pretende fornecer elementos de apoio à decisão política e ao planeamento da intervenção; fazendo também referência à situação juvenil europeia, com base no *European School Survey on Alcohol and other Drugs*²⁵ (ESPAD) do ano de 2011, tratando-se este de uma recolha de dados relacionada com o consumo de substâncias psicoativas realizada na população europeia juvenil com 15 e 16 anos de idade, integrando 35 países europeus, sendo que estes dados foram recolhidos em Maio de 2011; e, por fim, mencionando a situação dos estudantes do ensino superior de Coimbra, segundo o projeto *Descobre Outros Prazeres*²,

realizado em 2004, inserido na mesma temática aqui discutida, que integrou ações de prevenção, workshops informativos, atividades de lazer e, ainda, um projeto de investigação através da realização de um questionário, englobando alguns estudantes do Ensino Superior sediado na cidade de Coimbra.

Atualmente, e falando na generalidade, os dados atuais na temática da prevalência e padrões de consumo sugerem uma redução ou uma situação estável, para todas as principais substâncias de abuso, sendo que a experiência do consumo de drogas ilícitas (predominantemente os canabinóides) pelos estudantes aumentou até 2003, diminuiu ligeiramente em 2007, e tem-se mantido estável desde então.²⁵

Canabinóides

Numa abordagem aos canabinóides, estes correspondem à droga ilícita mais consumida e com maior disponibilidade de oferta na Europa, sendo que 1% da população adulta europeia apresenta um consumo diário. Na maioria dos países europeus, o seu consumo aumentou na década de 1990 e no início do ano de 2000. No entanto, desde então que os dados mais recentes resultantes dos inquéritos à população geral e do ESPAD indicam uma estabilização da tendência no seu consumo em muitos países.²³

Relativamente à população adulta geral (15 aos 64 anos), a prevalência ao longo da vida do consumo de canabinóides, com pelo menos uma experiência de consumo, é de cerca de 80,5 milhões, ou seja, 23,7% dos adultos.²³ No panorama nacional, em 2007, a prevalência de consumo ao longo da vida foi de cerca de 11,7%²⁴, estimando-se que cerca de 23 milhões de adultos europeus, (6,8% ou um terço dos consumidores) ao longo da sua vida tenha consumido no último ano, e no último mês, cerca de 12 milhões de pessoas, ou seja, aproximadamente 3,6%. Por país, existem uma variação global no consumo no último ano de cerca de 0,3% a 14,3%.²³

Da população de jovens adultos, ou seja, com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos, estima-se que cerca de 32,5% já consumiram canabinóides, cerca de 12,4% fizeram-no no último ano e cerca de 6,6% no último mês.²³

Numa população com idades compreendidas entre os 14 e os 24 anos, os dados apontam que Portugal é um dos países com prevalência mais baixa de consumo ao longo da vida e no último ano, com 15% e 6,6%, respetivamente.²⁴

A prevalência do consumo de canabinóides ao longo da vida entre os estudantes europeus aumentou globalmente. No nosso país, a prevalência do consumo de canabinóides é agora notoriamente mais elevada em comparação com o primeiro inquérito da década de 1990.²⁵

Estes dados aqui apresentados apontam para uma diversidade nos padrões de consumo de canabinóides, variando entre o consumo experimental e o consumo dependente, sendo que muitas das pessoas deixam de consumir esta substância depois de a experimentarem uma ou duas vezes, e outras têm um consumo ocasional ou por um período de tempo limitado. Os níveis elevados de prevalência de consumo podem ser encontrados em grupos de jovens que frequentam locais de diversão noturna, de música e de dança, e está frequentemente relacionado com um consumo de quantidades bastantes elevadas de álcool. Estima-se que cerca de 3 milhões (1%) da população adulta europeia consuma canabinóides diariamente, e que aproximadamente 75% destes sejam jovens adultos com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos, e que entre esta subpopulação, os indivíduos do sexo masculino apresentam 3,5 mais probabilidade de consumir diariamente esta droga.²³

No ano de 2010, os canabinóides foram a segunda droga, depois da heroína, mais referida como principal causa de toxicod dependência, nos utentes em início de tratamento em 29 países, sendo cerca de 25% do total.²³

Anfetaminas

As anfetaminas, no seu termo genérico, ou seja, englobando todo este grupo de substâncias sintéticas, têm a sua produção mundial centrada na Europa, sendo o consumo significativo de metanfetaminas tradicionalmente restringido à República Checa e mais recentemente à Eslováquia.²³

Na população geral europeia, com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, cerca de 13 milhões de indivíduos (3,8%) já experimentaram pelo menos uma vez anfetaminas ao longo da vida e aproximadamente 2 milhões (0,6%) desta população, cerca de um sexto dos consumidores ao longo da vida, consumiram estas substâncias no último ano. Segundo os dados relativos a 2005 e 2011, a prevalência consumo de anfetaminas no último ano permaneceu relativamente baixa e estável na maioria dos países da Europa, com níveis de prevalência inferiores a 3% em todos os países que forneceram dados estatísticos. Portugal situa-se entre os países com prevalência de consumo mais baixa, na faixa etária dos 15 aos 64 anos, em que cerca de 0,9% da população referida consumiu pelo menos uma vez na vida e cerca de 0,2% dos indivíduos consumiram no último ano.²³

Nos jovens adultos europeus, com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos, a prevalência do consumo ao longo da vida foi em média de 5,5%, com uma variação entre países desde 0,1% até 12,9%, sendo que cerca de 1,5 milhões, ou seja, 1,2%, consumiram esta droga no último ano. Os portugueses encontram-se mais uma vez no lote de países com prevalências de consumo (neste intervalo de idades e relativamente às anfetaminas) mais baixas, tendo apenas cerca de 1,3% dos indivíduos consumido ao longo da vida e apenas cerca 0,4% consumido no último ano.²³

Na população europeia adolescente, com 15 e 16 anos, os dados indicam que 1% a 7% já experimentou, pelo menos, uma vez na vida anfetaminas.²⁵

Nos países europeus, apenas uma pequena percentagem de pessoas inicia tratamento por consumo de drogas mencionando as anfetaminas como droga principal, em que os dados apontam cerca de 6% destes indivíduos no ano de 2010. No período de tempo compreendido entre 2005 e 2010, as tendências relacionadas com os consumidores que referem as anfetaminas como droga principal e iniciaram tratamento permaneceram estáveis na maioria dos países, incluindo Portugal.²³

Opiáceos

Desde a década de 1970 que grande parte dos problemas europeus relacionados com a matéria de drogas e toxicodependências se centra no consumo de heroína, já que o consumo desta droga é responsável pela maior morbilidade e mortalidade relacionadas com o consumo de drogas na Europa. No entanto, à medida que se acolhe um impacto de políticas eficazes e o prolongado decréscimo do consumo desta mesma, especialmente de forma injetada, que estes mencionados problemas estão a diminuir, e em alguns casos, de forma muito significativa.

Os dados estatísticos indicam de cerca de 1,4 milhões de europeus são consumidores problemáticos de opiáceos, que cerca de 4% de todas as mortes de indivíduos europeus com idades compreendidas entre os 15 e os 39 anos tenham sido induzidas por droga, e que em cerca de três quartos destas tenham sido detetadas opiáceos. Estas são as principais drogas que levam a pedidos de tratamento de toxicodependência²³, incluindo em Portugal²⁴ em cerca de 50% do total dos pedidos, em que cerca de 710 000 consumidores de opiáceos receberam tratamento de substituição em 2010. No entanto, pode-se afirmar que em toda a Europa diminuiu o número de pedidos de tratamento devido a estas drogas e aumentou a média da idade dos que o iniciam.²³

É difícil prever tendências futuras, no entanto, parece que a Europa se encontra numa situação em que a heroína deixará de desempenhar este papel tão fulcral. Uma vez que os dados revelam que um decréscimo do consumo global e, mais recentemente, observa-se uma

diminuição daqueles relativos à pureza, apreensões, infrações à legislação e preço de venda ao retalho. No geral, e como para todas as drogas, tanto os fatores da procura como da oferta são importantes nas alterações dos padrões de consumo de heroína. Relativamente ao consumo de drogas injetáveis, os indicadores sugerem, igualmente, que este comportamento está também a diminuir. Tem-se observado, cada vez mais, que em determinadas partes da Europa a disponibilidade tem diminuído, sendo que em alguns países existe mesmo uma significativa escassez de produto. Além desta situação, o consumo desta droga tem vindo a ser substituído pelo consumo de outras.²³

Apesar de existir uma produção limitada de opiáceos na Europa, a forma de heroína mais comum é a heroína base, ou castanha, principalmente proveniente do Afeganistão, e a menos comum é a forma de sal, a heroína branca, normalmente originária do Sudeste Asiático. No ano de 2010, registou-se que a pureza média da heroína castanha na maioria dos países europeus, se situava entre 17% e 28%, enquanto que a pureza média da heroína branca se encontrava entre os 25% e os 45%.²³

Cocaína

Sendo a cocaína uma das drogas mais consumidas em Portugal, logo após aos canabinóides, esta é também uma das mais consumidas na Europa. Porém, atualmente a sua popularidade tem vindo a diminuir, e os dados mais recentes apontam para uma tendência de consumo igualmente decrescente. 2008 foi o ano em que os dados apontam para uma viragem nas tendências de algumas prevalências relacionadas com esta droga. Foi em 2008 que se atingiu o nível máximo de casos de entradas nos serviços de urgência relacionados com intoxicações agudas por cocaína, e onde se registaram mais mortes relacionadas com esta droga assim como se observaram mais casos de início de tratamento pela primeira vez devido a esta mesma droga.²³

Na população adulta europeia, com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, aproximadamente 4,6%, isto é, 15,5 milhões de pessoas consumiu pelo menos uma vez na vida cocaína. Relativamente ao consumo no último ano, cerca de 4 milhões ou 1,2% de adultos europeus, ou cerca de um quarto dos consumidores ao longo da vida, consumiram esta droga. No último mês, estima-se que cerca de 1,5 milhões de europeus adultos, isto é, 0,5% consumiu cocaína.²³

A população jovem com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos tem uma prevalência de consumo ao longo da vida de 6,3%, ou de cerca de 8 milhões de europeus, sendo o consumo do último ano de 3 milhões de indivíduos, ou seja, 2,1% e a prevalência de consumo no último mês de cerca de 1 milhão, ou seja, de 0,8% dos adultos jovens europeus.²³

Relativamente aos jovens europeus de 15 e 16 anos, a prevalência do consumo de cocaína pelo menos uma vez na vida foi registado por cerca de 1% a 2% destes indivíduos, em cerca de 13 dos 24 Estados-Membros da União Europeia, Croácia e Noruega, sendo que no Reino Unido apontou-se para 5% dos indivíduos e nos restantes países para cerca de 3% a 4%.²⁵

Embora no geral, os níveis de prevalência do consumo de cocaína continuam baixos comparativamente com as prevalências de outras drogas, como os canabinóides, registou-se um aumento na sua generalidade, o que requer por si só uma vigilância constante.²³

Os consumos de cocaína regulares, a longo prazo e pela via intravenosa são realmente prejudiciais à saúde do ser humano, sendo que esta foi a principal referência para iniciar tratamento por toxicodependência em cerca de 15% dos utentes que iniciaram tratamento em 2010. Em Portugal, entre 10% a 15% da totalidade dos utentes consomem cocaína.²³

Panorama Português

Numa abordagem ao panorama português, apresentam-se dados realizados em 2007 na população adulta portuguesa com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos. Os dados obtidos indicam que as substâncias ilícitas consumidas com maior preferência foram os canabinóides e a cocaína, em que, respetivamente, aproximadamente 11,7% e 1,9% dos indivíduos consumiram essas drogas pelo menos uma vez ao longo da vida. Entre 2001 e 2007, os indicadores revelam ainda uma estabilidade das prevalências de consumo de qualquer droga no último mês e uma descida das taxas de continuidade dos consumos, passando de 44% para 31%. No entanto, verificou-se uma subida das prevalências do consumo de qualquer droga ao longo da vida, de 8% para 12%. Portugal, no ano de 2007, com exceção da heroína, situou-se entre os países europeus com menor prevalência de consumo de drogas.²⁴

Estudantes Da Universidade De Coimbra 2004

Segundo dados obtidos a partir da realização de um questionário a estudantes do Ensino Superior de Coimbra em 2004 a média da idade do primeiro consumo de drogas varia entre 16,55 e 19,17, e cerca de 49,2% dos estudantes já teve contacto com drogas, isto é, já consumiu pelo menos uma vez na vida. Este estudo aponta para prevalências de consumo de, aproximadamente, 35,3% relativamente aos canabinóides, 1,4% quanto às anfetaminas, 1,8% de cocaína e 0,6% de heroína. De todos os inquiridos, 11,78% ainda consumiam (na altura) drogas ilegais, dos quais 10,2% consumiam canabinóides. Quanto aos policonsumos, 57,1% afirmava já ter consumo várias drogas ao mesmo tempo, enquanto que 42,9% consumiam apenas uma substância ilegal de cada vez. Concluiu-se, também, que a população estudantil de Coimbra que consumia conjuntamente drogas ilegais e álcool variava entre os 46,05% e os 68,15%.²

b. Legislação

Em toda esta problemática relacionada com a temática de drogas de abuso e toxicod dependência, é imperativa a criação e a implementação de uma legislação que permita a eficácia de uma política de luta contra a droga e de estratégias de segurança.

Relativamente à legislação portuguesa relacionada com a temática abordada neste trabalho, esta encontra-se bem definida em variados Decretos-Lei publicados no Diário da República.

Em Portugal, o tráfico de drogas é proibido, o seu consumo é descriminalizado e o consumo associado à condução rodoviária é condenável e punível por lei.

O Decreto-Lei 15/93, de 22 de Janeiro, abrangido no Código Penal, aprova o regime jurídico português aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas. Esta lei revê a legislação de combate à droga, submete a controlo todas as plantas, substâncias e preparações referidas nas convenções relativamente a estupefacientes ou substâncias ou substâncias psicotrópicas validadas por Portugal e respetivas alterações e proíbe o tráfico deste tipo de substâncias.²⁶

A Lei nº 30/2000, de 29 de Novembro, que descriminaliza o consumo de estupefacientes, define o regime jurídico aplicável ao consumo destas substâncias e a proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica. Existe uma proibição administrativa que substitui as penas por sanções de ordenação social. São também criados órgãos imprescindíveis à institucionalização do novo regime e distribuídas as competências necessárias pelos serviços e organismos do Estado português envolvidos nesta questão. Subsiste, portanto, uma responsabilização do Estado em termos do cumprimento do direito constitucional à saúde, com um maior reconhecimento da dignidade humana, na medida em que o toxicod dependente passa a ser considerado como um doente e não um criminoso.²⁷

No artigo 81º do Código da Estrada, aprovado pelo Decreto-Lei nº 44/2005, de 23 de Fevereiro, institui-se a proibição da condução sob a influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas.²⁸ A Lei nº 18/2007, de 17 de Maio, aprova o regulamento de fiscalização da condução sob a influência do álcool e de substâncias psicotrópicas, sendo especialmente avaliadas os canabinóides, a cocaína e seus metabolitos, os opiáceos e as anfetaminas e seus derivados. Segundo esta lei, o indivíduo é submetido a um exame de rastreio em saliva para a deteção destas substâncias, e caso este seja positivo, é então sujeitado a um exame de confirmação, através de análise sanguínea. Este último exame é aquele que, caso seja positivo, permite declarar o indivíduo como estando sob a influência destas substâncias.²⁹

Assim, como se pode constatar, em Portugal o tráfico de drogas é proibido, o seu consumo é descriminalizado e o consumo associado à condução rodoviária é condenável e punível por lei.

VI.2. CONTRIBUIÇÃO PESSOAL

A. Introdução Ao Estudo Empírico

O interesse que subsiste na contribuição pessoal deste trabalho surgiu após breves encontros com o tema durante o Mestrado Integrado em Medicina da Universidade de Coimbra, sendo que nem todos surgiram no percurso obrigatório de estudos deste curso.

Por conseguinte, este trabalho tem como objetivo primordial uma revisão sobre a realidade portuguesa num contexto estudantil universitário, principalmente estudantes da área da saúde, pretendendo-se avaliar o seu conhecimento sobre drogas de abuso e eventual consumo das mesmas.

Tal como já foi acima mencionado, a metodologia em que este estudo se baseou consiste em duas etapas, uma breve revisão bibliográfica e um estudo atual através da implementação de um inquérito a uma população estudantil.

a. Material e Métodos

Delimitados os objetivos do presente estudo, apresentamos agora as características da amostra, bem como os instrumentos e procedimentos da recolha e análise dos dados.

Amostra

Foi utilizada uma amostra de conveniência, constituída por 293 estudantes do Ensino Superior Português, em diferentes áreas de formação. Dos 293 estudantes, cujas respostas ao questionário foram analisadas, 38,20% (n=112) foram de indivíduos do género masculino e 61,80% (n=181) do género feminino, com uma média de 20,83 anos de idade (DP=2,36), com idades compreendidas entre os 17 e os 34 anos. A maioria (n=290; 99,00%) são solteiros e apenas 3 (1,00%) casados, vivendo em agregados familiares de, em média, 4 elementos (DP=1,08). Os estudantes alvo do presente estudo apresentam, em média, 3,11 matrículas

(DP=1,89) e encontram-se distribuídos por instituição de ensino superior de acordo com a Figura 1.

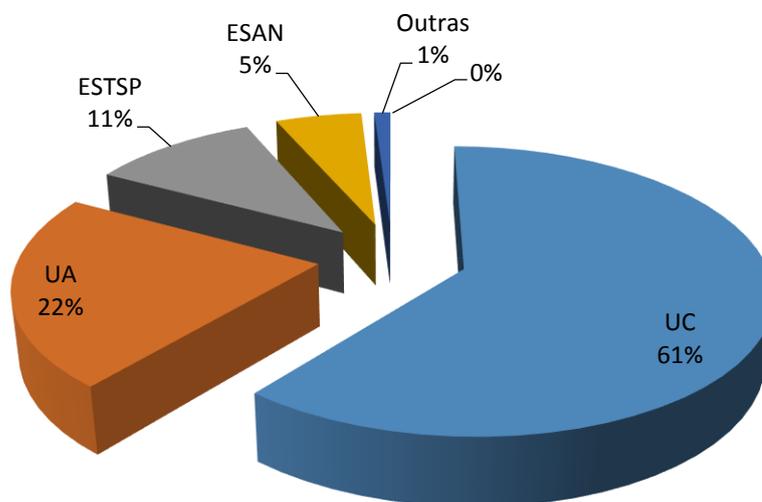


Figura 1 - Distribuição da amostra pelas instituições de Ensino Superior.

UC-Universidade de Coimbra.

UA-Universidade de Aveiro.

ESTSP-Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto.

ESAN-Escola Superior Aveiro Norte

Da amostra total deste estudo 58,40% (n=171) encontram-se a frequentar cursos de formação universitária na área da saúde e 37,50% (n=110) noutras áreas que não da saúde, conforme se pode observar mais detalhadamente na Figura 2.

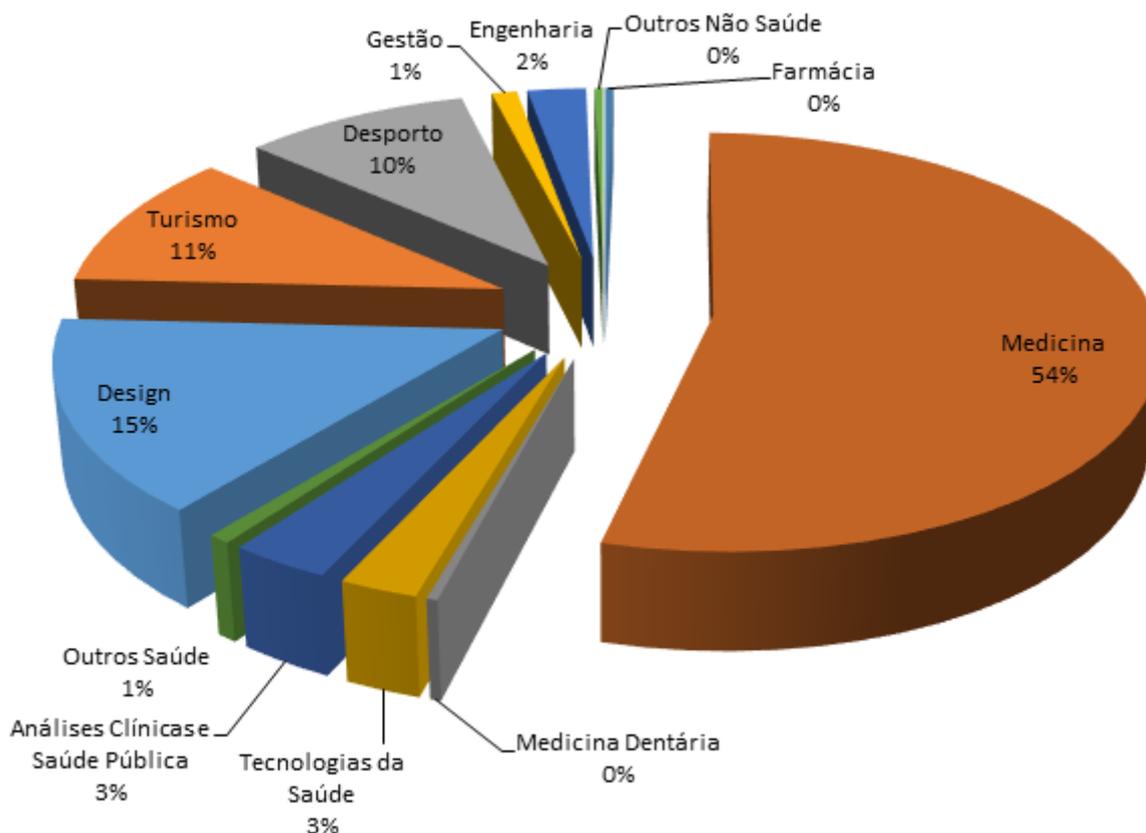


Figura 2 - Distribuição dos estudantes pelos diferentes cursos do ensino superior.

Instrumento de Recolha de Dados

Atendendo à inexistência de dados específicos relativamente ao conhecimento que os estudantes do ensino superior possuem relativamente às substâncias psicoativas, a investigação que a seguir se apresenta mostrou-se essencial para o estabelecimento de respostas às questões levantadas pela premissa deste estudo, sendo assim possível, fazê-lo a partir dos seus resultados.

Foi então realizado um instrumento de recolha de dados através de um questionário, composto por vinte e nove questões, estando algumas delas subdivididas. Os formatos de resposta são diversos, de acordo com o tipo de questões e informação que se pretendeu recolher. Teve-se também a preocupação de não tornar o questionário demasiado extenso de modo a não comprometer a adesão ao seu preenchimento por parte da população-alvo.

No referido questionário (que pode ser consultado no ANEXO) é solicitada e agradecida a colaboração no seu preenchimento, é explicitado o objetivo do mesmo, sendo igualmente explícita a animosidade do mesmo.

Procedimento de Recolha de Dados

Procedeu-se à recolha dos dados através da administração do questionário de duas formas diferentes, tendo sido solicitada a colaboração dos inquiridos após os períodos letivos de certas aulas, ou então após a solicitação da colaboração de forma aleatória de indivíduos. No ato de entrega do instrumento foi reforçado o anonimato, tendo sido explicado que não era um teste e que só o preenchia quem o optasse fazer de livre vontade.

b. Procedimentos de Análise de Dados

O software estatístico utilizado para a análise de dados foi *IBM SPSS software*, um programa analítico preditivo.³⁰

Houve poucos inquiridos (n=38) que consideraram o álcool e o tabaco droga de abuso, o que sugere que a maioria da amostra respondeu ao questionário considerando DA como substâncias ilícitas. Assim sendo, optou-se por efetuar a análise de dados tendo em conta este critério, ou seja, nas questões relacionadas com o consumo, às respostas ao questionário foram sendo consideradas apenas as substâncias ilegais, excluindo outras substâncias também mencionadas, nomeadamente o álcool, o tabaco e fármacos.

As variáveis em estudo foram analisadas em função das respostas diretas dos estudantes ao questionário, nomeadamente: a idade, o sexo, o estado civil, a instituição do ensino superior que frequenta, a área do ensino superior a que pertence, o número de matrículas, a perceção sobre o que é uma droga de abuso, a prevalência do consumo ao longo da vida, a idade do primeiro consumo, o motivo principal do primeiro consumo, o acesso fácil, a forma de acesso, a prevalência de consumo ao longo do último ano, a frequência de

consumo ao longo do último ano, a prevalência no último mês, a frequência no último mês, a prevalência de policonsumos, policonsumo em contexto de álcool com outra droga de abuso, condução sob o efeito de uma droga de abuso, a percepção sobre as “Smart Shops”, se efetuou alguma compra numa “Smart Shop”, os efeitos que cada um tipo de droga tem sobre o SNC, a percepção relacionada com o potencial de dependência de cada tipo de droga, a metadona não ser um opiáceo, a percepção relacionada com a definição de THC, a *erva* não ter uma percentagem quase nula de THC, a relação do consumo de canabinóides com o surgimento de perturbações psicóticas, o *haxixe* ser um canabinóide, a *marijuana* ser um canabinóide, a diferença entre *haxixe* e *marijuana*, as mortes relacionadas com o consumo de apenas canabinóides, a cocaína não ser um opiáceo e a concordância com a liberalização do consumo de drogas.

Outras foram inferidas através das respostas descritivas, nomeadamente, a correta definição de droga de abuso, que substâncias considera como sendo drogas de abuso, qual ou quais as drogas já consumidas, as drogas consumidas em contexto de policonsumo, o motivo de ter efetuado compras numa “Smart Shop”, os principais grupos de drogas opiáceas e o correto conhecimento relacionado com a definição de THC. As respostas consideradas como correta definição de droga de abuso incluem a definição de droga de abuso lícita e não lícita, de substâncias com suscetibilidade de consumo com fim não terapêutico e com capacidade de induzir alterações ao nível do SNC. Quanto aos principais grupos de drogas opiáceas, foram consideradas respostas corretas as seguintes: “heroína, morfina, metadona, codeína”; “heroína, morfina, metadona”; “heroína, morfina, codeína, oxicodona”; “heroína, morfina”; “metadona, morfina”. A definição de THC foi considerada correta nas respostas “tetrahydrocannabinóide” e “substância ativa dos canabinóides”.

Outras foram ainda avaliadas, como certas questões de resposta múltipla, em que se definiu a resposta certa ou errada, nomeadamente a área de saúde e as vias de administração

de cada uma das drogas de abuso. Relativamente à formação na área da saúde, foram considerados os cursos de Farmácia, Medicina, Medicina Dentária, Tecnologias da Saúde, Análises Clínicas e Saúde Pública e outros relacionados com esta área. Todos os restantes cursos foram considerados como não fazendo parte desta área de formação académica. Na questão que se prende com as vias de administração das anfetaminas, foram consideradas corretas as respostas assinaladas “injetadas, oral” e “injetadas, oral e inaladas”. Quanto às vias de administração das substâncias opiáceas, foram consideradas corretas as respostas “injetadas, inaladas, fumadas, comidas, snifadas”. As respostas relativas à questão das vias de administração dos canabinóides consideradas corretas foram “fumadas, comidas”. Por fim, as respostas consideradas corretas quanto às vias de administração da cocaína foram as assinaladas como “injetadas, inaladas, fumadas, snifadas”.

B. Resultados

Num primeiro momento dedicar-nos-emos à caracterização da amostra no que respeita ao conhecimento sobre drogas e consumo de substâncias. Posteriormente, iremos analisar a relação entre o consumo e o conhecimento, entre a formação académica e o conhecimento sobre as drogas, bem como a relação entre a formação e o consumo.

a. Avaliação do Conhecimento

Através da análise estatística, os dados revelam que 56,03% dos alunos (n=165) considera saber o que é uma droga de abuso, quando a análise das respostas qualitativas/descritivas nos permite concluir que na realidade apenas 43 alunos (14,70%) conhece na realidade essa definição, sendo que 43,70% (n=128) define droga de abuso como sendo substâncias ilegais.

Cerca de 73,00% dos estudantes (n=214) considera que as anfetaminas têm efeitos estimulantes, 76,50% (n=224) sabe que as anfetaminas provocam dependência e apenas 2,40% (n=7) identifica corretamente todas as vias de administração desta substância.

Relativamente ao grupo das substâncias opiáceas, 10,00% dos inquiridos (n=31) sabe quais as principais substâncias que compõem o grupo dos opiáceos, 54,30% (n=159) sabe que a metadona é um opiáceo, 23,20% (n=68) sabe que os opiáceos têm efeitos depressores do SNC, 72,70% (n=213) sabe que os opiáceos provocam dependência e apenas 2,00% (n=6) sabe todos os modos de administração destas substâncias.

Quanto aos canabinóides, 35,80% dos estudantes (n=105) acha que sabe o que é o THC mas na verdade só 28,70% (n=84) definem corretamente o THC. 49,80% (n=146) sabe que a *erva* não tem uma percentagem nula de THC e 50,50% (n=148) sabe que o consumo de canabinóides se relaciona com perturbações psicóticas, enquanto que 57,00% (n=167) sabe que o *haxixe* é uma forma de consumo de canabinóides, 76,50% (n=224) sabe a diferença

entre *haxixe* e *marijuana*. 20,50% (n=60) sabe que os canabinóides têm efeitos estimulantes do SNC, 69,60% (n=204) considera que os canabinóides provocam dependência, 7,50% (n=22) conhece todas as formas de consumo destas substâncias e 51,50% (n=151) considera que há mortes relacionadas com o consumo de canabinóides.

Considerando a cocaína, 40,30% dos indivíduos (n=118) sabe que a cocaína não é um opiáceo, 38,20% (n=102) sabe que a cocaína tem efeitos estimulantes no SNC, 84,00% (n=246) sabe que a cocaína provoca dependência e 13,30% (n=39) sabe todas as formas de consumo da cocaína.

Relativamente à questão da liberalização do consumo de drogas, 59,70% (n=175) não concorda com esta.

b. Consumos de Substâncias

A idade média do primeiro consumo é de 17 anos (DP=2,08), podendo-se observar na Figura 3 a distribuição do número de estudantes que já consumiram substâncias ilícitas pelas diferentes idades de início de experiência.

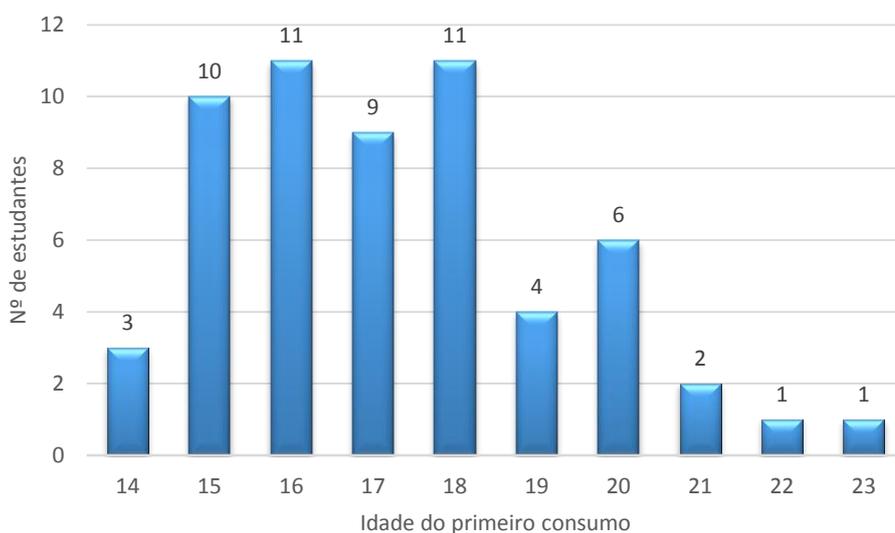


Figura 3 – Número que estudantes que já consumiram substâncias ilícitas em função da idade da primeira experiência.

Relativamente à prevalência do consumo ao longo da vida, isto é, da prevalência dos estudantes terem tido uma experiência de, pelo menos, uma vez na vida, de toda a amostra, 72,40% (n=212) diz nunca ter consumido drogas de abuso, 19,80% (n=58) diz já ter consumido e 7,80% (n=23) não responde. Dos 50 estudantes que descreveram as substâncias de abuso consumidas, segue no seguinte gráfico a descrição das substâncias consumidas (distribuição do consumo).

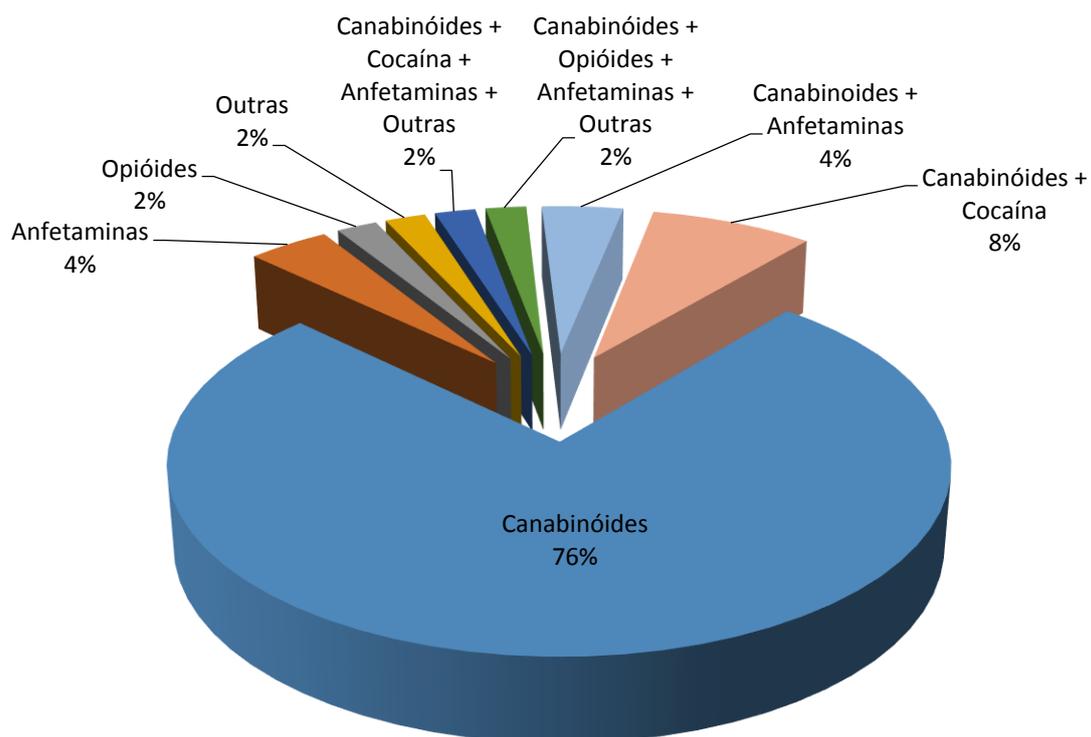


Figura 4 – Prevalência do consumo de substâncias ao longo da vida.

Relativamente às razões que motivaram o consumo, 55 dos 58 estudantes que consumiram, isto é, cerca de 95,00%, fizeram-no “por curiosidade”, 26,00% (n=15) por “ser novidade”, 10,00% (n=6) por “ter sido aliciado por amigos”, 3,00% (n=2) para “aliviar dores”, 2,00% (n=1) para “esquecer problemas”, 14,00% (n=8) porque “estava sob o efeito de

álcool”, 12,00% (n=7) porque “considera que deve experimentar” e nenhum considerou ter consumido “por engano”, “para ajudar a estudar” e “para ajudar a concentrar”.

Cerca de 74,00% (n=43) dos alunos que consumiram drogas de abuso considera ter tido acesso fácil às mesmas, sendo que na figura 5 se podem observar as formas que estes estudantes tiveram acesso às substâncias de abuso.

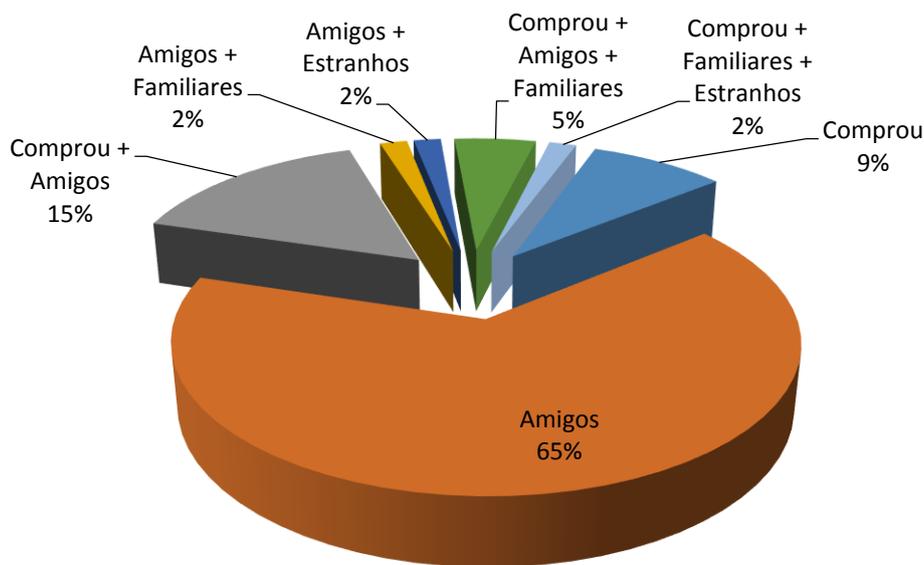


Figura 5 – Formas de acesso às substâncias consumidas.

Cerca de 14,00% (n=41) do total da amostra (ou seja, 70,69% dos que já consumiram) diz ter consumido nos últimos 12 meses, e cerca de 6,80% (n=20) do total (34,48% dos que já consumiram) nos últimos 30 dias, encontrando-se a distribuição relativa à frequência destes consumos na Figura 6 e na Figura 7, respetivamente.

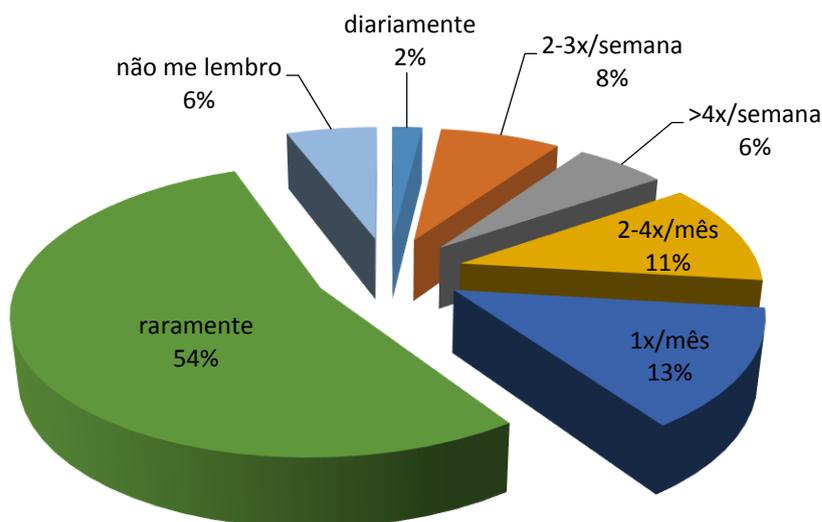


Figura 6 – Prevalência de consumo nos últimos 12 meses.

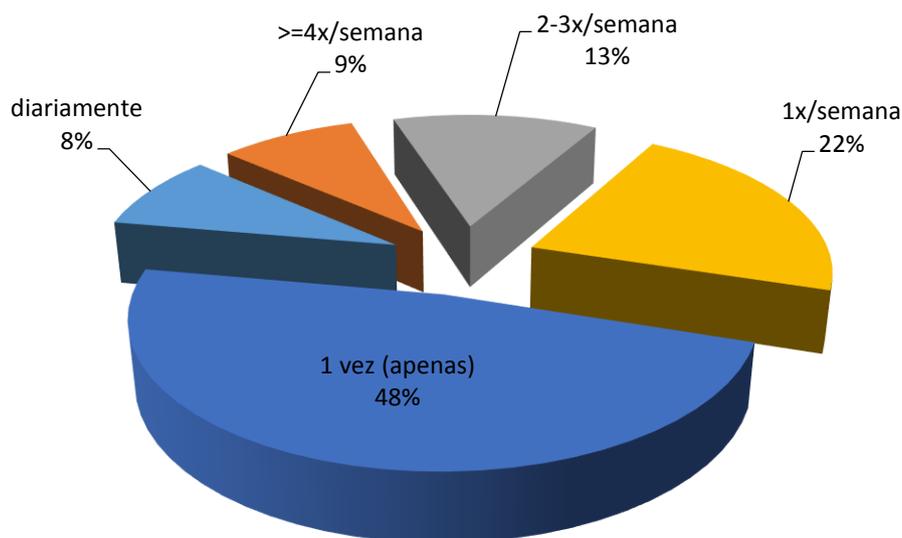


Figura 7 – Prevalência de consumo nos últimos 30 dias.

De toda a população inquirida, 0,70% (n=2), isto é, 3,45% dos que já consumiram, considera que já consumiu mais do que uma droga ilícita ao mesmo tempo (policonsumo), nomeadamente “canabinóides e cogumelos” e “canabinóides, cocaína e anfetaminas”, e cerca de 16,7% (n=49), 84,48% dos estudantes que já consumiram, refere ter consumido álcool com outra droga de abuso em simultâneo.

Relativamente a comportamentos de risco, 4,40% (n=13) de todos os estudantes, ou seja, 22,41% dos que já consumiram, diz já ter conduzido sob o efeito de drogas ilícitas.

Do total da amostra, 86,00% (n=252) diz conhecer as “Smart Shops”, sendo que 10,90% (n=32) já comprou alguma coisa num destes estabelecimentos, alegando como motivos para o fazer a “curiosidade/intensão de experimentação” em cerca de 4,10% (n=12) e numa mesma percentagem, 0,70% (n=2) alega “fácil acesso”, “para relaxar”, “para diversão” e “para oferecer”.

c. Análise Comparativa

Quem Consumiu/Quem Não Consumiu Vs Conhecimento

Fizeram-se testes não paramétricos para comparação de duas amostras independentes (teste *Mann Whitney U*), usando um nível de significância de 0,05 com o objetivo de avaliar a existência de diferenças médias significativas entre o grupo de estudantes que já consumiu drogas ilícitas e o grupo de estudantes que nunca consumiu. Verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na idade ($z=-4,12$; $p<0,001$) apresentando os estudantes que já consumiram uma idade média ($M=21,79$; $DP=2,56$) superior à dos estudantes que não consumiram ($M=20,58$; $DP=2,14$), e número de matrículas ($z=-4,34$; $p<0,001$) apresentando, em média, os que já consumiram um número de matrículas ($M=4,10$; $DP=1,80$) superior à dos que não consumiram ($M=2,93$; $DP=1,82$).

Foram ainda levadas a cabo testes Qui-quadrado, para avaliar a relação entre a prevalência do consumo ao longo da vida e o conhecimento sobre drogas de abuso. Verificou-se que existe uma relação entre a prevalência de ter tido pelo menos uma experiência de consumo ao longo da vida e a perceção subjetiva de que se sabe o que é uma droga de abuso [$\chi^2(1)=23,85$; $p<0,001$] não se observando relação com o conhecimento real da definição de droga de abuso. Dos estudantes que consideram que sabem o que é uma droga de abuso, 68,50% nunca consumiu e 31,50% já consumiu. Dos estudantes que já consumiram, 87,90%

considera que sabe o que é uma droga de abuso, quando na realidade, apenas 32,70% destes o sabe concretamente. Dos que não consumiram, 52,90% acha que sabe o que é uma droga de abuso, quando na realidade apenas 20,70% o sabe.

Ter ou não consumido uma droga ilícita ao longo da vida não se relaciona com o conhecimento sobre as anfetaminas, nomeadamente, saber o efeito destas no SNC, saber que provocam dependência e os modos de consumo, bem como com o conhecimento sobre os opiáceos, a saber os tipos de substâncias opiáceas, os seus efeitos, o potencial de dependência e as vias de administração.

Por sua vez, observou-se uma relação estatisticamente significativa entre a prevalência do consumo de substâncias e o conhecimento de canabinóides no que respeita à identificação do *haxixe* como um canabinóide [$\chi^2(1)=7,35$; $p<0,01$], das diferenças entre *haxixe* e *marijuana* [$\chi^2(1)=4,80$; $p<0,05$] e do potencial de dependência dos canabinóides [$\chi^2(1)=5,16$; $p<0,05$], bem como com a perceção subjetiva de que conhece a definição de THC [$\chi^2(1)=5,21$; $p<0,05$]. São os estudantes que já consumiram que melhor sabem que o *haxixe* é um canabinóide, ou seja, 87,70% destes contra 68,10% dos que não consumiram. Todos os estudantes que já consumiram (100,00%) sabe a diferença entre *haxixe* e *marijuana*, ainda que também 91,80% dos que não consumiram o saiba. Os estudantes que nunca consumiram drogas consideram com mais facilidade que os canabinóides provocam dependência, isto é, 83,80% destes quando comparados com 69,80% dos que já consumiram que também dizem que os canabinóides provocam dependência. Os estudantes que já consumiram consideram mais que sabem o que é o THC (53,70% desses) quando comparados com os que não consumiram, ou seja, apenas 36,50% destes acham que sabem o que que é o THC. Não se verificou relação entre o consumo e o conhecimento real da definição de THC, de que a *erva* não tem uma percentagem quase nula de THC, de que existe uma relação entre o consumo de canabinóides e perturbações psicóticas, dos efeitos no SNC dos canabinóides, do

conhecimento sobre os seus modos de consumo e da inexistência de mortes relacionadas com o consumo de canabinóides.

Não se observaram diferenças ao nível do conhecimento sobre a cocaína, entre o grupo dos estudantes que já experimentou e os que nunca o fizeram, nomeadamente ao nível da identificação da cocaína como um não opiáceo, do conhecimento dos efeitos da cocaína no SNC, do conhecimento da dependência e das vias de administração.

Não se observa também relação entre o acordo com a liberalização do consumo e a prevalência do consumo de drogas ao longo da vida.

Área de Saúde / Área Não de Saúde Vs Conhecimento

Foram também realizados testes Qui-quadrado para avaliar a relação entre a área de formação superior (área de saúde ou outra não de saúde) e o conhecimento e o consumo de drogas.

Observou-se uma relação estatisticamente significativa entre a área de formação dos estudantes e a perceção de que sabem o que é uma droga de abuso [$\chi^2(1)=83,23$; $p<0,001$] e o seu conhecimento real da sua definição [$\chi^2(1)=6,20$; $p<0,05$]. Dos estudantes que consideram saber o que é uma droga de abuso, 84,40% têm formação em saúde enquanto que 15,60% não têm esta formação, e dos que realmente sabe o que é uma droga de abuso, 95,20% têm formação em saúde contra 4,80% que não têm, ainda que dos que têm formação na área da saúde, apenas 28,20% conheçam a definição de droga de abuso *versus* 6,70% dos estudantes que não são da área da saúde. Também se observou que 25,10% dos que têm formação em saúde demonstra saber que as drogas de abuso não são apenas as substâncias ilícitas (ainda que 57,90% confundam estas duas definições) enquanto que dos que não têm esta formação, apenas 5,50% descrevem corretamente esta definição de droga de abuso [$\chi^2(2)=86,06$; $p<0,001$].

Observou-se uma relação estatisticamente significativa entre a área de formação e o conhecimento relacionado com as anfetaminas, nomeadamente ao nível dos seus efeitos [$\chi^2(1)=8,72$; $p<0,01$], da dependência que provocam [$\chi^2(1)=22,39$; $p<0,001$] e do modo de consumo [$\chi^2(1)=3,65$; $p=0,05$]. No que respeita ao conhecimento dos efeitos das anfetaminas no SNC, dos estudantes que o demonstram possuir, 71,00% têm formação em saúde. Dos que têm formação em saúde, 90,20% sabe os efeitos das anfetaminas, enquanto que dos que não têm esta formação, são 75,90% os que identificam estes efeitos. Quanto à dependência que estas drogas criam, dos estudantes que a reconhecem, 70,60% são da área da saúde. Dos que têm formação em saúde, 91,00% reconhecem o potencial de dependência das anfetaminas, enquanto que são 67,70% os que não têm formação em saúde que o fazem. Em relação ao modo como são consumidas, apenas os estudantes com formação em saúde (100%) evidenciam saber todos estas vias de administração, ainda que estes sejam apenas 4,40% de todos os estudantes de saúde.

A análise dos resultados relativos ao conhecimento sobre os opiáceos demonstra uma relação estatisticamente significativa entre a área de formação e conhecer as principais substâncias que pertencem a este grupo [$\chi^2(1)=4,96$; $p<0,05$], saber que a metadona é um opiáceo [$\chi^2(1)=9,91$; $p<0,01$], reconhecer os efeitos dos opiáceos no SNC [$\chi^2(1)=9,74$; $p<0,01$] e reconhecer a dependência gerada pelos opiáceos [$\chi^2(1)=2,59$; $p<0,001$]. Em relação às principais substâncias que compõem os opiáceos, apenas os estudantes com formação em saúde (100%) evidenciam conhecê-las, sendo que destes, 30,20% o fazem corretamente. Quanto ao saber que a metadona é um opiáceo, 81,80% de todos os inquiridos que responderam corretamente, são da área da saúde. De todos os desta área, 82,90% sabe que a metadona é um opiáceo, enquanto que, dos que não têm formação na área da saúde, apenas 60,90% o sabe. Relativamente ao conhecimento sobre os efeitos no SNC dos opiáceos, dos estudantes que o sabem, 88,20% são da área da saúde. De todos os estudantes desta área,

37,70% sabe os efeitos *versus* 14,80% dos estudantes que não têm formação em saúde. De todos os estudantes que reconhecem o efeito de dependência dos opiáceos, 77,20% têm formação em saúde. Dos que têm formação em saúde, 96,90% respondem que os opiáceos provocam dependência, enquanto que 78,00% dos que não têm esta formação também o fazem. Não se observaram diferenças estatísticas significativas entre os estudantes com ou sem formação em saúde no que respeita ao conhecimento sobre as vias de administração das substâncias opiáceas.

Relativamente aos canabinóides, observaram-se relações entre a área de formação e considerar que se sabe o que é o THC [$\chi^2(1)=5,22$; $p<0,05$] (sendo maioritariamente - 71,20% - os estudantes da área de saúde a considerar que conhecem esta definição), ainda que não se verifique esta relação entre a área de formação e a demonstração efetiva deste conhecimento. Ainda se observaram relações entre a área de formação e o saber que o consumo de canabinóides se relaciona com perturbações psicóticas [$\chi^2(1)=42,16$; $p<0,001$], o saber que o *haxixe* é um canabinóide [$\chi^2(1)=17,48$; $p<0,001$], o saber que as substâncias canabinóides provocam dependência [$\chi^2(1)=5,43$; $p<0,05$] e saber que não há mortes associadas ao consumo de canabinóides [$\chi^2(1)=14,80$; $p<0,001$]. Dos estudantes com formação em saúde, 81,90% sabe que o consumo de canabinóides se relaciona com perturbações psicóticas, 80,80% sabe que o *haxixe* é um canabinóide, 84,80% sabe que os canabinóides provocam dependência e apenas 31,60% afirma que não há mortes relacionadas com o consumo destas substâncias. Dos estudantes sem formação em saúde, 34,50% reconhecem que o consumo de canabinóides se relaciona com perturbações psicóticas, 53,10% demonstra saber que o *haxixe* é um canabinóide, 72,30% reconhece que os canabinóides provocam dependência e 57,10% sabe que não há mortes relacionadas com o consumo destas substâncias. Não há diferenças estatísticas significativas entre estudantes com diferentes áreas de formação no que diz respeito ao facto de saber que a *erva* não tem uma percentagem quase nula de THC, que o

haxixe é mais potente que a *marijuana*, quais os efeitos dos canabinóides no SNC e quais as diferentes vias de administração destas substâncias.

No que diz respeito ao conhecimento sobre a cocaína, não se observaram diferenças entre as diversas variáveis que o avaliam (saber que a cocaína não é um opiáceo, saber os seus efeitos no SNC, saber que a cocaína provoca dependência e saber os modos de consumo) e a área de formação dos estudantes do ensino superior.

Por fim, os resultados revelam a existência de uma relação entre a área da formação e o acordo dos estudantes com a liberalização do consumo [$\chi^2(1)=12,00$; $p<0,001$], sendo que dos que concordam com a liberalização do consumo, 51,10% não têm formação em saúde. Dos estudantes com formação em saúde (48,90%) somente 26,50% concorda com a liberação, enquanto que dos estudantes sem formação em saúde, 47,90% apresentam parecer favorável.

Área de Saúde / Área Não de Saúde Vs Consumo

A análise de dados revela existir uma relação estatisticamente significativa entre a área de formação dos estudantes e a prevalência do consumo ao longo da vida [$\chi^2(1)=12,59$; $p<0,001$], observando-se que dos estudantes que já tiveram, pelo menos, uma experiência com uma substância ilícita, 84,20% têm formação na área da saúde. De todos os estudantes que têm formação na área da saúde, os resultados demonstram que 28,90% já consumiram substâncias ilícitas enquanto que dos que não têm formação em saúde, 9,80% já consumiram substâncias ilícitas.

Observou-se, também, a existência de uma relação entre a área de formação e o consumo nos últimos 12 meses [$\chi^2(1)=4,13$; $p<0,05$] e nos últimos 30 dias [$\chi^2(1)=4,74$; $p<0,05$]. Dos estudantes que referem ter consumido nos últimos 12 meses, 74,20% eram da área da saúde e de todos os estudantes da área da saúde que já alguma vez consumiu drogas, 52,30% fê-lo nos últimos 12 meses. De todos os estudantes que não são da área de saúde e que já alguma vez consumiu, 88,90% fê-lo nos últimos 12 meses. Dos estudantes que referem

ter consumido nos últimos 30 dias, 64,30% eram da área da saúde. De todos os estudantes da área da saúde que já alguma vez consumiram, 20,50% fê-lo nos últimos 30 dias, e por sua vez, de todos os estudantes de outras áreas de formação que já alguma vez consumiram, 55,60% fê-lo nos últimos 30 dias.

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre estudantes com e sem formação em saúde ao nível do policonsumo de drogas ilícitas.

No entanto, existem diferenças estatisticamente significativas entre estudantes com e sem formação em saúde ao nível do consumo simultâneo de álcool e substâncias ilícitas [$\chi^2(1)=4,55$; $p<0,05$]. Dos estudantes que o fizeram, 79,60% são da área da saúde, sendo que de todos os que têm formação em saúde, 67,20% já o praticaram *versus* 100% dos que não têm formação em saúde.

Sinalizam-se diferenças marginalmente significativas entre estudantes com e sem formação em saúde no que respeita à condução sob o efeito de drogas [$\chi^2(1)=2,84$; $p<0,10$], sendo esta mais prevalente nos estudantes sem formação em saúde (cerca de 40,00%).

Há diferenças igualmente marginalmente significativas entre estudantes com e sem formação em saúde no que respeita ao facto de conhecerem as “Smart Shops” [$\chi^2(1)=3,22$; $p<0,10$], e já terem comprado substâncias nesse contexto [$\chi^2(1)=3,00$; $p<0,10$]. Dos que têm formação em saúde, 90,10% refere conhecer estas lojas, e 8,80% já lá ter efetuado compras, enquanto que dos que não têm formação em saúde, menos - 82,70% - diz conhecê-las mas mais - 15,60% - refere já lá ter efetuado compras.

V - DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Tal como foi possível constatar pelos resultados acima apresentados, a idade do primeiro consumo, nos inquiridos deste estudo, encontra-se em média nos 17 anos, estando esta enquadrada na média da idade do primeiro consumo encontrada no estudo prévio realizado aos estudantes de Coimbra. Estes resultados são importantes para a implementação de programas de prevenção, sendo que estes devem continuar a abranger os estratos mais jovens da nossa sociedade.

Ao analisar o consumo de drogas ilícitas e respetiva frequência de consumo, constata-se que a prevalência do consumo de qualquer droga ao longo da vida é inferior à prevalência encontrada no estudo realizado aos estudantes de Coimbra, e superior aos dados encontrados em 2007 para a população portuguesa.

Os canabinóides são as drogas com uma maior prevalência de consumo ao longo da vida, o que vai de encontro com o panorama nacional. Estes dados são ainda concordantes com o fato dos canabinóides serem as drogas ilícitas mais consumidas na Europa. No entanto, este dado não se encontra de acordo com o dado correspondente obtido no estudo realizado aos estudantes da cidade de Coimbra em 2004. Neste ano, os estudantes apresentaram uma prevalência de consumo de canabinóides ao longo da vida maior. A relativa ausência de resposta ao questionário submetido, na questão da descrição das substâncias já consumidas, pode, por conseguinte, explicar esta diferença entre prevalências.

Relativamente à prevalência de consumo no último ano, esta traduz-se numa elevada percentagem comparativamente aos dados nacionais. Juntando estes dados com os dados relacionados com as prevalências específicas de consumo durante o último ano e durante o último mês, pode-se concluir que existe um relativo consumo atual não desprezável entre os estudantes, que também deverá ser alvo de dinamizações de prevenção e de intervenção.

No que diz respeito aos motivos de consumo, podemos concluir que o consumo de drogas está a grande maior parte das vezes relacionado com motivos recreacionais, como festas, inclusivamente em contextos de policonsumos.

Quanto ao acesso a substâncias de abuso, é considerado pela maioria dos inquiridos que este é fácil, sendo que é igualmente consensual que as amizades estão quase sempre envolvidas na forma de acesso. Este modo de aceder a drogas ilícitas é um indicador da pressão dos pares como uma determinante de consumo de real importância.

Os policonsumos são novamente reforçados em questões próprias. Parecendo à primeira vista que poucos indivíduos afirmam já ter consumido várias drogas ao mesmo tempo, note-se que uma assustadora percentagem (84,48%) de todos os estudantes que já consumiram drogas fizeram-no sob o efeito de álcool, o que evidencia um grande aumento relativamente a 2004.

Em relação à existência de comportamentos de risco, existe uma percentagem razoável de estudantes que consumiu drogas ilícitas e conduziu simultaneamente, justificando as medidas de prevenção e controlo existentes no nosso código da estrada quanto à condução sob o efeito de substâncias psicotrópicas, sendo que este comportamento pode estar intimamente relacionado com o fenómeno de mortes na estrada.

Os dados obtidos permitem também dizer que “Smart Shops” são uma temática muito conhecida entre os estudantes de Coimbra. Uma relativa, talvez elevada, percentagem de alunos, já efetuou pelo menos uma compra num destes estabelecimentos, e muitos destes alegaram tê-lo feito por curiosidade ou intensão de experimentação. Sendo uma temática atualmente tão abordada nos *media*, talvez seja relevante, ou mesmo imperativo, a implementação de campanhas de sensibilização direcionadas à população juvenil portuguesa, de forma a dar-lhes a conhecer todos os perigos que lá podem encontrar.

Quanto à análise estatística relativa às questões para avaliação do conhecimento da temática, os estudantes têm uma percepção do conceito de droga de abuso superior ao conhecimento da verdadeira definição de droga de abuso, enquanto que uma percentagem já considerável define droga de abuso como droga ilegal apenas, não integrando o café, o tabaco nem mesmo o álcool nesta mesma definição.

Quanto às anfetaminas, os dados mostram-se positivos, na medida em que a maioria dos estudantes conhece os seus efeitos sobre o SNC e sabe que provocam dependência, mas são muito poucos aqueles que sabem identificar todas as vias de administração destas substâncias.

Quanto ao grupo dos opióides, a maioria sabe que a metadona é um opiáceo e que estas substâncias provocam dependência, no entanto, poucos são aqueles que sabem quais são as principais substâncias que constituem este grupo, que sabe que os opiáceos provocam depressão do SNC e menos ainda aqueles que sabem todos os modos de administração destas substâncias.

Em relação ao grupo dos canabinóides, a maioria dos indivíduos sabe que o *haxixe* é um canabinóide e qual a diferença entre *haxixe* e *marijuana*. Quanto às outras questões avaliadas na medida do conhecimento relacionado com os canabinóides, não é significativo o número dos indivíduos que sabe que a *erva* não tem uma percentagem baixa de THC, que o consumo de canabinóides está relacionado com perturbações psicóticas, que estas substâncias estimulam o SNC e que sabe todas as formas de consumo destas mesmas. A percepção que os inquiridos têm sobre a substância ativa e principal componente dos canabinóides é reduzida, sendo ainda menos os indivíduos que sabem qual a correta definição de THC. Tendo em conta que são as substâncias mais consumidas entre os estudantes, o conhecimento generalizado que apresentam relativamente a elas não parece ser o mais adequado.

Quanto ao último grupo de drogas, a cocaína e seus produtos, a grande maioria dos estudantes inquiridos sabe que provocam dependência, no entanto são poucos aqueles que sabem que estes não se incluem no grupo dos opiáceos e quais todas as suas vias de administração.

Na generalidade, os dados mostram que as questões relacionadas com a dependência das anfetaminas, dos opióides e da cocaína são aquelas que apresentam mais respostas corretas, sendo que os modos de administração de todas as substâncias são as questões com menos indivíduos a acertar corretamente.

A concordância com a descriminalização das drogas ilícitas obtém uma minoria das respostas, ou seja, a maioria dos estudantes não concorda com esta medida da legislação portuguesa.

Relativamente às comparações analíticas efetuadas entre os grupos de quem já consumiu, de quem nunca consumiu e a avaliação do seu conhecimento, existe uma diferença estatisticamente significativa na idade média, sendo que os estudantes que já consumiram substâncias de abuso apresentam uma idade superior à dos que nunca consumiram, o mesmo ocorrendo em relação com o número de matrículas. Estes dados parecem apontar para um aumento da ocorrência do primeiro contacto com as drogas ilegais no decorrer do ensino universitário. Dos estudantes que consideram saber o que é uma droga de abuso, a maioria nunca consumiu. Os dados também apontam para uma grande maioria de estudantes que considera saber o que é uma droga de abuso tendo consumido pelo menos uma vez na vida, apesar de, na verdade apenas uma minoria destes sabe a sua correta definição. O mesmo se passa na população de indivíduos que nunca consumiu estas substâncias, mas curiosamente a percentagem de alunos que têm a perceção de que sabe o que é uma droga de abuso é substancialmente menor. Este fenómeno reflete essencialmente que quem já alguma vez consumiu tem maior consciência em relação às drogas de abuso.

Ter ou não consumido uma droga ilícita ao longo da vida não se relaciona com o conhecimento sobre as anfetaminas, os opiáceos, a cocaína nem com o acordo com a sua descriminalização.

Por outro lado, relacionando o consumo com o conhecimento sobre os canabinóides, como seria de prever, são os estudantes que já consumiram que melhor sabem que o *haxixe* é um canabinóide. Todos os estudantes que já consumiram sabem a diferença entre *haxixe* e *marijuana*, havendo também uma elevada percentagem daqueles que não consumiram que o sabem.

Quando se comparou a área de estudo dos inquiridos com o seu conhecimento na temática, observaram-se várias relações estatisticamente significativas.

Tanto os inquiridos que consideram saber o que é uma droga de abuso como aqueles que realmente sabem o que é uma droga de abuso, a grande maioria tem formação na área da saúde. No entanto, de todos os que têm esta formação na área da saúde, são muito poucos os indivíduos que conhecem a definição de droga de abuso, e ainda menos são os que não estão a ter formação nesta área. Relativamente à diferença entre a definição de droga de abuso e de droga ilícita, apenas um quarto dos estudantes da área da saúde demonstra sabê-la, sendo que apenas uma pequena minoria dos estudantes sem esta formação o faz.

Nomeadamente à temática das anfetaminas, do conhecimento que todos os estudantes demonstram ter em relação aos seus efeitos no SNC, a maioria tem formação em saúde, sendo que a grande maioria das duas populações estudantis (tanto da área de saúde como não) sabe identificar estes efeitos. Quanto ao potencial de dependência destas substâncias, a maioria que o afirma ter também se integra na área da saúde, sendo que de ambas as áreas a maioria dos estudantes constata este potencial. A totalidade dos estudantes que identifica as vias de administração das anfetaminas são de saúde, sendo que, em contrapartida, apenas uma pequena percentagem de todos os estudantes de saúde o faz.

No que diz respeito aos produtos opióides, os inquiridos que responderam à questão de quais as substâncias que constituem este grupo pertencem todos à área da saúde, apesar de muitos destes não serem capazes de o fazer corretamente. Quanto aos efeitos sobre o SNC, são igualmente os da área da saúde que os reconhecem mais facilmente, sendo que, na população destas duas áreas, na sua generalidade, não sabe corretamente quais os seus efeitos sobre o SNC. O potencial de dependência é reconhecido maioritariamente e da mesma forma pelos estudantes desta área de formação, mas a grande maioria dos estudantes destas duas áreas afirma positivamente que estas substâncias provocam dependência.

Os dados relativos aos canabinóides determinam que, dos inquiridos que pertencem à área da saúde, a sua grande maioria reconhece esta relação, e dos que não são desta área, são poucos os que o fazem, sendo que a maioria dos estudantes da área da saúde e a maioria dos incluídos na área não relacionada com a saúde, sabem que o *haxixe* é um canabinóide e que estas substâncias provocam dependência. Em contrapartida, a maioria dos estudantes que não são da área da saúde sabe que não existem mortes relacionadas diretamente com o consumo de canabinóides, enquanto que são poucos aqueles que o sabem entre os estudantes com formação em saúde.

Relativamente à cocaína, não se encontraram relações estatisticamente significativas entre as áreas de estudo e o conhecimento demonstrado por estes estudantes.

Também foram identificadas relações estatisticamente significativas entre as áreas de formação dos estudantes inquiridos e a prevalência do consumo destas substâncias de abuso. Relativamente ao consumo ao longo da vida, uma elevada percentagem tem formação na área da saúde e, enquanto que quase um terço de todos os estudantes desta área já teve uma experiência pelo menos uma vez na vida, de todos inquiridos de áreas não pertencentes a saúde, apenas aproximadamente um décimo já consumiu substâncias ilícitas. Pode-se, portanto, concluir que a prevalência de consumo ao longo da vida é muito significativa nos

estudantes com formação académica na área da saúde, o que traduz que estes mesmos, apesar de possuírem esta formação específica relacionada com a saúde e o bem-estar, negligenciam os riscos respeitantes ao consumo de substâncias ilícitas. Quanto à prevalência de consumo no último ano, os dados indicam dos estudantes que o fizeram a maioria é da área da saúde e que de todos os estudantes desta mesma área, a maioria consumiu drogas no último ano. De todos os estudantes que não são da área da saúde, a grande maioria consumiu drogas ilícitas no último ano. Relativamente à prevalência do consumo no último mês, mais de metade dos estudantes que o fizeram eram da área da saúde. De todos os estudantes desta mesma área, poucos foram os que consumiram nos últimos trinta dias, enquanto que dos estudantes de áreas não relacionadas com a saúde, a maioria consumiu drogas ilícitas no último mês.

Relativamente ao consumo simultâneo de drogas ilícitas e de álcool, existe diferença estatisticamente significativa na medida em que, dos estudantes que o fizeram, a grande maioria pertence à área de formação da saúde. Dos alunos que têm esta formação, a maioria já teve este comportamento de risco, enquanto que a totalidade dos estudantes que não são da área da saúde e já consumiram pelo menos uma vez substâncias de abuso já conduziram sob o efeito deste policonsumo. Sobre este dado, podemos concluir que este policonsumo se define como álcool em concomitância com canabinóides, já que estes são as substâncias maioritariamente consumidas na população estudada. A condução sob o efeito de substâncias ilícitas é mais prevalente em indivíduos sem formação na área da saúde, sendo que o facto de estas diferenças serem marginalmente significativas revelar que são necessários estudos posteriores. Estes dados, em concordância com os dados que revelam que são poucos os estudantes da área da saúde que relacionam o consumo de canabinóides com o aparecimento de perturbações psicóticas, indicam mais uma vez que os estudantes de saúde desvalorizam o risco associado ao consumo de álcool em conjunto com os canabinóides.

As diferenças marginalmente significativas, que necessitam de estudos posteriores, entre a área de formação dos estudantes e o conhecimento que estes têm das “Smart Shops”, indicam que a grande maioria dos estudantes de ambas as áreas de formação comparadas refere conhecer estas lojas, sendo que, poucos dos estudantes da área de saúde já lá fizeram alguma compra, enquanto que, dos estudantes não pertencentes à área de saúde, quase o dobro já lá efetuou pelo menos uma compra.

Os resultados revelam que os estudantes de saúde têm uma prevalência ao longo da vida muito superior à prevalência de consumo nacional, enquanto que os estudantes não pertencentes a saúde revelam uma prevalência de consumo muito menor. Analisando os dados relativos não só ao último ano, como também ao último mês, estas prevalências elevadas, além de divulgarem altas prevalências de consumo nestas subpopulações, indicam, ainda, que há um consumo regular e atual de substâncias ilícitas, sugerindo que quem já alguma vez consumiu na vida, e sobretudo quem não pertence à área da saúde, tende a fazê-lo com regularidade, o que deve ser objeto de estudo, de prevenção e de combate.

Com uma das maiores limitações do estudo, que é efetivamente o fato de não existirem estudos publicados com a realidade nacional que nos permitam estabelecer comparações ou justificações dos achados agora encontrados, é realmente difícil estabelecer parâmetros que definam especificamente se os estudantes têm ou não conhecimento sobre as drogas de abuso. No entanto, podemos concluir, a partir das questões avaliadas, que os estudantes que se enquadram na área da saúde dão a entender que têm um conhecimento mais acentuado sobre esta temática do que os estudantes que não são desta área de formação. Mesmo assim, não se deve, apesar de todas estas considerações, negligenciar o relativo diminuto conhecimento que os estudantes têm no geral, dado que o ideal é que haja um entendimento sobre todas estas questões, na medida em que esta temática deveria ser,

teoricamente, dominada na sua totalidade, e que o seu desconhecimento deve ser um ponto de insistência em campanhas de prevenção.

Este estudo revela, assim, a necessidade de equacionar a criação e o desenvolvimento de estratégias, para a população-alvo (tanto nos jovens universitários como nos jovens em geral), de prevenção e de sensibilização de abordagem às drogas ilícitas, mais especificamente aos canabinóides, à condução sob o efeito de drogas de abuso e às “Smart Shops”. Estas estratégias podem passar, possivelmente, por associar estas mencionadas estratégias às atividades de recriação dos jovens estudantes universitários, como por exemplo, às noites académicas e às festas estudantis, como festas das faculdades, receções aos caloiros (como a Festa das Latas em Coimbra) e às comemorações do fim do ano letivo (como a Queima das Fitas). Outro tipo de atividades de sensibilização, como atividades culturais e desportivas, são igualmente de valor.

Tendo em conta que todo este conhecimento demonstrado por parte dos estudantes da área da saúde pode ser ou não justificado pela formação académica, denota-se, ainda, a necessidade de integrar nos planos de estudo obrigatórios dos estudantes das áreas da saúde programas relacionados com o ensino da toxicologia e da clínica das drogas ilícitas, para que estes estudantes, com maior enfoque em jovens na área da medicina e da enfermagem, quando confrontados com situações de urgência, saibam lidar com estas situações a maior segurança e profissionalismo possível.

Do outro lado reverso da moeda o conhecimento poderá aumentar o consumo, sendo que é igualmente imperativa a necessidade de campanhas de prevenção não direcionadas apenas para o conhecimento, mas para o treino de competências sociais, treino de assertividade, de forma a diminuir o grande determinante de consumo que é a pressão dos pares.

Todos os estudos relacionados com a prevalência do consumo de drogas de abuso, lícitas e ilícitas, são pertinentes de subsequente seguimento de realização, como o ESPAD, e como os Inquéritos desenvolvidos pelo IDT e pelo OEDT em todos os países europeus. Seria igualmente necessária, importante e adequada, a realização de novos estudos que abrangessem também o conhecimento que os jovens têm relativamente a esta temática, de forma a tirar elações acerca da evolução do conhecimento dos jovens e, de certa forma, a saber se as estratégias de prevenção instituídas revelam os resultados previstos.

VI – AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Helena Teixeira, quero deixar o meu profundo agradecimento por toda a ajuda proporcionada, pelo sorriso sempre dado e pela sua incrível e inesgotável disponibilidade demonstradas em todo este duro processo.

Ao Senhor Professor Doutor Francisco Corte Real, quero manifestar o meu agradecimento em todo o apoio manifestado.

À Dra. Sara Simões, pelos ensinamentos em análise estatística e pelo apoio dado, o meu obrigada.

Ao meu grande pilar, à minha mãe, um grande obrigada pelo grande alicerce que me ofereces todos os dias e por todo o apoio e carinho que me tens dado desde o início de todo este percurso académico.

À minha madrinha Rosa Simões, muito obrigada pelo grande incentivo que sempre foi manifestado.

A todos os familiares e amigos, obrigada por todo o apoio dado durante esta etapa.

A todos os participantes inquiridos, obrigada pela disponibilidade dada ao responder ao questionário, já que sem vocês a realização não seria de todo possível.

VII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calabuig G. Drogas de abuso. In: Medicina Legal y Toxicología. 6ª ed. Barcelona: Masson, S.A. 2004. ISBN 84-458-1415-X. pp. 892-907.
2. Galhardo A, Marques P. Descubre outros prazeres. Coimbra: Associação Académica de Coimbra; 2004.
3. Guevara JL, Pueyo VM. Alcoholes. Opioides. Psicoestimulantes. Alucinógenos. In: Toxixologia Medica: Clínica y Laboral. 1ª ed. Madrid: Interamericana McGraw-Hill. 1995. Pp. 409-432, 585-641.
4. Brugal MT, Pulido J, Toro C, de la Fuente L, Bravo MJ e outros. Injecting, sexual risk behaviors and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain. 2009. European Addiction Research 15, pp. 171-178.
5. Hellard M, Sacks-Davis R, Gold J. Hepatitis C treatment for injection drug users: a review of the disponível na evidence. 2009. Clinical Infectious Diseases 49, pp-561-573.
6. Richard, D., Pitot, S., Senon, J. L. (2002). As drogas e o seu modo de acção. In P. Angel, D. Richard, & M. Valleur (Eds). Toxicomanias. Lisboa: Climepsi Editores.
7. Turner CE, ElSohly MA, Boeren EG. Constituents of cannabis sativa L. XVII. A review of the natural constituents. J Nat Prod. 1980; 43: 169-234.
8. OEDT. Relatório Annual 2007: A evolução do fenómeno da Droga na Europa, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa, 2007
9. <http://www.idt.pt/PT/Substancias/DerivadosdaCannabis/Paginas/ApresentacaoViasdeadministracao.aspx>
10. Huestis MA. Cannabis (Marijuana) – Effects on human behavior and performance. Forensic Sci Rev. 2002;14: 16-60.

11. Adams IB, Martin BR. Pharmacology and toxicology in animals and humans. *Addiction*. 1996; 91: 1585-614.
12. Dewey WL. Cannabinoid Pharmacology. *Pharmacol Rev*. 1986; 38: 151-78.
13. Jones RT. Drug of abuse profile: cannabis. *Clin Chem*. 1987; 33 (11 Suppl):72B-81B.
14. Ashton CH. Pharmacology and effects of cannabis: a brief review. *Br J Psychi*. 2001; 178:101-16.
15. Weisheit R and White W (2009) Methamphetamine: its history, pharmacology and treatment. Hazelden Publishing. pp26-27
16. United Nations Office of Drug and Crime, World Drug Report 2010
17. Cruickshank CC, Dyer KR (2009) A review of the clinical pharmacology of methamphetamine. *Addiction* 104(7):1085-1099
18. Kalechstein AD, Newton TF, Green M (2003) Methamphetamine dependence is associated with neurocognitive impairment in the initial phases of abstinence. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 15:215-220
19. Nordahl TE, Salo R, Leamon M (2003) Neuropsychological effects of chronic methamphetamine use on neurotransmitters and cognition: a review. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* ; 15:317-325
20. Scott JC, Woods SP, Matt GE, Meyer RA, Heaton RK, Atkinson JH, Grant I (2007) Neurocognitive effects of methamphetamine: a critical review and meta-analysis. *Neuropsychol Rev*; 17:275-297
21. Seiden L. S., Ricaurte G. (1987) Neurotoxicity of methamphetamine and related drugs. In: Meltzer H. Y. editor. *Psychopharmacology: The Third Generator of Progress*. New York: Raven Press. p.359-65.

22. Melega W., Raleigh M., Stout D., Lacan G., Huang S., Phelps M. (1997) Recovery of striatal dopamine function after acute amphetamine- and methamphetamine-induced neurotoxicity in the vervet monkey. *Brain Research*; 766:113-20
23. OEDT. Relatório Anual 2012: A evolução do fenómeno da Droga na Europa, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Lisboa, 2012.
24. IDT. Relatório Anual 2011: A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Instituto da Droga e da Toxicodependência. Lisboa, 2012.
25. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN). *European School Survey project on Alcohol and other Drugs. Stockholm, 2012.*
26. Decreto-Lei nº 15/93 de 22 de Janeiro. Diário da República nº 18 - I Série A. Ministério do Ambiente. Lisboa.
27. Lei nº 30/2000 de 29 de Novembro. Diário da República nº 276 - I Série A. Ministério do Ambiente. Lisboa.
28. Decreto-Lei nº 44/2005 de 23 de Fevereiro. Diário da República nº 38 - I Série A. Ministério do Ambiente. Lisboa.
29. Decreto-Lei nº 18/2007 de 17 de Maio. Diário da República nº 95 - I Série A. Ministério do Ambiente. Lisboa.
30. Bryman, A., & Cramer, D. (1993). *Análise de dados em ciências sociais: Introdução às técnicas utilizando o SPSS.* Oeiras: Celta.

VIII - ANEXO

Solicito encarecidamente a tua colaboração no preenchimento deste questionário que, no contexto do consumo de drogas de abuso nos jovens, vai procurar avaliar a realidade do consumo entre estudantes universitários, assim como o conhecimento dos mesmos sobre as substâncias em questão.

Este questionário é **ANÓNIMO**, e fará parte de um Trabalho Final do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Desde já, fico-te muito grata pela colaboração.

1. Idade ____

2. Sexo F o
 M o

3. Nº do agregado familiar ____

4. Estado Civil

- a) Solteiro(a) o
- b) Casado(a) o
- c) Viúvo(a) o
- d) Divorciado(a) o
- e) União de facto o

5. Que instituição do ensino superior frequentas?

- a) UC o
- b) outra o **b.1. Qual?** _____

6. A que área do Ensino Superior pertences?

- a) Química o
- b) Bioquímica o
- c) Biologia o
- d) Farmácia o
- e) Medicina o
- f) Medicina Dentária o
- g) Enfermagem o
- h) Outra o **h.1. Qual?** _____

7. Quantas matrículas tens? ____

8. Sabes o que é uma droga de abuso?

- Não o
- Sim o

8.1. Se respondeste **SIM** à questão anterior, diz, por poucas palavras, o que entendes por droga de abuso.

9. Que substâncias consideras como sendo drogas de abuso?

10. Alguma vez, ao longo da tua vida, consumiste uma droga de abuso?

- a) Sim a.1. Qual/Quais? _____
b) Não

11. Se respondeste **NÃO** na resposta anterior, passa directamente para a pergunta 22.
Se respondeste **SIM**, que idade tinhas quando consumiste uma droga de abuso pela primeira vez? _____

12. Porque é que o fizeste? Qual foi o motivo principal?

- a) Curiosidade
b) Porque era novidade
c) Aliciado por amigos
d) Por engano
e) Para ajudar a estudar para exames
f) Para aliviar dores físicas
g) Para esquecer certo(s) problema(s)
h) Para te ajudar a concentrar
i) Porque estavas alcoolizado
j) Porque achas que se deve experimentar tudo enquanto jovem
l) Outro(s) _____

13. Tiveste/tens acesso fácil a estas substâncias?

- Sim
Não

14. Como tiveste/tens acesso?

- a) Compraste
b) Amigos
c) Familiares
d) Oferta de estranhos
e) Outra maneira e.1. Qual? _____

15. Nos últimos 12 meses, consumiste alguma droga de abuso? (Se respondeste **NÃO** a esta pergunta passa directamente para a pergunta 17)

- Sim
Não

16. Nos últimos 12 meses, com que frequência consumiste este(s) produto(s)?

- a) Diariamente
- b) 2-3 vezes / semana
- c) ≥ 4 vezes / semana
- d) 2-4 vezes / mês
- e) 1 vez / mês
- f) Raramente
- g) Não me lembro

17. Nos últimos 30 dias, consumiste alguma droga de abuso? (Se respondeste **NÃO** as esta pergunta, passa diretamente para a pergunta 19).

- Sim
- Não

18. Nos últimos 30 dias, com que frequência consumiste este(s) produtos(s)?

- a) Diariamente
- b) ≥ 4 vezes / semana
- c) 2-3 vezes / semana
- d) 1 vez / semana
- e) 1 vez (apenas)

19. Já consumiste mais do que uma droga ao mesmo tempo?

- Sim Quais? _____
- Não

20. Já consumiste álcool e outras drogas de abuso em simultâneo?

- Sim
- Não

21. Já conduziste (bicicleta/mota/carro) sob o efeito de uma droga de abuso?

- Sim
- Não

22. Tens conhecimento das “Smart Shops”?

- Sim
- Não

23. Alguma vez compraste lá algo?

- Sim
- Não

24. Se respondeste **SIM** na resposta anterior:

24.1. Porque o fizeste? _____

25. Relativamente às anfetaminas:

25.1. Sabes que tipo de efeitos produz?

- a) Estimulantes?
- b) Depressores?
- c) Alucinogénios?

25.2. Provocam dependência?

- Sim
- Não

25.3. Como é que estas drogas são consumidas?

- a) Injetadas
- b) Inaladas
- c) Fumadas
- d) Comidas
- e) Snifadas
- f) De outra maneira

f.1. Qual? _____

26. Relativamente aos opiáceos:

26.1. Quais são os principais grupos de drogas opiáceas?

26.2. A Metadona é um opiáceo?

- Sim
- Não

26.3. Sabes que tipo de efeitos produz?

- a) Estimulantes?
- b) Depressores?
- c) Alucinogénios?

26.4. Provocam dependência?

- Sim
- Não

26.5. Como é que estas drogas são consumidas?

- a) Injetadas
- b) Inaladas
- c) Fumadas
- d) Comidas
- e) Snifadas
- f) De outra maneira

f.1. Qual? _____

27. Relativamente à Canabinóides:

27.1. Sabes o que é o THC?

- Sim
Não

29.1.1. Se respondeste **SIM** à questão anterior, diz o que é:

27.2. A erva tem uma percentagem quase nula de THC?

- Sim
Não

27.3. O seu consumo está relacionado com o aparecimento de perturbações psicóticas?

- Sim
Não

27.4. O Haxixe é um canabinóide?

- Sim
Não

27.5. A Marijuana é uma canabinóide?

- Sim
Não

27.6. Sabes qual é a diferença entre Haxixe e Marijuana?

- a) São iguais
b) O Haxixe é mais potente que a Marijuana
c) A Marijuana é mais potente que o Haxixe
d) São obtidas exactamente da mesma forma

27.7. Sabes que tipo de efeitos produz?

- a) Estimulantes?
b) Depressores?
c) Alucinogénios?

27.8. Provocam dependência?

- Sim
Não

27.9. Como é que estas drogas são consumidas?

- a) Injectadas
b) Inaladas
c) Fumadas
d) Comidas
e) Snifadas
f) De outra(s) maneira(s) **f.1.** Qual(quais)? _____

27.10. Achas que há mortes ao consumir só canabinóides?

Sim

Não

28. Relativamente à **cocaína**:

28.1. É um opiáceo?

Sim

Não

28.2. Sabes que tipo de efeitos produz?

a) Estimulantes?

b) Depressores?

c) Alucinogénios?

28.3. Provocam dependência?

Sim

Não

28.4. Como é que esta droga é consumida?

a) Injetada

b) Inalada

c) Fumada

d) Comida

e) Snifada

f) De outra(s) maneira(s) **f.1.** Qual(quais)? _____

29.Concordas com a liberalização do consumo de drogas?

Sim

Não

Muito obrigada!