

Anne Sophie Lisboa de Faria

O consumo de cannabis e álcool pelos adolescentes.

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2013

Anne Sophie Lisboa de Faria

O consumo de cannabis e álcool pelos adolescentes.

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2013

Anne Sophie Lisboa de Faria

O consumo de cannabis e álcool pelos adolescentes.

Assinatura: _____

(Anne Sophie Lisboa de Faria)

“ Trabalho apresentado na Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos
para a obtenção do grau de Licenciado em Enfermagem.”

Sumário

O presente trabalho de investigação, surgiu no âmbito da disciplina de Projeto de Graduação, apresentando-se como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciado em Enfermagem na Universidade Fernando Pessoa, Porto.

O tema escolhido para a elaboração do presente trabalho foi, “o consumo de cannabis e álcool pelos adolescentes”. Para dar resposta ao tema escolhido, foram propostas diferentes perguntas de investigação: Quais os conhecimentos dos adolescentes sobre cannabis e álcool? Será que os adolescentes conhecem os efeitos orgânicos e psíquicos do álcool e do cannabis? Quais são as razões que os levam a consumir álcool e cannabis? Qual é o padrão de consumo dos adolescentes de álcool e cannabis?.

Para responder às perguntas colocadas, optou-se por realizar um estudo inserido na metodologia quantitativa, descritiva e transversal. Realizou-se um questionário anónimo, proposto a uma amostra de 40 alunos do 12º ano de escolaridade, selecionados de forma aleatória.

Com a análise dos resultados obtidos, conclui-se que a maioria dos adolescentes já teve contacto com ambos, álcool e cannabis, e são conhecedores dos efeitos secundários na saúde destas duas substâncias, embora os conhecimentos sobre os efeitos nefastos da cannabis sejam mais escassos e não tão claros, como o são sobre o álcool.

Abstract

This research work has emerged within the discipline of Graduation Project, presenting himself as part of the requirements to acquire the degree of Bachelor on Nursing at the University Fernando Pessoa, Porto.

The theme chosen for the preparation of this work was, "the consumption of cannabis and alcohol by the teenagers." To pursue this subject, it was proposed a few different research questions: what knowledge have the teenagers about cannabis and alcohol? Are they aware of the physical and mental secondary effects for their health, due to alcohol and cannabis consumption? What reasons that lead them to consume this drugs? What is the consumption pattern of alcohol and cannabis use, during all their adolescence period?.

To answer the purposed questions, it was decided to conduct a deep study inserted in a quantitative, descriptive and transversal methodology. We arranged an anonymous questionnaire, purely directed to a group of 40 students attending now the 12th year of the Grammar School, all selected at random.

Analyzing the results, of this study, the conclusion was that most part of the teenagers have already had contact this both drugs – alcohol and cannabis – and with more or less conscience of how bad these are for this health... Even so, their knowledge is wider about cannabis, and alcohol is in their mind not so harmful or even not so clear...

Résumé

Ce travail d'investigation a vu le jour, au sein de la discipline de « *Projeto de Graduação* », se présentant comme une exigence pour l'obtention de la Licence en Soins Infirmiers par l'Université Fernando Pessoa de Porto.

Le thème choisi pour l'élaboration du travail qui suit, a été « la consommation de cannabis et d'alcool par les adolescents ». Pour répondre à la thématique choisie, il a été proposé différentes questions : quelles sont les connaissances des adolescents sur le cannabis et l'alcool ?, Est-ce que les adolescents connaissent les effets organiques et psychiques du cannabis et de l'alcool ?, Quelles sont les raisons qui les mènent à consommer de l'alcool et du cannabis ?, Quel est le mode de consommation de cannabis et d'alcool ?.

Pour répondre aux questions proposées, il a été décidé d'opter pour une méthodologie quantitative, descriptive et transversale. Nous avons réalisé un questionnaire anonyme, que nous avons proposé à un échantillon de quarante lycéens de Terminal choisis au hasard.

Grâce à l'analyse des résultats obtenus, il a été conclut que la plupart les adolescents ont déjà été en contact avec l'alcool et le cannabis, et qu'ils ont connaissances des effets secondaires de ces deux substances. Malgré tout, leurs connaissances sur les effets nocifs du cannabis sont plus nuancées et moins claires.

“O que eu faço, não é mais do que uma gota no meio do oceano. Mas sem ela, o oceano seria menor”

Madre Teresa de Calcutá

Agradecimentos

Aos meus Pais, a quem adoro, que sempre me apoiaram incondicionalmente tanto monetária como psicologicamente, estando sempre “presente” a qualquer chamada minha! Aqui vos deixo o meu carinhoso beijo.

Às minhas Tias, que arduamente sempre me mimaram, acompanharam e tudo fizeram para que mesmo os meus momentos menos bons, fossem apenas pequenos percalços de percurso da vida! Obrigada.

Aos Familiares e Amigos, que sempre me deram o seu apoio com a melhor das boas vontades – e aqui faço uma menção especial à Sabine – que mesmo à distância nunca se esqueceu de mim!.

Ao Professor Doutor José Manuel dos Santos, meu orientador de Projeto de Graduação... A ajuda, o dinamismo, o empenho e a paciência que sempre me dispensou ficarão para sempre na minha memória!

E por fim, a todos aqueles que, de um modo ou de outro me ajudaram, nem que apenas que, com um gesto simples fosse... o meu sincero apreço e obrigada

Sem todos vós, o meu esforço destes quatro longos e difíceis anos que agora acabo, seriam com certeza muito mais penosos! E com todos, finalmente atingi aquilo com que sonhei.

Índice

Introdução.....	15
I – Fase Concetual	
1. Concetualização da problemática.....	18
i. Pergunta de partida.....	18
ii. Justificação do tema.....	19
iii. Questões e objetivos de investigação.....	19
2. Revisão de literatura.....	20
i. Conceito de dependência.....	20
ii. Dependência a nível fisiológico.....	22
iii. Substâncias psicoativas.....	23
iv. Cannabis.....	25
v. Álcool.....	26
vi. Adolescência.....	29
vii. Consumo de cannabis e álcool pelos adolescentes.....	30
II – Fase Metodológica	
1. Desenho de investigação.....	33
i. Tipo de estudo.....	33

ii. Variáveis.....	34
iii. População, amostra e processo de amostragem.....	34
iv. Instrumento de recolha de dados.....	35
v. Pré-teste.....	35
vi. Tratamento e apresentação de dados.....	35
2 . Princípios éticos.....	36
III- Fase Empírica	
1. Apresentação dos dados.....	38
2. Análise e Discussão dos Resultados.....	50
Conclusão.....	54
Bibliografia.....	56
Anexos.....	59

Abreviaturas

CID- Classificação Internacional de Doenças

Cit in - Citado em

DSM-IV- Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais

ESPAD – European School Survey on Alcohol and other Drugs

g/l – gramas por litro

HTA- Hipertensão Arterial

INME- Inquérito Nacional em Meio Escolar

NIAAA- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

OMS- Organização Mundial da Saúde

p. - página

SNC- Sistema Nervoso Central

SRC- Sistema de Recompensa Cerebral

THC- Tetrahydrocannabinol

UE- União Europeia

Índice de gráficos

Gráfico 1: Idade.....	24
Gráfico 2: Género.....	25
Gráfico 3: Frequência do consumo de bebidas alcoólicas.....	25
Gráfico 4: Contexto do consumo de álcool.....	26
Gráfico 5: Idade do primeiro contacto com o álcool.....	27
Gráfico 6: Embriaguez.....	28
Gráfico 7: Frequência da ocorrência da embriaguez.....	28
Gráfico 8: Consumo de cannabis.....	31
Gráfico 9: Frequência do consumo de cannabis.....	31
Gráfico 10: Contexto do consumo de cannabis.....	32
Gráfico 11: Cannabis como droga.....	33
Gráfico 12: Risco de dependência.....	33
Gráfico 13: Riscos a longo prazo sobre a saúde.....	34

Índice de tabelas

Tabela nº1: Motivos que levam ao consumo de álcool.....29

Tabela nº2: Efeitos secundários do consumo de álcool.....30

Tabela nº3: Efeitos secundários do consumo de cannabis.....35

Introdução

O presente trabalho de investigação surgiu no âmbito da Licenciatura de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, apresentando-se como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciada em Enfermagem.

A investigação, segundo Fortin (2009, p 17),

“A investigação científica é em primeiro lugar um processo, um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação”.

Surgiu então a ideia de desenvolver um trabalho de investigação sobre **“O consumo de cannabis e álcool pelos adolescentes”**.

O uso de drogas constitui uma das condutas mais amplamente percebida como um dos grandes problemas da sociedade atual (Baptista, 1995). Ao longo dos últimos anos, esta conduta tem-se tornado um flagelo que muito certamente irá ter consequências sobre a saúde, visto que cada vez mais os jovens procuram ultrapassar os seus limites e reproduzir o que fazem os mais velhos.

O consumo mundial de álcool, tabaco e outras substâncias regulamentadas está a aumentar rapidamente e a contribuir de maneira importante para a carga de doenças em todo o mundo (OMS, 2004).

A adolescência sempre foi descrita como um período difícil, acompanhado por alterações fisiológicas, psicológicas e sociais (Coslin, 2010). É um período propício às primeiras experiências, motivadas pela curiosidade e a busca de novas sensações: primeiro amor, primeiro cigarro, primeiras festas... Nesta idade, experimentar novas sensações é uma forma de entrar num grupo e de se sentir igual aos outros (INPES, 2006).

A escolha deste tema, surgiu pelo problema que constitui o consumo de cannabis e álcool pelos adolescentes ser cada vez maior na nossa sociedade. Identificar as motivações dos jovens consumidores é essencial para tentar minimizar este flagelo, e assim melhorar a saúde da população. Neste trabalho, a autora escolheu focalizar-se somente no cannabis e no álcool, visto que são das substâncias psicoativas mais consumida pelos adolescentes.

As inúmeras campanhas de prevenção realizadas nas escolas, tiveram a função de os informar dos riscos de dependência causados por estas substâncias, porém segundo o INME (Inquérito Nacional em Meio Escolar) realizado em 2011, o consumo destas duas substâncias pelos adolescentes tem vindo a crescer ao longo dos últimos anos, o que prova, que se expõem aos riscos de forma consciente e informada.

Com este trabalho, a autora pretendeu desenvolver os seguintes objetivos académicos:

- Adquirir novos conhecimentos sobre o tema escolhido.
- Desenvolver competências no âmbito da investigação.
- Refletir sobre a importância da investigação na área da Enfermagem.
- Dar resposta a uma exigência de avaliação.

E como objetivos de investigação:

- Conhecer algumas das razões que levam os adolescentes a consumir cannabis e álcool.
- Conhecer o padrão de consumo de cannabis e álcool pelos adolescentes.

Neste sentido, a autora decidiu a elaboração de um trabalho inserido no paradigma quantitativo, de tipo descritivo e transversal. A recolha de dados foi feita através de um

questionário anónimo, proposto a uma amostra de 40 alunos do Ensino Secundário. Os resultados obtidos foram posteriormente analisados.

O presente trabalho de investigação foi constituído inicialmente por uma abordagem concetual, onde foram definidas a pergunta de partida, as questões de investigação e os objetivos que se pretenderam alcançar com a realização do mesmo. Numa segunda parte, a fase metodológica, definiu o tipo de estudo, as variáveis, o meio, a população alvo, o instrumento de recolha de dados e os aspetos éticos. Na fase empírica, os dados recolhidos foram apresentados, analisados e discutidos.

I – Fase Concetual

Segundo Fortin (1999, p.39), a fase concetual *“refere-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a concepção clara e organizada do objetivo de estudo”*.

1. Concetualização da problemática

O tema escolhido para o desenvolvimento do presente trabalho de investigação é “O consumo de cannabis e álcool pelos adolescentes.”

i. Pergunta de partida

É na pergunta de partida que repousam as bases do trabalho, e, conseqüentemente deve obedecer a certos critérios essenciais como a clareza, a exequibilidade e a pertinência.

Para Quivy e Campenhouldt (2008, p.31), é nesta etapa que *“(...) o investigador tenta exprimir o mais exatamente possível aquilo que procura saber, elucidar, compreender melhor. (...) servirá de fio condutor da investigação”*.

Segundo Fortin (1999, p.59), “A questão de investigação deve sugerir a direção a tomar para realizar a investigação (...)”.

Com base nestas definições, desenvolveu-se a seguinte pergunta: Quais os conhecimentos dos adolescentes sobre a cannabis e o álcool?

ii. Justificação do tema

Segundo Lakatos e Marconi (1991), a justificação da escolha do tema permite ao leitor identificar o porquê da sua realização.

A escolha do tema surgiu pelo problema que constitui o consumo de cannabis e álcool pelos adolescentes ser cada vez maior na nossa sociedade. Identificar as motivações dos jovens consumidores é essencial, para poder “tentar travar” este flagelo, e assim melhorar a saúde da população. Neste trabalho, a autora escolheu focalizar-se somente na cannabis e no álcool, visto serem as substâncias psicoativas mais consumidas pelos mesmos.

As inúmeras campanhas de prevenção realizadas nas escolas tiveram a função de os informar dos riscos de dependência causados por estas substâncias. Porém, segundo o INME de 2011 (www.idt.pt), o consumo destas duas substâncias pelos adolescentes têm vindo a crescer constantemente ao longo dos últimos anos, o que prova que continuam a expor-se aos riscos, mesmo que de forma totalmente consciente e informada.

iii. Questões e objetivos de investigação

Segundo Talbot, (*cit. in Fortin 1999, p. 101*), “*as questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação. São enunciados interrogativos precisos, escritos no presente, e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis assim como a população estudada.*”

Com base nesta definição elaboraram-se as seguintes questões:

- Quais os conhecimentos dos adolescentes sobre o álcool e a cannabis?
- Será que os adolescentes conhecem os efeitos orgânicos e psíquicos do álcool e da cannabis?

- Quais são as razões que os levam a consumir álcool e cannabis?
- Qual é o padrão de consumo dos adolescentes de álcool e da cannabis?

Segundo Fortin (1999, p.40), “o objetivo é um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decorrer do estudo.”

Deste modo, foram propostos os seguintes objetivos:

- Saber quais os conhecimentos dos adolescentes sobre cannabis e álcool.
- Saber se os adolescentes conhecem os efeitos da cannabis e do álcool sobre a saúde.
- Identificar as razões que os levam ao consumo.
- Conhecer o padrão de consumo.

2. Revisão da literatura

Para a realização deste trabalho de investigação tornou-se pertinente definir alguns conceitos chave com o auxílio de literatura específica.

Fortin (1999, p.74) realça que, “*a revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre o domínio da investigação*”.

i. Conceito de dependência

A OMS define a dependência como “*um estado psíquico e por vezes físico, caracterizado por comportamentos e respostas que incluem sempre a compulsão e a necessidade de tomar a droga, de*

forma contínua ou periódica, de modo a experimentar efeitos físicos ou para evitar o desconforto da sua ausência, podendo a tolerância estar ou não presente” (www.who.int).

Uma pessoa é dependente quando não consegue evitar o consumo, sob pena de sofrimento físico e/ou psíquico. O seu dia-a-dia é regido pela procura incessante e o consumo do produto.

Segundo o DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais), considera-se dependência a presença de um agrupamento de sintomas cognitivos e fisiológicos indicando a utilização de uma substância, apesar dos seus malefícios (www.psicologia.pt).

Crítérios de dependência de substâncias segundo a CID-10 (Classificação Internacional de Doenças):

Presença de três ou mais dos seguintes sintomas em qualquer momento, durante o ano anterior (www.who.int):

- 1) Um desejo forte ou compulsivo para consumir a substância.
- 2) Dificuldade em controlar o comportamento de consumo da substância em termos de início, fim ou níveis de consumo;
- 3) Estado de abstinência fisiológica quando o consumo é suspenso ou reduzido, evidencia-se por: síndrome de abstinência característica; ou consumo da mesma substância (ou outra muito semelhante) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- 4) Evidência de tolerância, segundo a qual há a necessidade de doses crescentes da substância psicoativa para se obter os efeitos anteriormente produzidos com doses inferiores;

- 5) Abandono progressivo de outros prazeres ou interesses devido ao consumo de substâncias psicoativas, aumento do tempo empregado em conseguir e/ou consumir a substância, ou recuperar-se dos seus efeitos;
- 6) Persistência no consumo dessa substância, apesar de provas evidentes de consequências manifestamente prejudiciais, tais como lesões hepáticas causadas por consumo excessivo de álcool, humor deprimido consequente de um grande consumo de substâncias, ou perturbação das funções cognitivas relacionadas com a substância. (...)

O psiquiatra americano Aviel Goodman vê a dependência de substâncias como um processo pelo qual um comportamento pode conduzir simultaneamente ao prazer e ao alívio de um desconforto interior, e que se caracteriza pela falta de controlo e a sua persistência, apesar das consequências negativas (theses.univ-lyon3.fr).

ii. Dependência a nível fisiológico

No cérebro, os neurónios comunicam entre si através de mensageiros químicos (neurotransmissores) que são liberados nas sinapses. O cérebro contém diversos tipos de neurotransmissores (OMS,2004), sendo a dopamina o neurotransmissor mais envolvido na dependência de substâncias.

Embora existam inúmeras substâncias psicoativas, todas elas têm em comum o fator de modificar o SRC (Sistema de Recompensa Cerebral) e estimular a libertação de dopamina (www.futura-sciences.com/fr).

O SRC constituído pelo córtex pré-frontal, os núcleos accumbens e a área tegmentar ventral, tem a função de procurar a satisfação, o prazer e o bem-estar. Ou seja, quando há um aumento de libertação da dopamina, o indivíduo sente um bem-estar, mas se há uma diminuição da sua libertação sucederá exatamente o contrário...irão aparecer sintomas de fadiga e depressão.

O mecanismo de ação da cannabis no organismo ainda não está totalmente clarificado (www.drogues-info-service.fr). Porém, sabe-se que o THC (tetrahydrocannabinol), se liga a receptores localizados no cérebro, levando a um ligeiro aumento da libertação de dopamina, que se traduz numa sensação de bem-estar e prazer após o consumo.

O etanol, princípio ativo contido no álcool, vai ligar-se aos receptores do glutamato, acetilcolina, GABA e serotonina, tendo como consequência a diminuição da atividade neuronal.

iii. Substâncias psicoativas

Segundo a OMS, as substâncias psicoativas são aquelas que, quando ingeridas, afetam o SNC (Sistema Nervoso Central). Este termo e o seu homólogo, substâncias psicotrópicas, referem-se ao conjunto de substâncias lícitas e ilícitas.

Richard e Senon (*cit in* Becker, 2001), definem a droga como uma substância farmacologicamente ativa no organismo, podendo gerar sinais de dependência.

O consumo destas mesmas substâncias tem como efeito imediato a modificação das percepções, do humor e do comportamento. Estes efeitos variam segundo o tipo de substância, a quantidade e a frequência dos consumos (INPES, 2006).

Classificação

Ao longo das últimas décadas, diversas classificações foram surgindo, baseando-se essencialmente nas inúmeras novas drogas que foram aparecendo no mercado.

Nesta parte, apresenta-se sucintamente as classificações mais utilizadas.

Classificação de Lewis: Em 1924, Louis Lewis um farmacêutico alemão elaborou uma classificação das substâncias correspondente à sua ação no organismo, dando-lhes nomes em latim. (fr.wikipedia.org)

- *Euphorica* (Eufóricas): opio, coca, cocaína...
- *Phantastica* (Fantásticas): alucinogénios.
- *Inebriantia* (Inebriantes): álcool, éter...
- *Hypnotica* (Hipnóticas): barbitúricos.
- *Excitantia* (Excitantes): cafeína, tabaco, teína...

Embora esta classificação esteja correta, tem o inconveniente de não incluir as novas substâncias que têm surgido no mercado ao longo dos últimos anos.

Classificação de Delay e Deniker: O psiquiatra Francês Jean Delay e o seu assistente Pierre Deniker, elaboraram em 1957 uma forma de classificar as substâncias psicoativas consoante o seu efeito no SNC. (fr.wikipedia.org)

- Sedativos ou psicolépticos incluem: hipnóticos, neurolépticos, estabilizadores de humor, ansiolíticos.... Tem a função de diminuir a atividade do SNC.
- Excitantes ou psicoanalepticos incluem: anfetaminas, cafeína, antidepressivos... Tem a função de acelerar a atividade do SNC.
- Perturbadores ou psicodisléptico incluem: alucinogénios, álcool...

O consumo vai alterar a atividade do SNC podendo assim gerar confusões ou alucinações.

iv. Cannabis

A cannabis é simultaneamente uma das drogas mais antigas e a substância psicoativa ilícita mais utilizada no mundo (Lowenstein, 2005).

O flagelo que constitui o consumo de cannabis, “(...) afeta todas as classes sociais, todos os meios e todas as faixas etárias (...)” (Lowenstein, 2005).

A cannabis provem de uma planta *Cannabis Sativa*, proveniente da zona do mar Negro e Cáspio.

Históricamente, era utilizado há milhares de anos para a fabricação de cordas e peças de vestuário. Também era utilizado como medicamento para alívio de dores, espasmos ou alterações do sono (INPES, 2006).

Graças à colonização, esta substância foi-se propagando pelo mundo, continuando a ser utilizada para diversos fins. Atualmente é cultivada em diversas zonas do planeta, uma vez que possui uma grande capacidade de adaptação.

O auge do consumo de cannabis ocorreu na década de 60, durante o período “hippie”, que utilizava as drogas como forma de contestar as regras da sociedade.

No início da década de 90, cientistas americanos confirmaram a existência de recetores específicos de THC no sistema nervoso (Courty, 2005).

O THC, princípio ativo contido na cannabis, tem o efeito de modificar o humor, as sensações e o comportamento (Courty, 2005).

Os efeitos associados ao consumo variam consoante a dose e a concentração de THC contida na amostra consumida, e são geralmente alteração do estado de consciência, sensação de bem-estar, desinibição, taquicardia, aumento do apetite.... Quando

consumida em grandes quantidades, pode levar o aparecimento de alucinações, náuseas, ansiedade, ataxia...

A concentração de THC varia segundo a forma, e a origem do produto, visto que pode ter três formas (Lowenstein, 2005):

- Erva (Marijuana): 2 a 45% de THC. É obtida graças as folhas secas da planta, e é habitualmente fumada juntamente com tabaco.
- Resina (Haschich): 5 a 10% de THC. É obtida das flores secas da própria planta, apresenta-se em placas compactas castanhas ou amarelas (dependendo da sua origem). Habitualmente é fumada juntamente com tabaco.
- Óleo: esta preparação é mais concentrada em THC, porém, é muito pouco usada. O óleo de cannabis é habitualmente fumado através de um cachimbo.

Pode ser consumida de diversas formas, sendo a mais frequente pela inalação (charro) ou por via oral (chá, space cake...).

Embora a cannabis não possua uma grande toxicidade nem um grande poder de dependência, alguns consumidores fazem desta droga “leve” uma droga “pesada” (Lowenstein, 2005).

A intensidade de libertação de dopamina, tal como o tempo que irá durar esta libertação, depende da dose consumida (Constantin, 2012).

v. Álcool

O álcool esteve sempre associado à nossa história, à da nossa civilização e as nossas vidas (Batel, 2006).

A palavra “álcool”, deriva da junção do árabe “*al-kuhul*”, que significa líquido com o grego “*alkuhl*”, a essência.

Segundo a alínea a) do artº 2º do Decreto-Lei n.º 50/2013 de 16 de abril, consideram-se bebidas alcoólicas a cerveja, vinhos, outras bebidas fermentadas, produtos intermédios, bebidas espirituosas ou equiparadas e ainda algumas bebidas não espirituosas (www.dre.pt).

O etanol, componente psicoativo do álcool, é obtido pela fermentação do açúcar presente nos vegetais ou pela destilação de determinados produtos.

O teor alcoólico de uma bebida corresponde à concentração ou à percentagem de álcool puro que se encontra diluído em 100ml desta mesma bebida (www.medipedia.pt).

É importante lembrar que o álcool não é digerido, passando diretamente do tubo digestivo aos vasos sanguíneos. Em poucos minutos é transportado para todas as partes do corpo através da circulação sanguínea (www.alcolweb.com).

As pessoas dependentes do álcool não possuem todas as mesmas características físicas, biológicas, genéticas e psicológicas. Consequentemente, não “aguentam” nem reagem da mesma forma ao álcool (Karila, 2010).

Segundo a OMS, a alcoolémia define-se como “a concentração de álcool (etanol) no sangue”. Esta taxa autorizada legalmente varia de país para país, sendo a taxa legal em Portugal inferior a 0.5g/l de sangue.

Os riscos associados podem ser imediatos ou a longo prazo. Quando ingerimos álcool, as alterações comportamentais variam em função da dose de etanol ingerida. Inicialmente, terá um efeito psicoestimulante, e de seguida um efeito sedativo se a alcoolémia for mais elevada (Batel, 2006).

O efeito psicoestimulante acompanha-se de desinibição, sensação de bem-estar, diminuição dos reflexos, diminuição da visão, diminuição da capacidade de concentração... ou seja, o álcool não atua como estimulante, mas como depressor do Sistema Nervoso. Um consumo excessivo tem como consequência vômitos, diarreia, hipotermia, cefaleias, vertigens, lentificação dos reflexos, diplopia..., podendo até levar ao coma e à morte em casos mais extremos.

A ingestão diária e excessiva de álcool aumenta o risco de ocorrência de diversas patologias e provoca alterações nos órgãos vitais:

- Cancros - os tipos de cancros mais associados ao consumo excessivo de álcool são: faringe, laringe, esófago e fígado. Pode também ser associado ao cancro colo-retal, pulmonar e mamário (Chabalier, 2005).
- Cirrose hepática - 95% do álcool ingerido é eliminado pelo fígado, os outros 5% através da urina, do suor e do ar expirado (Batel, 2006), o que faz do fígado o principal responsável pela sua eliminação. Quando ingerido em grandes quantidades ao longo dos anos, vai destruir definitivamente os hepatócitos, sendo substituído por tecido fibroso, o que dá origem a uma cirrose.
- Problemas hematológicos - uma das diversas funções do fígado é de sintetizar factores de coagulação como o fibrinogénio e a protrombina, tal como destruir as hemácias (pt.wikipedia.org). Logo, é frequente os alcoólicos apresentarem um aumento do número de hemácias e alterações da coagulação, aumentando o risco de hemorragia.
- Álcoolização fetal - o álcool ingerido pela grávida não é filtrado pela placenta, o que lhe permite passar para o sangue do feto e para o líquido amniótico (Batel, 2006).

- Hipertensão Arterial - a pressão arterial corresponde à pressão exercida pelo sangue na parede das artérias. Quando é demasiado forte, as artérias envelhecem mais rapidamente, e o coração cansa-se mais. A HTA, o tabagismo, a obesidade e a dislipidemia constituem os principais factores de risco para doenças cardiovasculares. O mecanismo pelo qual o álcool aumenta a tensão arterial ainda não está totalmente esclarecido (Batel, 2006).
- Distúrbios psiquiátricos - o consumo desta substância está associado a alguns distúrbios mais comuns como a insónia, ansiedade e a depressão, mas também pode ser um fator de risco para os distúrbios da personalidade e as psicoses (Batel, 2006).
- Distúrbios intestinais - pode causar transtornos na absorção de algumas vitaminas, hidratos e gorduras.

O álcool modifica as membranas dos neurónios, de alguns canais iónicos, de enzimas e dos recetores. Liga-se aos recetores da acetilcolina, serotonina, GABA e do glutamato. Tem o efeito de diminuir a atividade neuronal e conseqüentemente provocar um efeito sedativo.

vi. Adolescência

Etimologicamente, esta palavra provém do latim “*adolescere*”, que significa “que está a crescer”.

A OMS define o adolescente como “todo o indivíduo de 10 a 19 anos” (www.ordemenfermeiros.pt), esta definição é baseada no facto que estas idades são aquelas em que são observadas o maior número de mudanças físicas e psicológicas.

O período da adolescência sempre foi representado como um período de mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais (Coslin, 2010). Ainda segundo o mesmo autor, seria uma etapa da vida que marca a passagem da infância à idade adulta. A dificuldade será em situar o fim da infância e o início da idade adulta.

Segundo Marcelli e Braconnier (*cit. in* Coslin, 2010) é neste contexto, que o adolescente deve simultaneamente adquirir a sua própria identidade, impôr aos outros a sua originalidade e integrar-se no seu meio. O adolescente terá tendência a gostar de transgredir regras e adotar condutas provocadoras.

A puberdade marca geralmente o início desta nova fase, que é definida como um período de crescimento em que ocorre um desenvolvimento sexual, e um acréscimo de mudanças físicas e psicológicas. Ocorre por volta dos 12-15 anos nas raparigas, e dos 13-16 anos nos rapazes (www.infopedia.pt).

vii. Consumo de cannabis e álcool pelos adolescentes

Segundo Gaudet (2006, p 36), *“A adolescência é um período de mudança, de experiência e de pesquisa (...). O consumo na adolescência pode desempenhar várias funções: busca de prazer, gestão emocional, imitação dos colegas, oposição à autoridade”*.

A cannabis é a primeira substância ilícita consumida pelos adolescentes.

O consumo de cannabis pelo adolescente, é utilizado como forma de afirmar a sua autonomia e de se integrar num grupo. No entanto, também está associado a uma busca de prazer e de sensações fortes (Coslin, 2002). Os adolescentes sentem muitas vezes a necessidade de testar os seus limites. Consumir cannabis, tal como outros comportamentos problemáticos, podem ser formas de pôr em prática essa atitude (www.idt.pt). O consumo desta substância é cada vez mais precoce. A idade média do primeiro consumo ronda os 14-15 anos (Fize, 2009).

O padrão de consumo entre os adolescentes obedece habitualmente às seguintes regras (www.idt.pt):

- Acontece geralmente em contexto recreativo;
- Ocorre em idades muito precoces;
- Os níveis de consumo são mais elevados nos rapazes, embora a diferença em relação as raparigas esteja em tendência decrescente;
- Pode aparecer associado ao consumo de outras drogas legais ou ilegais (tabaco, álcool...).

Segundo o INME de 2011, realizado aos alunos do Ensino Secundário, 28% dos alunos interrogados admitiram já terem experimentado cannabis. Este estudo, permitiu também revelar as disparidades de consumo entre rapazes e raparigas, sendo que 34% dos rapazes já tinham consumido cannabis contra 24% das raparigas (www.idt.pt).

A cannabis funciona como um “facilitador social”, o adolescente ao consumir sente-se disinibido e relaxado, o que pode facilitar o seu relacionamento com os outros jovens e a sua integração num grupo. No entanto, é fundamental esclarecê-los sobre a perigosidade da continuidade do seu uso (www.dgicd.min-edu.pt).

Quanto ao consumo de álcool, Gaudet (2006) realça que o número de consumidores entre a população adolescente tem vindo a aumentar nos últimos anos.

O álcool é um componente natural de muitos eventos sociais. Pouco a pouco, os adolescentes assimilam esta cultura do prazer do álcool, e aprendem a consumi-lo durante os eventos sociais (OMS, 2001).

O álcool é responsável por cerca de 195 000 mortes por ano na UE. A percentagem de mortes atribuíveis ao álcool é maior nas idades compreendidas entre os 15 e os 29 anos, e é mais elevada no sexo masculino do que no feminino (www.idt.pt).

Existem muitas formas de definir o fenómeno do *binge drinking*. A NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism), define como o ato de ingerir grandes quantidades de álcool em cerca de duas horas, de forma que os níveis de álcool no sangue cheguem rapidamente a níveis demasiado altos. Para as mulheres, isso geralmente ocorre após quatro bebidas, e para os homens, depois de cinco (www.niaaa.nih.gov).

O *binge drinking* corresponde a uma intoxicação alcoólica aguda, que resulta da absorção de grandes quantidades de álcool, para se embriagar o mais rapidamente possível. As complicações podem ser graves como: coma etílico, traumatismos, problemas respiratórios, problemas cardíacos e hepáticos... Geralmente este fenómeno ocorre em grupo (Coslin, 2010).

O atual padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre os menores, na maioria dos países da UE (União Europeia), o chamado *binge drinking*, poderá vir a ter efeitos nefastos sobre a saúde a longo prazo e aumentar o risco de danos sociais (www.idt.pt).

“Como definir a embriaguez alcoólica?. Para o médico, ela é a expressão clínica de uma intoxicação aguda por álcool etílico (...). Em Direito a ebriedade de um indivíduo existe a partir do momento em que um controlo da taxa de alcoolemia no sangue ultrapassa 0,5 gramas. O bebedor de álcool, especialmente o jovem adulto que bebe em excesso com os colegas com quem sai, não partilha de imediato estas representações da embriaguez. Ao contrário da definição clínica, mais de que uma intoxicação aguda, vê na embriaguez uma possibilidade de fugir à rotina do quotidiano, de aceder a uma melhor comunicação com o outro, de entrar plenamente num ambiente de festa.” (Freyssinet-Dominjon, Wagner ,2006, p. 49).

A educação para a saúde, “em contexto escolar, consiste em dotar as crianças e os jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao seu *bem-estar físico, social e mental (...)*” (www.dgicd.min-edu.pt) .

Baseando-se nesta definição, a escola assume um papel determinante na educação dos jovens sobre as condutas que devem ou não seguir e alertando-os para as consequências das mesmas.

II – Fase Metodológica

O enquadramento metodológico é de extrema importância, pois permitiu ao investigador, “(...) assegurar a fiabilidade e a qualidade da investigação” (Fortin, 1999, p.40). Ainda segundo a mesma autora (Fortin, 1999, p.40), “*no decurso desta fase, o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas (...)*”.

Polit e Hungler (1995, p.33) definiram-na como “*(...) caracteriza-se pela tomada de decisão acerca dos métodos que se utilizaram para responder á problemática, além de planear a colheita de dados e influenciar na validade e interpretabilidade dos resultados*”.

1. Desenho de Investigação

De acordo com Fortin (2009, p.40), “*o desenho de investigação é o plano lógico, elaborado e utilizado pelo investigador para obter respostas a questões de investigação.*”

Deste modo, será composto pela definição do tipo de estudo, definição das variáveis, a população alvo, a amostra e o processo de amostragem utilizado, tal como o instrumento de recolha de dados utilizado e os princípios éticos.

i. Tipo de Estudo

Este trabalho foi inserido na metodologia de tipo quantitativa, enquanto “processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis” (Fortin, 2009, p.22).

Considerou-se o tipo de estudo realizado como sendo transversal, descritivo e decorrendo em meio natural.

Tratou-se de um estudo descritivo, pois segundo Fortin (2003, p.162), “*confina-se a caracterizar o fenómeno pelo qual alguém se interessa, tendo como objetivo discriminar agentes fundamentais ou conceitos que possam estar relacionados ao fenómeno em estudo.*”

Segundo Fortin (2009, p.225), “serve para medir a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento.”

Esta investigação foi realizada numa Escola Secundária, e segundo Fortin (2009), os estudos que são realizados fora do contexto laboratorial, e que não são submetidos a alto controle, são estudos em meio natural.

ii. Variáveis

Fortin (1999, p.36), define as variáveis como sendo, “(...) qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação”.

As variáveis de atributo correspondem às características dos indivíduos participantes no estudo. Deste modo foram definidas como variáveis de atributo: a idade dos participantes, o género e o ano de escolaridade.

As variáveis em estudo foram as seguintes: conhecimentos dos adolescentes sobre o álcool e a cannabis, conhecimentos dos adolescentes sobre os efeitos orgânicos e psíquicos do álcool e da cannabis, razões e padrão de consumo de ambos.

iii. População, amostra e processo de amostragem

Polit e Hungler (1995, p.34) definem uma população como, “ (...) o conjunto ou totalidade de objectos, sujeitos ou membros que estão em conformidade com um conjunto de especificações”.

Ainda segundo Fortin (1999, p 202), “uma população é um conjunto de elementos ou de sujeitos, que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”.

Tendo em conta as definições citadas, a população estudada neste trabalho foram alunos do 12º ano de escolaridade de uma Escola Secundária do concelho de Vila do Conde.

Fortin (1999, p.41) define uma amostra como,“(…) um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população.

A amostra foi constituída por um grupo de 40 alunos selecionados de forma aleatória simples, e seguindo o processo de amostragem de tipo não probabilístico acidental., que Fortin (1999, p.213) define como, “(…) cada elemento que compõe a população alvo tem uma probabilidade igual de ser escolhido para fazer parte da amostra”.

iv. Instrumento de recolha de dados

De acordo com as características do estudo, o investigador optou por colher os dados através de um questionário proposto a uma amostra de alunos num determinado momento com o objetivo de responder às perguntas anteriormente colocadas.

A fim de poder obter um maior número de respostas, o instrumento de colheita de dados foi colocado online.

v. Pré teste

Segundo Fortin (2009, p.386), “o pré-teste é a prova que consiste, em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida”, o questionário foi passado a 4 alunos (no pressuposto de que seriam obtidas cerca de 40 respostas), não havendo necessidade de proceder a alterações no instrumento de recolha de dados.

vi. Tratamento e Apresentação de dados

Os dados recolhidos foram analisados estatisticamente com a ajuda do programa Excel para Windows, e a apresentação baseia-se em tabelas e gráficos.

2. Princípios Éticos

A palavra ética, provem do grego “*ethicos*” que significa, a moral. A ética é uma disciplina que procura refletir sobre as finalidades e os valores da vida humana, tal como a noção do bem e do mal (www.toupie.org).

Segundo Fortin (1999, p.116),

“A investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações (...)” .

O Código de Nuremberg é um conjunto de princípios éticos que regem a pesquisa com seres humanos. Este documento, criado em 1947, estabelece quais as regras que devem ser respeitadas na investigação, ou nas experiências realizadas com seres humanos.

Os cinco principais princípios éticos descritos pelo Código de Nuremberg, e que foram respeitados na presente investigação, foram:

- O direito à auto-determinação, *“baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino”* (Fortin, 2003, p.116). Os alunos a quem foi proposto o questionário tiveram a liberdade de escolher se desejavam ou não participar.
- O direito à intimidade, *“(...) faz a liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da formação a dar ao participar numa investigação e determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas”* (Fortin, 2003, p.117). Este direito foi respeitado durante a investigação, porque foi pedido aos participantes o mínimo de informações pessoais, para que a sua intimidade fosse totalmente preservada.
- O direito à confidencialidade *“é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador”* (Fortin, 2003, p.117). O questionário proposto foi realizado de forma totalmente anónima, para que não seja possível identificar os autores das respostas.

- O direito à proteção contra desconforto e prejuízo, *“corresponde às regras de protecção de pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem”* (Fortin, 2003, p.118). Neste estudo não foram identificadas situações que pudessem potencialmente causar algum prejuízo ou desconforto aos participantes.
- O direito a tratamento justo e equitativo, *“refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para o qual é solicitado, a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo”* (Fortin, 2003, p.119). Os alunos que participaram no questionário, foram previamente informados do tipo de investigação e dos objetivos que se pretendia atingir com a realização do mesmo.

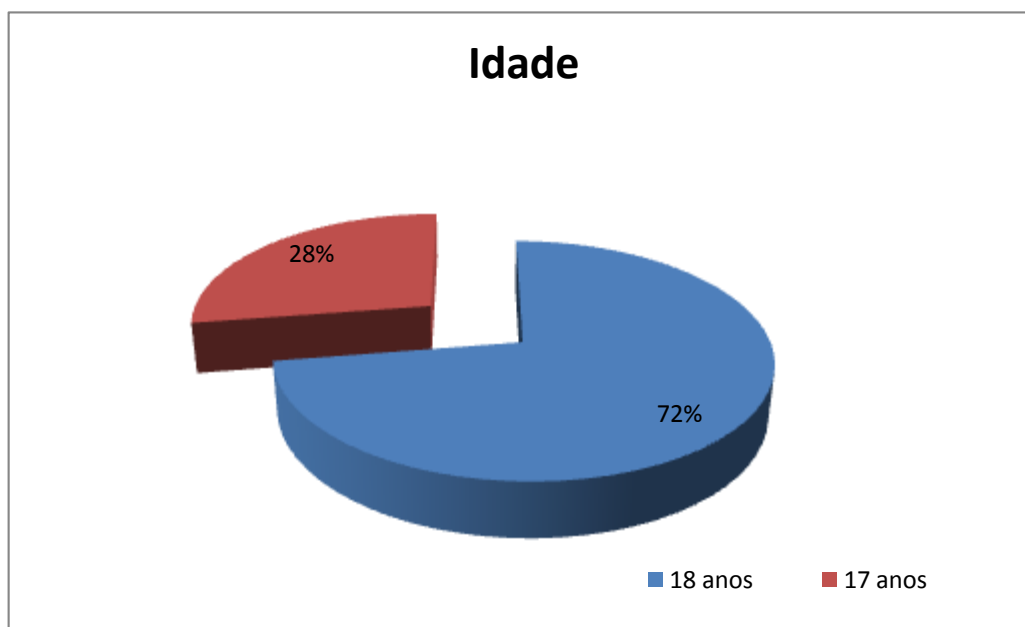
III – Fase Empírica

A fase empírica corresponde segundo a definição de Fortin (2009, p.56), “(...) a colheita de dados no terreno, a sua organização e análise”

1. Apresentação de dados

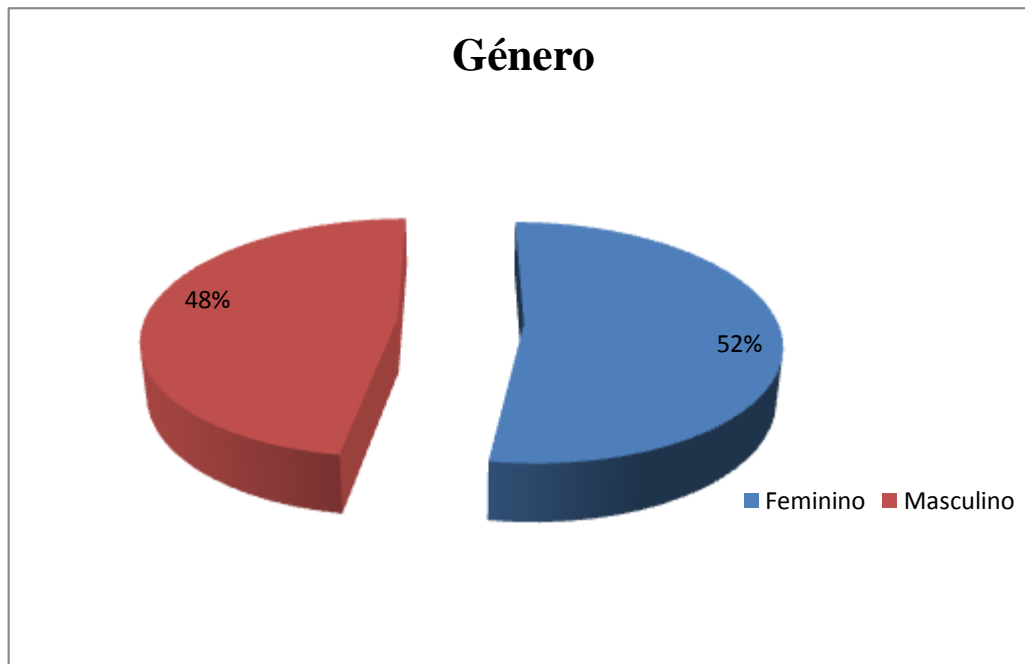
A primeira parte do questionário, visou caracterizar a amostra consoante a idade e o sexo dos inquiridos, sendo que todos os alunos têm em comum o frequentar o 12º ano de escolaridade na mesma Escola Secundária do concelho de Vila do Conde.

Gráfico nº1: Idade.



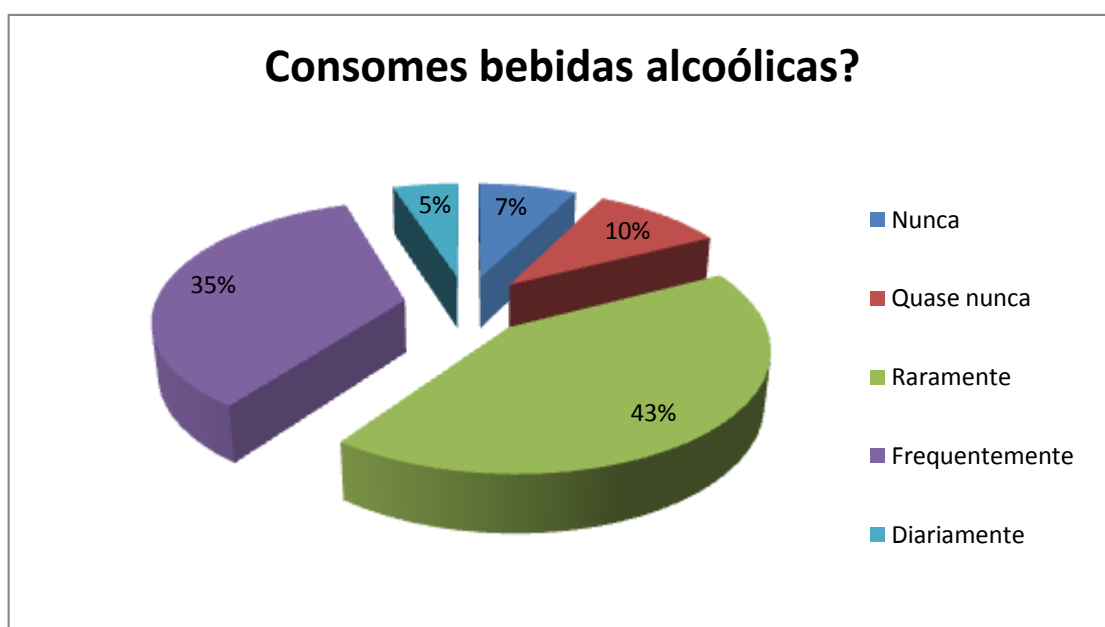
A observação deste gráfico permite dizer que, 72% dos alunos questionados têm 18 anos, enquanto 28% têm 17 anos.

Gráfico nº2: Género.



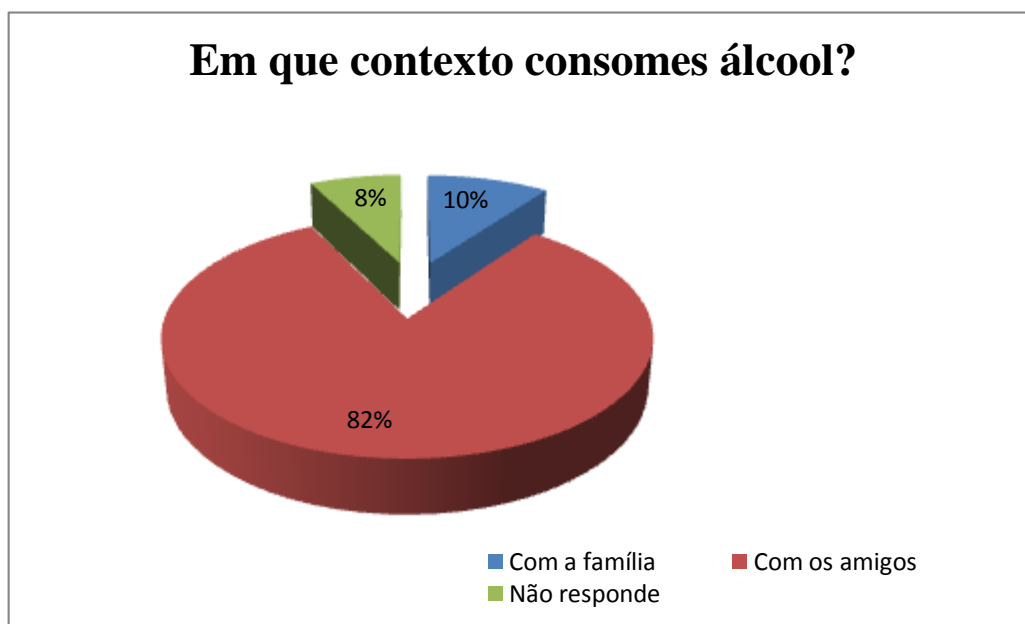
Relativamente ao género dos inquiridos, este gráfico permite constatar que 52% são do sexo feminino, enquanto 48% são do sexo masculino.

Gráfico nº3 : Frequência do consumo de bebidas alcoólicas.



Relativamente a frequência do consumo de álcool, 43% refere consumir raramente, 35% frequentemente, 10% quase nunca e 7% nunca. E, finalmente 5% dos inquiridos referem consumir diariamente álcool.

Gráfico nº4: Contexto do consumo de álcool.



Relativamente ao contexto do consumo de bebidas alcoólicas, podemos observar que 82% dos inquiridos consomem álcool com os amigos, enquanto 10% consomem no seio familiar. Finalmente, 8% dos inquiridos não respondem.

Gráfico nº5: Idade do primeiro contacto com o álcool.



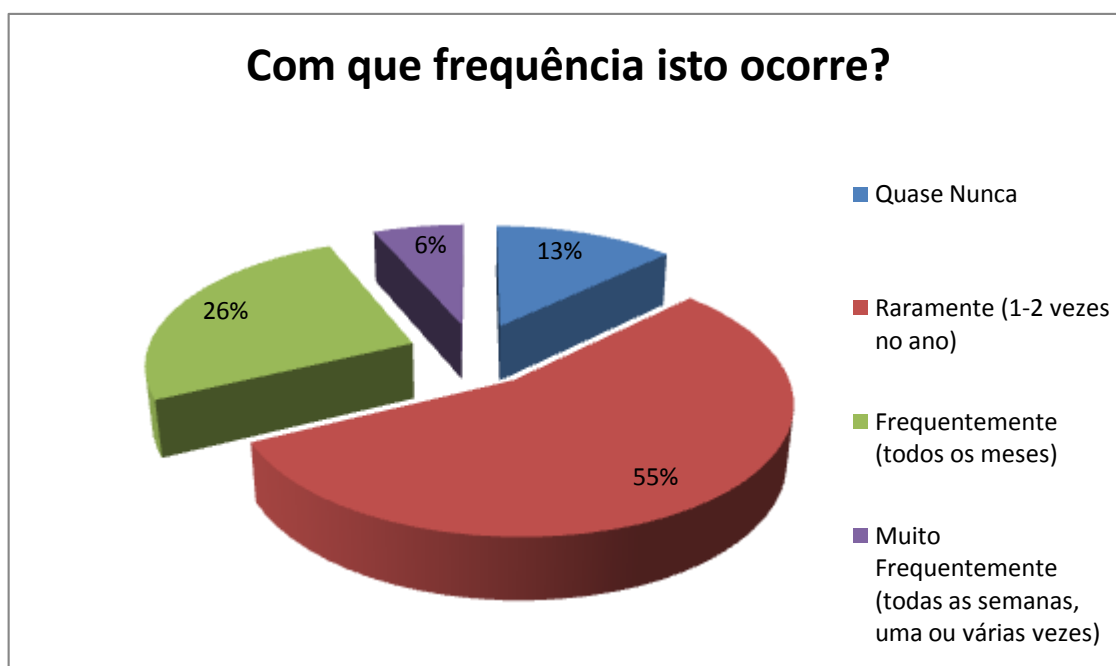
Este gráfico permite observar que 50% dos alunos inquiridos tiveram o primeiro contacto com o álcool entre os 13 e os 16 anos, 30% entre os 10 e os 13 anos e 10% antes dos 10 anos. Relativamente aos primeiros consumos que ocorreram depois dos 16 anos, representam 10% dos inquiridos.

Gráfico nº6: Embriaguez.



Em relação a embriaguez, 77% dos adolescentes questionados referem já se terem embriagado, enquanto 23% dizem nunca se terem embriagado.

Gráfico nº7: Frequência da ocorrência da embriaguez.



Relativamente a frequência da embriaguez, 55% dos inquiridos referem embriagar-se raramente (1-2 vezes no ano), 26% frequentemente (todos os meses), 13% quase nunca e finalmente 6% muito frequentemente (todas as semanas uma ou várias vezes).

Tabela nº1: Motivos que levam ao consumo de álcool.

Pergunta	Subcategorias	Percentagem	
Consumes álcool porque...?	Desinibe	40%	
	Integração mais fácil	5%	
	Por prazer	20%	<i>“faz-me sentir cool”</i> <i>“porque gosto”</i> <i>“pelo convívio”</i>
	Reproduzir comportamentos	27%	<i>“porque os meus amigos também bebem”</i> <i>“quando vou a uma festa com amigos todos bebem”</i> <i>“passar o tempo com os amigos”</i> <i>“estou habituado”</i>
	Não responde	8%	

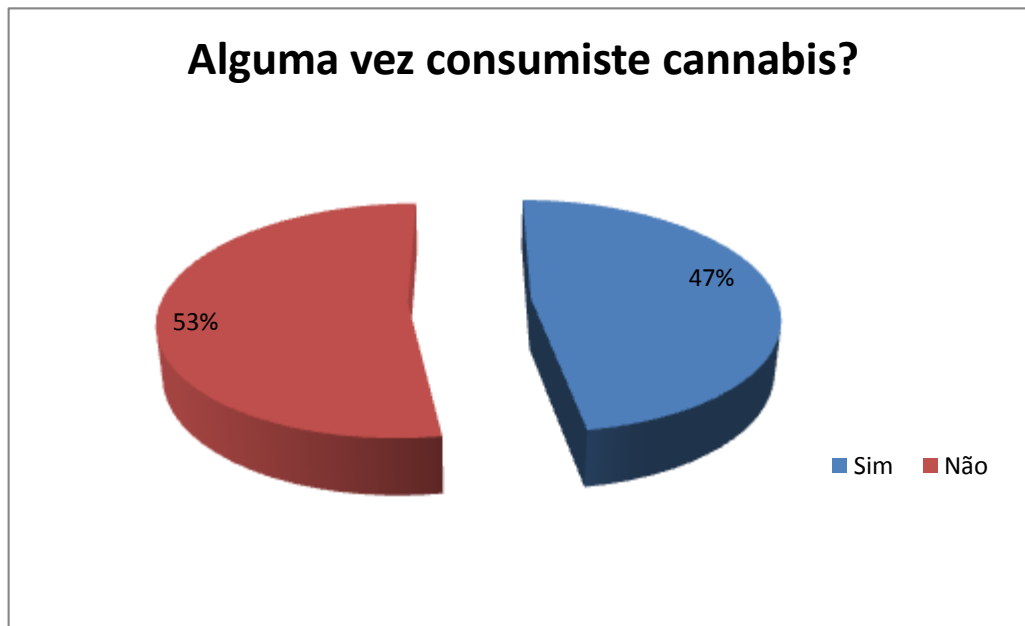
Relativamente aos motivos que os levam a consumir álcool, 40% dos inquiridos dizem consumir porque os ajuda de desinibir-se, 27% para reproduzir comportamentos que os rodeiam, 20% por prazer, e finalmente 5% porque ajuda a integrar-se mais facilmente. 8% dos inquiridos optaram por não responder.

Tabela nº2: Efeitos secundários do consumo do álcool.

Problemas referidos	Número referências nas respostas	Porcentagem	
Problemas hepáticos	24	42%	<i>“cirrose e outros problemas de fígado”</i> <i>“cirrose”</i> <i>“doenças do fígado”</i>
Problemas cerebrais/mentais	20	35%	<i>“perda de lucidez”</i> <i>“mudanças de personalidade”</i> <i>“alucinações”</i> <i>“mudanças de carácter”</i> <i>“mortes das células cerebrais”</i> <i>“problemas de cérebro”</i> <i>“amnésia”</i>
Dependência	8	14%	<i>“dependência”</i>
Não responde/não sabe	2	4%	
Outros	3	7%	<i>“cancro”</i> <i>“problemas de estômago”</i> <i>“desnutrição”</i>

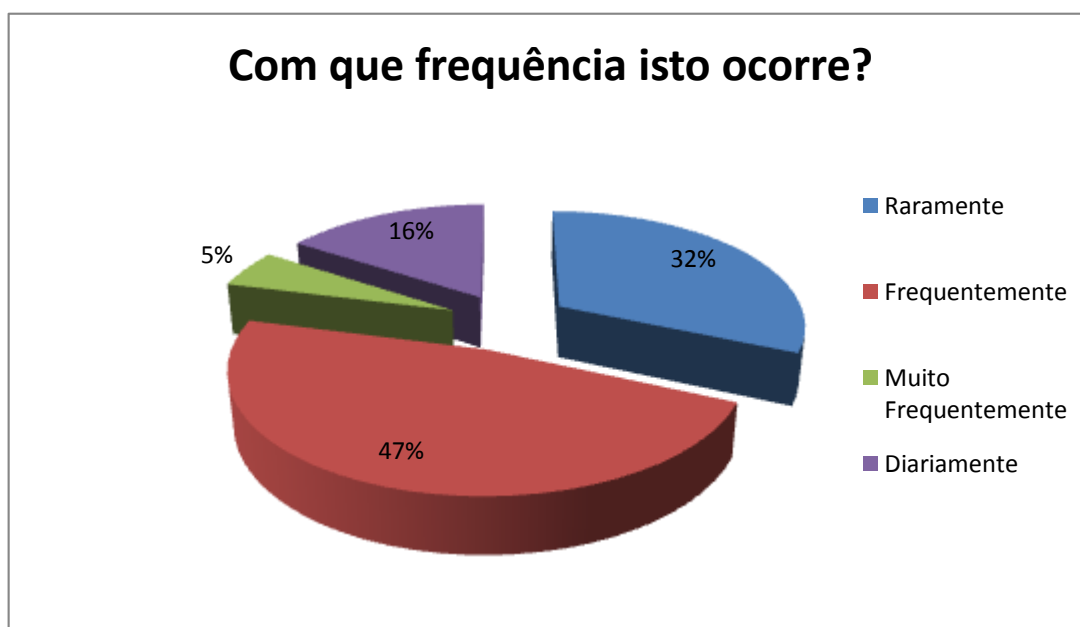
Observando esta tabela, podemos ver que 42% dos inquiridos referem os problemas hepáticos como o efeito secundário mais frequente, 35% problemas mentais/cerebrais e finalmente 14% dos alunos referem a dependência como um efeito secundário do álcool. Por fim, 7% referem outros problemas, e 4% não respondem ou não sabem.

Gráfico nº8: Consumo de cannabis.



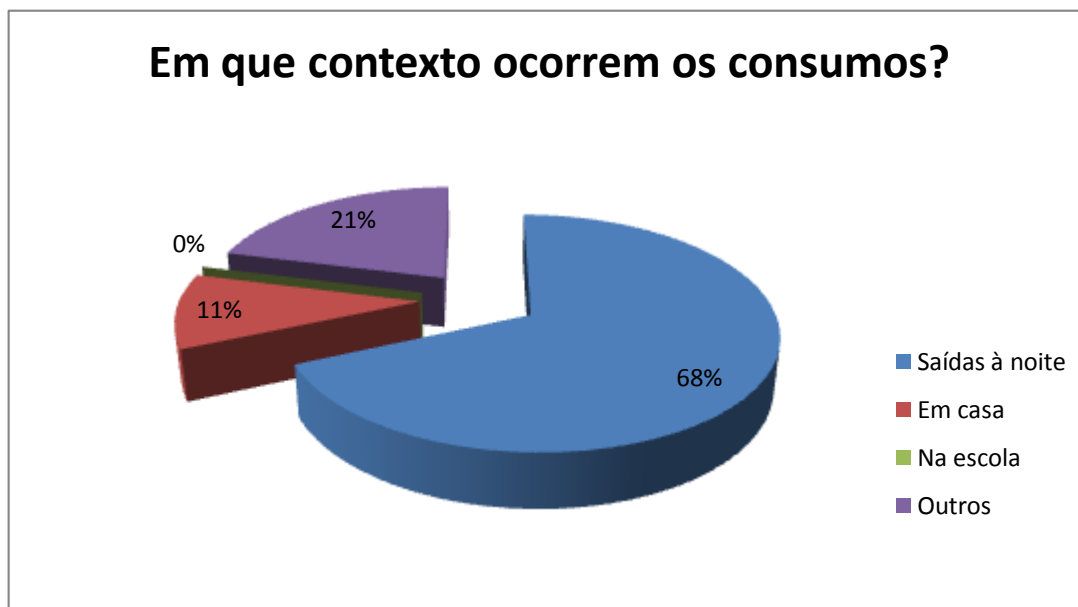
Em relação ao consumo de cannabis, 57% dos alunos questionados referem nunca terem consumido esta substância contra 47% que dizem já ter consumido.

Gráfico nº9: Frequência do consumo de cannabis.



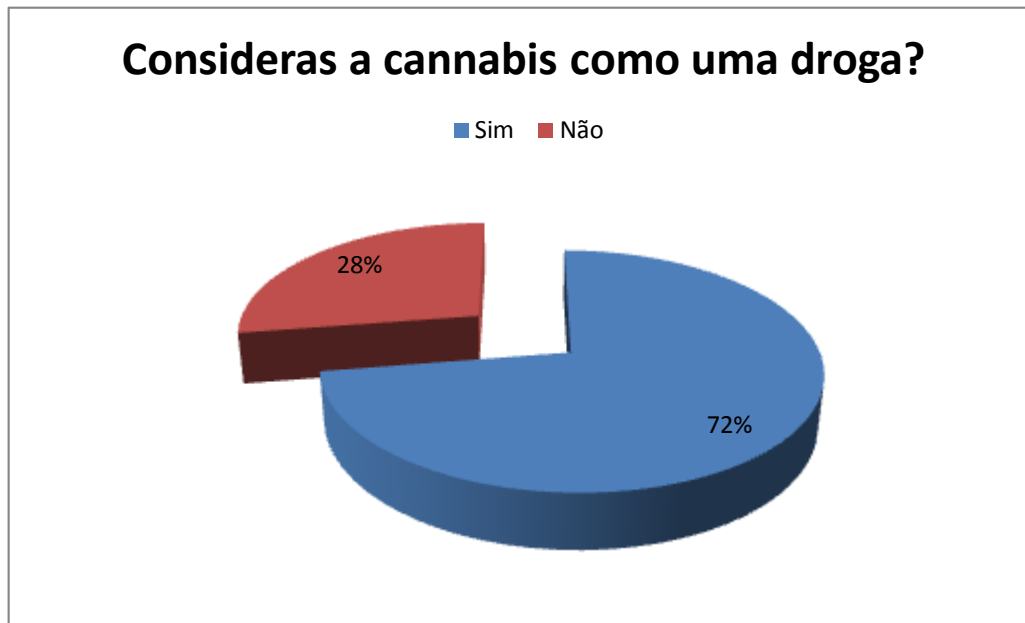
Relativamente a frequência do consumo de cannabis, 47% referem consumir frequentemente (algumas vezes por mês), 32% raramente (algumas vezes no ano), 16% diariamente e , finalmente 5% muito frequentemente (todas as semanas).

Gráfico nº10: Contexto do consumo de cannabis.



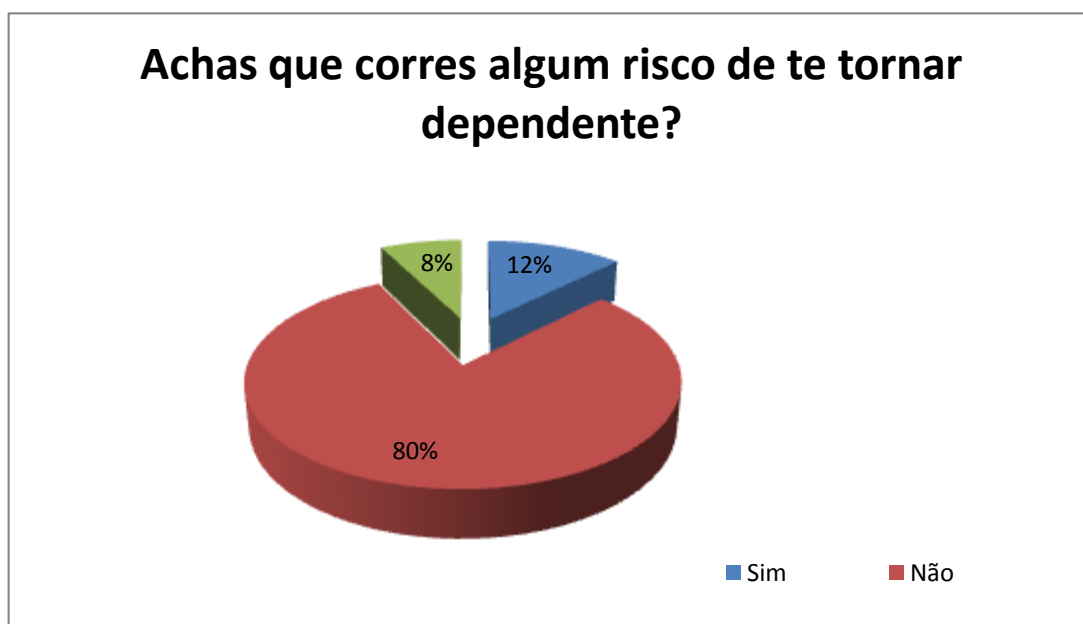
Os consumos de cannabis ocorrem em 68% dos casos nas saídas a noite, 21% referem consumir noutros contextos “*com os amigos*”, “*em qualquer sítio*”, e 11% em casa.

Gráfico nº11: Cannabis como droga



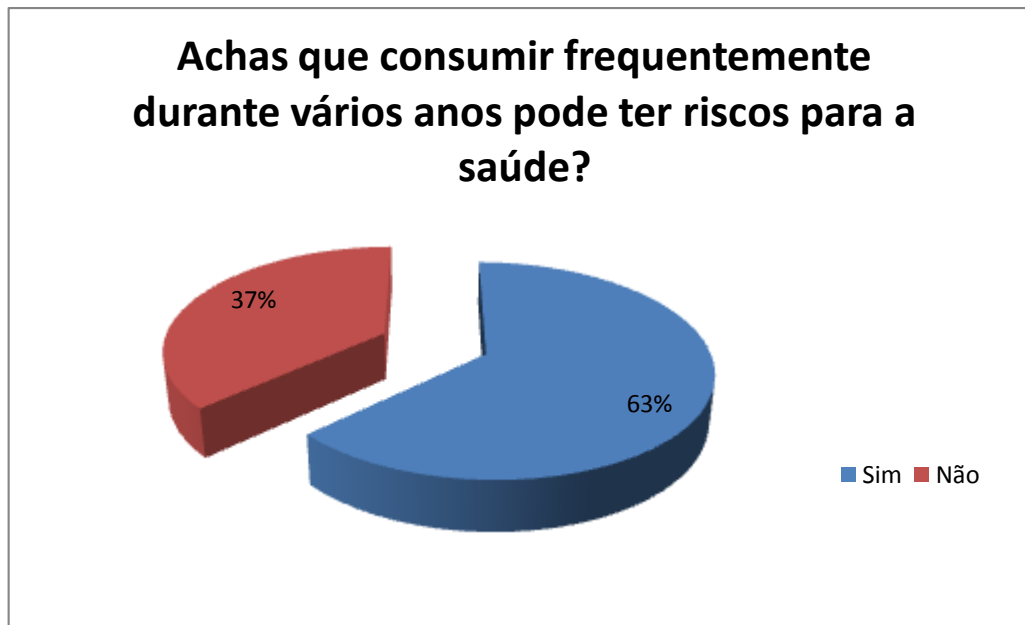
Observando este gráfico, vemos que 72% dos adolescentes consideram a cannabis como uma droga e, 28% não a consideram como tal.

Gráfico nº12: Risco de dependência.



Dos adolescentes inquiridos, 80% não pensa correr nenhum risco de se tornar dependente, contra 12% que pensa correr algum risco. 8% optou por não responder à pergunta.

Gráfico nº13: Riscos a longo prazo sobre a saúde



Este gráfico permite afirmar que, 63% dos inquiridos consideram que consumir frequentemente cannabis pode ter efeitos nefastos sobre a saúde, enquanto 37% dos adolescentes questionados não concordam com isso.

Tabela nº3: Efeitos secundários do consumo de cannabis

Problemas relatados	Porcentagem	
Problemas mentais/cerebrais	39%	<p><i>“afeta o cérebro”</i></p> <p><i>“danos no cérebro”</i></p> <p><i>“perda de memória”</i></p> <p><i>“pode-se ficar maluco”</i></p> <p><i>“destrói células e neurónios”</i></p> <p><i>“loucura”</i></p>
Não sabe/não responde	39%	
Dependência	22%	

Observando esta tabela, podemos ver que 39% dos inquiridos referem os problemas mentais/cerebrais como sendo possíveis consequências do consumo de cannabis, 39% não sabe ou não quis responder, e por fim, 22% cita a dependência como efeito secundário.

2. Análise e Discussão dos Resultados

Segundo Fortin (2009, p.477), “a fase de interpretação de dados exige uma reflexão intensa e um exame profundo de todo o processo de investigação (...) nesta última parte o investigador retira a significação dos resultados, tira conclusões, avalia as implicações e formula recomendações no que concerne à prática e a futuras investigações”.

De acordo com os gráficos apresentados, conclui-se que dos 40 elementos, a maioria têm 18 anos, contra 28% que têm apenas 17 anos. E da mesma amostra, a maioria são do sexo feminino. Estes resultados devem-se ao facto destas idades corresponderem à faixa etária de uma turma do 12º ano de escolaridade. No que diz respeito ao género dos inquiridos ser maioritariamente feminino, deve-se ao facto do ensino secundário ser tendencialmente mais frequentado pelo sexo feminino do que pelo masculino.

Em relação a frequência do consumo de bebidas alcoólicas, a maioria dos elementos que constituem a amostra dizem consumir álcool raramente, ou seja só de forma esporádica. *“As médias diárias de quantidades consumidas não captam a especificidade do consumo dos jovens, que se caracteriza justamente pela sua irregularidade. Nos estudantes as normas exprimem-se em termos de contexto: há circunstâncias em que bebem, e por vezes em grande quantidade, e outras em que o consumo de álcool é excluído”* (Freyssinet-Dominjon, Wagner, 2006, p. 29).

Observando o quarto gráfico chegamos à conclusão que a maioria dos adolescentes incluídos no estudo consomem álcool com os amigos, sendo o consumo no seio familiar mais raro. *“Beber é antes de mais um acto festivo. É a primeira norma e a mais importante na população estudantil. O álcool é quase exclusivamente associado às noites passadas com os amigos”* (Freyssinet-Dominjon, Wagner, 2006, p 34).

A idade do primeiro contacto com o álcool é variável, porém a maioria dos inquiridos diz ter contactado pela primeira vez com o álcool entre os 13 e os 16 anos. Este resultado vai contra o que defendem Freyssinet-Dominjon e Wagner (2006, p 82) *“Um primeiro contacto com o álcool, dita primo-iniciação, tem lugar na infância, antes dos 10 anos de idade, de duas formas contrastadas. Ou às escondidas, sem o conhecimento dos pais, a criança “bebe o que resta nos copos” sem que isso conduza a outra reacção por parte dos adultos (...). Ou então por ocasião de uma festa de família ou de um aniversário, são os próprios pais que oferecem à criança, menino ou menina, um copinho (...)”*.

Observando os resultados obtidos, a maioria dos elementos da amostra já se embriagou, mas revelam que esta situação só ocorre raramente, ou seja uma ou duas vezes no ano. Esta tendência confirma os resultados obtidos pelo INME que salienta a subida de 34 para 42% da ocorrência de situações de embriaguez, de 2006 para 2011. Perto de 1/2 dos rapazes já se tinha embriagado, e mais de 1/3 das alunas. Porém, a ocorrência desta situação “raramente” coincide com o facto de o álcool não ser utilizado pelo adolescente como um produto de consumo diário, mas como um elemento indissociável das festas com os seus pares. Ao contrário da geração dos seus pais que tem por hábito beber um copo de vinho à refeição, para o adolescente “as bebidas alcoólicas quase nunca acompanham as refeições da semana” (Freyssinet-Dominjon, Wagner, 2006, p 29).

Quanto aos motivos que os levam a consumir álcool, os resultados obtidos são variáveis. A maioria dos inquiridos defende que consome álcool porque os ajuda a desinibir-se mais. “O álcool liberta, permite soltar-se, descomprimir, esquecer as pressões, ser cada um ele próprio” (Freyssinet-Dominjon, Wagner, 2006, p 145).

Para a maioria dos inquiridos, os efeitos secundários do álcool são essencialmente hepáticos (sobretudo a cirrose) e mentais/cerebrais. Observando as respostas obtidas, concluímos que na maioria, os adolescentes estão bem informados sobre os efeitos do álcool na saúde e por isso têm noção dos efeitos a médio/longo prazo. Segundo o INPES, o consumo regular e excessivo de álcool, aumenta o risco de várias patologias: cancro (sobretudo boca, garganta e esófago), problemas hepáticos e pancreáticos, problemas cardiovasculares, hipertensão arterial... O consumo de álcool pode também expor a outro tipo de riscos como, acidentes de viação, comportamentos violentos e agressivos, agressões sexuais... (INPES, 2006).

A maioria dos elementos que constituíram a amostra dizem não consumir cannabis. Este resultado surpreende aquando comparado com os resultados obtidos pelo INME e pelos diversos autores. “No INME 2011, uma vez mais a cannabis destacou-se como a droga com as maiores prevalências de consumo ao longo da vida e nos últimos 30 dias entre os alunos do 3.º Ciclo (respetivamente 8,6% e 5,3%) e entre os do Secundário (28,2% e 15,9%). Entre 2006 e 2011, contrariamente à diminuição ocorrida entre 2001 e 2006, verificou-se um aumento das prevalências de consumo de cannabis tanto no 3.º Ciclo como no Secundário, e de um modo geral, com valores também superiores aos de 2001 (...)” (www.idt.pt).

Relativamente à frequência dos consumos de cannabis, a maioria dos elementos que admite consumir, ou já ter consumido esta substância, diz fazê-lo frequentemente (algumas vezes por mês) e nas saídas à noite com os amigos. A nível da frequência dos consumos, os resultados obtidos mostram uma frequência superior à descrita no INME de 2011. *“A análise das frequências de consumo, em 2011, mostra que, dos cerca de 60 000 alunos do secundário que declararam consumos recentes de cannabis, 75% o fizeram apenas “uma vez por outra” ou em “algumas semanas”; cerca de 14% fizeram-no em “muitas semanas” ou em “quase todas as semanas” e cerca de 11%, consumiram “todas as semanas” ou “todos os dias” (www.idt.pt).* Em relação ao contexto da sua utilização, o consumo de cannabis é associado a um contexto de festa, entre pares, nas saídas à noite. Há então uma busca de convivialidade e de partilha (Coslin, 2002).

A maioria dos adolescentes inquiridos considera a cannabis como uma droga. Lowenstein realça que, tal como a maioria das drogas, o THC ativa a libertação de dopamina no SRC, provocando uma sensação de prazer ao consumi-la, o que é característico das substâncias, podendo gerar uma dependência. Após meses de consumo crónico, o risco de dependência pode surgir. Ele é menor do que outras drogas, mas bem real para 10 a 15% dos consumidores. Em caso de suspensão total do seu consumo, os primeiros sintomas surgem aproximadamente 12 a 24h após o último consumo. A dependência não é física, mas psicológica e caracteriza-se por ansiedade, irritabilidade, agitação e insónias (Lowenstein, 2005).

Relativamente ao risco de se tornar dependente de cannabis, a maioria dos inquiridos não acha que corre riscos, seja pelo facto da frequência dos consumos serem pequenos ou por não acharem que esta substância possa causar dependência. Segundo Gaudet (2006, p.63), *“A adolescência é um período de mudança, de experiência e de pesquisa. Um período em que tudo está em movimento, em que nada está cristalizado. O consumo na adolescência pode desempenhar várias funções: busca do prazer, gestão emocional, imitação dos colegas, oposição à autoridade. Neste sentido, é muito difícil prever claramente o desenvolvimento de uma toxicomania na idade adulta. Em contrapartida, podemos observar uma constante a maioria dos consumidores adultos iniciaram o seu consumo na adolescência”.*

Analisando os resultados obtidos, relativamente aos riscos do consumo de cannabis a médio/longo prazo sobre a saúde, a maioria dos inquiridos acha que consumir poderá ter

efeitos nefastos sobre a saúde. O que confirma os resultados obtidos no estudo realizado pelo ESPAD (European School Survey on Alcohol and other Drugs). “*Os resultados do ESPAD 2003, 2007 e 2011 relativos às percepções do consumo regular de cannabis, evidenciaram um aumento da percepção desse risco neste ciclo estratégico (79%, 82% e 71% dos alunos em 2011, 2007 e 2003 referiram ser de grande risco o seu consumo regular). Comparativamente à média europeia, os alunos portugueses percebem como de maior risco o consumo regular de cannabis (...)*” (www.idt.pt).

Relativamente aos efeitos secundários gerados pelo consumo de cannabis, as respostas obtidas não permitem avaliar claramente os conhecimentos dos inquiridos, visto que 39% da amostra não respondeu à pergunta proposta. Os 39% que aceitaram responder, veem os problemas mentais/cerebrais como os possíveis efeitos secundários de cannabis. Segundo Lowenstein (2005), em menos de 10 minutos, o THC contido na cannabis passa pelo sangue para atingir o seu alvo favorito, o cérebro. Ele pode fixar-se em diversos recetores e conseqüentemente perturbar várias funções como a memória, a atenção, o equilíbrio, os movimentos, o humor, o apetite, a dor e as emoções. A cannabis leva a alterações da percepção da realidade, do estado de consciência, do pensamento e a perdas de memória. Estes efeitos podem ser longos, pois o THC tem um tempo de ação normalmente muito prolongado.

Conclusão

O tema que a investigadora decidiu abordar veio pelo facto do consumo de álcool e cannabis no seio da população estudantil ser cada vez maior. A fim de responder as perguntas colocadas, e assim atingir os objetivos da investigação, optou por realizar um estudo quantitativo, descritivo e transversal proposto através de um questionário a uma amostra de 40 alunos do 12º ano de escolaridade.

Observou-se que, as motivações principais dos adolescentes inquiridos ao consumir estas duas substâncias passa pela desinibição, e pela busca de prazer e diversão com os seus pares. Observou-se também que ambas as substâncias, têm em comum de serem preferencialmente consumidas nas saídas à noite com os amigos.

A adolescência é vista como um período de mudanças a todos os níveis. Expor-se aos riscos e contrariar a autoridade, adotando práticas que sabem ser desviantes, faz parte das atitudes frequentes nesta faixa etária.

O padrão de consumo das bebidas alcoólicas é esporádico. O adolescente não tem por hábito beber diariamente, muito menos à refeição. Tendencialmente bebe nas saídas à noite com os amigos e em grandes quantidades com o objetivo de atingir o estado de embriaguez o mais rápido possível. Embora tendo conhecimento dos efeitos nefastos do consumo excessivo de álcool na saúde, esta substância parece ser indissociável da festa.

No que diz respeito ao consumo da cannabis, os resultados obtidos não parecem corresponder aos estudos previamente efetuados nesta faixa etária. Os consumos tendem a ser frequentes e os efeitos secundários não parecem serem do conhecimento da maioria dos inquiridos.

Os adolescentes parecem ter conhecimentos sobre os efeitos nefastos do álcool, porém os seus conhecimentos sobre os efeitos secundários da cannabis são mais escassos.

Relativamente aos objetivos propostos para a realização deste trabalho foram plenamente atingidos.

Quanto às opções metodológicas, estas foram corretas, já que permitiram atingir os objetivos, sendo certo que o mesmo também poderá ocorrer em trabalhos futuros sobre este tema utilizando outra metodologia de trabalho.

A maior dificuldade que foi sentida pela autora, foi a delimitação do tema. O tema do consumo de substâncias psicoativas é muito vasto, e inicialmente não foi fácil clarificar de forma precisa o que pretendia. Por isso, decidiu focalizar-se somente nestas duas substâncias.

A realização deste trabalho de investigação permitiu-lhe aumentar o seu leque de conhecimentos sobre a metodologia científica e sobre o tema escolhido.

A investigação na área da Enfermagem assume um papel importante, pois é um contributo para a sua evolução e o seu desenvolvimento.

Bibliografia

Baptista, M. (1995). *A prevenção das toxicodependências: a importância da escola*. Lisboa, Texto Editora.

Batel, P (2006). *Pour en finir avec l'alcoolisme, réalités scientifique contre les idées reçues*. Paris, La decouverte.

Becker H. (2001). *Qu'est ce qu'une drogue ?*. Biarritz. Atlantica Edition

Bibliothèques Université Jean Moulin [Em linha]. Disponível em <http://theses.univ-lyon3.fr/documents/getpart.php?id=lyon3.2012.orobon_f&part=333595>; [Consultado em 11/12/2013].

Constantin, J (2012). *Pourquoi il ne faut pas dépénaliser l'usage du cannabis*. Paris, Odile Jacob.

Coslin, P (2002). *Psychologie de l'adolescent*. Paris, Armand Colin.

Coslin, P (2010). *Ces ado qui nous font peur*. Paris, Armand Colin.

Diário da República [Em linha]. Disponível em <<http://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=dr&cap=1-1200&doc=20130719&v02=&v01=2&v03=1900-01-01&v04=3000-12-21&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11='Decreto-Lei'&v12=&v13=&v14=&v15=&sort=0&submit=Pesquisar>>; [Consultado em 30/06/2013].

Drogues Info Services [Em linha]. Disponível em <<http://www.drogues-info-service.fr/?les-consequences-sur-le-cerveau-et>>; [Consultado em 27/03/2012].

Fize, M (2006). *Les adolescentes*. Paris, Le Cavalier Bleu.

Fortin, M (1999). *O processo de investigação: da concepção a realização*. Loures, Lusociência.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.

Freyssinet-Dominjon, J., Wagner, AC. (2006). *Os estudantes e o álcool*. Coimbra, Editora Quarteto.

Futura Sciences [Em linha]. Disponível em <http://www.futura-sciences.com/fr/doc/t/medecine-1/d/drogues_961/c3/221/p9/>; [Consultado em 25/01/2013].

Gaudet, E (2006). *Drogas e adolescência*, Trad do Francês. Lisboa, Climepsi editores.

Infopédia [Em linha]. Disponível em <[http://www.infopedia.pt/\\$puberdade](http://www.infopedia.pt/$puberdade)>; [Consultado em 27/03/2013].

Institut National de Prevention et d'Education pour la Santé (2006). *Drogues et dependances*. Paris, Edition INPES.

Instituto da Droga e da Toxicodependência [Em linha]. Disponível em <http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/2012/INME2011_secundario_rev.pdf>; [Consultado em 11/ 12/ 2012].

Instituto da Droga e da Toxicodependência [Em linha]. Disponível em <http://www.idt.pt/PT/CentroDocumentacao/MateriaisPrevencao/Documents/Folhetos_Brochuras/folheto_cannabis_pais.pdf>; [Consultado em 27/03/2013].

Karila, L (2010). *L'alcoolisme*. Paris, Le Cavalier Bleu

Lakatos E., Marconi M. (1991). *Fundamentos de metodologia científica*. 3ª edição, São Paulo, Atlas.

Lowenstein, W (2005). *Ces dépendances qui nous gouvernent, comment s'en libérer ?*, Paris, Calmann-Lévy.

Medipédia [Em linha]. Disponível em <<http://www.medipedia.pt/home/home.php?module=artigoEnc&id=362>>; [Consultado em 04/05/2013].

Ministerio da Educação [Em linha]. Disponível em <www.dgicd.min-edu.pt/.../consumospa_prevencaomeioescolar.pdf>; [Consultado em 27/03/2013].

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [Em linha]. Disponível em <<http://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>>; [Consultado em 30/06/2013].

Ordem dos Enfermeiros [Em linha]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatria_volume1.pdf>; [Consultado em 25/01/2013].

Organização Mundial da Saúde [Em linha]. Disponível em <http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf>; [Consultado em 11/12/2012].

Organização Mundial da Saúde [Em linha]. Disponível em <http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf>; [Consultado em 13/12/2012].

Organização Mundial da Saúde [Em linha]. Disponível em <http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf>; [Consultado em 17/12/2012].

Polit F., Hungler P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre, Artes Médicas.

Portal dos Psicólogos [Em linha]. Disponível em <http://www.psicologia.pt/instrumentos/dsm_cid/dsm.php>; [Consultado em 13/12/2012].

Quivy ,R., Campenhould,L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. 5ª edição, Gradiva.

Wikipédia [Em linha]. Disponível em <<http://pt.wikipedia.org/wiki/F%C3%ADgado>>; [Consultado em 20/05/2013].

Wikipédia [Em linha]. Disponível em <http://fr.wikipedia.org/wiki/Classification_des_psychotropes>; [Consultado em 11/12/2012].

Anexos

