

Paula Alexandra Do Vale Lopes

Consumo de Drogas em Jovens Adultos no Norte de Portugal

Universidade Fernando Pessoa

Ponte de Lima

2017

Paula Alexandra Do Vale Lopes

Consumo de Drogas em Jovens Adultos no Norte de Portugal

Universidade Fernando Pessoa

Ponte de Lima

2017

Paula Alexandra Do Vale Lopes

Consumo de Drogas em Jovens Adultos no Norte de Portugal

Ass: _____

(Paula Alexandra Do Vale Lopes)

Projeto de graduação apresentado a Universidade

Fernando Pessoa como parte dos requisitos

Para obtenção do grau de licenciatura

Em enfermagem

Resumo

Este trabalho em estudo teve como tema o consumo de drogas em jovens adultos.

O comportamento aditivo comporta sempre um grande sofrimento para o indivíduo e um problema para os familiares e comunidade, sob vários pontos de vista.

Trata-se de uma estudo quantitativo, cujos objetivos consistiram em caracterizar o tipo de consumidores, conhecer as drogas mais consumidas pelos jovens adultos, a frequência de consumo de drogas bem como a idade de início de consumo através da realização de um questionário.

Como resultados obtidos numa amostra de 29 inquiridos, destacou-se uma maior frequência do sexo masculino, solteiros e com escolaridades entre o 12º ano e o ensino superior. No entanto, a maioria era estudante.

Relativamente ao consumo de drogas, destacou-se a preferência do álcool e da cannabis. A idade de início de consumo referida pelos inquiridos foi entre os 16 e os 20 anos, e sobretudo na companhia de “amigos”. Já quanto a frequência de consumo, a maioria das respostas variou entre “todos os dias” e “1 ou mais vezes por mês”.

As razões apontadas para o início de consumo de drogas foram “curiosidade” e “amigos”.

Já em relação a tentativa para deixar de consumir, a maior parte dos inquiridos referiu “não”, destacando-se como razões para continuar a consumir o “sentir falta/necessidade”.

PALAVRAS CHAVE:

Consumo; drogas; jovens adultos

Abstract

As a theme to my study, I have chosen the use of drugs in young adults.

The addictive behavior always involves a great suffering to the one that uses drugs and a problem to his family and the community in general in many different ways.

This is a quantitative study which aims to characterize, through a survey, the type of consumers, to get to know the most used drugs by youngsters, how frequent they are used and when youngsters start using it.

Through the quiz, in which 29 people were questioned, I concluded that the ones that used drugs the most were men, singles, aged between 18 and 24 years and had completed the year 12 or had an university degree. However, the majority were students.

In what concerns to the consumption of drugs, there was a preference for alcohol and cannabis. The surveyed have used for the first time drugs and they were aged between 16 and 20 years and it happened above all when they were with “friends”. If we talk about the frequency of the consumption, the majority confessed that they used drugs “every single day” and “once or twice a month”.

The reasons for starting to use drugs were mainly “curiosity” and “friends”.

Relatively to the attempt of quitting drugs, the great majority said “no”, mostly because they felt lack of it.

KEYWORDS:

Consumption; drugs; young adults.

Agradecimentos

A realização desta pesquisa tornou-se possível graças à cooperação de inúmeras pessoas, sob as mais diversas formas. Sem a ajuda de todos teria sido impossível a concretização do presente trabalho.

A minha orientadora, Professora Manuela Guerra, que acompanhou cada etapa do trabalho com disponibilidade, interesse e dedicação incomuns. Presença constante, não apenas soube ensinar, como também absorver angustias, dissipar receios e proporcionar apoio nos momentos certos.

A minha coorientadora, Professora Teresa Guerreiro, que me transmitiu entusiasmo e contribuiu não apenas com os seus conhecimentos, mas também com o seu incentivo.

Aos demais professores da licenciatura, pelos ensinamentos transmitidos com competência.

Aos colegas, e companheiros de estudo, Viviana Gonçalves, Bruna Pinheiro, Catarina Ralha, Vera Gonçalves e Soraia Braga, por todos os momentos compartilhados durante o curso.

Aos demais colegas da licenciatura pelo companheirismo cultivado ao longo deste período.

Aos 29 entrevistados voluntários, cujo empenho de participarem anonimamente possibilitou a concretização deste projeto.

Aos funcionários da Universidade Fernando Pessoa, Nina, Manuela, Cidália, Carlos, Rosa, Amelia, Conceição e Rosa, pelas inúmeras vezes em que interromperam as suas tarefas para prestar ajuda.

A Felicidade Vale e João Lopes, meus pais, pelo enorme estímulo, orgulho e incentivo de sempre.

Lista de Siglas

a.C. – Antes de Cristo

LSD – Dietilamina do Acido Lisérgico

THC – Delta-9-Tetra-Hidrocanabinol

MDMA – 3,4-metileno-dioximetanfetamina

MDA – metileno-dioxianfetamina

OMS – Organização Mundial de Saúde

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Índice

Introdução	11
Parte I – Fase Conceptual.....	12
1- Contextualização da Problemática	12
1.1- Definição do Tema.....	13
1.2- Questões de Investigação	13
1.3- Objetivos de Estudo	16
2- Revisão da Literatura	17
2.1- Breve história das drogas	17
2.2- Classificação das drogas ilícitas.....	19
2.3- Tipo de consumidores.....	36
2.4- Consequências do consumo de drogas.....	37
2.5- Prevenção do consumo de drogas	38
Parte II – Fase Metodológica	40
1- Desenho da Investigação.....	40
1.1- Tipo de Estudo	41
1.2- População	41
1.3- Amostra e Processo de Amostragem.....	42
1.4- Colheita de dados	42
1.5- Variáveis de estudo	43
1.6- Princípios éticos	43
Parte III – Fase Empírica.....	46
1- Apresentação e Análise dos dados	46
2- Discussão dos resultados.....	59
Conclusão.....	61
Bibliografia	62
Anexos.....	65
Anexo 1	66

Introdução

A introdução de um trabalho define-se, como “...os elementos de apresentação do tema e do trabalho de investigação...”, segundo (Azevedo cit. in. Coutinho 2014, p.252).

Este tema despertou interesse à investigadora em desenvolvê-lo e a querer aprofundar os conhecimentos, devido às experiências em estágio bem como aos conceitos descritos por diversos autores. O consumo de drogas é um tema socialmente complexo e privilegiado de curiosidade e preocupação por parte de todos os cidadãos

Este trabalho pretendeu explorar e caracterizar o consumo de drogas nos jovens adultos no contexto de Ponte de Lima, tendo sido aplicado um questionário que desse resposta a esses objetivos.

Esta investigação iniciou-se a partir da definição da pergunta de partida: Qual a droga mais consumida pelos jovens adultos? E as questões de investigação que se colocaram ao longo desta investigação foram:

- Qual é a frequência de consumo de drogas, nos jovens adultos?
- Qual é a idade de início de consumo de drogas, nos jovens adultos?

Este trabalho está estruturado em 3 grandes capítulos, a fase conceptual, a fase metodológica e a fase empírica, e por fim, a conclusão.

Os principais resultados apontam para um consumo privilegiado por parte dos homens, na sua maioria solteiros e residentes em Ponte de Lima e Viana do Castelo. A escolaridade dos inquiridos situa-se na maioria entre o 12º ano e o Ensino Superior.

Quanto à caracterização dos consumos, observou-se o predomínio do consumo de álcool e de Cannabis. A idade de início de consumo foi entre os 16 e os 20 anos, e sobretudo na companhia de “amigos”. Já quanto a frequência de consumo, a maioria das respostas variou entre “todos os dias” e “1 ou mais vezes por mês”.

Parte I – Fase Conceptual

A fase conceptual é a fase que consiste em definir os elementos de um problema. O processo começa pela escolha de um tema de estudo e de uma questão apropriada, a partir da qual se orienta a investigação.

Conceptualizar refere-se a um processo, ou a uma forma ordenada de formular e documentar ideias acerca de um assunto preciso com a finalidade de chegar a uma conceção clara e organizada do objetivo em estudo (Fortin et al., 2009).

Esta fase é dotada de grande importância, pois é nesta fase que se perspetiva uma orientação e um objetivo à investigação. Esta fase serve como base/suporte de investigação.

1- Contextualização da Problemática

Segundo (Fortin et al., 2009)

Um problema bem formulado está parcialmente resolvido; quanto maior for a exatidão, maior a possibilidade de obter uma solução satisfatória. O pesquisador deve ser capaz não só de conceituar o problema, mas também de escrevê-lo de forma clara, precisa e acessível.

Para que a formulação de um problema seja adequada, deve cumprir os seguintes critérios:

- O problema de investigação deve apresentar uma relação entre dois ou mais conceitos ou entre variáveis;
- O problema de investigação deve estar formulado com uma pergunta clara e sem ambiguidade, por exemplo: Qual é a droga mais consumida pelos jovens adultos?
- A formulação do problema deve implicar a possibilidade de realizar uma investigação empírica, ou seja, que apresente a facilidade de ser observada na realidade de forma única e objetiva.

1.1- Definição do Tema

A escolha do tema de estudo é uma das etapas mais importantes do processo de investigação, porque influencia o desenrolar das etapas seguintes.

O tema de estudo é um elemento particular de um domínio de conhecimentos que interessa ao investigador e o impulsiona a fazer uma investigação tendo em vista aumentar os seus conhecimentos (Fortin et al., 2009).

De um modo geral, o investigador escolhe um tema de estudo relacionado com a sua disciplina ou a sua profissão, estando frequentemente ligado a preocupações clínicas, profissionais, comunitárias, psicológicas ou sociais (Fortin et al., 2009).

O tema de estudo refere-se habitualmente a uma determinada população, a qual esta associada a uma questão pivô, por exemplo, qual a prevalência de consumo de drogas nos jovens adultos?

O tema de estudo escolhido baseou-se em preocupações humanas e sociais enquanto estudante de enfermagem.

1.2- Questões de Investigação

Segundo Findley (cit. in. Fortin et al., 2009) a investigação parte sempre de uma questão. É mais importante saber colocar a questão do que saber responder-lhe.

As questões de investigação devem ser enunciadas de modo a chegar a uma resposta e com os conceitos definidos.

O comportamento de adição é uma designação associada segundo Doron e Parot (cit. in. M. Nunes & Jólluskin 2010) como sinónimo de toxicomania, tolerância ou habituação, incluindo todo e qualquer comportamento de consumo de uma substância causadora de dependência física e/ou psíquica.

Mas segundo Valleur (cit.in. M. Nunes & Jólluskin 2010) vem completar a definição descrita anteriormente como o termo “adição” tem origem no latim que significa constrangimento pelo corpo, definindo dessa forma como um conceito que deriva da aplicação da abordagem clínica dos toxicodependentes, a outras áreas

comportamentais, abarcando desse modo, o conjunto de perturbações associadas a hábitos, dependências ou excessos.

Numa linha não muito distante da ideia de doença, Tavares et al. (2002) (cit. in. M. Nunes & Jólluskin 2010) definem o fenómeno de adição como sendo um complexo portador de consequências médicas, psicológicas e sociais, no centro das quais se encontram processos biológicos decorrentes da exposição a um agente biológico, a droga, sobre o substrato biológico, o cérebro, por um longo período de tempo.

O comportamento aditivo acaba por ser difícil de definir, pois o próprio termo “adição” é bastante abrangente.

Em 1964 a OMS deixou de considerar o termo “adição” por entender que se tratava de um termo cientificamente inadequado, passando a adotar o termo “dependência” (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Farbes (cit. in. M. Nunes & Jólluskin 2010) decide especificar o termo dependência, definindo-o como um conceito que abrange as noções de dependência física, dependência psíquica e habituação. A dependência física associa-se a uma exigência por parte do organismo que carece do aporte regular de uma substância química, em busca de equilíbrio, cuja privação vão implicar sintomas decorrentes da abstinência. A dependência psíquica caracteriza-se pelo impulso de consumir periodicamente ou continuamente, uma substância que ocasione prazer ou anule determinada tensão. Por sua vez a habituação consiste no processo adaptativo do organismo a determinada substância química.

Contudo este processo levava a redução progressiva dos efeitos, levando ao aumento das doses a consumir.

Numa outra perspectiva a OMS (cit. in. M. Nunes & Jólluskin 2010) refere que a dependência consiste num transtorno cerebral, ao nível das suas funções, originado pelo consumo de substâncias psicoativas que afetam os processos cerebrais em termos da percepção, das sensações, das emoções e da motivação.

É de salientar que há uma circularidade de conceitos que são definidos uns em relação aos outros, como o caso de tolerância.

Este termo foi definido por Farges (cit. in. M. Nunes & Jóluskin 2010) como a necessidade gradual de aumentar a dose da substância química para alcançar os mesmos efeitos, que se sentiam inicialmente, que se deixaram de sentir.

Por esta ordem a OMS (cit. in. M. Nunes & Jóluskin 2010) definiu como sendo a necessidade de, progressivamente, ir aumentando a dose da substância consumida, visando a obtenção do mesmo efeito, dado que o consumo da quantidade habitual passou a produzir efeitos consideravelmente menores.

Na continuação desta linha, foi também definido segundo a OMS (cit. in. M. Nunes & Jóluskin 2010) o termo da síndrome de abstinência, como sendo a incidência de sintomas e de sinais físicos e psicológicos, decorrentes da interrupção ou da redução do consumo de alguma substância.

Por muito tempo a definição de droga era a substância que atuava como remédio ou como veneno, segundo Paracelso (cit. in. M. Nunes & Jóluskin 2010), apenas a dose pode fazer essa diferença entre remédio e veneno, ou seja, em função da sua proporção, esta é a ideia que prevalece no primeiro Tratado de Botânica Científica.

Assim, pode afirmar-se que o efeito de uma droga depende da dose administrada, da pureza da substância, das condições da sua utilização e das razões e normas culturais que regem o seu uso.

E droga ou substância psicoativa é aquela que produz alterações no estado de consciência de quem a consome, sendo que o seu efeito pode variar da ligeira estimulação, até aos efeitos mais profundos, como alteração da percepção do tempo, do espaço e do próprio indivíduo.

Segundo a OMS (cit. in. M. Nunes & Jóluskin 2010) considera as substâncias psicoativas ou drogas psicotrópicas como substâncias que, quando introduzidas no sistema orgânico, afetam os processos mentais, como os aspetos cognitivos ou afetivos.

Destaco também outra definição da autoria de Jervis (cit. in. M. Nunes & Jóluskin 2010) que extravasou o plano farmacológico, onde definiu que as drogas são o conjunto de substâncias que se introduzem no organismo para, voluntariamente provocarem alterações psíquicas que, com maior ou menor facilidade, acabem por criar um estado de dependência no indivíduo que consumiu.

Em suma, concludo que as diversas definições de droga complementam-se, na medida em que cada uma apresenta pontos de vista e aspetos diferentes, sendo todos eles pertinentes para definir um conceito tao complexo.

Uma questão de investigação é uma pergunta explícita que tem em vista desenvolver os conhecimentos que existem. Trata-se de um enunciado claro que especifica e população alvo e a qual sugere uma investigação empírica (Fortin et al., 2009).

As questões de investigação dizem respeito à descrição de conceitos ou de populações, ou ao estabelecimento de relações entre as variáveis (Fortin et al., 2009).

As questões de investigação em estudo são:

- Que tipo de droga é mais consumida?
- Qual é a frequência do consumo?
- Qual é a idade de início de consumo?

1.3- Objetivos de Estudo

Os objetivos de estudo induzem organizar o trabalho que se pretende desenvolver, objetivando as ações que iram ser realizadas, traçando desse modo o caminho mais eficaz que acabara por conduzir ao fim pretendido, de modo, a economizar o tempo e os recursos, tornando-se assim a base estrutural de qualquer investigação (Fortin et al., 2009).

Neste trabalho, o objetivo geral consistiu em caracterizar o consumo de drogas dos jovens adultos no contexto de Ponte de Lima.

Como objetivos específicos definiu-se:

- Caraterizar o tipo de consumidores
- Conhecer as substâncias mais consumidas
- Saber qual a frequência de consumo nos jovens adultos

- Saber qual a idade de início de consumo nos jovens adultos

2- Revisão da Literatura

2.1- Breve história das drogas

A história das drogas e o seu consumo tem acompanhado o homem desde há muito tempo, tornando-se mesmo ancestral, ou seja, o consumo de drogas é algo que não é recente na história do homem. Há muito tempo que os homens sempre procuraram a possibilidade de alcançar estados de euforia e de conforto, a partir das plantas.

Na antiga civilização egípcia utilizavam cânhamo para esquecerem as preocupações, enganar a fome e o cansaço. Já a civilização anterior, a Azteca, usavam drogas para fins ritualistas e místicos. Os sumérios, em 5000 a.C. fizeram o registo do ópio como representante da alegria e do contentamento. Já no Oriente, os alquimistas chineses, entre o século II e IV faziam preparados como o pó das cinco pedras, dissolvido em álcool quente, a qual conduzia ao indivíduo uma perda da noção do tempo. Já na Antiguidade Grega, Hipócrates e outros sábios utilizavam o ópio como fins terapêuticos. Os romanos também utilizavam a papoila e algumas propriedades do ópio contra a mordedura da serpente (M.Nunes & Jóluskin, 2010).

Mais tarde, no início da Idade Média, com o desenvolvimento mercantilista e os descobrimentos levados a cabo por portugueses e castelhanos, conduziram a novas descobertas, em todos os campos, incluindo novas substâncias.

Nesta fase de grande desenvolvimento, os europeus surpreendidos com certas propriedades, conta-se que o vice-rei português, sugeriu ao seu monarca, a produção do ópio apenas para fins lucrativos (M.Nunes & Jóluskin, 2010).

Já em fins do século XVIII tentavam purificar o ópio, pelo que Seguin em 1804 conseguiu extrair o ópio dos cristais que conduzem à morfina, mas foi a Serturner em 1817, que lhe atribuíram a descoberta, dando o nome de “ Morfeu”, o deus do sono. Em 1898 após ter sido sintetizada por Deser, a heroína foi introduzida no mercado, como um medicamento bastante potente (M.Nunes & Jóluskin, 2010).

A síntese e a comercialização da heroína, enquanto droga, converteu a pequena fábrica de corantes, a Bayer, numa enorme indústria produtora de medicamentos (Escohotado, cit. in. M. Nunes & Jólluskin 2010).

Após a revolução industrial, o álcool era usado para calar os trabalhadores descontentes com as duras condições de trabalho que tinham. Entretanto o consumo do ópio aliou-se ao luxo e à extravagância, sendo consumido entre as classes mais abastadas e privilegiadas da Europa (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Nos finais do século XIX começaram-se a sentir as consequências do consumo do ópio, principalmente na china, à qual os missionários cristãos tiveram como missão, libertar os indivíduos que estavam dependentes do ópio, através da morfina. Assim, ainda hoje na china, a morfina é designada por “ópio de cristo” (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

O ópio faz parte de um fonte rica de receitas para a china, chegando mesmo a estar na origem de guerras, que foi o que aconteceu entre 1839 e 1856, no século XIX, chamada a Guerra do Ópio, onde a Inglaterra impôs o monopólio comercial com a china, colocando em causa a sua principal fonte de receitas com o ópio, desencadeando a chamada guerra do ópio, que levou ao fortalecimento de Inglaterra, obrigando mais tarde a china, a entregar Hong Kong ao império inglês (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Ainda no século XIX, surgiu a “doença do exército”, onde a morfina era usada para tratar os feridos da guerra da cessação nos Estados Unidos da América, levando-os a ficar dependentes, onde perdiam o controlo de si mesmos, invadindo as drogarias para acederem as drogas (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

No século XX surgiram as anfetaminas, mas só mais tarde foram divulgadas, graças ao seu uso excessivo pelas tropas aliadas na II Guerra Mundial.

Já na década de quarenta surgiu o LSD, ácido lisérgico, por Hoffman, graças a sua primeira “viagem” proporcionada pelo consumo da substância. Inadvertidamente na década de sessenta, devido à comunidade hippie, o consumo de drogas por parte dos jovens, independentemente da sua classe social e da sua origem, originaram uma maior generalização do consumo de drogas (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Já na década de oitenta quando a heroína e a cocaína eram consumidas por uma grande percentagem de jovens, surgiu um aumento abrupto de drogas sintéticas,

também chamadas de drogas de desenho ou de pastilhas, que acabaram por invadir os bares, a um baixo custo a nível económico e de fácil acesso a todas as classes sociais (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Já em 2000 surgiu um enorme aumento das alterações dos fármacos psicotrópicos por parte dos produtores de drogas ilícitas, relativamente ao LSD e ao ecstasy, onde originaram efeitos e diversas consequências imprevisíveis. O LSD e o ecstasy saíram muito rapidamente dos clubes de elite, para invadirem as ruas (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

A história das drogas é longa e bastante complexa, constituindo atualmente uma grande preocupação para a sociedade.

Os principais tipos de drogas são:

Drogas naturais – onde são produzidas através de plantas como é o exemplo da cannabis mais conhecida como "erva" ou o ópio que tem origem nas flores da papoila (Frazão, 2017).

Drogas sintéticas – são drogas produzidas de forma artificial em laboratórios como é o caso do ecstasy e do LSD (Frazão, 2017).

Drogas semissintéticas – que é o caso da heroína e da cocaína (Frazão, 2017).

As drogas são classificadas de acordo com os seus efeitos no sistema nervoso central, podendo ser depressoras, estimulantes ou perturbadoras.

2.2- Classificação das drogas ilícitas

A Organização Mundial de Saúde (cit. in. M. Nunes & Jólluskin 2010), define droga como substância psicoativa ou droga psicotrópica, que quando introduzida no sistema orgânico, afeta os processos mentais, cognitivos e afetivos.

Já no âmbito da psicologia, Doron e Parot (cit. in. M. Nunes & Jólluskin 2010) definem como droga a substância que conduz à tolerância, à dependência e à toxicomania.

Devido à grande variedade de substâncias existentes atualmente e para que fique mais claro e fácil de caracterizá-las e identificá-las, existe uma multiplicidade de classificações das diversas drogas, quer em função das suas semelhanças, das suas diferenças, das suas propriedades e dos seus efeitos (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Em 1971 foi proposto por Chalout (cit. in. M. Nunes & Jólluskin 2010) uma classificação das drogas, que as dividiu em três grandes grupos.

O grupo dos depressores da atividade do sistema nervoso central:

- Este grupo desenvolve um efeito de redução da atividade do sistema nervoso central, onde se transmite a sensação de tranquilidade reduzindo as tensões (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

O grupo dos estimulantes da atividade do sistema nervoso central:

- Este grupo estimula a atividade do sistema nervoso central, onde provocam a sensação de energia, reduzindo a necessidade de dormir (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

O grupo dos perturbadores da atividade do sistema nervoso central:

- Este grupo perturba o funcionamento do sistema nervoso central, onde provocam alteração do estado de consciência e da percepção (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Classificação das drogas em função de efeito sobre o sistema nervoso central

(Chalout; adaptação de Otero, 1994) (M.Nunes & Jólluskin, 2010)

Classificação clássica das substâncias		
Grupo	Subgrupo	Substâncias
I. Depressoras da atividade do sistema nervoso central	A. Álcool	
	B. Hipnóticos	
	C. Ansiolíticos	
	D. Analgésicos narcóticos e derivados	Ópio, morfina, codeína, heroína
	E. Anti psicóticos	
II. Estimulantes da atividade do sistema nervoso central	A. Estimulantes da vigília	Anfetaminas, cocaína
	B. Estimulantes do humor	
III. Perturbadores da atividade do sistema nervoso central	A) Alucinogénios	L.S.D., ecstasy, cogumelos
	B) Derivados da cannabis	Marijuana, haxixe, THC

Classificação das drogas (Arnau; adaptado de Otero, 1994) (M.Nunes & Jólluskin, 2010)

Classificação das substâncias em função da sua legalidade		
Classe	Descrição	Substâncias
I. Drogas legais	Substâncias institucionalizadas	Álcool, Tabaco, Cafeína e outras bebidas
II. Drogas legais	Para uso terapêutico e possível consumo como droga de abuso	Barbitúricos e tranquilizantes, Anfetaminas
III. Drogas ilegais	Consumidas como drogas de abuso	Opiáceos, Cocaína, Cannabis, Alucinogénios.

Não é uma classificação que se adeque a todas as situações, pois é um sistema de classificação baseado no critério da legalidade das substâncias, que depende do quadro jurídico de cada país (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Drogas Ilícitas

O consumo de drogas ilícitas é uma questão que tem preocupado as sociedades modernas, quer a nível individual, pelos seus efeitos produzidos sobre os consumidores, sobre o organismo após a ingestão, sobre o comportamento e o funcionamento global do consumidor, a nível social, causados quer na família, quer na comunidade em que se insere e ao nível político-económico do consumidor, incluindo os produtores e os distribuidores das drogas (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Além destes é preocupante também pelo aumento de doenças infetocontagiosas e mortes, principalmente nos jovens.

Marijuana

A marijuana é um derivado de uma planta, geralmente fumada.

O seu efeito deve-se essencialmente as elevadas concentrações de delta-9-tetra-hidrocanabinol (THC), que é um dos sessenta e um canabinóides encontrados na planta.

A inalação de marijuana leva mais de dois mil químicos à corrente sanguínea e as células do organismo (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

O THC é bastante solúvel na gordura, atravessa sem problemas e de forma rápida a barreira hemato-encefálica, ficando retido por tempo considerável no cérebro e nos tecidos gordos do organismo, por apresentar a característica de ser insolúvel em água, continuando a exercer influência a nível cerebral muito tempo depois do efeito de “pedrada” ter passado. O THC também é responsável pelo aumento dos batimentos cardíacos e da tensão arterial (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

A biodisponibilidade do THC depende da quantidade de substâncias retido na mucosa do trato respiratório superior, do número de inalações, do tempo e da duração do intervalo entre inalações (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Ao inalar uma vez a concentração máxima ocorre em três a oito minutos e o efeito é sentido em vinte a trinta minutos, com uma duração de duas a três horas.

Os níveis plasmáticos descem devido a distribuição do THC pelo organismo, mas a velocidade de redução das concentrações vai diminuindo, pelo facto de o THC se manter por muito tempo na corrente sanguínea. Acrescentando também que o THC é convertido em diversos metabolitos, devido à sua metabolização, em que alguns deles exercem ação sobre o sistema nervoso central (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Dos efeitos da marijuana, destacam-se essencialmente na fase inicial, euforia bem-estar, seguindo-se um período de sedação, ocorrendo também alterações aos níveis da percepção espacial e temporal, do fluxo de ideias e a nível da memória recente.

A marijuana quando consumida ocasionalmente e em doses moderadas a substancia leva à sedação e a uma ligeira alteração dos processos mentais, com lentidão

na aprendizagem e implicação a nível da memória de curto prazo. Quando as doses são mais elevadas, normalmente conduzem a situações de elevada ansiedade, pânico e até episódios de esquizofrenia (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Sabe-se também que quando o uso é contínuo, as consequências tornam-se mais graves, causando lesões cerebrais permanentes, lesões cromossómicas, défices mnésicos irreversíveis, perda de motivação e uma crescente irritabilidade. A longo prazo pode causar necrose a nível das células do hipocampo, com consequências definitivas em termos mnésicos (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

A marijuana é uma droga que não conduz à síndrome de privação, devido ao facto de se manter por muito tempo no sistema nervoso central (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Dietilamina do ácido lisérgico (LSD)

O LSD-25 é o vigésimo quinto composto derivado da ergonovina, que é isolada de um fungo de centeio.

É uma droga cem mil vezes mais potente que os alucinogénios naturais. Os principais efeitos do LSD ocorrem no sistema serotoninérgico, desconhecendo-se se a droga atua como agonista ou como antagonista (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

O LSD é rapidamente absorvido por via oral e o seu uso provoca alterações da perceção, maior intensidade da perceção das cores, dos odores, dos sons e dos sabores, também há alteração da perceção da imagem corporal e a nível espaço-temporal. Visto tratar-se de uma droga alucinogénia, as alucinações são predominantemente visuais, podendo as emoções sofrer mudanças abruptas (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Quando o uso é prolongado pode instalar-se uma ansiedade crónica ou uma depressão. As consequências provocadas pelo LSD são imprevisíveis, podendo ir da euforia ao pânico ou à depressão.

O LSD é a droga mais potente de todas, sendo consumida em quantidades mínimas comparativamente as doses administradas como o álcool, a cocaína e a heroína. O LSD afeta o locus ceruleus, que funciona como um detetor de novidade no

cérebro, dando um sinal de alerta face a situações novas, excitantes ou de perigo (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Relativamente a indivíduos que tenham patologia cardíaca ou vascular cerebral, pode levar à morte, devido a hipertensão arterial e a hipertermia que se manifesta.

Geralmente os efeitos psicológicos, são bem tolerados, pelos indivíduos, exceto caso o consumidor não se recorde da experiência ou que não associe à substância, desenvolve um medo intenso de estar a enlouquecer (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Os efeitos do LSD diferem consideravelmente quanto às doses médias e as doses elevadas.

Quando a dose é pequena ou média, a experiência é sentida com um certo distanciamento, quando as doses são mais elevadas, essa experiência é vivida de forma muito mais envolvente e intensa (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

O LSD é considerado como o mais radiante, nítido e direto acesso ao que existe de mais profundo e intenso dos sentidos. É uma substância que encerra as mais impensáveis sensações, em que a amizade, o amor, a ligação à natureza e a criatividade, abrem-se em universos infinitos e insondáveis (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Em contrapartida o consumo de LSD também conduz à experiências perigosas, chamadas “más viagens”, onde se desenvolvem graves perturbações, do humor, crises de angustia, de pânico, sensação de perda total da razão, quadros de alucinações que geram ilusões perigosas, onde o consumidor a sente como real, a ponto de tentar o suicídio, ou de desenvolver perturbações psíquicas graves e duradouras (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Segundo Aragão e Sacadura (cit. in. M. Nunes & Jólluskin 2010) o consumo de LSD é principalmente entre os mais jovens, com idades compreendidas entre os 14 e os 24 anos.

Heroína

A heroína (diacetilmorfina, diamorfina) é um opiáceo muito potente e lipossolúvel. É um derivado sintético da morfina que a medicina passou a adotar para tratar a tuberculose em 1898 (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

A heroína atravessa rapidamente a barreira hemato-encefalica, alcançando o sistema nervoso central. A heroína é consumida maioritariamente por via endovenosa, podendo também ser fumada à semelhança dos outros opiáceos.

Em cerca de vinte minutos, a heroína é quase totalmente transformada em morfina, após ter invadido o sistema nervoso central (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

A heroína atua também a nível do sistema de recompensa do cérebro, ou seja, em células nervosas distintas e diferentes recetores, como os dopaminérgicos e os serotoninérgicos. A heroína proporciona um efeito de calma, tranquilidade e relaxamento, provocando uma reação inicial de euforia com ausência de dor e de sofrimento. Sendo notório a diminuição dos efeitos quando consumida regularmente com a mesma dose (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

No entanto a morte por overdose é rara, sendo que os consumidores utilizam doses cada vez mais elevadas, para conseguirem atingir o mesmo efeito. Geralmente a overdose do heroínómano ocorre quando o consumidor fica num período de uma semana ou mais sem consumir qualquer opiáceo (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

O consumo a longo prazo de heroína ativa o mecanismo compensatório neuronal, daí que a abstinência conduza a uma hiperatividade dos neurónios afetados. Decorrem também alterações comportamentais, designada com síndrome comportamental da heroína e onde fazem parte a depressão, estado de grande agitação, ansiedade, estado passivo-agressivo, medo do fracasso, baixa autoestima, ausência de esperança, que resulta numa busca de gratificação imediata e constante (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Os efeitos da heroína dependem da via de administração e da dose, mas tem uma componente subjetiva. Por via endovenosa proporciona um efeito intenso e curto, designado por “flash”, mas torna-se impossível alcançá-lo, se de um ponto de vista subjetivo, não houver uma relação estabelecida entre o indivíduo e a agulha (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Contudo o “ flash” não passa de uma interrupção do desassossego do que diretamente uma fonte de prazer, onde a intensidade do efeito apaziguador elimina qualquer preocupação (M.Nunes & Jóluskin, 2010).

O uso de heroína tem sido oscilante ao longo de toda a história, verificando-se na década de noventa um aumento de consumo de heroína, graças ao seu grau de pureza que passou de 40% para 60% e ao fato de existir maior adesão quanto à utilização por via nasal, do que por via endovenosa (M.Nunes & Jóluskin, 2010).

A heroína é uma substância que desenvolve uma grande dependência não só física como psíquica, apresentando também a síndrome de abstinência, semelhante à morfina.

Tipicamente, a síndrome de abstinência da heroína manifesta-se com uma primeira fase que inicia seis a doze horas após o último consumo, onde o indivíduo sente um grande desconforto físico, acompanhado de rinorreia e sudorese (M.Nunes & Jóluskin, 2010).

Em cerca de doze a catorze horas e durante dois a três dias, o indivíduo evidencia um sono muito agitado, onde começam a surgir outros sinais e sintomas como anorexia, dores nas costas, tremores, midríase, onde se seguem com insónias, a fraqueza, perturbações gastrointestinais, arrepios, rubor, espasmos musculares e dores abdominais. Posteriormente a síndrome reduz a sua intensidade por volta do quinto dia, onde já se encontra bastante atenuada, podendo durar até sete a dez dias a ser superada (M.Nunes & Jóluskin, 2010).

Cocaína

A cocaína é o estimulante de origem natural mais potente que se conhece. A planta que lhe dá origem é consumida na sua forma natural, pelos índios da América do Sul, sendo que a sua forma pura foi isolada em 1880, sendo branca, cristalina, amarga e inodora (M.Nunes & Jóluskin, 2010).

O seu efeito primário prende-se com o bloqueio da recaptação da dopamina, aumentando assim, a concentração na fenda sináptica. Com conseqüente aumento da estimulação dos recetores dopaminérgicos (M.Nunes & Jóluskin, 2010).

A cocaína também é inibidora da recaptação da noradrenalina, bem como da serotonina. Os efeitos comportamentais daí decorrentes são rapidamente sentidos e a sua duração também é rápida, cerca de trinta a sessenta minutos (M.Nunes & Jóluskin, 2010).

Esta curta duração conduz os consumidores a repetirem administrações quase consecutivas, para alcançarem a ação da droga (M.Nunes & Jóluskin, 2010).

A cocaína apresenta grande capacidade aditiva, criando dependência psicológica em apenas uma experiência, dado o seu forte efeito.

A cocaína encontra-se muitas vezes disponível em forma de crack, pronta a fumar e com a capacidade para provocar intensa ânsia no consumidor, também pode ser injetada ou inalada, podendo ainda ser administrada por via oral, sendo menos usada por ser menos efetiva (M.Nunes & Jóluskin, 2010).

A cocaína é o único anestésico local natural, conhecido.

Como os efeitos tem uma curta duração e os consumidores fazem poucos minutos de intervalo entre as doses, assim quanto mais tempo durar uma dessas sessões, menor será o prazer retirado, já que a dopamina acaba por se ir esgotando, tanto na fenda sináptica como no axónio (M.Nunes & Jóluskin, 2010).

A apetência por cocaína leva a que os consumidores de longa data refiram uma dolorosa ausência de prazer, onde falam na presença de medo continuando a sentir compulsão para consumir a substância.

E também frequente que a cocaína seja consumida juntamente com a heroína, formando-se a designada “speedball” que é uma combinação entre estimulantes e depressores do sistema nervosa central (M.Nunes & Jóluskin, 2010).

A administração por via endovenosa de cocaína leva a uma ação quase instantânea que dura cerca de quatro a cinco minutos, seguindo-se a ansiedade a qual se procura adiar com novas administrações.

No entanto para não cair num abatimento total com convulsões, há necessidade de recorrer a uma droga sedativa (M.Nunes & Jóluskin, 2010).

A cocaína é uma das drogas mais difíceis de dosear, uma vez que em pequenas doses provoca uma sensação de euforia, assim quando são doses elevadas provoca a uma rigidez que solicita o consumo de álcool ou de depressores como a heroína (M.Nunes & Jóluskin, 2010).

Entre os seus efeitos destacam-se as alterações cerebrovasculares a cardíacas, arritmias, possibilidade de desenvolver cardiomiopatias, convulsões, vasoconstrição, depressão respiratória, podendo mesmo chegar a morte (M.Nunes & Jóluskin, 2010).

Quando o consumo é finalizado os indivíduos sentem-se esgotados com grandes dificuldades em adaptar-se a uma “vida normal” e em retirar prazer de qualquer tipo de atividade.

O sistema de prazer desencadeado pela dopamina foi estimulado e esgotado pelo consumo de substâncias, pelo que há necessidade de várias semanas para alcançar o equilíbrio das sinapses dopaminérgicas, o que de certa forma se relaciona com a síndrome de abstinência (M.Nunes & Jóluskin, 2010).

Contudo os consumidores regulares de cocaína, sentem-se tomados pelo desejo insuperável de consumir drogas, muito embora as experiências de prazer nos primeiros consumos não se repitam.

A síndrome de abstinência da cocaína é de intensa dor psicológica e de extrema perda de toda e qualquer motivação seja par o que for. Inicia-se com uma fase de depressão profunda, chamada a “aterragem”, onde se caracteriza por disforia, ansiedade, fadiga intensa, irritabilidade, híper-sonolência, agitação, ideias suicidas e uma vontade voraz de consumir a substância (M.Nunes & Jóluskin, 2010).

Contudo se o uso de cocaína for moderado, esta síndrome tem a duração de dezoito horas, se o consumo for mais pesado, onde existe mesmo dependência, pode atingir dois a catorze dias.

Anfetaminas

As anfetaminas são aminas, que tem uma ação simpático-mimética indireta.

As anfetaminas são drogas sintéticas que inibem a recaptação da dopamina, para provocarem a libertação do neuro químico para a fenda sináptica, onde ativam os recetores do sistema dopaminérgico, nos centros de prazer do cérebro e inibem as enzimas responsáveis pela decomposição da dopamina e da noradrenalina no neurónio (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Estas combinações de ações levam a que os efeitos estimulantes sejam alargados, ou seja, desta forma leva a que os efeitos de esgotamento, depressão e de ausência de prazer sejam intensos e prolongados.

Geralmente é consumida por via oral, podendo numa fase mais avançada ser administrada por via endovenosa ou pulmonar (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

As anfetaminas clássicas são a dextroanfetamina, a metanfetamina e o metilfenidato, onde desenvolvem os seus efeitos sobre diversos mecanismos, do qual se destaca a sua influência sobre o sistema dopaminérgico.

As anfetaminas são também designadas por drogas de desenho, por apresentarem mecanismos de ação sobre os sistemas dopaminérgicos e serotoninérgicos, onde os efeitos vão desde a estimulação à alucinação. Exemplo de uma destas drogas é o 3,4-metileno-dioximetilanfetamina (MDMA), também conhecida por ecstasy, onde apresenta um grande poder estimulador e efeitos alucinogénios, embora não causem tanta desorientação e distorção da perspetiva como o LSD (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Os efeitos que mais se destacam das anfetaminas são, alterações cerebrovasculares, cardíacas, gastrointestinais, hipertensão arterial, caíbras musculares e convulsões, podendo mesmo dar-se o coma e a morte. Já a nível psicológico provocam ansiedade, pânico, delírio e alucinações.

Conhecidas por “drogas programadas”, as novas drogas químicas, como o MDMA, produz um efeito agudo como o nervosismo, e elevada ansiedade (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Em dose mais elevada pode instalar-se quadros de pânico e de paranoia, sendo que os efeitos do uso continuado incluem, perturbações do sono, drásticas alterações da personalidade, desorientação, sudorese, vertigens, tremores, depressão, exaustão e insensibilidade.

Os efeitos agudos da MDMA são atribuídos a uma inundação do sistema serotoninérgico, que foi bastante estimulado e cuja recaptção foi inibida, havendo a possibilidade de causar necrose nos neurónios serotoninérgicos, o que torna bastante preocupante, sobretudo pela grande divulgação que a substância tem (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Outro exemplo deste tipo de substância é a MDA, também conhecida por droga do amor, por provocar uma grande necessidade de manter relações interpessoais, estimulando a comunicação e a conversação, sendo uma droga considerada menos pesada do que as do seu tipo, havendo no entanto registo de mortes associadas ao seu consumo.

As anfetaminas e os seus derivados causam dependência e levam à manifestação da síndrome de abstinência após a interrupção ou redução abrupta do seu consumo (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

A abstinência das anfetaminas caracteriza-se pela presença de ansiedade, tremores, disforia, letargia, fadiga, cefaleias, pesadelos, sudorese, caibras musculares, cólicas abdominais e fome insaciável (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

3,4-Metileno-dioximetilanfetamina (MDMA) ou ecstasy

A MDMA é do grupo das anfetaminas, que sofreu uma grande generalização entre os jovens.

A substância foi sintetizada logo no início do século XX. Inicialmente era utilizada por alguns psicanalistas norte-americanos como adjuvante da psicoterapia, a MDMA que acabou por se converter numa droga de abuso, sendo divulgada nas festas de jovens, tanto na América como na Europa (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

A MDMA, vulgarmente conhecida por ecstasy é uma droga relativamente simples que pertence à classe das anfetaminas.

A substância atua como estimulante e como alucinogénio, sendo que a administração oral, apresenta-se na forma de capsulas ou de comprimidos (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

A MDMA é também conhecida como ecstasy, XTC, X Adam, Hug, Beans ou Love drug (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Os seus efeitos a curto prazo incluem a estimulação mental, alterações da perceção, entusiasmo emocional e um aumento de energia física, onde permanecem cerca de seis horas (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

A dose típica é de um a dois comprimidos, que contem 60 a 120mg de MDMA, juntamente com cafeína, cocaína, metanfetaminas, etc.

A ação da MDMA processa-se pela ativação de três neurotransmissores, serotonina, dopamina e noradrenalina, aumentando a libertação de serotonina, sendo este fortemente implicado na regulação da dor, do sono, do apetite e das emoções (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Os consumidores regulares de MDMA tem uma maior incidência de ter perturbações psiquiátricas.

Cerca de vinte e quatro horas depois da ingestão de MDMA, verifica-se uma drástica baixa dos níveis serotoninérgicos, os quais podem manter-se em baixa quantidade durante varias semanas, a longo prazo, estes efeitos conduzem à redução da função da serotonina, devido à degenerescência dos respetivos neurónios, bem como a uma rápida quebra de uma das enzimas implicadas na síntese de serotonina nas células nervosas, a triptofano-hidroxilase, com comprometimento da produção daquele neurotransmissor (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Quando o consumo excede cerca de 150mg de MDMA, os consumidores entram num período de desorientação seguindo-se uma fase de grande euforia de cerca de três a seis horas, com melhoria de comunicação mas com perda da noção da passagem do tempo (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

No entanto pode instalar-se um estado de hipertermia após um período de grande agitação e sudorese que pode ocorrer entre quatro a cinco horas depois da ingestão da MDMA, podendo o consumidor atingir os 42 graus celsius, correndo risco de vida, durante este período, o consumidor pode apresentar crises convulsivas, seguindo-se com esgotamento e depressão, com crises de ansiedade, ataques de pânico ou reações violentas, cuja duração pode ser de várias semanas após um único consumo de MDMA (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Álcool

O álcool é uma molécula natural ou sintética, designada por etilálcool ou etanol cujo efeito é sedativo e hipnótico. Na verdade o termo “ álcool” refere-se a uma grande variedade de moléculas orgânicas, entre as quais o álcool etílico ou etanol, que é a forma mais comum e a que se pode beber. Além destas substâncias, a maioria das bebidas contém outro tipo de substâncias, designadas por congêneres, que provocam alteração das hormonas sexuais e efeitos sobre o cérebro (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

O álcool é uma substância tóxica conhecida desde há muito tempo, sendo a droga mais divulgada em todo o mundo, com o fácil acesso, mais consumida e com maiores custos sociais, acarretando efeitos depressores sobre o sistema nervoso central. Além destes efeitos verificam-se alterações da química cerebral que variam em função da dose consumida (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

O estado de embriaguez por consumo de álcool pode conduzir a quadros alucinatórios, delirantes e a alterações de comportamento. A intoxicação por álcool pode levar ao coma, havendo perigo de morte, acrescentando-se a estes os vômitos que pode levar a pneumonia por aspiração. É um estado em que o indivíduo apresenta uma clara perda de controlo, com dificuldade em dominar a quantidade de álcool a consumir.

O consumo excessivo de álcool conduz á formação de processos de decadência física, intelectual, social e ética (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

O álcool é a única droga que contem calorias, é tomada por via oral, é rapidamente absorvida e distribuída pelos tecidos orgânicos, e é metabolizado em dióxido de carbono e água, em poucas horas.

Haxixe

O haxixe é uma substância extraída da cannabis, onde se concentra cerca de 14% de THC (Portal São Francisco , 2017).

A europa é o maior consumidor do mundo de haxixe. O haxixe pode ser inalado ou ingerido por via oral.

Os consumidores de haxixe numa fase inicial podem apresentam sinais de vermelhidão nos olhos, hipertensão arterial, aumento do apetite e sensação de relaxamento, já ao nível psicológico conduz a diminuição dos reflexos visuais, elevada sonolência, euforia, alterações a nível da memória recente, aumento da sensibilidade e alterações de ideias com pensamentos paranoides, podendo mesmo quando o consumo se torna excessivo levar a overdose (Portal São Francisco , 2017).

O haxixe teve a sua origem na região hindu, sendo considerada um presente dos deuses, onde o fumo representava a divina influência de deus e o efeito deste a sua misericórdia.

Geralmente o haxixe é transformado em pó, onde posteriormente é produzido no Norte da África, Paquistão, Nepal, Líbano e Turquia, sendo trazida pelos distribuidores para os Estado Unidos e para a Europa (Portal São Francisco , 2017).

O haxixe é retirado das folhas da cannabis/marijuana, onde são recortadas em segmentos lineares, usada como droga alucinogénia.

A substancia psicoativa presente no haxixe é o delta-9-tetrahydrocannabinol (THC).

Quando surgiu o haxixe, este era usado na fabricação de papel em 8000 a.C. na china. Seguindo-se posteriormente para a produção de têxteis e para a medicina (Portal São Francisco , 2017).

Mais tarde os gregos aproveitaram as suas propriedades para consumir como alimento, a nível da medicina, como combustível e como fibras.

Nos meados do seculo XIX, o haxixe tornou-se na maior agricultura do mundo, em termos de produção de papel, combustíveis, artigos têxteis e dependendo da cultura era a primeira, segunda e terceira medicina mais utilizada na época (Portal São Francisco , 2017).

Esta grande importância dada ao haxixe deve-se ao facto de possuir a fibra natural mais resistente de todas as outras, onde podia ser cultivada em qualquer tipo de solo.

Cogumelos alucinogénios

Existem quatro tipos de cogumelos alucinogénios, sendo eles Psilocibe, Panaeolus, Capelandia e Amanita. Os efeitos destas drogas são imprevisíveis e dependem de consumidor para consumidor (Lima, 2006).

Os efeitos começam geralmente cerca de vinte e cinco a uma hora após o consumo, atingindo o pico por volta das três, quatro horas depois, podendo durar ate doze horas, provocando alterações na audição e na visão, sensação que o tempo não passa, alterações emocionais, cansaço, problemas de coordenação, alteração do humor, existindo também a possibilidade de provocarem “bad trips” designadas como más viagens, as quais provocam ataques de pânico, medo, alucinações que levam ao desespero, sensação de perda de controlo sobre tudo, ansiedade e vertigens. Os efeitos alucinogénios podem acarretar desorientação, reações paranoides, incapacidade de distinguir fantasia da realidade e depressão (Lima, 2006).

Sendo os efeitos bastante semelhantes ao LSD, sendo menos intensos e menos duradouros.

Os indivíduos que utilizam os cogumelos alucinogénios não correm o risco de dependência, pois quando o uso é excessivo o efeito nunca será o mesmo que o inicial, podendo mesmo só o voltar a sentir após uma semana de intervalo (Lima, 2006).

Geralmente os cogumelos podem ser ingeridos crus, secos, cozidos ou em forma de chá. Depois de serem consumidos os alcaloides presentes no cogumelo e de se encontrarem na corrente sanguínea, quando atingem o cérebro bloqueiam os efeitos da serotonina (Lima, 2006).

Os cogumelos alucinogénios tiveram origem em 1502 com o imperador dos Asteca, onde era utilizado em rituais de festas de coroação (Lima, 2006).

2.3- Tipo de consumidores

Existem quatro tipos de consumidores, sendo eles: (Moreira, 2016).

Consumidor Experimental

A qual o individuo consumiu apenas uma vez, por curiosidade, ou por influência dos amigos, a qual se definem de drogas leves.

Consumidor Ocasional

Em que o individuo consumiu uma ou mais vezes, mas sem continuidade, ou seja, consome apenas quando existe oportunidade para tal, como forma de identificação e de vivência com o grupo de amigos.

Consumidor Regular

Significa que o individuo consome regularmente, todos os dias, algum tipo de droga e que não consegue levar a sua vida sem a droga, mas tenta conciliar ambas, negando o seu consumo.

Consumidor Dependente

Este tipo de consumidor são os típicos designados de “drogados”. O individuo sente necessidade de continuar a consumir, de modo, a evitar os efeitos de interrupção, tornando-se a busca de droga a sua principal motivação de vida, sendo capaz de tudo

para a conseguir, perdendo os conceitos de ética e de moral, degradando-se progressivamente a sua saúde.

2.4- Consequências do consumo de drogas

Em geral, o consumo de drogas afeta o funcionamento do coração, do fígado, dos pulmões e do cérebro. Além disso o consumo excessivo de drogas pode levar ao coma e a morte, devido a ocorrência de overdose, que pode causar paragem cardíaca e respiratória. Estas alterações podem ocorrer no consumo de qualquer tipo de droga, mas especialmente com as drogas ilícitas. Os primeiros sintomas de overdose incluem a euforia, a perda de controlo, agressividade, náuseas e sangramento pelo nariz (Frazão, 2017).

Como já foi descrito anteriormente, as drogas podem ser classificadas conforme os efeitos que tem no sistema nervoso central, depressoras, estimulantes ou perturbadoras.

Os efeitos que mais se destacam das drogas depressoras do sistema nervoso central, como a heroína, é a diminuição da capacidade de raciocínio e de concentração, sensação de calma de tranquilidade e de relaxamento, aumento da sonolência, alteração dos reflexos, tornando-se mais lentos, diminuição da dor e dificuldade em produzir movimentos delicados, reduzindo a capacidade de conduzir (Frazão, 2017).

Já os efeitos que mais se destacam nas drogas estimulantes do sistema nervoso central, como é o caso da cocaína, é a sensação intensa de euforia e de poder, estado de grande excitação com elevada energia, com diminuição do sono e do apetite, taquicardia, levando o indivíduo a ficar descontrolado e a perder a noção da realidade.

Os efeitos das drogas perturbadoras do sistema nervoso central, também conhecidas por alucinogénias, como é o caso da marijuana, LSD, e ecstasy, são alucinações principalmente a nível visual, com alteração das cores, das formas, alteração do tempo e do espaço, sensação de que os minutos parecem horas ou metros que parecem quilómetros, sensação de enorme prazer ou de medo intenso, facilidade em entrar em pânico e em delírios. Estes efeitos normalmente são sentidos em poucos minutos, mas também tendem a durar pouco tempo, levando os consumidores a

aumentar as doses para prolongar o seu efeito. Um dos exemplos mais recentes deste tipo de droga é a Flakka, também conhecida como droga zumbi, é uma droga barata produzida na china que tem como efeitos, ataques de pânico, hemorragias e ataque canibal, levando os consumidores a agirem de forma agressiva durante o período de efeito da droga (Frazão, 2017).

O uso de qualquer tipo de droga, além de provocar efeitos imediatos no organismo, também pode provocar alterações para o resto da vida, como, destruição dos neurónios, desenvolvimento de doenças psiquiátricas, como psicose, depressão e esquizofrenia, lesões no fígado, como o cancro hepático, mau funcionamento dos rins, desenvolvimento de doenças contagiosas, e problemas cardíacos (Frazão, 2017).

2.5- Prevenção do consumo de drogas

As primeiras tentativas de prevenção do consumo de drogas eram caracterizadas por ações ou programas de prevenção, que cumpriam os três requisitos fundamentais (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Devem exibir uma adequação entre as suas características e definições, e o coletivo social no qual se desenvolverão, tendo em consideração uma avaliação desse mesmo coletivo social. Devem cumprir determinadas exigências metodológicas, quer ao nível da planificação, quer no âmbito da sua implementação e avaliação (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Devem basear-se em teorias, sendo áreas científicas de trabalho.

Assim, o programa de prevenção do consumo de drogas é um conjunto organizado, coerente e integrado de atividades e procedimentos, onde utilizam os recursos que necessitam, no sentido de eliminar e de reduzir os comportamentos de consumo de drogas (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Relativamente a prevenção do consumo por parte dos enfermeiros, especialmente nos que trabalham em centros de saúde, comunitária, deve traduzir-se em intervenções preventivas no combate à procura de droga e em ações formativas e informativas, nomeadamente dentro e fora da escola, essencialmente nos espaços

frequentados por jovens adultos, selecionando desse modo um grupo alvo, identificando desse modo os principais fatores de risco.

Este tipo de prevenção exige por parte do enfermeiro investimento a nível comunicacional com os jovens adultos e determinados conhecimentos, pois torna-se objetivo deste tipo de prevenção informar os malefícios das drogas e os benefícios de uma boa saúde, a capacidade de tomada de decisões que devem ter os jovens adultos na resolução de problemas no seio do seu grupo de amigos relativamente para o consumo de drogas.

Os grandes objetivos do SICAD passam pelo aumento dos conhecimentos sobre o consumo de substâncias psicoativas, melhoramento da qualidade da intervenção preventiva, a acessibilidade, e a eficácia dos programas de prevenção.

O SICAD tem como missão promover atividades relacionadas com a sua área de intervenção direta, de educação para a cidadania, ocupação dos tempos livres, atividades de desenvolvimento pessoal e social para crianças e jovens, contribuindo na construção de fatores de prevenção no consumo das drogas.

A respeito da prevenção em Portugal há especificidades que devem ser consideradas, primeiramente adequar as políticas, quer de prevenção quer de intervenção, às orientações internacionais, num esforço de articulação e de cooperação, seguidamente é fundamental deixar algum espaço para as iniciativas locais, as quais se encontram mais perto da realidade, e da melhor forma de adaptação dos diferentes programas as realidades existentes. Depois há obstáculos associados ao financiamento, onde não é possível prever os resultados com segurança, e por último e não menos importante, apresentar uma abordagem que se quer transdisciplinar, a respeito do problema, cuja complexidade exige a integração de prevenção com intervenção, segundo (Ferreira et al., 2004 cit. in. M. Nunes & Jólluskin 2010).

Parte II – Fase Metodológica

Segundo (Fortin et al., 2009, p.53).

A fase metodológica consiste em definir os meios de realizar a investigação. É no decurso da fase metodológico que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação.

Define-se a população em estudo, determina o tamanho da amostra e precisa os métodos de colheita de dados. Assegura-se da fidelidade e da validade dos métodos de colheita de dados, de maneira a obter resultados fiáveis.

Esta fase compreende quatro etapas principais, que são, o desenho de investigação, a definição de população alvo e de amostra, elaboração dos métodos para o tratamento das variáveis e a escolha dos métodos de colheita de dados (Fortin et al., 2009).

1- Desenho da Investigação

Segundo (Fortin et al., 2009, p.54).

O desenho é um plano lógico traçado pelo investigador, tendo em vista estabelecer uma maneira de proceder suscetível de levar à realização dos objetivos, que são encontrar respostas as questões de investigação.

O desenho de uma investigação em estudo incorpora diversos elementos as quais podem ser, as comparações, o meio de estudo, o controlo das variáveis estranhas, a comunicação com os indivíduos que participam, os instrumentos de colheita de dados, assim como a análise dos dados (Fortin et al., 2009).

1.1- Tipo de Estudo

O presente estudo é um estudo quantitativo, ou seja, segundo (Coutinho, 2014, p.53):

(...) A pesquisa centra-se na análise de factos e fenómenos observáveis e na medição/avaliação em variáveis comportamentais e/ou socio efetivas passíveis de serem medidas (...).

É um estudo descritivo simples, pois consistiu em descrever o comportamento de um determinado grupo. Conforme afirma (Fortin et al., 2009, p.237) “o estudo descritivo fornece informação sobre características de pessoas, de situações, de grupos, ou de acontecimentos.”

1.2- População

“A população define-se como um conjunto de elementos que tem características comuns. A população que é objeto de estudo é chamada de população alvo.” (Fortin et al., 2009, p.69).

“A população alvo é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações.” (Fortin et al., 2009, p.69).

“A população acessível é a porção da população alvo a que se pode aceder. Pode ser uma cidade, região, etc.” (Fortin et al., 2009, p.311).

Nesta investigação definiu-se como população alvo os jovens adultos que frequentam os bares e discotecas da região de ponte de Lima.

Definiu-se como critério de inclusão: idade mínima 18 anos.

1.3- Amostra e Processo de Amostragem

Segundo (Fortin et al., 2009, p312).

A amostra é a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo. Ela deve ser representativa desta população, isto é, que certas características conhecidas da população devem estar presentes em todos os elementos da população.

A utilização de uma amostra apresenta vantagens em termos práticos, por se representar apenas com uma pequena percentagem da população total de uma vila por exemplo, e porque também permite economizar o tempo, quer na recolha de dados, quer na sua análise e na sua conclusão.

Segundo (Fortin et al., 2009, p.312).

A constituição da amostra pode variar segundo o objetivo procurado, os constrangimentos que se exercem no terreno e a capacidade de acesso à população estudada.

A amostra em estudo é composta por 29 indivíduos (jovens adultos) com idades compreendidas entre os 18 aos 39 anos de idade.

O tipo de amostragem deste estudo foi amostragem acidental, pois consiste em ser composta por pessoas que aceitaram participar num estudo, segundo Coutinho (2014). Estes indivíduos estavam acessíveis para participar no estudo pois estavam presentes nos dias 30 e 31 de Maio, próximos dos bares e discotecas na região de Ponte de Lima.

1.4- Colheita de dados

“A escolha dos métodos de colheita dos dados depende das variáveis estudadas e da sua operacionalização.” (Fortin et al., 2009, p.56).

Nesta investigação, o método de colheita de dados foi o questionário (Anexo 1), elaborado pela autora e baseado no SICAD (http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/RedeReferenciacao/Lists/SICAD_INSTRUMENTOS/Attachments/3/Assist.pdf).

Foi realizado o pré-teste, e aplicado a 5 jovens adultos, que não fizeram parte da amostra. Não foram referidas dificuldades de preenchimento do instrumento.

Este questionário tem duas partes, a primeira consiste na caracterização sociodemográfica e a segunda parte consiste na caracterização de consumos.

O questionário foi aplicado entre o dia 30 e 31 de Maio

1.5- Variáveis de estudo

As variáveis deste estudo são as variáveis atributo, nomeadamente a idade, o sexo, formação académica, estado civil, profissão e cidade de residência.

Segundo (Fortin et al., 2009, p.172) “ As variáveis atributo são características pré-existentes dos participantes num estudo”.

Variáveis estranhas, estão presentes em todos os estudos e a qual podem exercer efeitos inesperados sobre outras variáveis e influenciar assim os resultados de uma investigação (Fortin et al., 2009).

A variável da investigação consistiu em caracterizar os hábitos de consumo dos jovens adultos.

1.6- Princípios éticos

Segundo (Fortin et al., 2009, p.55).

Esta etapa consiste em determinar a maneira como os conceitos abstratos, muitas vezes multidimensionais, serão medidos. Para medir os conceitos junto de uma amostra de pessoas, é preciso previamente operacionaliza-los, isto é, precisar as operações necessárias para obter uma medida. Os conceitos são convertidos em indicadores observáveis, os quais são expressões quantificáveis e mensuráveis dos conceitos e são muitas vezes constituídos por instrumentos de medida.

Os princípios éticos regem-se conforme 3 elementos essenciais:

- Princípio do respeito à pessoa;
- Princípio da beneficência;
- Princípio da justiça.

Princípio do respeito à pessoa

O princípio do respeito a pessoa exige que os investigadores obtenham consentimento informado, protejam aqueles participantes com capacidade decisória reduzida e mantenham a confidencialidade. (Fortin et al., 2009, p.243)

Este princípio tem por base respeitar a privacidade dos indivíduos selecionados para o questionário, assim como manter a confidencialidade de cada indivíduo.

Princípio da beneficência

O princípio da beneficência exige que o delineamento da pesquisa seja fundamentado cientificamente e que seja possível aceitar os riscos considerando-se prováveis os benefícios os riscos aos participantes incluem não somente danos físicos, mas também psicológicos, tais como a quebra de confidencialidade, estimulação e discriminação.

(Fortin et al., 2009, p.14)

O princípio da beneficência será respeitar de igual modo os indivíduos, não criando desse modo alguma forma de discriminação.

Princípio da justiça

O princípio da justiça requer que os benefícios e os ônus da pesquisa sejam distribuídos de forma justa. Grupos vulneráveis, como aqueles com acesso reduzido aos serviços e poder decisório limitado ou

indivíduos institucionalizados, não possuem capacidade de decidir livremente se querem participar ou não de uma pesquisa.

(Fortin et al., 2009, p.244)

O princípio da justiça será aplicado na investigação de forma que o acolhimento de cada indivíduo seja feito de igual forma.

Parte III – Fase Empírica

1- Apresentação e Análise dos dados

Após a colheita de dados junto dos sujeitos da amostra, proceder-se-á à apresentação e análise dos resultados obtidos, com o objetivo de oferecer um retrato da amostra (n=29 inquiridos), não podendo, no entanto, esta ser generalizada.

Os resultados serão apresentados em gráficos, com o objetivo de promover uma fácil leitura e uniformidade ao longo do trabalho.

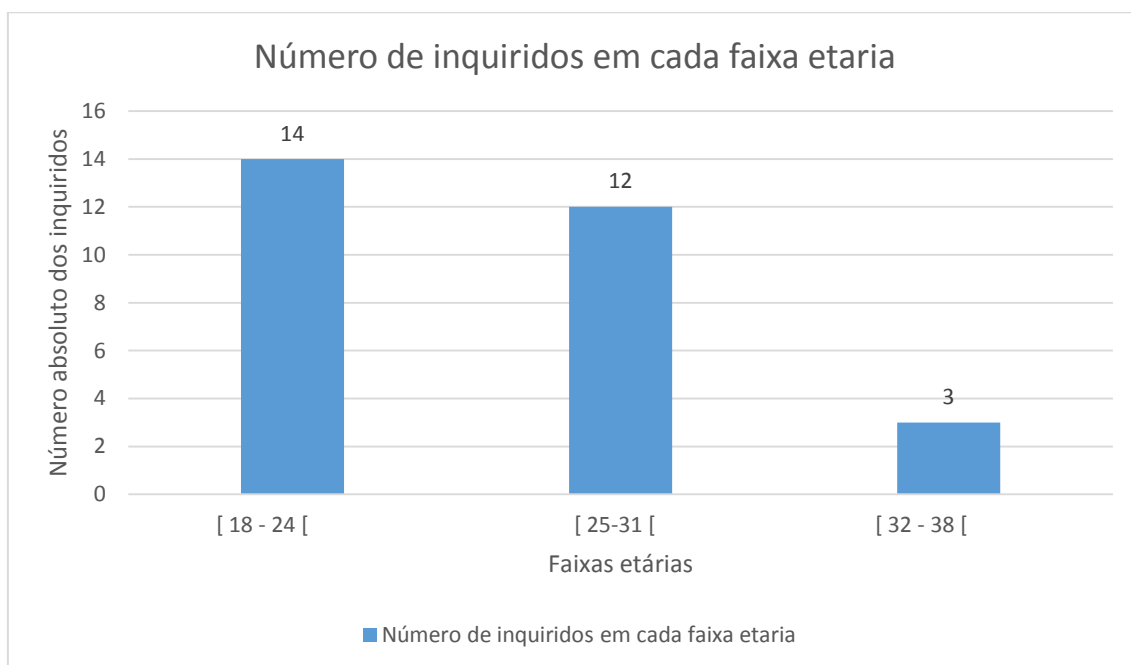


Gráfico 1 - Distribuição da amostra segundo faixas etárias.

De acordo com os dados acima apresentados, verifica-se que o limite mínimo de idade da amostra é 18 anos e o limite máximo de idade é 38 anos. Observa-se que a faixa etária com maior expressão foi a dos 18 aos 24 anos com 14 indivíduos.

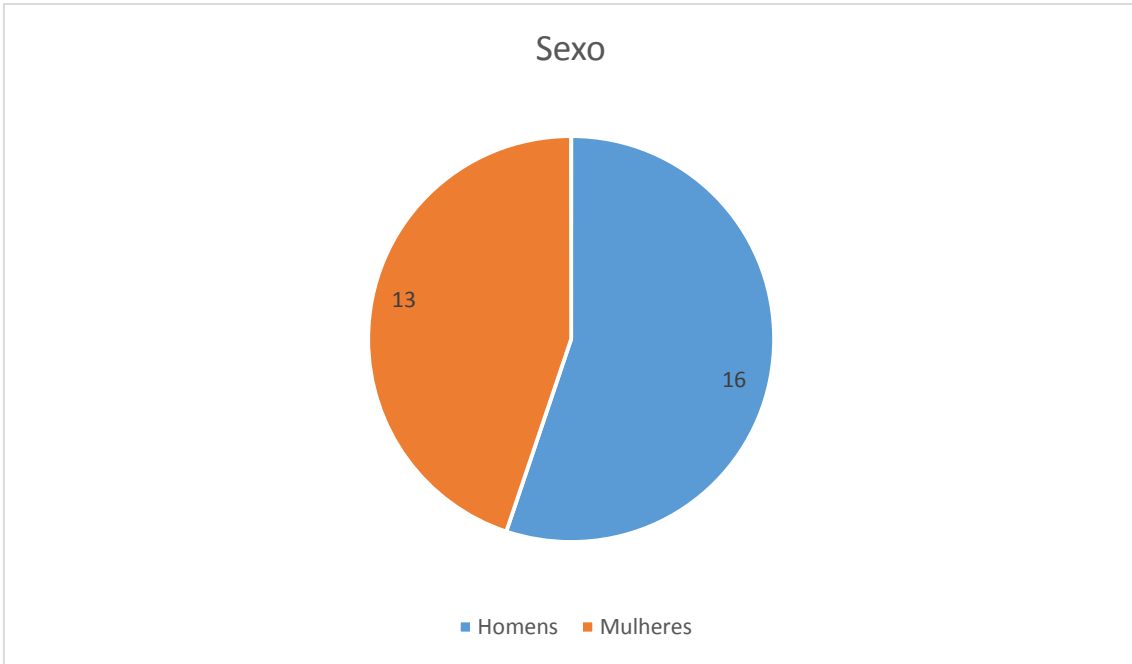


Gráfico 2 - Distribuição da amostra segundo o sexo

Conforme o gráfico acima, a amostra é constituída por 16 indivíduos do sexo masculino e 13 do sexo feminino.

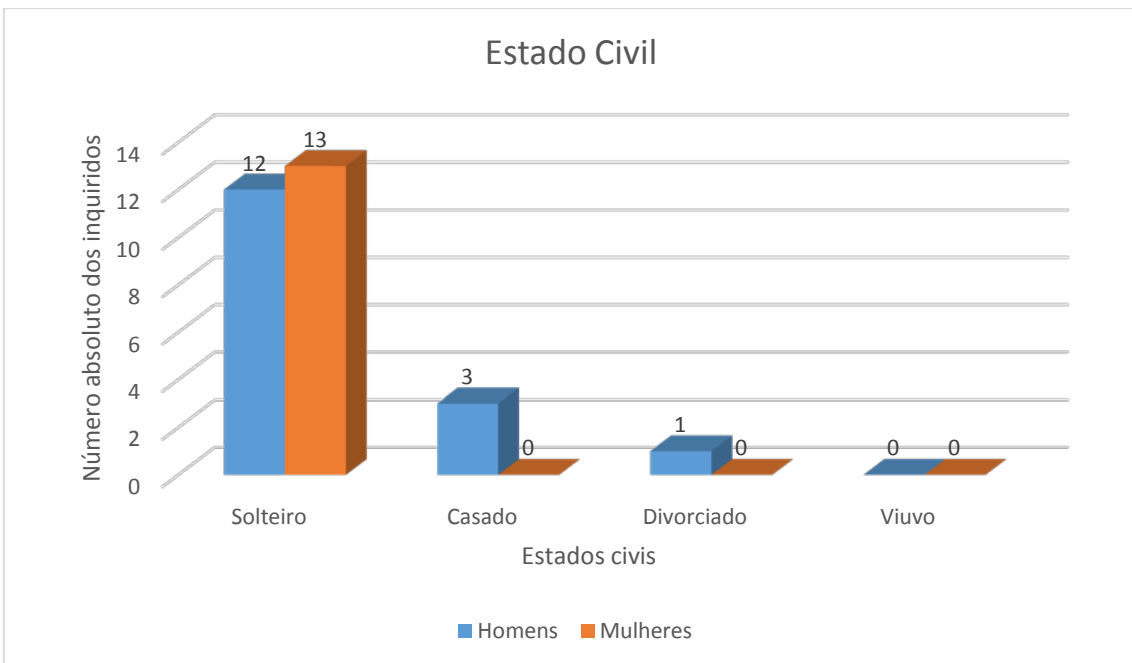


Gráfico 3 - Distribuição da amostra segundo o estado civil

Quanto ao estado civil, verifica-se que a maioria da amostra é composta por indivíduos solteiros, correspondendo a 25 indivíduos, sendo 12 do sexo masculino e 13 do sexo feminino.

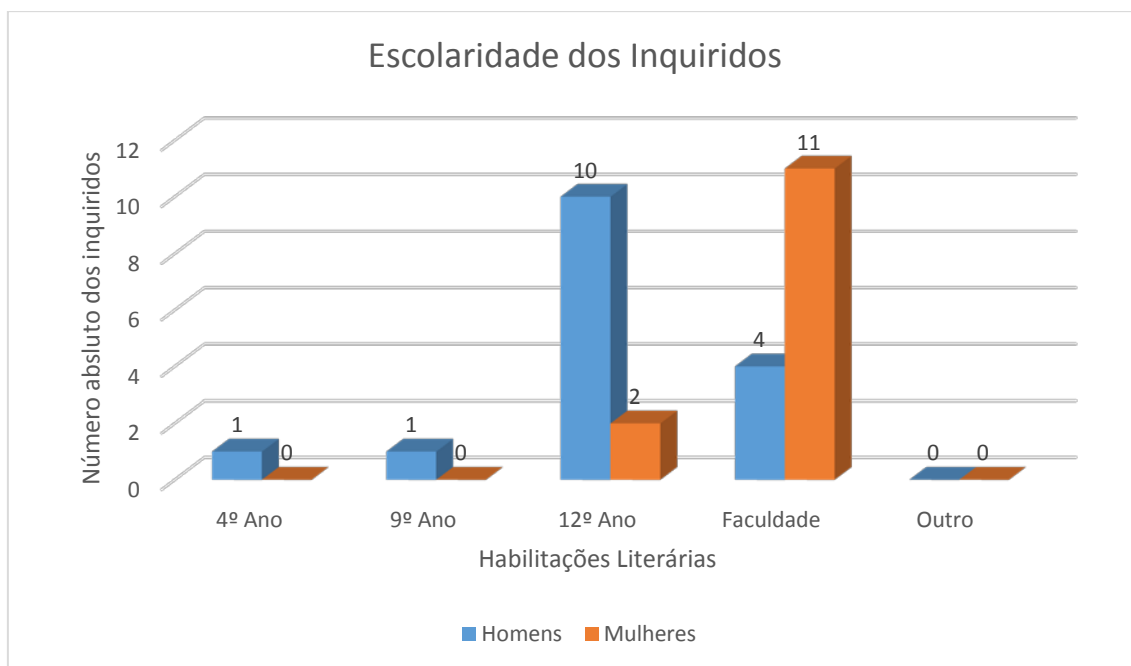


Gráfico 4 - Distribuição da amostra segundo a escolaridade

Relativamente à escolaridade da amostra, a maioria é a faculdade, com 15 indivíduos, correspondendo a 11 mulheres e 4 homens. Porém o 12º Ano é representado por 12 indivíduos, sendo 10 homens e 2 mulheres.

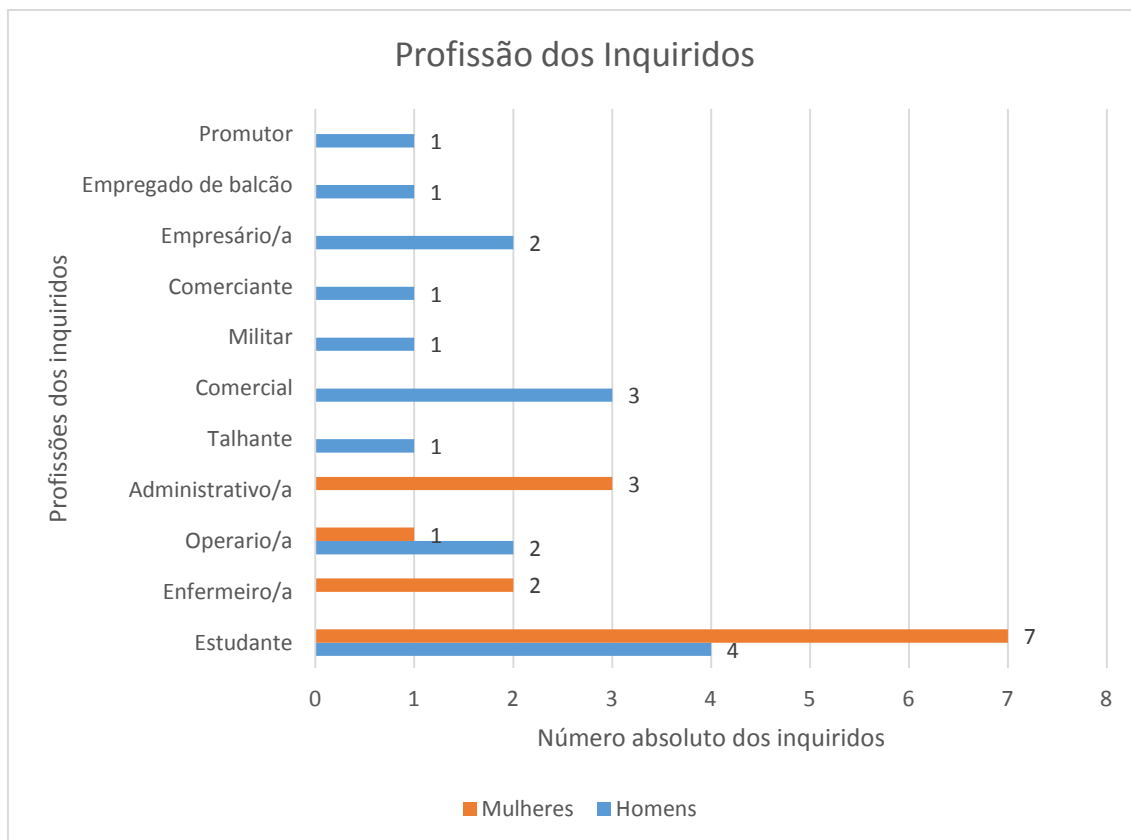


Gráfico 5 - Distribuição da amostra segundo a profissão

No que diz respeito a profissão, nos dados acima apresentados, verifica-se que a maioria é estudante (7 mulheres e 4 homens), seguindo-se 3 mulheres administrativas e 3 homens comerciais.

Destacam-se ainda 2 enfermeiras, 2 operários e 2 empresários.

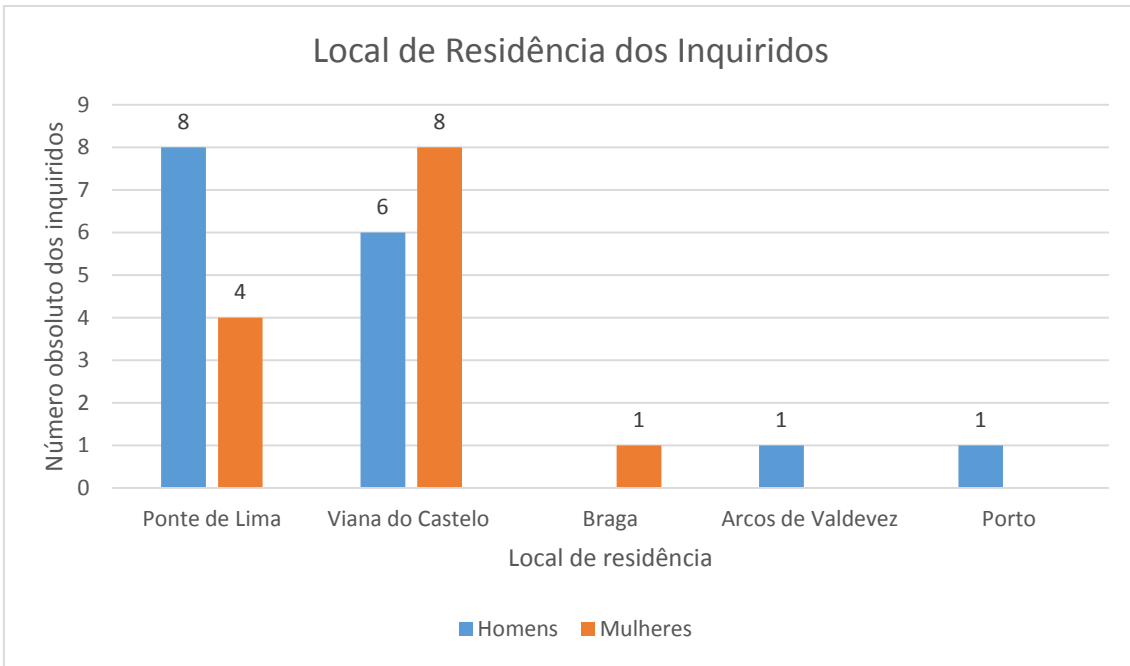


Gráfico 6 - Distribuição da amostra segundo o local de residência

Relativamente ao local de residência dos inquiridos, a maioria reside em Viana do Castelo (14 indivíduos), seguindo-se 12 indivíduos a residir em Ponte de Lima, sendo 4 mulheres e 8 homens.

PARTE II

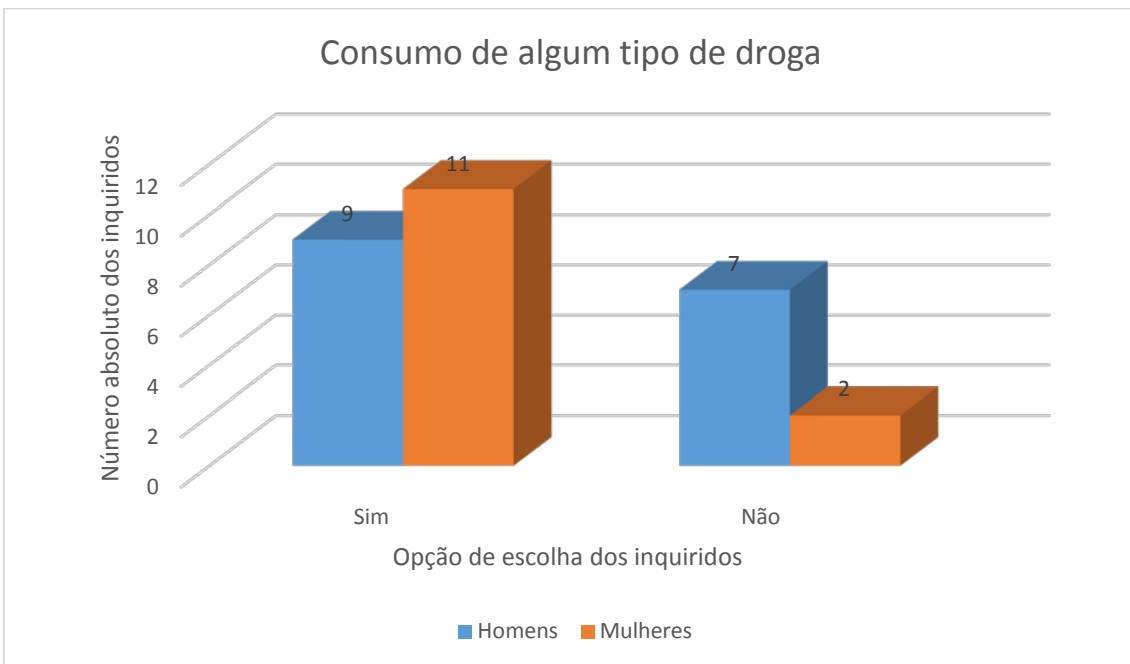


Gráfico 7 - Distribuição da amostra segundo a experiência de consumo

Relativamente ao consumo de algum tipo de droga, a maioria respondeu que sim, (20 indivíduos, sendo 11 mulheres e 9 homens), e 9 indivíduos responderam que não (2 mulheres e 7 homens).

A partir deste momento a amostra do estudo é composta por 20 elementos, pois foram os que responderam que sim ao consumo de algum tipo de droga.

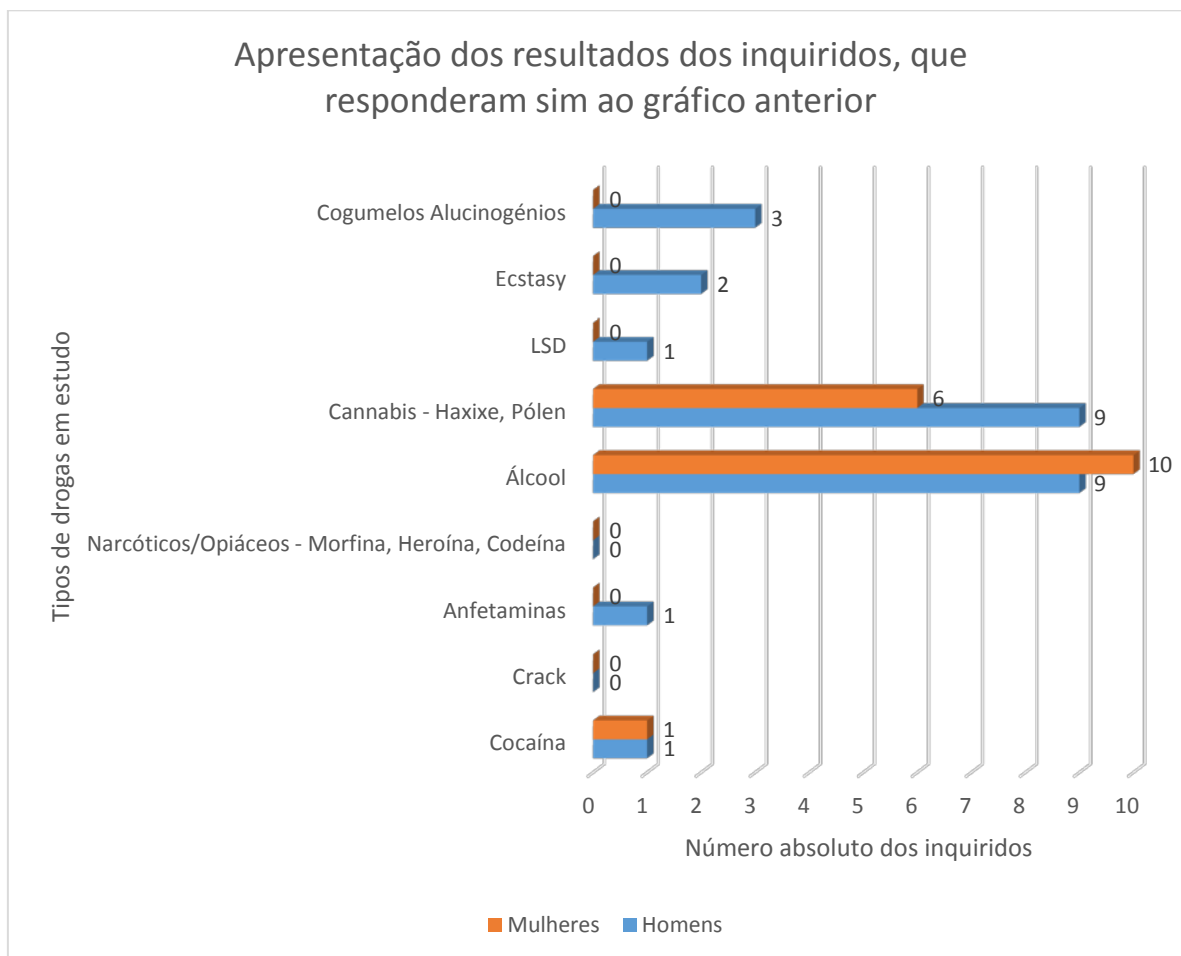


Gráfico 8 - Distribuição da amostra segundo o tipo de drogas de consumo

Relativamente aos 20 inquiridos, tem agora como opção de escolha relativamente aos tipos de drogas que já consumiram, poder escolher mais do que uma opção.

As drogas que mais se destacam são o álcool, a cannabis – haxixe, pólen, os cogumelos alucinogénios e o ecstasy. A droga mais consumida é o álcool com 19 indivíduos, sendo 10 mulheres e 9 homens. A segunda droga mais consumida é o

cannabis – haxixe, pólen, com 15 indivíduos, 6 mulheres e 9 homens. Seguindo-se com os cogumelos alucinogénios com 3 homens e o ecstasy com 2 homens.

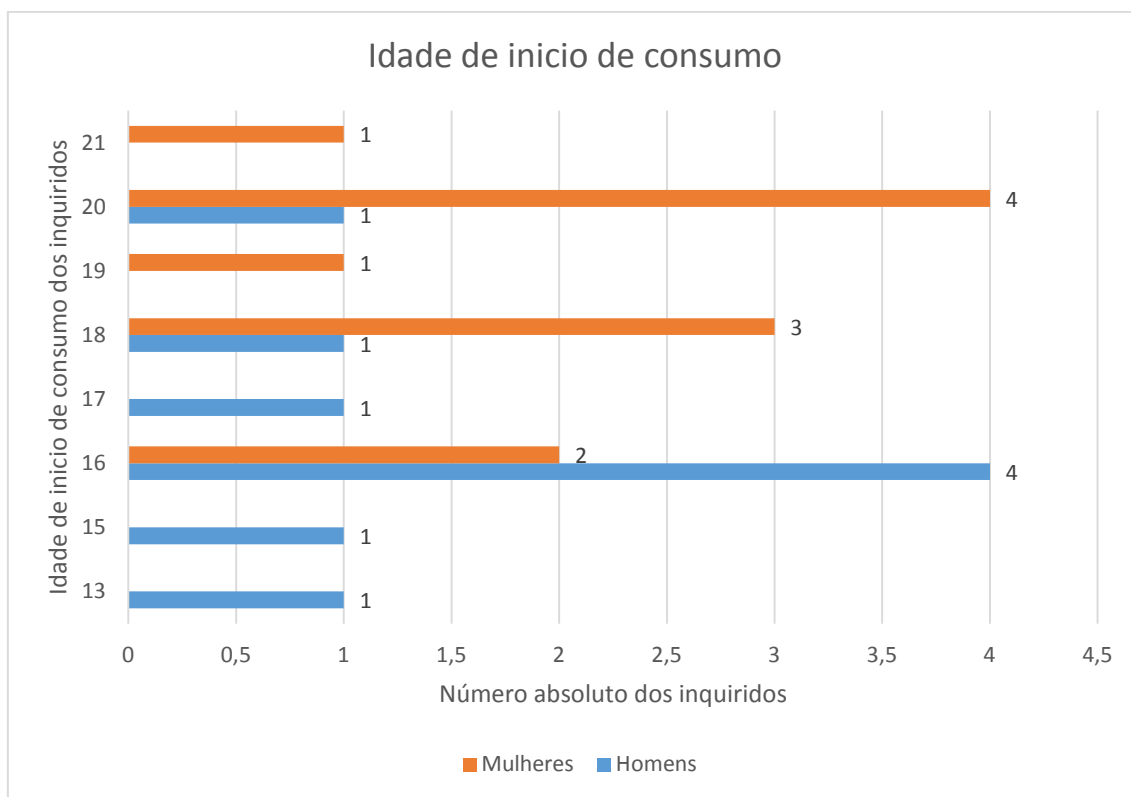


Gráfico 9 - Distribuição da amostra segundo a idade de início de consumo

Quanto à idade de início de consumo, verifica-se que as idades variam dos 13 aos 21 anos. Relativamente as idades que mais se destacam são os 16 anos (sendo 2 mulheres e 4 homens), os 18 anos (com 3 mulheres e 1 homem) e os 20 anos (com 4 mulheres e 1 homem).

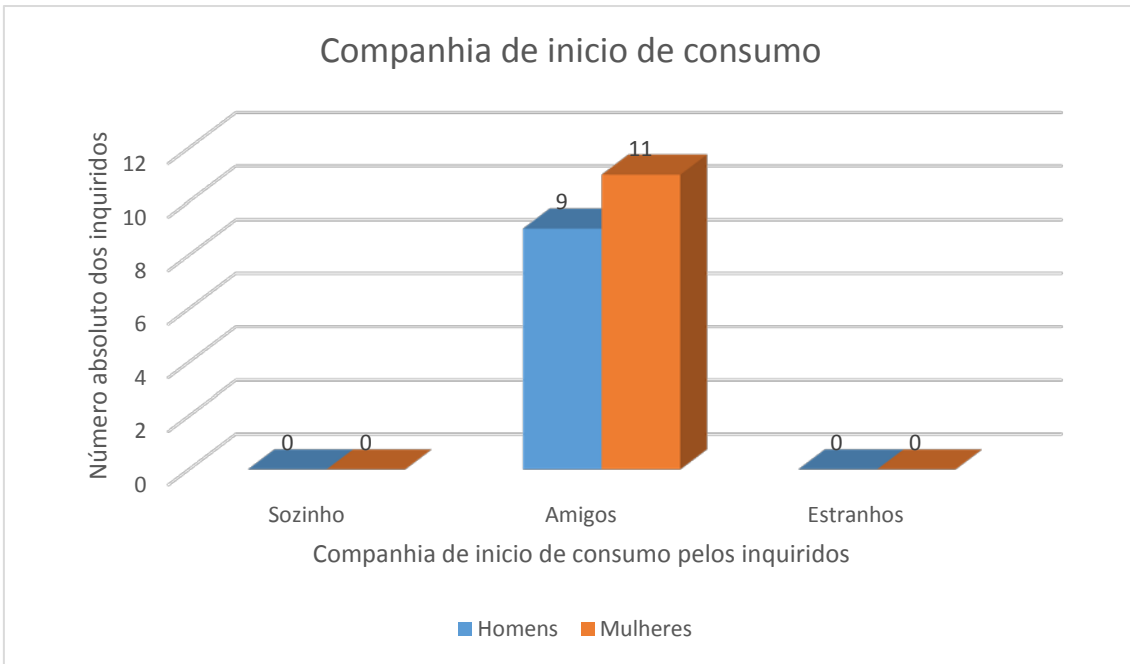


Gráfico 10 - Distribuição da amostra segundo a companhia no início do consumo

No que diz respeito à companhia que os inquiridos tiveram no início de consumo, verifica-se que a totalidade referiu estar acompanhado pelos amigos, ou seja, os 20 inquiridos, 11 mulheres e 9 homens.

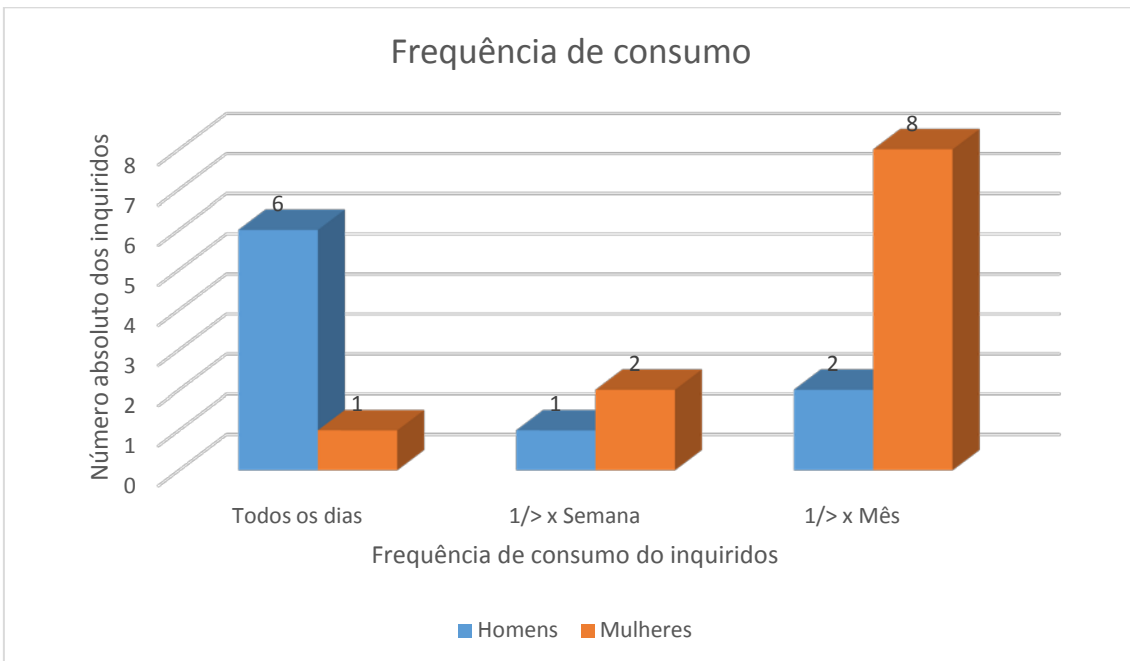


Gráfico 11 - Distribuição da amostra segundo a frequência de consumo

Como se pode verificar pelos dados do gráfico 11, observa-se que a frequência de consumo “todos os dias” foi apontada por 7 indivíduos (1 mulher e 6 homens) e consumir 1 ou mais vezes por mês foi sinalizada por 10 indivíduos (8 mulheres e 2 homens).

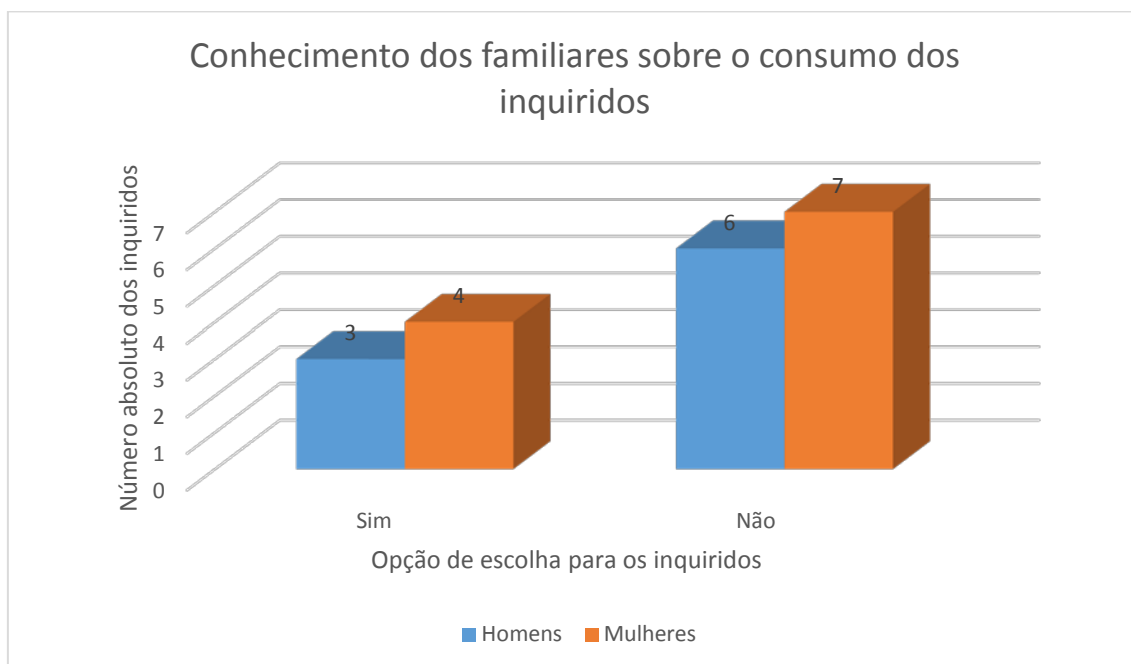


Gráfico 12 - Distribuição da amostra segundo o conhecimento dos familiares sobre o consumo dos inquiridos

Relativamente ao conhecimento dos familiares sobre o consumo dos inquiridos, verifica-se uma maioria representada pelo não, com 13 indivíduos (7 mulheres e 6 homens) e representada pelo sim, 7 indivíduos (4 mulheres e 3 homens).

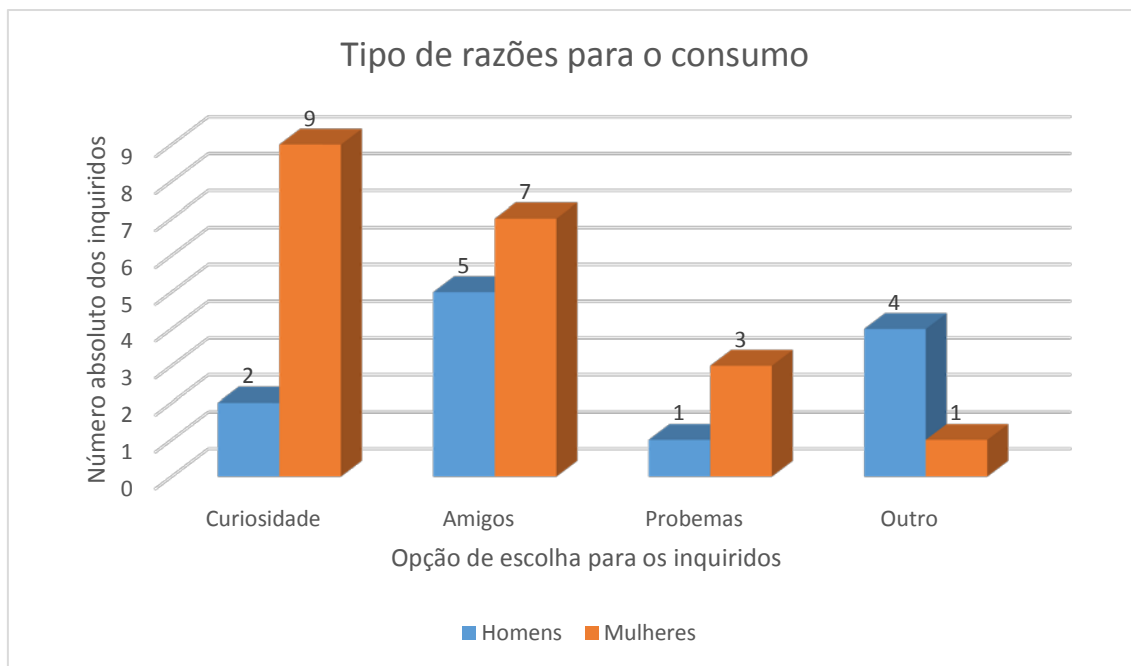


Gráfico 13 - Distribuição da amostra segundo as razões de consumo

No que diz respeito à razão para o consumo, verifica-se a maioria assinalou “Curiosidade” ou seja, 11 indivíduos (9 mulheres e 2 homens); “Amigos” foi referido por 12 indivíduos (7 mulheres e 5 homens) e 4 pessoas assinalaram “Problemas” como justificação para as razões de consumo.

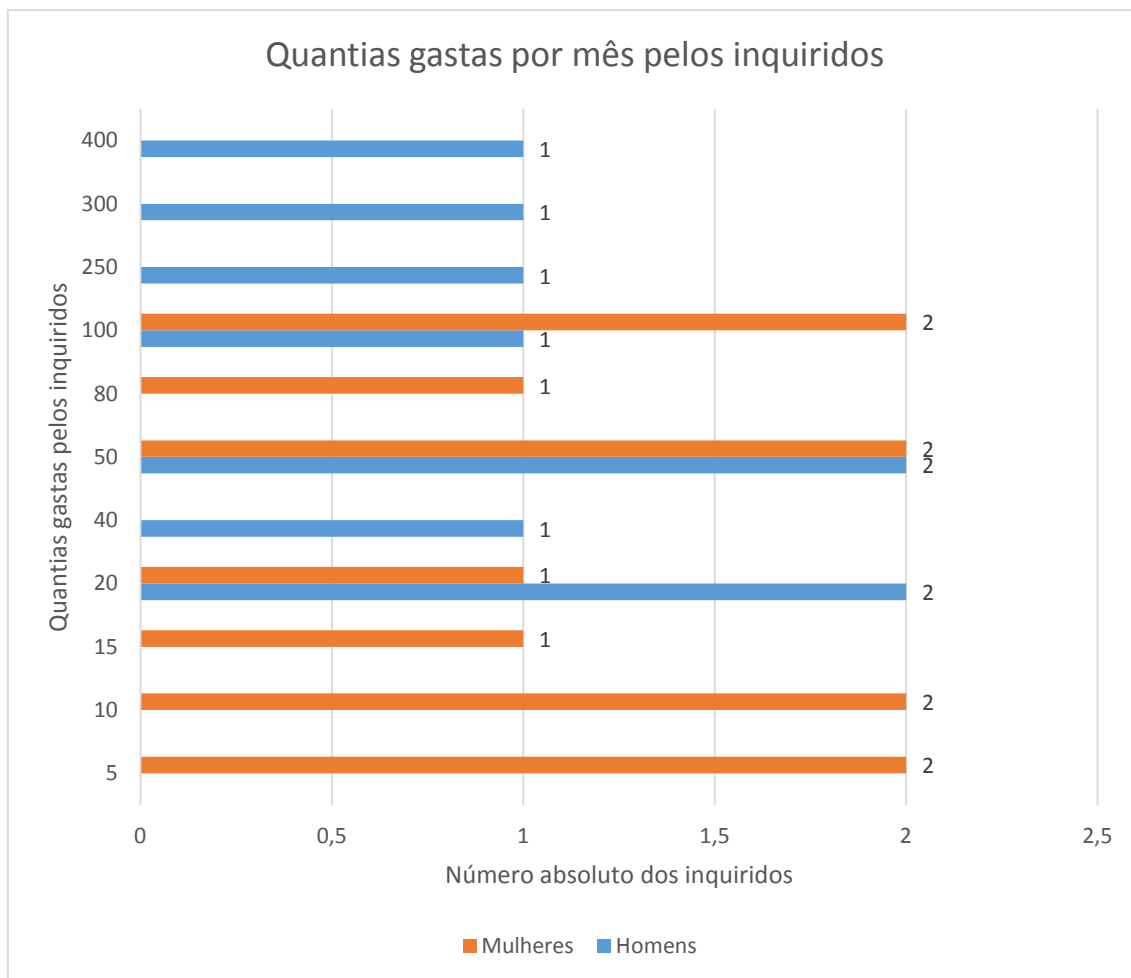


Gráfico 14 - Distribuição da amostra segundo a quantia gasta por mês pelos inquiridos

Relativamente à quantia que os inquiridos gastam por mês, destacam-se 5 quantias diferentes, 5 euros por 2 mulheres, 10 euros por 2 mulheres, 20 euros por (2 mulheres e 1 homem), 50 euros por mês (por 2 mulheres e 2 homens), e 100 euros por mês (2 mulheres e 1 homem).

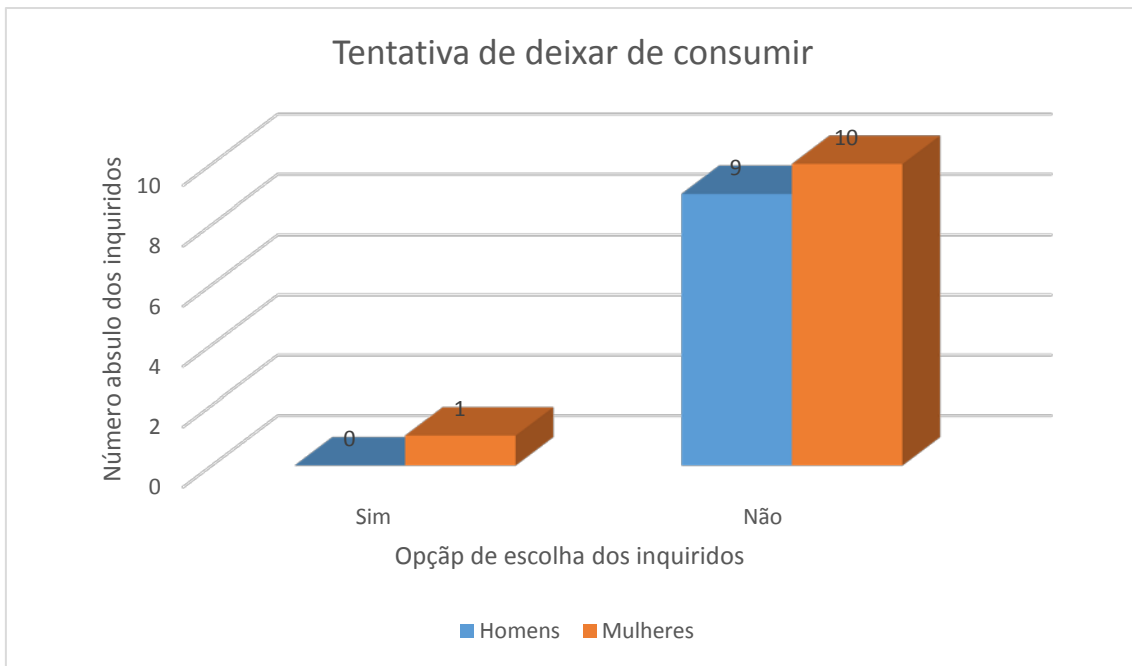


Gráfico 15 - Distribuição da amostra segundo a tentativa de deixar de consumir

De acordo com os dados apresentados, relativamente à tentativa de deixar de consumir, observa-se que a maioria foi o não, com 19 indivíduos, 10 mulheres e 9 homens.

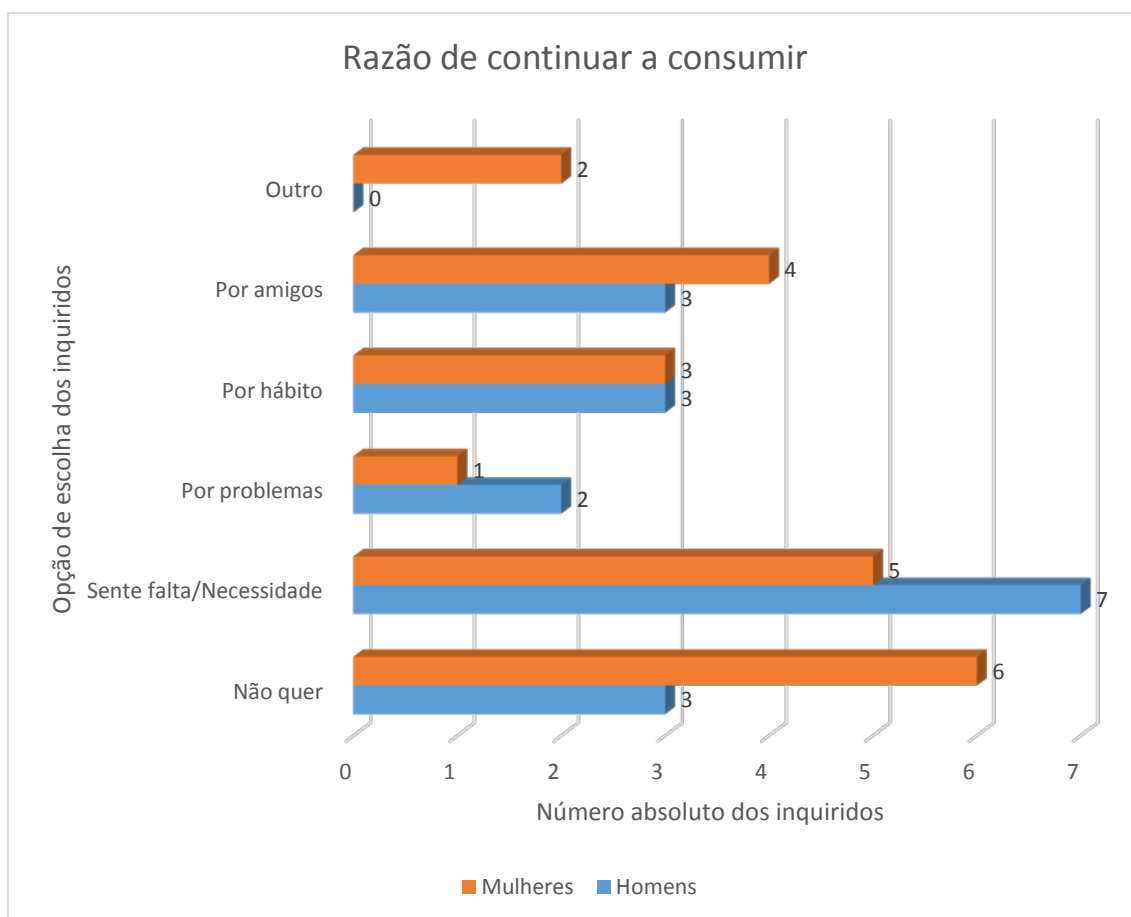


Gráfico 16 - Distribuição da amostra segundo as razões de continuar a consumir

Relativamente a estes dados e como se pode observar a razão pelos quais os inquiridos continuam a consumir, a partir das opções apresentadas, observa-se que a maioria sente falta/necessidade (12 indivíduos, sendo 5 mulheres e 7 homens), 9 indivíduos não querem deixar (6 mulheres e 3 homens).

A razão “por amigos” foi assinalada por 7 indivíduos (4 mulheres e 3 homens) e “por hábito” foi a escolha de 6 inquiridos (3 mulheres e 3 homens).

A razão “por problemas” foi apontada por 3 indivíduos, sendo 1 mulher e 2 homens, e por fim quando a razão é outra, representada por 2 mulheres.

2- Discussão dos resultados

Após a apresentação e análise dos dados será realizado a discussão dos resultados, onde haverá a comparação dos resultados obtidos e os estudos nacionais.

Quanto à idade, a faixa etária que predomina é dos 18 aos 24 anos, com 14 indivíduos. Neste sentido, também o Relatório Anual do SICAD (2015, p.25) afirma “ (...) a população jovem adulta (15-34 anos) uma vez que é neste grupo que as prevalências de consumo de drogas são mais elevadas (...) ”; (...) 15-24 Anos correspondem a um período crítico de início dos consumos e agravamento dos padrões de consumo, importa referir as principais diferenças e tendências dos consumos dos dois grupos decenais da população adulta.

Relativamente ao sexo dos inquiridos da nossa amostra, verificou-se que a maioria é constituída por homens (16 indivíduos) e o sexo feminino teve uma expressão de 13 indivíduos.

Quando questionados sobre o consumo de algum tipo de droga, 20 indivíduos responderam que sim, dos quais 11 são mulheres e 9 são homens.

Relativamente ao Relatório Anual do SICAD (2015), os homens apresentam maior expressão de consumo, mas adiantam que o consumo de drogas no grupo feminino entre 2007 e 2012 tem aumentado.

Relativamente ao tipo de droga consumida, as mais assinaladas foram o álcool (19 indivíduos), a cannabis – haxixe, pólen (15 indivíduos), os cogumelos alucinogénios (3 indivíduos) e o ecstasy (2 indivíduos). Destaca-se que o álcool foi maioritariamente referido por mulheres (10 indivíduos) e a cannabis referida pelos homens (9 indivíduos). Segundo o Relatório Anual do SICAD (2015, p.13):

Realizado na população geral residente em Portugal (15-64 anos), a cannabis, o ecstasy e a cocaína foram as substâncias ilícitas preferencialmente consumidas pelos portugueses (...)

Segundo o Relatório Anual do SICAD (2015, p.20) “Em 2012, tal como em 2007 e 2001, a cannabis foi a substância ilícita que registou as maiores prevalências de consumo (...) ” e acrescenta: “De um modo geral, os consumos de cannabis são mais expressivos nos rapazes por comparação as raparigas (...) ” (2015, p.126).

Tais resultados não estão de acordo com os resultados desta investigação, pois a predominância foi o *álcool*, e seguida da *cannabis*. Relativamente ao consumo da *cannabis*, esta investigação apresenta os mesmo resultados que o Relatório Anual do SICAD, onde os homens preferem o seu consumo.

No que diz respeito à idade de início de consumo, as idades variam dos 13 anos aos 21 anos de idade. Sendo que as que mais se destacam são os 16 anos (6 indivíduos), os 18 anos (4 indivíduos) e os 20 anos (5 indivíduos). Segundo o Relatório Anual do SICAD (2015, p.25) “ (...) focando no grupo de 15-24 anos onde é maior a probabilidade de inícios recentes dos consumos (...) ”, “ (...) idade media de 17 anos (...) ”.

Esta investigação não corrobora os resultados do Relatório Anual realizado pela SICAD (2015), mas apresenta-se bastante próxima.

Relativamente a frequência de consumo, destacou-se consumir “todos os dias” para 7 indivíduos (na sua maioria homens) e o consumo de “1 ou mais vezes por mês”, referenciado maioritariamente por mulheres. Comparando estes dados com os dados do SICAD (2015), destaca-se que a preferência das mulheres foi o *álcool*, e dos homens foi a *cannabis*. Segundo o documento de tendências por drogas – outras drogas e policonsumos do SICAD (2015, p.1) “Os homens registaram prevalências e taxas de continuidade do consumo de *cannabis* mais altas do que as mulheres...”.

Conclusão

O consumo de droga, para além de ser um problema público cada vez mais grave, é também um importante fator de risco para o desencadear de doenças (M.Nunes & Jólluskin, 2010).

Desta forma, é de extrema importância referir que a elaboração deste trabalho científico, permitiu uma experiência gratificante, não só pela possibilidade da aplicação dos conhecimentos adquiridos, mas também pela tomada de consciência para a mudança dos hábitos de vida das pessoas que consomem drogas.

O relacionamento entre o homem e as drogas já é ancestral, sofrendo ao longo da história várias mudanças, ao nível do seu fabrico, acabando por assumir nos últimos anos, um lugar de extrema importância, no cenário dos problemas sociais.

González et al. (1989) (cit. in. M. Nunes & Jólluskin, 2010) entendem que o privilégio de determinada questão, independentemente da sua negatividade, canaliza as energias e as reações das pessoas perante os diversos problemas da vida quotidiana, desviando a atenção de problemas mais estruturais.

Com a finalização deste trabalho, consideramos que os objetivos delineados inicialmente foram atingidos. No entanto, como sugestão de futuro será importante continuar a monitorizar os hábitos de consumo de drogas na população portuguesa.

Bibliografia

Araújo, A. P. (2017). Drogas Lícitas e Ilícitas. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.infoescola.com/drogas/drogas-licitas-e-ilicitas/>>. [Consultado em 04/03/2017].

Centro Regional de Informação das Nações Unidas. (2016). Controlo de Droga e Prevenção do Crime. [Em Linha]. Disponível em <<https://www.unric.org/pt/controlo-de-droga-e-prevencao-do-crime>>. [Consultado em 04/03/2017].

Conde Coutinho, M. (2005). Efeitos do consumo de haxixe, *Jornalismo Porto Net*. [Em Linha]. Disponível em <<https://jpn.up.pt/2005/05/06/efeitos-do-consumo-de-haxixe/>>. [Consultado em 25/06/2017].

Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra, Edições Almedina. S.A.

Feijão, F. et alii. (2016). *ECATD_CAD/2015 Estudo sobre os Comportamentos de Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas e outros Comportamentos Aditivos ou Dependências*. Lisboa, Ministério da Educação.

Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Canada, Lusodidacta .

Frazão, A. (2017). Principais tipos de drogas. [Em Linha]. Disponível em <<https://www.tuasaude.com/efeitos-das-drogas/>>. [Consultado em 06/03/2017].

IDPC. (2017). International Drug Policy Consortium. [Em Linha]. Disponível em <<http://idpc.net/pt/incidencia-politica-internacional/sistema-global-fiscalizacao-entorpecentes/convencoes-onu>>. [Consultado em 06/03/2017].

Lima, F. (2006). Cogumelos Alucinógenos. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.infoescola.com/reino-fungi/cogumelos-alucinogenos/>>. [Consultado em 07/03/2017].

M.Nunes, L., & Jólluskin, G. (2010). *Drogas e Comportamentos de Adicção*. Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa .

Moreira, L. (2016). Dependências. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.saudeemedicamentos.pt/drogas.html>>. [Consultado em 12/03/2017].

Moura, R. M. (s.d.). A Vida Adulta: Uma Visão Dinâmica. [Em Linha]. Disponível em <<http://rmoura.tripod.com/vidaadult.htm>>. [Consultado em 17/04/2017].

Portal São Francisco. (2017). Haxixe. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.portalsaofrancisco.com.br/saude/haxixe>>. [Consultado em 13/03/2017].

Romera, H. K. (2013). A toxicodependência. [Em Linha]. Disponível em <<https://sites.google.com/site/ladrogadiccion1215/tipos-de-consumidores-de-drogas>>. [Consultado em 10/04/2017].

SICAD. (2013). Rede de Referência / Articulação. [Em Linha]. Disponível em <http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/RedeReferenciacao/Lists/SICAD_INSTRUMENTOS/Attachments/3/Assist.pdf>. [Consultado em 14/06/2017].

SICAD (2016). Relatório Anual 2015 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. [Em Linha]. Disponível em <http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/114/Relat%C3%B3rio%20Anual%20Drogas%20e%20Toxicodepend%C3%Aancias%202015.pdf>. [Consultado em 08/06/2017].

SICAD. (2015). Tendências por Drogas. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.sicad.pt/PT/EstatisticaInvestigacao/InformacaoEstatistica/TendenciasDrogas/Paginas/default.aspx>>. [Consultado em 10/05/2017].

Toda a Materia. (2016). [Em Linha]. Disponível em <<https://www.todamateria.com.br/droga-licita/>>. [Consultado em 18/03/2017].

United Nations Office on Drugs and Crime. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.unodc.org/>>. [Consultado em 12/05/2017].

UNODC. (2017). Escritório de Ligação e Parceria no Brasil. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/publicacoes.html>>. [Consultado em 19/05/2017].

Anexos

Anexo 1

Questionário



Universidade Fernando Pessoa

Polo de Ponte de Lima

Questionário

O Consumo de Drogas em Jovens Adultos no Norte de Portugal

Eu Paula Alexandra do vale lopes, finalista do curso de enfermagem, venho por este meio tentar conhecer melhor os hábitos e opiniões dos jovens adultos no consumo de drogas. E como investigadora, deste tema, garanto o sigilo e a confidencialidade dos dados, como aprendi em investigação.

Obrigada pela colaboração!

Secção I

1. **Idade** _____ anos
2. **Sexo** Feminino () Masculino ()
3. **Estado civil** Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo ()
4. **Habilitações literárias** 4ºano () 9ºano () 12ºano () Faculdade ()
Outro: _____
5. **Profissão** _____
6. **Cidade de residência** _____

Secção 2

1. Alguma vez consumiu algum tipo de droga?

Sim () Não ()

1.1.1. Se sim, que tipo de droga?

Cocaína () Crack () Anfetaminas ()

Narcóticos/Opiáceos – Morfina, Heroína, Codéina () Álcool ()

Cannabis – Haxixe, Pólen () LSD () Ecstasy ()

Cogumelos Alucinogénios ()

2. Com que idade começou a consumir?

_____ anos.

3. Quando começou a consumir estava entre amigos, sozinho ou entre estranhos?

Sozinho () Amigos () Estranhos ()

4. Com que frequência consome?

Todos os dias () 1/> x Semana () 1/> x Mês ()
Outro ()

5. Os seus familiares (ex: pais) sabem que consome?

Sim () Não ()

6. Qual é a razão de consumir?

Curiosidade () Família ()
Amigos () Problemas ()

Outro: _____

7. Em média que quantia gasta por mês para consumir?

_____ €

8. Alguma vez tentou deixar de consumir?

Sim () Não ()

8.1. Se não, por que razão?

Não Quer () Por Habito ()
Sente falta/Necessidade () Por Amigos ()

Por Problemas ()

Outro:

Obrigada pela tua colaboração!

Realizado por:

Paula Lopes