

Rui Filipe Santos Oliveira Nº 17088

**Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura  
em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa - Porto**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde/ Escola Superior de Saúde

Porto, 2011



Rui Filipe Santos Oliveira N° 17088-

**Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura  
em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa - Porto**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde/ Escola Superior de Saúde

Porto, 2011

**Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura  
em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa - Porto**

---

O aluno Rui Filipe Santos Oliveira

“Projecto de Graduação apresentado á  
Universidade Fernando Pessoa como parte  
dos requisitos para obter o grau de  
Licenciatura em Enfermagem”.

***Pensamento***

*“A verdadeira medida de um homem não é como ele se comporta em momentos de conforto e conveniência, mas como ele se mantém em tempos de controvérsia e desafio.”*

*(Martin Luther King)*

## **DEDICATÓRIA**

Quero sobretudo deixar uma dedicatória especial aos meus pais que me possibilitaram estar neste momento a concluir uma licenciatura e ter, assim, um futuro para agarrar. Dedico também este trabalho a todos aqueles que gostam verdadeiramente de mim e me apoiaram em todo e qualquer momento ao longo destes 4 anos de curso, amigos sinceros que seguramente festejarão comigo a conclusão desta etapa da minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Um trabalho de investigação é um processo complexo e que apesar de poder ser levado a cabo por uma pessoa singular, não dispensa da ajuda de outros intervenientes, é portanto um trabalho de equipa que requer entreaajuda.

Um dos segredos para a elaboração deste trabalho de investigação é sem sombra de dúvidas a orientação que recebemos, como tal, queria elogiar a Enf<sup>a</sup> Delmina Afonso, minha orientadora, pela maneira competente e dedicada como em todo este processo me apadrinhou a investigação. É sem perplexidade nenhuma que digo que fiz uma óptima escolha, ao mesmo tempo que deixo os meus sinceros agradecimentos.

Também é oportuno agradecer a um grupo de pessoas que ajudaram em todo o processo de realização deste trabalho e de certo modo, em todo o meu percurso académico.

- Os meus pais que me possibilitaram esta oportunidade e toleraram imensas vezes todos os problemas que todo este percurso implica.
- Queria deixar um agradecimento especial a duas pessoas amigas e colegas de curso que em muito foram decisivas para que terminasse este processo, estimulando-me quando a motivação era pouca e o desespero imenso e elogiando-me quando o sucesso e a obra nasciam, me refiro à Cláudia Costa e à Joana Fonseca.
- Agradeço a todos os amigos de curso, pelo apoio e amizade com que me nutriram, e pelo conhecimento que partilhamos;
- Agradeço a todos aqueles que possibilitaram que me pudesse licenciar na área que amo e sempre desejei.

## SUMÁRIO

O trabalho que se apresenta surge no âmbito da Unidade Curricular de Projecto de Graduação e Integração Profissional, leccionada no 2º Semestre do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde da Universidade Fernando Pessoa (UFP) e está subordinado ao tema “*Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa*”.

O presente estudo é de carácter descritivo com uma abordagem quantitativa, foi realizado na Universidade Fernando Pessoa - Porto, e tem por objectivos: desenvolver conhecimentos sobre a temática das drogas; conhecer os consumos praticados por determinados alunos na instituição de ensino supracitada; perceber se de alguma forma toda a envolvimento referente à vida académica influencia os consumos e tentar perceber de que forma a Enfermagem pode actuar neste campo.

Com este estudo conclui-se que não existem consumos descontrolados e somente uma pequena porção apresenta consumos que podem vir a ser problemáticos. Analisou-se também que os consumos tendem a ser ligeiramente superiores nos alunos do 4º ano face aos do 1º ano, tanto nos últimos 12 meses como também nos últimos 30 dias. Todavia, observou-se que a grande maioria da totalidade dos inquiridos, 60%, referiu nunca ter sequer experimentado uma vez que fosse substâncias cannabinóides.

## **ABSTRACT**

The work is presented in the scope of the Graduate Project and Professional Integration Course, taught in the 4th year second semester of the Nursing's Bachelor at the School of Health Sciences in Universidade Fernando Pessoa (UFP) and its theme as to do with the consumption of cannabinoid substances in students attending the 1st and 4th year of Nursing Degree from this University.

This study is descriptive in nature with a quantitative approach, was conducted at the Universidade Fernando Pessoa - Porto, and aims to: develop knowledge about the subject of drugs, knowing the consumption practiced by certain students in the educational institution mentioned above; see if somehow all the surroundings on the academic life influence the intake and try to understand how nursing can act in this field.

This study concludes that there are no uncontrolled consumption and only a small portion reveals that might become problematic. It was also analyzed that the intakes tend to be slightly higher in the 4th year students compared to the 1st year, both in the last 12 months as well as in the past 30 days. However, it was observed that the vast majority of all respondents, 60% reported never having experienced cannabinoids substances.

## **SIGLAS e ABREVIATURAS**

EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
ICD	Instrumento de Colheita de Dados
IDT	Instituto da Droga e Toxicodependência
LSD	Dietilamida de ácido lisérgico
OEDT	Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
THC	9-tetra-hidrocannabinol
UFP	Universidade Fernando Pessoa
UNESP	Universidade Estadual Paulista

I. INTRODUÇÃO .....	14
II. FASE CONCEPTUAL.....	18
<b>1. A Teoria e sua importância para a Enfermagem enquanto disciplina e profissão..</b>	<b>18</b>
i. Teoria do Conforto.....	19
ii. Teoria das Relações Interpessoais .....	20
iii. As teorias e sua pertinência para o estudo .....	22
<b>2. As Substâncias Aditivas .....</b>	<b>24</b>
i. Cannabis.....	24
ii. Outras Drogas.....	27
<b>3. Comportamento aditivo e factores desencadeantes.....</b>	<b>29</b>
i. Factores Biológicos.....	29
ii. Factores Bioquímicos .....	30
iii. Factores Fisiológicos .....	30
iv. Factores Socioculturais .....	30
<b>4. Adolescência e consumo no Ensino Superior.....</b>	<b>32</b>
III. FASE METODOLÓGICA .....	34
<b>1. Desenho e Tipo de Estudo.....</b>	<b>34</b>
<b>2. Questões de Investigação .....</b>	<b>34</b>
<b>3. Objectivos de Investigação .....</b>	<b>35</b>
<b>4. População, Amostra e Plano de Amostragem.....</b>	<b>36</b>

5. Variáveis.....	37
6. Método e Instrumento de Colheita de Dados.....	39
7. Aspectos Éticos .....	41
IV. FASE EMPÍRICA .....	44
1. Apresentação dos Resultados .....	44
2. Caracterização da amostra.....	44
3. Análise Estatística Descritiva .....	46
4. Interpretação, discussão e síntese dos resultados .....	53
5. Limites do Estudo.....	58
6. Implicações do Estudo para a prática de Enfermagem .....	59
V. CONCLUSÃO .....	62
BIBLIOGRAFIA.....	64

## ANEXOS

- Questionário
- Know Cannabis Test – Versão Traduzida

## INDÍCE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Definição das variáveis do estudo.....	37
<b>Tabela 2</b> - <i>Scores</i> de <i>Know Cannabis Test</i> .....	39
Tabela 3 - Distribuição dos estudantes por idade.....	44
Tabela 4 - Distribuição dos estudantes por Género.....	45
Tabela 5 - Distribuição dos estudantes por Agregado Habitacional .....	45
Tabela 6 - Distribuição dos estudantes por Hábitos Tabágicos.....	45
Tabela 7 - Distribuição dos estudantes que consumiram cannabinóides pelo menos uma vez... 46	
Tabela 8 - Distribuição dos estudantes que conhecem alguém que iniciou o consumo de <i>cannabis</i> no Ensino Superior.....	47
Tabela 9 - Distribuição dos estudantes por idade da primeira experiência de consumo de <i>cannabis</i> .....	47
Tabela 10 - Distribuição dos estudantes por tipo de ensino da primeira experiência de consumo de substâncias cannabinóides .....	48
Tabela 11 - Distribuição dos estudantes por contexto da primeira experiência de consumo de substâncias cannabinóides.....	49
Tabela 12 - Distribuição dos estudantes que alegam ter consumido substâncias cannabinóides nos últimos 12 meses .....	49
Tabela 13 - Distribuição dos estudantes que alegam ter consumido substâncias cannabinóides nos últimos 30 dias.....	50
Tabela 14 - Distribuição dos estudantes pelo grau de problemática do consumo de <i>cannabis</i> ( <i>Know Cannabis Test</i> ).....	50
Tabela 15 - Distribuição dos estudantes acerca da preocupação com os efeitos negativos da <i>cannabis</i> .....	53
Gráfico 1 - Distribuição gráfica das principais razões que levaram os alunos do 1º ano ao consumo de <i>cannabis</i> .....	51
Gráfico 2 - Distribuição gráfica das principais razões que levaram os alunos do 4º ano ao consumo de <i>cannabis</i> .....	52

## I. INTRODUÇÃO

Indispensável para a obtenção do grau de Licenciado em Enfermagem, no âmbito da unidade curricular já mencionada, desenhou-se um trabalho de investigação, subordinado ao grande tema do Consumo de Substâncias Cannabinóides.

A escolha do tema, assenta no facto, de enquanto estudante e futuro profissional da área de saúde, por um lado, sentir uma preocupação com o bem-estar e com a saúde da população em geral, bem como sentir uma curiosidade em estimar a parcela de estudantes de enfermagem da UFP que possuem hábitos de consumo de substâncias aditivas, nomeadamente, cannabis, que muito lhes poderão ser prejudiciais à saúde; e por outro lado, a realização do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, despertou o interesse pela problemática do consumo de estupefacientes, uma vez que se constatou que muitos dos consumos abusivos poderiam ser fruto de um consumo que inicialmente seria definido como “teoricamente” inofensivo.

Na realidade este interesse pela temática, não assenta apenas em pressupostos de cariz pessoal, mas também em pressupostos teóricos, bem fundamentados e estudados, no campo da saúde. Num nível amplo, o *Plano Nacional de Saúde* incentiva estudos desta natureza, uma vez que apresenta uma meta onde é estipulada a necessidade de se melhorar os conhecimentos das actuais tendências epidemiológicas, devendo-se apostar na contribuição científica e universitária em todos os domínios da toxicodependência.

São diversas as razões que podem levar ao consumo de substâncias aditivas no Ensino Superior, pelo que a identificação destas poderá ser claramente auxiliadora na construção e implementação de estratégias eficazes para diminuir o consumo das mesmas, algo corroborado por PRECIOSO (2004), que refere a importância de se *estudar as características de uma população particular ou descrever as experiências de um grupo de pessoas, antes de elaborar uma intervenção susceptível de melhorar uma situação*. Quanto ao consumo de *cannabis*, que apesar de não apresentar um poder de dependência significativo comparado a outras substâncias ilícitas como a cocaína, provoca efeitos a curto e a longo prazo prejudiciais à saúde, pelo que, como referido anteriormente, Enfermeiros e profissionais de saúde devem-se mobilizar activa e eficazmente na aplicação de estratégias para diminuir o consumo.

## Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa

De acordo com o *Código Deontológico do Enfermeiro* (2005), Artigo 80º, o Enfermeiro assume determinados deveres para com a comunidade, entre eles, *conhecer as necessidades da população onde está inserido e participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detectados*. Da mesma forma, o documento no qual assentam as 96 competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais refere que “*os cuidados de Enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue*”. Neste contexto, procura-se ao longo de todo o ciclo vital prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença.

Assim sendo, o problema de investigação ao qual o estudo pretende fornecer resposta é o seguinte: “Quais os consumos de substâncias cannabinóides de alguns estudantes de enfermagem da UFP, nomeadamente, qual o contraste de consumos entre os alunos do 1º e 4º anos?”

Vários estudos e autores evidenciam o aumento do consumo de substâncias aditivas entre adolescentes que frequentam o ensino superior. De encontro com o explicitado no Plano Nacional de Saúde, na Meta Prioritária “Uma juventude à procura de um futuro saudável”, é possível verificar que a percentagem de indivíduos entre os 15-24 anos que fuma é de 25,8% para o género masculino e 10,5% para o género feminino, sendo que o consumo de álcool se estabelece nos 12,9% em ambos os géneros. Estas são as drogas lícitas consumidas em maior quantidade, sendo que – e de acordo com um estudo efectuado pelo *Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar* – o consumo de *cannabis*, que é uma droga ilícita, encontra-se na terceira posição (CARDOSO *et al*, 2000).

O relatório anual sobre a situação do país em matéria de drogas e toxic dependência elaborado pelo *Instituto das Drogas e Toxic dependência (IDT)* em 2006 refere igualmente que a substância ilícita mais consumida é a *cannabis* com prevalência de consumo bastante superior às outras substâncias. Já um estudo efectuado por TORRALBA e MOURÃO (1998) concluiu que existe um maior consumo de drogas ilícitas nos estudantes universitários: 5,4% dos rapazes e 2% das raparigas consome substâncias cannabinóides, 4,5% de ambos os géneros consomem heroína e cocaína e 4,6% dos rapazes e 2,3% das raparigas consome ecstasy. Mais, existe uma forte relação entre o consumo de substâncias aditivas e o Ensino Superior, uma vez que um estudo efectuado por RAMOS (2007) revelou que existe um aumento do consumo neste contexto devido

## Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa

a um conjunto de factores determinantes: o consumo como forma de fugir a determinados problemas impostos pela vida académica, por influência de amigos e outros. Os autores referem ainda que quanto maior os problemas e dificuldades sentidas pelos estudantes, maior o risco de enveredar num *continuum* uso de drogas que pode levar ao consumo de drogas “mais pesadas”. No caso particular da *cannabis*, os estudantes que a consomem afirmam que só começaram a consumir na universidade porque só nessa fase tiveram mais oportunidade de sair à noite.

De forma a combater as principais causas subjacentes às doenças relacionadas com os estilos de vida, objectiva-se a existência de uma atenção particular e prioritária a intervenções para diminuir o consumo de tabaco e igualmente a diminuição do consumo de drogas, neste caso particular a *cannabis*, visto ser predominantemente consumida juntamente com a nicotina. Além disso, o consumo de drogas é conhecido como sendo um factor que predispõe ao aparecimento de doenças do foro da saúde mental.

Entre os seus consumidores, a *cannabis* já não é propriamente considerada uma droga com efeitos nocivos. No entanto, esta ideia é completamente falsa e a verdade é que a saúde necessita ser percebida como um assunto respeitante a cada um de nós, e assim todos devem ser responsáveis pela criação de uma comunidade bem informada e motivada para estilos de vida saudáveis.

Em termos metodológicos, o trabalho assenta nas três etapas do Processo de Investigação: a Fase Metodológica, a Fase Conceptual e a Fase Empírica.

Após esta apresentação da escolha do tema, apresenta-se de seguida a estrutura formal do seguinte projecto de investigação.

Este trabalho encontra-se dividido em 5 grandes capítulos:

O primeiro capítulo denomina-se **Introdução** e aqui é apresentado o âmbito em que se insere o trabalho. Seguidamente é apresentado o tema, as razões da escolha do mesmo e a sua importância para o estudo e para a área disciplinar de enfermagem. Segue-se uma breve revisão da literatura, a descrição do problema, bem como a delimitação do estudo;

O segundo capítulo denomina-se **Fase Conceptual** Corresponde ao enquadramento teórico, elaborado através de uma pesquisa bibliográfica, abordando a importância da aplicação de Teorias de Enfermagem para o estudo, assim como a revisão de conteúdos

## **Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa**

bibliográficos de substâncias psicoativas, um vasto leque informativo sobre a cannabis e alguns dados epidemiológicos dos seus consumos e dos efeitos causados;

O terceiro capítulo, denominado **Fase Metodológica**, faz referência ao desenho do estudo. É realizada a caracterização do mesmo, os meios e tempos necessários, definida a população e amostra, definidas as variáveis e os métodos e instrumentos de colheita de dados a integrar no estudo. Apresentam-se igualmente os aspectos éticos.

O quarto capítulo, corresponde à **Fase Empírica** onde são apresentados os resultados obtidos e é feita a interpretação/discussão dos mesmos. São ainda referidas as limitações do estudo e as implicações que o mesmo tem para a prática de Enfermagem, formação profissional e académica, gestão de cuidados, investigação e prática inter-profissional.

Por fim, o quinto capítulo, designa-se **Conclusão**, aqui são apresentadas as considerações finais, onde se abordam as ideias-chave do presente trabalho.

Espera-se que este trabalho se apresente como um contributo para o desenvolvimento profissional na carreira de enfermagem, não só no reforço das competências dos enfermeiros em cuidados gerais, mas também pelo facto de ser cada vez mais valorizado a realização de trabalhos de investigação, tal como é afirmado pela Ordem do Enfermeiros que refere que se deve “valorizar a investigação como contributo para o desenvolvimento da Enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados” – 86ª Competência.

Por fim, é importante referir que o trabalho foi elaborado de acordo com as normas de realização de trabalhos científicos preconizadas pela Universidade Fernando Pessoa, tendo sendo presente o rigor científico pretendido.

## II. FASE CONCEPTUAL

### 1. A Teoria e sua importância para a Enfermagem enquanto disciplina e profissão

A teoria é definida como uma estruturação criativa e rigorosa de ideias que projectam uma tentativa, uma visão e uma resolução sistemática dos fenómenos. Especificamente em Enfermagem a teoria permite descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado da arte de cuidar. Esta deve ser baseada em pressupostos que se apresentam como suposições que podem ser tomadas como verdadeiras, pois estas não são passíveis de serem empiricamente testadas (GEORGE, 2000).

A história do desenvolvimento da teoria e do pensamento crítico na profissão teve o seu início com Florence Nightingale e a publicação da obra *Notes on Nursing*, que enfoca a manipulação do ambiente para benefício da pessoa, tendo acabado por orientar a prática de Enfermagem por mais de 100 anos (GEORGE, 2000).

Para melhor compreender a importância da teorização em Enfermagem, é pertinente distinguir o seu conceito enquanto disciplina e profissão. Segundo ALLIGOOD e TOMEY (2004), a *disciplina* é própria da academia e diz respeito a um ramo de ensino ou a um domínio do conhecimento. Por outro lado, *profissão* respeita a um campo preciso da prática que tem por base a teoria e a ciência.

O significado da teoria para a disciplina de Enfermagem é que a disciplina depende da teoria, uma vez que esta coloca-a a um nível mais elevado. As estruturas e a teoria fornecem ao Enfermeiro um conhecimento e perspectiva sobre a pessoa/cliente. Assim, enquanto disciplina, está dependente da existência do conhecimento em Enfermagem, este último transmitido a todos os que entram na profissão (ALLIGOOD e TOMEY, 2004).

A teoria tornou-se marcante e importante para a disciplina como também para a Enfermagem enquanto profissão. Não só é crucial o conhecimento, como a investigação e as teorias são igualmente vitais à medida que se vão gerando novos conhecimentos. Enquanto o Enfermeiro cresce no seu estatuto profissional, a utilização da teoria como evidência para a prática torna-se uma característica da profissão. Isto permite uma maior segurança na prestação de cuidados à pessoa assim como a aceitação e o

reconhecimento por parte da comunidade do contributo da Enfermagem para a saúde da mesma (ALLIGOOD e TOMEY, 2004).

Em suma, um dos aspectos mais importantes que a teoria fornece à Enfermagem, é o raciocínio claro, o pensamento crítico e a tomada de decisões na prática clínica.

### **i. Teoria do Conforto**

Pode-se afirmar que as intervenções de Enfermagem são planeadas e realizadas no sentido de promover o conforto à pessoa, pois actualmente este possui uma grande consideração por parte dos seus profissionais.

De acordo com MUSSI (1996) a concepção de conforto é bastante subjectiva, uma vez que este pode ser definido como um *estado*, seja este de encorajamento, alívio ou consolo, assim como pode ser encarado como uma circunstância em que as necessidades fisiológicas e a homeostase do indivíduo estão mantidas e este consegue desempenhar os seus papéis do quotidiano, encontrando-se portanto em perfeita harmonia com o ambiente. Acrescente-se também que para obter o sentimento de conforto, é necessário que o indivíduo experimente a ausência de dor, problemas, miséria e ausência de incapacidade de desempenhar as suas funções e tarefas.

Pelo contrário, MORSE (1992) cit. por MUSSI (1996), considera que para a obtenção de conforto, é necessário um estado intermédio de desconforto, em que os cuidados de Enfermagem se centrarão na assistência à pessoa para lhe promover bem-estar e conforto em qualquer estado de saúde ou doença, ou face à iminência de morte. Claro que todas as medidas implementadas pela Enfermagem visam prevenir a ocorrência de um desconforto potencial, atenuar ou reverter a experiência de um desconforto já existente.

Neste sentido, Kathy Kolcaba – uma grande impulsionadora da importância do conforto na prática de Enfermagem – criou a *Teoria do Conforto*, há cerca de 25 anos, quando completava o seu mestrado. Começou por analisar o conceito de conforto e caracterizou-o em três tipos: **calma** (estado de tranquilidade ou satisfação), **alívio** (estado de possuir um desconforto específico aliviado) e **transcendência** (estado no qual alguém está acima dos problemas ou dor). Segundo a autora, estes três tipos de conforto surgem como uma necessidade inerente à sobrevivência do indivíduo e

inserem-se em quatro contextos de experiência: físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural. O contexto físico diz respeito às sensações do corpo da pessoa; o psicoespiritual designa a consciencialização por parte da pessoa do seu interior, isto é, da sua auto-estima, conceito, sexualidade e significado da vida do indivíduo; o contexto ambiental reporta ao próprio ambiente em que decorre a vida, abrangendo a luz, barulho, ambiente, cor e temperatura; o contexto sociocultural corresponde às relações interpessoais, familiares e sociais (MUSSI, 1996).

O conforto compreende assim vários aspectos que se inter-relacionam formando uma grade bidimensional que representa o conforto na sua perspectiva holística. O primeiro patamar da grade corresponde à intensidade das necessidades satisfeitas e não satisfeitas para a obtenção da calma, alívio e transcendência, referidos anteriormente. O segundo patamar retrata os graus de necessidade de conforto internos ou externos, de natureza física, psicoespiritual, ambiental e social. Quando estes dois patamares se sobrepõem, as necessidades são encontradas e assim é possível obter a experiência de conforto (MUSSI, 1996).

Através deste pressuposto, Kathy Kolcaba propôs um instrumento de medida do conforto, denominado *General Comfort Questionnaire*. Este permite avaliar a efectividade das intervenções de Enfermagem implementadas com o intuito de promover o conforto, aferindo-se o grau de conforto da pessoa à medida que as necessidades identificadas como alteradas vão sendo atendidas.

## **ii. Teoria das Relações Interpessoais**

Hildegard Peplau teve uma grande importância para o desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina e profissão, sendo actualmente reconhecida como a “mãe da Enfermagem Psiquiátrica”, uma vez que em 1952 criou a *Teoria das Relações Interpessoais*, que enfatiza a importância da relação estabelecida entre o Enfermeiro e a pessoa. Peplau define a Enfermagem como *um relacionamento humano entre um indivíduo enfermo ou necessitando de cuidados de saúde, e uma enfermeira especialmente instruída para reconhecer e responder à necessidade de ajuda*. Mais, define a Enfermagem Psicodinâmica como sendo capaz de *compreender o comportamento de uns para ajudar outros a identificar as dificuldades sentidas e a*

*aplicar princípios de relações humanas aos problemas que surgem em todos os níveis de experiência* (ALLIGOOD e TOMEY, 2004).

Peplau serviu-se dos conhecimentos que possuía sobre ciência comportamental, os quais permitiram que *a enfermeira começasse a afastar-se de uma orientação da doença para outra através da qual o significado psicológico dos eventos, sentimentos, e comportamentos podiam ser explorados e incluídos nas intervenções de enfermagem*, dando portanto oportunidade a que os clientes pudessem abordar e explorar os seus sentimentos (ALLIGOOD e TOMEY, 2004).

A sua teoria veio assim descentralizar o pensamento de que o Enfermeiro age sobre a pessoa, tornando-se esta num “objecto” que recebe passivamente os cuidados de Enfermagem. A pessoa tornou-se parceira interdependente da acção de Enfermagem (ALLIGOOD e TOMEY, 2004).

Os pressupostos da *Teoria das Relações Interpessoais* foram os conceitos de desenvolvimento e de crescimento, já abordados nos estudos de Erick Fromm e Harry Sullivan, assim como a *Teoria das Motivações* de Maslow e a *Psicosexualidade* de Freud com a descoberta do inconsciente (ALLIGOOD e TOMEY, 2004). O processo interpessoal descreve o desenvolvimento de quatro fases da relação entre o enfermeiro e a pessoa a quem presta cuidados: *orientação, identificação, exploração e resolução*. Durante a fase de orientação, a pessoa/cliente sente uma determinada necessidade e procura ajuda profissional. Identifica e reconhece essa necessidade juntamente com o Enfermeiro – já que os objectivos devem ser delineados pelos dois, pois se estes não forem harmoniosos, os resultados também não serão – e este determina a ajuda (ALLIGOOD e TOMEY, 2004). Na fase de identificação, a pessoa identifica-se com aquele que o vai ajudar, nascendo assim a relação entre esta e o Enfermeiro. A exploração de sentimentos com vista a ultrapassar a experiência de doença e a restabelecer forças, laços e a reorientar os sentimentos fornece assim a satisfação de que a pessoa necessita. Na fase de exploração, através de toda a força e incentivo fornecido pelo Enfermeiro, a pessoa retira toda a valia da relação que se estabelece entre eles. São traçados novos objectivos a atingir, enquanto ainda são atingidos os objectivos recém propostos. Na última fase da relação interpessoal – resolução – todas as outras fases foram ultrapassadas com sucesso e foram satisfeitas as necessidades anteriormente alteradas (GEORGE, 2000). A pessoa coloca de parte os objectivos antigos e ela própria

é capaz de elaborar os seus objectivos. O facto permite que esta se liberte da identificação com o Enfermeiro, realizada na primeira fase do processo interpessoal (ALLIGOOD e TOMEY, 2004).

Peplau identifica ainda alguns papéis do Enfermeiro que vão-se modificando de acordo com as diferentes fases da relação interpessoal. São estes: papel de estranho, papel de pessoa de recurso, papel de professor, de líder, de substituto e conselheiro. Os dois primeiros fazem parte da primeira fase da relação, a fase de orientação, na qual o Enfermeiro e a pessoa são estranhos e portanto, este deve tratar a pessoa com cortesia, sem pré-julgamentos e como sendo emocionalmente capaz. Representa um papel de recurso, na medida em que atenua a ansiedade da pessoa relativamente ao seu tratamento, respondendo a questões sobre o mesmo e sobre a doença. O papel de professor e líder surge quando o Enfermeiro desenvolve na pessoa *a capacidade de querer e de usar*, ajudando-a a cooperar e a participar activamente no seu restabelecimento (ALLIGOOD e TOMEY, 2004).

Os papéis de substituto e conselheiro surgem por fim na última fase do processo interrelacional, na qual pela definição dos objectivos pessoais da pessoa em detrimento de antigos objectivos, o Enfermeiro é colocado num papel de substituto. Assim, o aconselhamento tem o propósito de ajudar a pessoa a lembrar e compreender totalmente o que lhe está a acontecer na situação actual, para que possa integrar e não dissociar as experiências vividas (ALLIGOOD e TOMEY, 2004).

Em suma, pode-se afirmar que a teoria de Peplau sobre as relações interpessoais cria uma forma única de compreensão do relacionamento que se estabelece entre o Enfermeiro e a pessoa, pois este relacionamento faz parte da própria natureza da Enfermagem, representando assim a visão holística, na qual a experiência, expectativas, valores e crenças do sujeito devem ser valorizadas (GEORGE, 2000).

### **iii. As teorias e sua pertinência para o estudo**

No que diz respeito a este estudo concreto, às questões a que se pretendem dar resposta e a todas as conclusões obtidas através deste, todos eles têm por meta planear, delinear e implementar intervenções de Enfermagem concretas e eficazes para a problemática estudada. Pode-se dizer por outras palavras que por um lado, o estudo pretende despoletar uma visão mais focada e integrada para o consumo e abuso de substâncias

## Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa

por um lado, e por outro promover a visão holística que se tem da pessoa que consome estas substâncias e não apenas a visão convergente da doença.

Neste sentido, a introdução da *Teoria do Conforto* de Kathy Kolcaba enquadra-se com bastante pertinência, uma vez que aplicando os pressupostos da sua teoria, a actuação do Enfermeiro junto do estudante que consome substâncias tem por vista obter o conforto pois neste caso específico, pode-se dizer que esta necessidade se encontra em desequilíbrio.

Assim, a implementação eficaz do Processo de Enfermagem – que engloba a colheita de dados, identificação de diagnósticos de Enfermagem, definição de objectivos, planeamento e implementação das acções precedidos da avaliação final – devem ter em conta não apenas o hábito de consumo por parte dos estudantes do Ensino Superior, mas também todas as dimensões que fazem parte deste, na sua perspectiva holística e que os leva a consumir tais substâncias, pois como foi referido, *para o sentimento de conforto, é necessário que o indivíduo experimente a ausência de dor, problemas, miséria, e ausência de incapacidade de desempenhar as suas funções e tarefas*. O conforto deve ser compreendido na sua total dimensão (MUSSI, 1996). Neste caso específico, o conforto pode ser encarado como a ausência de consumo na sua generalidade ou concretamente a ausência do consumo de substâncias como forma de “*escape*” a todas as tensões que o Ensino Superior origina e a própria fase de vida pela qual o estudante passa.

Neste sentido, surge a importância da *Teoria das Relações Interpessoais* de Peplau, pois é impossível que o Enfermeiro promova o conforto através das suas intervenções se não existir uma relação com a pessoa. Melhor, poder-se-á dizer que o cuidado de Enfermagem não se pode iniciar se não se estabelecer uma relação entre ambos, nem a procura de ajuda por parte da pessoa/cliente ou mesmo sem a intervenção directa do Enfermeiro em campo.

A importância dada aos sentimentos e emoções da pessoa na sua teoria permite que o Enfermeiro incentive e crie um ambiente propício para que ambos explorem e compreendam as verdadeiras razões do consumo de substâncias, e definam os objectivos que pretendem que sejam atingidos.

Aplicado a este estudo concreto, pode-se definir uma estreita reciprocidade entre ambas as teorias, uma vez que a partir da aplicação de uma, é possível a aplicação da outra, no sentido em que estabelecendo-se a relação enfermeiro-pessoa é possível que se implementem as medidas de Enfermagem necessárias para que juntos encontrem o equilíbrio e a satisfação de todas as dimensões das quais é possível obter o conforto desejado.

## **2. As Substâncias Aditivas**

“Consumir drogas é uma prática humana, milenar e Universal” (BÉRIA *et al*, 2001). De acordo com o *IDT.*, o termo “droga” serve de referência a um grande número de substâncias capazes de surtir efeitos no indivíduo aos níveis do pensamento e da percepção, com a capacidade de produzir dependência. Substituir-se-á então este conceito de “drogas” pelo termo “substâncias psicoativas”

Dentro das diversas classificações existentes, as drogas podem ser divididas em lícitas e ilícitas: as drogas lícitas são aquelas permitidas por lei e compradas de forma legal. Como exemplo, pode referir-se o tabaco ou o álcool. Por outro lado, drogas ilícitas são aquelas cuja comercialização é proibida legalmente, sendo também conhecidas por “estupefacientes” como é o caso da *cannabis*, heroína ou cocaína.

### **i. Cannabis**

A *Cannabis sativa L.* é uma planta que contém mais de 400 componentes químicos, distinguindo-se particularmente cerca de 60, que são de origem *cannabinóide*. No entanto, o processo farmacológico da maior parte deles ainda é desconhecido, sabendo-se ainda assim, que o agente psicoactivo mais potente desta planta é o *9-tetra-hidrocannabinol* (THC), responsável pela actividade psicotrópica e classificado como estupefaciente (ANGEL *et al*, 2002).

A *cannabis* – que continua a dominar os mercados mundiais de drogas ilícitas não só em termos de cultivo, como em relação à produção e número de consumidores – é comercializada sobretudo sob duas formas: *marijuana*, produzida através das folhas, flores e sementes secas da planta e o *haxixe*, constituído pela resina produzida pela planta. Este último, além de poder ser fumado, também pode ser consumido em *space-*

## Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa

*cakes* – uma forma de bolo cujo ingrediente é constituído por *cannabis* – capazes de produzir efeitos mais prolongados e potenciadores (ANGEL *et al*, 2002;). Outra forma possível de consumo, ainda que pouco conhecida, é o óleo de haxixe extraído da resina da planta e posteriormente evaporado através do uso de um solvente (SCHUCKIT, 1998).

Há cerca de 4 anos que a prevalência de consumidores de drogas se tem mantido, com percentagens a rondar os 4,7% a 5%, o que significa que em média, 1 pessoa com idade compreendida entre 15-64 anos, em cada 20, consumiu drogas nos últimos 12 meses. Se tivermos em conta os consumidores problemáticos com adição marcada, esse número baixa para 0,6%. (EMCDDA)

Apesar de ter havido uma diminuição da produção de *cannabis*, os níveis de THC têm vindo a aumentar. A nível mundial, os últimos dados dos anos de 2006 e 2007 apontam para cerca de 165,6 milhões de pessoas (3,9%) que já consumiram *cannabis*, deixando muito atrás a segunda droga ilícita mais consumida, as anfetaminas, com um consumo de 24,7 milhões de pessoas (0,6%) (EMCDDA).

Estudos de 2001 concluíram que em Portugal, cerca de 1500 pessoas das 32000 que consomem *cannabis* foram tratadas por problemas de abuso. O *II Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Portuguesa* constatou que, no ano de 2007, 11,7% da população, das quais 17% (entre 15-34 anos) consumiram *cannabis* ao longo da sua vida, sendo que, relativamente aos 30 dias anteriores ao estudo, as percentagens foram de 2,4% e 4,7%, respectivamente.

Relativamente a óbitos registados no mesmo ano, foram 31 os casos com resultado positivo toxicológico por substâncias cannabinóides, sendo que o número aumenta para 105 associado com outras substâncias. Este número acaba por se traduzir num aumento de 81% das ocorrências relativamente ao ano anterior.

Após alguns anos de estudo sobre a estrutura do THC, passou-se para a etapa seguinte, a de identificar as zonas do cérebro onde tal componente actua para potenciar determinados efeitos. Descobriram-se então os receptores cerebrais para os cannabinóides, designados por CB1, em que a sua distribuição cerebral no sistema límbico, hipocampo, córtex e tálamo, é capaz de explicar as propriedades farmacológicas correspondentes aos cannabinóides (RAMOS e FERNANDÉZ, 2000).

## Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa

Posteriormente, foi identificado outro grupo de receptores cannabinóides, os CB2, estando estes principalmente relacionados com o sistema imunitário, localizado particularmente no baço (RAMOS e FERNANDÉZ, 2000).

O sistema endocannabinóide humano, do qual os receptores anteriormente referidos fazem parte, contribui para o desenvolvimento neurológico. A *cannabis* interage negativamente com este sistema, levando a uma disfunção cognitiva, o que conseqüentemente, potencia o risco de psicose. Este facto é cada vez mais encarado como verdadeiro, assumindo-se portanto o uso de *cannabis* como um factor que poderá levar a episódios psicóticos . É assim reconhecido que o uso da *cannabis* poderá conduzir a problemas relacionadas com o foro da saúde mental. Muitos destes efeitos estão relacionados com a dose, mas existem factores como a idade jovem, a predisposição para patologia mental e a personalidade que podem exacerbar tais efeitos (FONSECA e NAVARRO, 2000).

Um dos principais efeitos das substâncias cannabinóides é a alteração do humor, através de estados de euforia ou sentimentos de relaxamento, no entanto ataques de pânico ou crises de ansiedade também poderão ocorrer. Relativamente a um uso ocasional, os autores referem que ocorrem sentimentos de bem-estar e euforia, risos inadaptados e loquacidade ou, de uma forma oposta, sedação, falta de memória, diminuição dos movimentos motores e sentimento de lentificação do tempo (ANGEL *et al*, 2002). Quando o uso se torna prologando e frequente, poderão ocorrer perturbações no plano psíquico (crises de ansiedade) ou no plano neuropsicológico (amnésia), dividindo-se em 4 possíveis conseqüências:

- **Crises de pânico** – principalmente em pessoas que apresentam previamente um contexto de ansiedade crónica;
- **Síndrome “amotivacional”** – caracteriza-se por ocorrer um desinteresse nas actividades quotidianas, juntamente com um embotamento intelectual e afectivo e com défice mnésico;
- **Ação sobre a memória** – esta conseqüência é potenciada pela associação frequente de *cannabis* com o álcool, induzindo episódios de perturbações da memória imediata;

- **Psicose *cannábica*** – esta divide-se em síndrome confusional aguda, síndrome esquizofreniforme e psicose psicótica crónica. Na primeira, ocorrem alterações sensoriais, com a possibilidade de alucinações do tipo visuais ou cinestésicas, ideias delirantes do tipo persecutório, perturbações da memória para acontecimentos recentes, agressividade, labilidade emocional e irritabilidade. Estes sintomas surgem sem pródromos, de uma forma bastante rápida. Por outro lado, a síndrome esquizofreniforme identifica-se através de sintomas de ideias de perseguição e sentimento de hostilidade para com as pessoas próximas (experiência paranóide). Em raras situações, ocorrem também ilusões ou alucinações. Ainda assim, a recuperação é rápida, não existindo regra geral, perturbações do curso do pensamento como na esquizofrenia. Por fim, a psicose psicótica crónica é uma perturbação onde a sintomatologia é douradora e bastante variável na sua expressão.

## **ii. Outras Drogas**

A cocaína é uma substância capaz de estimular diferentes níveis do SNC. Juntamente com este, o sistema cardiovascular também é afectado pelo uso desta substância, evidenciado pelo aumento da frequência cardíaca. Em Portugal, é a segunda substância ilícita mais consumida logo a seguir à *cannabis*, tendo aumentado nos últimos anos. (IDT, 2007) São diversos os efeitos que provoca, dos quais se podem destacar a diminuição da fadiga, o aumento do desejo sexual e a redução do apetite. O seu consumo poderá levar a problemas de saúde sérios como a destruição do septo nasal (se *sniffada*), hemorragia cerebral (se for associada hipertensão arterial ao consumo) e fibrilhação, com consequente paragem respiratória / morte. Relativamente a problemas do foro da saúde mental, esta substância poderá provocar psicoses e perturbações delirantes.

O *Ecstasy* (3,4-metilenodioximetanfetamina) é uma substância que deriva da anfetamina e tem vindo a ganhar visibilidade nos últimos anos. Desde 2001 até 2007, houve um aumento de 1,2% (para os 2,6%) de consumo desta substância na idade adulta-jovem (15-24). As suas propriedades psicoactivas diferem, mas a sua acção estimulante e activadora provoca, regra geral, aumento da tensão arterial, taquicardia, xerostomia, elevação do estado do humor e diminuição da fadiga. Entre outros problemas graves

## Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa

associados, podemos destacar o perigo desta substância em potenciar alterações de longa duração do funcionamento das células nervosas ricas em serotonina, assim como colapso sistémico hepático, renal e cardiovascular.

O sulfato de racemato anfetamina – vulgarmente designado de anfetamina – foi sintetizado em 1887 e introduzido na prática clínica em 1932 como inalante vendido sem prescrição médica para o tratamento da congestão nasal e asma. Actualmente, é utilizada no tratamento da obesidade, depressão, distímia, síndrome de fadiga crónica, síndrome da imunodeficiência adquirida e como terapia complementar para a depressão resistente ao tratamento para drogas. Na gíria, as anfetaminas são comumente chamadas de *ice*, *crystal* e *speed*. Como classe geral, são denominadas de analépticos, simpaticomiméticos, estimulantes e psicoestimulantes (KAPLAN e SADOCK, 2007), podendo provocar alterações a nível comportamental e psicológico, tais como: euforia ou embotamento afectivo, alterações da sociabilidade, hipervigilância, sensibilidade interpessoal, ansiedade, tensão ou cólera, comportamentos estereotipados, défice de discernimento e funcionamento social/ocupacional (FAUMAN e M.D., 2002).

O LSD ou *dietilamida de ácido lisérgico* é um alucinogéneo sintético clássico também chamado de psicadélico ou psicomimético. Embora a maioria das substâncias alucinogénicas possuam diversos efeitos farmacológicos, concorda-se que actuam sobre o sistema serotoninérgico, seja como antagonista ou agonista. Concretamente, acredita-se que o LSD actua como agonista parcial nos receptores de serotonina pós-sinápticos (KAPLAN e SADOCK, 2007). Os seus efeitos podem variar, de acordo com a personalidade do indivíduo, com o contexto e com a qualidade do produto. Pode assim provocar ilusões, alucinações auditivas e visuais, aumento da sensibilidade sensorial, sinestésias, experiências místicas, *flashbacks*, paranóia, alteração da percepção espacial e temporal, pensamento desordenado, confusão, actos auto e hetero agressivos. Pode ainda provocar sensação de bem-estar, euforia alternada com angústia, pânico, ansiedade, depressão, perturbações da memória e em casos mais graves, psicoses quando acontecem as chamadas “más viagens”.

### 3. Comportamento aditivo e factores desencadeantes

A obra intitulada “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*” – DSM-IV – apresenta-nos uma panóplia de termos e definições relacionados com a área da saúde mental. Como tal, podemos encontrar palavras de abuso e dependência de substâncias, tendo em conta que a dependência de substâncias resulta de um uso compulsivo (FAUMAN e M.D., 2002).

A necessidade pelo prazer e pela gratificação pessoal é algo comum em todos os seres humanos, sendo particularmente importante a necessidade de sentimento de satisfação física. No entanto, a gratificação psicossocial através das relações humanas, actividades e emprego satisfatório também é algo necessário para um estado de espírito são e equilibrado (BECK *et al*, 1993). De uma forma espontânea, o comportamento aditivo poderá ser pensado como a procura da dita gratificação. E o que uma vez foi experimentado como prazer, tornar-se uma obsessão, compulsão, algo incontrolável. O objecto de gratificação pessoal – independentemente da substância – torna-se tão central na vida da pessoa que continua a ser procurado apesar do perigo para a saúde física e mental, sociedade e família (BECK *et al*, 1993).

Vários são os factores que estão associados à predisposição para o consumo de drogas. Actualmente não existe uma teoria singular que possa explicar adequadamente a etiologia deste problema, no entanto, a interacção entre vários elementos formam um complexo de determinantes que influenciam a susceptibilidade de cada pessoa para abuso de substâncias (TOWNSEND, 2006).

#### i. Factores Biológicos

A presente hipótese biológica refere que aparentemente existe uma componente hereditária no desenvolvimento de perturbações de uso de substâncias. Esta situação é mais evidente no alcoolismo quando comparado ao consumo de drogas psicoativas, visto que filhos de pessoas com problemas relacionadas com o alcoolismo têm uma probabilidade três vezes maior de terem esses mesmos problemas. (TOWNSEND, 2006).

## **ii. Factores Bioquímicos**

Relativamente aos factores bioquímicos, estes referem que as drogas são susceptíveis de criar elevada dependência física e psicológica devida à sua própria constituição e acção no cérebro. (TOWNSEND, 2006).

## **iii. Factores Fisiológicos**

Nestes distinguimos as influências do desenvolvimento e a personalidade. A abordagem psicodinâmica conceptualiza o comportamento aditivo como uma dependência psicológica extrema. Na linha das teorias psicanalíticas surge a ideia de que os indivíduos que desenvolvem vícios em substâncias não ultrapassaram o estágio oral com sucesso, sendo que as necessidades de dependência não foram adequadamente satisfeitas durante essa mesma fase. (NEEB, 2000).

Alguns traços da personalidade do indivíduo, como a baixa auto-estima, passividade, estados depressivos frequentes, incapacidade em comunicar eficazmente com os pares e incapacidade para relaxar estão tendencialmente associados a predispor um comportamento aditivo de substâncias. Uma personalidade anti-social também aparenta ser uma das características evidentes da pessoa que abusa de substâncias, ainda que não existam certezas quanto a este facto, visto que esta característica poderá ter sido adquirida como resultado da adição. (NEEB, 2000).

## **iv. Factores Socioculturais**

Os efeitos de imitação, modelação e identificação do comportamento são observados desde o início da infância – aprendizagem social. Relativamente ao consumo de drogas, parece existir uma grande influência da família, visto alguns estudos demonstrarem maior probabilidade do consumo de substâncias por parte de crianças e adolescentes nos casos em que os pais apresentam esse mesmo modelo de consumo (BECK *et al*, 1993).

Os adolescentes são mesmo considerados, um dos três grupos populacionais de preocupação relativamente ao consumo e abuso de substâncias. Os comportamentos de risco consistentes com o desejo de separação dos pais e de independência, bem como a vontade de explorar e vivenciar novos papéis justificam a preocupação com esta fase etária (BECK *et al*, 1993).

## **Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa**

As influências étnicas e culturais de cada um são factores que potenciam igualmente ao estabelecimento de determinados hábitos de consumo de substâncias, pois só assim o indivíduo é aceite no meio.

É pertinente definir o conceito de “uso”, sendo este considerado como o emprego, utilização, hábito ou costume de algo.

Assim, LOMBA (2006) refere que existem vários tipos de uso/consumo de substâncias: o uso social, socialmente aceitável e realizado na companhia de outras pessoas; o uso recreativo, tanto em circunstâncias relaxantes como sociais sem complicações adjacentes ao mesmo; o uso controlado, onde existe, salvando-se a redundância, um controlo por parte do consumidor, sem compulsividade nem interferência na vida quotidiana do mesmo e; o uso experimental, referindo-se a episódios esporádicos e não persistentes.

Para LOMBA *et al* (2006) o uso de drogas é o resultado de algo multicausal e não apenas determinado pela presença de um único factor, estando em causa a relação de três variáveis: o consumidor (características psicológicas), o ambiente que o rodeia e a droga (propriedades farmacológicas). Por outro lado, existem factores sociais e individuais capazes de reduzir a probabilidade de consumir drogas, os designados factores de protecção. A dinâmica estabelecida entre estes factores e os factores de risco irá desencadear o desenvolvimento saudável ou não saudável do jovem.

Por outro lado, devem ser considerados os factores de protecção do consumo de substâncias aditivas. ROVIRA, cit. por LOMBA (2006) destaca a religião e a família como factores de protecção. A religião, com especial ênfase no cristianismo, ensina a dominar e a suprir os desejos que não sejam éticos, morais ou que sejam contra a coesão social, o que poderá assim explicar o seu efeito protector para o consumo de drogas. Por sua vez é no seio familiar que o indivíduo desenvolve as suas crenças, atitudes, valores e estilos de vida e comportamentos. Desta forma, o contexto familiar é uma área preventiva que fortalece os factores de protecção e diminui os factores de risco para o consumo de drogas. Quanto mais distante de drogas estiver o estilo paternal, menos probabilidade de consumo existe por parte do indivíduo (LOMBA *et al*, 2006).

Ainda que, de acordo com FARATE (2000), não exista um consenso quanto à ligação entre o estatuto sócio-económico e o consumo de drogas por parte dos adolescentes, a

verdade é que *as dificuldades materiais e culturais acentuam as crises familiares e expõem os jovens a prejuízos sociais.*

#### **4. Adolescência e consumo no Ensino Superior**

De facto, existe um confronto entre os factores de risco e de protecção e é a partir deste confronto que se define o estilo de vida seguido pelo jovem. O estilo de vida, juntamente com os comportamentos adoptados por este, forma os determinantes essenciais para saúde, doença, incapacidade/deficiência e mortalidade prematura. Os jovens neste aspecto particular, e mais especificamente durante a adolescência, apresentam em grande número, um conjunto de comportamentos perigosos. Tendo por base a *Teoria Psicossocial* de Erik Erikson, a busca da identidade pessoal é a principal tarefa de desenvolvimento durante a fase da adolescência. À medida que os adolescentes necessitam de relacionamentos próximos com os amigos, de estabelecer contactos sociais ou, em sentido oposto, permanecer socialmente isolados, vão trabalhando na independência emocional dos pais. Surgem as escolhas sobre o futuro, sobre os estilos de vida, sendo o apogeu de decisões sobre o seu próprio sistema ético baseado em valores pessoais. A busca da identidade continua através do grupo, pela necessidade de aceitação e estima, sendo esta noção de grupo que fornece ao adolescente o senso de aprovação e de pertencer a algo (PERRY e POTTER, 2006). Por tudo isto, a adolescência surge como um período crítico para o primeiro consumo de drogas.

Outro período susceptível de grandes alterações é o ingresso no Ensino Superior. Como referem CLAUDINO e CORDEIRO (2006), a fase académica exige por parte do jovem o desempenho de um papel árduo, repleto de responsabilidades que irão fazer parte da sua vida futura, enquanto estudante e mais tarde enquanto profissional. Esta é a fase em que, mais que nunca, o jovem adulto deve ser capaz de organizar a sua vida sem o auxílio da família, com tudo o que a ela é inerente, desde a capacidade de gerir o seu tempo e recursos, e o desenvolvimento da sua autonomia e identidade. Mais do que isso, a entrada no mundo académico confronta o jovem com a necessidade de estabelecer novos relacionamentos interpessoais, a necessidade de se enquadrar no próprio clima social académico, assim como a necessidade de ter sucesso neste âmbito (MOREIRA,

**Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa**

2007). Todos estes aspectos levam portanto à necessidade de criar determinados mecanismos de adaptação para desempenhar os diferentes papéis com êxito (CLAUDINO e CORDEIRO, 2006). Os autores referem ainda que a incapacidade de criar esses mecanismos de adaptação pode desencadear determinadas respostas, podendo-se salientar os estados depressivos e a ansiedade que interferem em grande com as relações sociais e o bem-estar, bem como o refúgio no consumo de substâncias aditivas.

Em suma, podemos afirmar que a nova etapa caracterizada pela entrada no Ensino Superior trás novos desafios e tarefas aos estudantes que se pauta pela experiência de situações novas, situações estas que exigem uma autonomia em relação à família e o confronto com novas exigências e expectativas (CARDOSO *et al*, 2006).

### III. FASE METODOLÓGICA

Após a fase conceptual realizada, inicia-se outro capítulo, correspondente à fase metodológica. Neste capítulo é dado o mote para a definição do objecto de estudo, onde a fase metodológica irá precisar como o fenómeno em estudo foi integrado num plano de trabalho, apresentando e descrevendo o processo que permitiu obter os resultados da investigação (FORTIN, 1999).

#### 1. Desenho e Tipo de Estudo

O desenho do estudo, que consiste num plano lógico elaborado e utilizado pelo investigador para obter respostas às questões de investigação, apresenta-se neste trabalho como sendo quantitativo, uma vez que envolve um processo *sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis* (FORTIN, 1999, p. 22), delimitados pela objectividade, controlo das variáveis e generalização dos resultados, que são obtidos através *da análise dessa informação* com a utilização de *procedimentos estatísticos* (POLIT e HUNGLER, 2004, p.18).

É o nível dos conhecimentos do domínio em estudo que determina qual o processo de investigação a enveredar. No que respeita a este trabalho, estamos perante um estudo na área exploratória-descritiva, mais especificamente num estudo tipo descritivo uma vez que se pretende descrever as características de determinada população ou fenómeno ou estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2004).

Em suma, trata-se de um estudo do tipo descritivo transversal, uma vez que nele ocorre a descrição da relação existente entre as variáveis em estudo, num determinado grupo e período de tempo, com um risco acrescido de enviesamento devido à temática do tema e sendo apenas válido para esta população.

#### 2. Questões de Investigação

De acordo com Fortin (2003, pp.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.*”

## **Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa**

Partindo assim do problema de investigação acima em epígrafe, foram formuladas duas questões e três sub-questões de investigação, que são as seguintes:

- **Q1** Existem consumos de substâncias cannabinóides nos estudantes de enfermagem da UFP ?
  - **sQ1** Quais os consumos de substâncias cannabinóides dos estudantes do 1º e 4º anos da licenciatura em enfermagem da UFP ?
  - **sQ2** Saber se há disparidade de consumos de substâncias cannabinóides entre os alunos do 1º e 4º anos da licenciatura em enfermagem da UFP.
- **Q2** Quais as razões que os estudantes de enfermagem da UFP acreditam levar ao consumo de substâncias cannabinóides no Ensino Superior?
  - **sQ1** Perceber se existem diferentes razões entre os alunos do 1º e 4º anos.

### **3. Objectivos de Investigação**

Segundo Fortin (2003), *“os objectivos precisam exactamente o que o investigador tem intenção de realizar no seu estudo.”*

Por conseguinte, os objectivos, que são formulados a partir das questões e sub-questões de investigação, apresentam-se de seguida:

- **O1** Identificar consumos de substâncias cannabinóides nos estudantes de enfermagem da UFP;
- **O2** Contrastar o consumo entre os alunos do 1º e 4º anos da licenciatura em enfermagem da UFP;’
- **O3** Identificar se há aumento de consumos;
- **O4** Identificar possíveis razões para o aumento de consumos;

## **Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa**

- **O5** Identificar as razões que os estudantes de uma licenciatura em enfermagem da UFP acreditam poder levar ao consumo de substâncias cannabinóides no Ensino Superior.

Segundo Fortin (2003, p.17) a investigação científica é “(...) *um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação.*”

A nível pessoal também foram traçados alguns objectivos que de seguida serão explanados:

- Elaborar um enquadramento teórico completando-o e tornando-o o mais pertinente possível, relacionando a importância das teorias de Enfermagem com o presente estudo;
- Ampliar o conhecimento acerca de diversas substâncias aditivas, com maior incidência da cannabis e o seu consumo nos jovens;
- Aperfeiçoar os conhecimentos e competências ao nível da utilização do programa informático Microsoft Office Excell.
- Analisar/interpretar correctamente e eficazmente os resultados obtidos com o estudo realizado.

### **4. População, Amostra e Plano de Amostragem**

A população alvo é aquela *que o investigador quer estudar e para a qual deseja fazer generalizações* e a amostra não é mais que *um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo, sendo uma réplica em miniatura da população alvo* (FORTIN, 1999, p.41).

Neste estudo, a população-alvo é representada por estudantes inscritos no 1º e no 4º anos da licenciatura em Enfermagem da UFP, Porto.

Relativamente ao plano de amostragem, que indica a estratégia adoptada para seleccionar a amostra, pode afirmar-se que o método seleccionado foi a amostragem acidental, definida como "amostra do tipo não probabilístico em que os elementos que

## Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa

compõe um subgrupo são escolhidos em razão da sua presença num local, num dado momento" (FORTIN, 1999)

A amostra foi então constituída por um total de 50 sujeitos inseridos na população alvo supracitada, estabeleceram-se como critérios de inclusão o facto de o estudante estar inscrito no 1º ano da já mencionada licenciatura e no 4º da mesma. Outro factor de inclusão era estar presente na sala de aula no momento da entrega dos questionários. Os critérios de exclusão foram o não preenchimento dos questionários e ter preenchido o pré teste.

### 5. Variáveis

Dos vários conceitos que a investigação engloba, surge o termo variável, representando propriedades, qualidades ou características de pessoas, objectos ou situações que são estudadas numa determinada investigação, podendo tomar diversos valores para exprimir diferenças ou quantidades (FORTIN, 1999). De uma forma sucinta, de seguida se apresentam as variáveis presentes neste estudo.

<b>Tabela 1 - Definição das variáveis do estudo</b>	
<b>Grupo de Variáveis</b>	<b>Discriminação das variáveis</b>
Atributo	- Idade - Género - Ano de Licenciatura - Agregado habitacional
Independentes	- Idade de primeira experiência - Contexto da primeira experiência - Tipo de Ensino escolar que frequentava
Dependente	- Consumo de cannabis

## Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa

O primeiro grupo de variáveis designa-se por atributo e são *características dos sujeitos de um estudo, que serve para descrever uma amostra* (FORTIN, 1999, p.37). Não obstante, e a par do segundo grupo, estas variáveis assumem neste estudo igualmente a vertente de serem as independentes. O terceiro grupo é composto pela variável dependente, que é a que sofre *o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente* (FORTIN, 1999, p.37).

A operacionalização de variáveis termina quando se estabelecem as definições operacionais para cada variável em estudo. Segundo FORTIN (1999) este processo permitirá fornecer significados a um constructo ou conceito, tendo em conta os indicadores empíricos e assim proceder à medição das variáveis. Desta forma, as definições operacionais estabelecidas para este estudo apresentam-se seguidamente:

**Nível de consumo de *cannabis*:** os níveis de consumo de substâncias *cannabinóides* são categorizados em 3 tipos: não se considera existir preocupação no consumo (quando o *score* se verifica entre 0 e 5); existem alguns problemas relativos ao consumo de *cannabis* (*score* compreendido entre 6 e 15 pontos); o consumo de *cannabis* encontra-se descontrolado (se o indivíduo obtiver um *score* igual ou superior a 16 pontos).

Tabela 2 - Scores de Know Cannabis Test	
Scores	Nível de consumo
0-5	Não existe uma razão ou preocupação imediata porque é um consumidor pouco frequente. Mas consumir drogas acarreta sempre riscos – e claro a <i>cannabis</i> não é não só inofensiva mas uma droga ilegal em Portugal.
6-15	Poderão já existir alguns problemas devidos ao consumo de <i>cannabis</i> , especialmente se o <i>score</i> está mais perto dos 15 pontos do que dos 6 pontos. Se ainda não existem problemas, irão desenvolver-se no futuro. Dever-se-á pensar sobre o consumo de <i>cannabis</i> e o impacto no quotidiano.
16 ou mais	O consumo de <i>cannabis</i> está a ficar descontrolado. Devido aos riscos de saúde e outros problemas, aconselha-se a parar o consumo – não deve tentar deixar antes da próxima semana ou na semana a seguir, mas deve fazer alguma coisa agora.

## 6. Método e Instrumento de Colheita de Dados

Poder-se-á afirmar que este trabalho baseia-se num inquérito, uma vez que este *designa toda a actividade de investigação no decurso da qual são colhidos dados junto de uma população ou porções desta com o objectivo de examinar atitudes, opiniões, crenças ou comportamentos desta mesma população podendo incidir sobre características individuais* (FORTIN, 1999, p.168). Podemos especificar dizendo que se trata de um inquérito epidemiológico, uma vez que aborda a ocorrência, a distribuição dos acontecimentos, problemas e estados de saúde em populações especificadas e dos seus determinantes (LAST, 1995).

Quanto ao sentido da análise, o inquérito assumiu características transversais, ou seja, foi realizado durante um curto espaço temporal, permitindo ter uma imagem instantânea do fenómeno estudado (SHAW *et al*, 2004).

O tipo de estudo que se escolheu, bem como o elevado número de elementos constituintes da amostra, obrigou a utilização de um questionário como instrumento de colheita de dados, uma vez que permite traduzir os objectos de um estudo com variáveis

## Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa

mensuráveis (FORTIN, 1999). Quanto às perguntas, estas foram do tipo fechada, uma vez que foi fornecido uma série de respostas para o indivíduo escolher (FORTIN, 1999).

O questionário, método de colheita de dados utilizado, é constituído por uma série ordenada de perguntas, que, além de ser respondido por escrito, deverá acontecer sem a presença do entrevistador (MARCONI e LAKATOS, 1990).

Além de algumas perguntas realizadas pelo investigador na construção do questionário, outras tantas fazem parte de um instrumento de medida/escala, que de seguida é abordada.

O *Know Cannabis Test* é um instrumento que foi desenvolvido no ano de 2000 pela *Jellinek Clinic*, em Amesterdão, sendo da autoria de R. Kerssemakers. Este teste permite prever o significado dado pelo indivíduo à *cannabis* e às múltiplas consequências do consumo desta substância, como o dinheiro gasto, a dependência e os problemas de saúde que daí advêm. Possui 16 questões, das quais, dependendo do *score* obtido, são feitas algumas recomendações acerca do consumo desta substância (EMCDDA, 2008).

Não foi encontrado um estudo de investigação que evidenciasse a validação e consolidação – e conseqüente sensibilidade, consistência interna e especificidade – deste instrumento. No entanto o EMCDDA reconhece-o como sendo eficaz e útil na identificação de alguns aspectos relacionados especificamente com a *cannabis*, de tal forma que se encontra num *link* público possibilitando o seu preenchimento e visualização dos seus respectivos conselhos.

De acordo com FORTIN (1999, p. 228), *a validade de um instrumento de medida demonstra até que ponto o instrumento ou indicador empírico mede o que deveria medir (...) e diz respeito à exactidão com que um conceito é medido*. No caso específico do presente trabalho, há que referir que o estudo torna-se válido apenas para a população que se pretende estudar, uma vez que para os ICD *Know Cannabis Test* não foi possível encontrar uma validação para a população portuguesa.

Outra questão necessária de ser abordada é o enviesamento, que não é mais que uma condição ou conjunto de condições capazes de falsear os resultados de um estudo e, conseqüentemente, prejudicar a sua generalização, sendo algo que se encontrava

subjacente a este trabalho, essencialmente devido à temática (FORTIN, 1999). Para controlar esta fonte de enviesamento, o investigador e um Professor, estiveram sempre presentes na sala aquando da entrega dos questionários aos estudantes, fazendo uma breve introdução aos mesmos, reforçando que o objectivo do estudo não é identificar consumos específicos e individuais, mas sim fazer uma caracterização populacional, com confidencialidade garantida. De igual forma, foi referido que o questionário é anónimo.

O pré-teste é uma etapa indispensável que deverá ser aplicado entre 10 a 30 indivíduos de forma a verificar se as questões são bem compreendidas ou não (FORTIN, 1999). Como tal, e devido à falta de pré-validação foi efectuado o pré-teste a 10 indivíduos, tornando assim possível a aplicação à amostra que se pretende estudar.

Para a análise e tratamento dos dados colhidos, foi utilizado o programa informático *Microsoft Office Excell 2007* para o sistema operativo Windows Vista.

## **7. Aspectos Éticos**

Com a evolução cada vez maior da tecnologia e dos cuidados de saúde, nomeadamente dos cuidados de Enfermagem, torna-se importante a presença da ética em todos os cuidados prestados.

Ética deriva do latim *ethica* sendo definida como a ciência da moral e a arte de conduta dos comportamentos. Podemos afirmar portanto que a ética engloba um conjunto de permissões e de proibições que possuem um enorme valor na vida dos indivíduos e através dos quais estes gerem a sua conduta no quotidiano.

Após a segunda grande Guerra Mundial nasceram vários códigos de ética, nacionais e internacionais, dos quais é importante destacar o *Código de Nuremberga*. Este código engloba todas as regras essenciais para respeitar no decurso de experiências com o ser humano, respeitando assim a sua dignidade (FORTIN, 1999).

De facto, o ser humano tem os seus direitos fundamentais. São estes: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e o direito ao tratamento justo e

leal (FORTIN, 1999). O direito à autodeterminação baseia-se no respeito pela pessoa e na capacidade que esta tem para decidir pelos seus próprios meios e como tal, o direito a decidir livremente sobre a sua participação numa investigação. O investigador não deve portanto utilizar outros meios que influenciem a pessoa na sua tomada de decisão. Da mesma forma, não pode sujeitar pessoas a investigação, não sabendo estas do ocorrido e sem o seu prévio consentimento informado (FORTIN, 1999). Assim, aos estudantes das Licenciaturas, Pós-Graduação e Mestrado não lhes serão incutidas a obrigação de participar no estudo, assim como a qualquer momento podem recuar da sua decisão de participarem no estudo. Podemos abordar o artigo 9º do “*Código de Nuremberga*” que refere que todos os participantes de uma investigação devem ser informados da sua autonomia de desistir da investigação em qualquer momento da mesma, sem ter que fornecer qualquer justificação, sem advir deste facto qualquer tipo de penalização ou prejuízo. Fazendo alusão ao *Código Deontológico do Enfermeiro* – que através dos seus artigos orienta os seus profissionais relativamente aos seus deveres e direitos – podemos ainda referir o artigo 84º que refere a obrigatoriedade de *b) respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado*. Tendo em consideração o referido, foi entregue aos participantes do estudo um documento que afirma o consentimento livre e esclarecido, tal como foi referido anteriormente.

O direito à intimidade é relativo ao direito que a pessoa tem sobre a quantidade e qualidade da informação que fornece ao investigador no âmbito do estudo, já que como refere FORTIN (1999), qualquer tipo de estudo realizado sobre os seres humanos é uma forma de intrusão na sua vida pessoal. A informação que o investigador colhe pode ser considerada íntima e privada quando relacionada com atitudes, valores, opiniões ou quaisquer outras informações fornecidas pelo participante no estudo. O *Código Deontológico do Enfermeiro* refere ainda no seu artigo 86º - no que refere à intimidade – o dever do Enfermeiro proteger a intimidade da pessoa e da sua família no exercício das suas funções.

O direito ao anonimato e à confidencialidade no âmbito de um estudo de investigação são protegidos quando a informação colhida pelo investigador, assim como os resultados obtidos não são susceptíveis de serem associados a determinada pessoa participante do estudo, nem pelo próprio investigador nem pelo leitor do *Relatório de Investigação*. Neste sentido, podemos referir o artigo 85º do *Código Deontológico do Enfermeiro*, que refere o dever do Enfermeiro para com o sigilo. Ou seja, este é

## **Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa**

obrigado a guardar sigilo relativamente às informações de que toma conhecimento acerca da pessoa no âmbito do exercício da sua profissão. Isto engloba também o dever do Enfermeiro em *manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados.*

O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo tem por base um princípio fundamental, o da beneficência. Assim, em qualquer momento do estudo o investigador não pode provocar aos participantes quaisquer tipo de desconfortos de ordem física, psicológica, legal e económica.

O direito a um tratamento justo e equitativo abrange todos os participantes do estudo antes, durante e após o percurso do mesmo. Assim, estes devem ser informados acerca da natureza do estudo, a duração do mesmo e o seu término. A escolha dos participantes apela a sua ligação ao problema de investigação e não na conveniência ou disponibilidade dos mesmos (FORTIN, 1999).

É ainda importante referir a relação riscos/benefícios advindos do estudo. O investigador deve ter em consideração todos os benefícios e perdas que podem advir do estudo para o sujeito, durante a preparação do mesmo. Este aspecto deve ainda ser discutido com os participantes, para que estes possam decidir se é do seu interesse ou não participar (FORTIN, 1999).

Em suma, a investigação aplicada aos seres humanos podem-lhes provocar determinados danos aos seus direitos fundamentais.

#### IV. FASE EMPÍRICA

##### 1. Apresentação dos Resultados

Este capítulo não é mais que a inclusão da informação proveniente dos dados e do seu respectivo tratamento, tomando como referência os objectivos do estudo. Quanto ao comentário das tabelas que é realizado, tem por base apenas as percentagens de resposta maiores e/ou os dados mais relevantes.

##### 2. Caracterização da amostra

Com o intuito de conhecer melhor o grupo que participou no estudo, inicia-se a apresentação dos resultados, apresentando-se primeiramente os dados relativos às variáveis sócio-demográficas, correspondentes à parte I do questionário.

<b>Tabela 3 - Distribuição dos estudantes por idade</b>			
	Amostra dos alunos do 1º ano	Amostra dos alunos do 4º ano	Amostra Total
Nº	25	25	50
Média	23,84	23,40	23,62
Mediana	26,5	29,5	28,5
Moda	18	22	22
Mínimo	18	20	18
Máximo	35	39	39

Relativamente à amostra, os  $n=50$  estudantes inquiridos apresentam uma média de idade de 23,62 anos, variando entre os 18 e os 39.

**Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa**

<b>Tabela 4 - Distribuição dos estudantes por Género</b>						
Género	Amostra dos alunos do 1º ano		Amostra dos alunos do 4º ano		Amostra Total	
	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>
Masculino	11	44%	10	40%	21	42%
Feminino	14	56%	15	60%	29	58%

A amostra apresenta um número significativo de pessoas do género feminino, com  $n=29$  indivíduos, correspondendo a uma percentagem de 58.

<b>Tabela 5 - Distribuição dos estudantes por Agregado Habitacional</b>						
Agregado Habitacional	Amostra dos alunos do 1º ano		Amostra dos alunos do 4º ano		Amostra Total	
	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>
Com familiares	18	72%	19	76%	37	74%
Com Amigos	4	16%	4	16%	8	16%
Sozinho	3	12%	2	8%	5	10%

O agregado habitacional com maior representação na amostra é “Com familiares”, sendo que  $n=37$  indivíduos, correspondendo a uma percentagem de 74.

<b>Tabela 6 - Distribuição dos estudantes por Hábitos Tabágicos</b>						
Hábito Tabágico	Amostra dos alunos do 1º ano		Amostra dos alunos do 4º ano		Amostra Total	
	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>
Sim	12	48%	11	44%	23	46%
Não	10	40%	11	44%	21	42%
Socialmente	3	12%	3	12%	6	12%

## Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa

A amostra revela ter hábitos tabágicos significativos, sendo que  $n=23$  responderam serem fumadores e  $n=6$  indicaram serem fumadores num contexto social, contudo  $n=21$  referem não serem fumadores.

De uma forma sucinta, a amostra correspondeu a  $n=50$  com uma média de idades de 23,62. Esta amostra foi constituída em grande número por indivíduos do género feminino, o que se deve muito ao facto de ser um estabelecimento de ensino de Saúde.

Quanto ao agregado familiar a maioria da amostra revelou viver junto com familiares, assim como, patenteou ser tendencialmente fumadora.

### 3. Análise Estatística Descritiva

Após a caracterização da amostra, é apresentada agora a análise estatística descritiva que aborda em profundidade o estudo a que o investigador se propôs, expondo os valores referentes ao mesmo.

Tabela 7 - Distribuição dos estudantes que consumiram cannabinóides pelo menos uma vez						
Consumo cannabinóides	Amostra dos alunos do 1º ano		Amostra dos alunos do 4º ano		Amostra Total	
	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>
Sim	9	36%	11	44%	20	40%
Não	16	64%	14	56%	30	60%

Analisando estes dados pode constatar-se que há um maior número de indivíduos do 4º ano num total de 11 a responder afirmativamente à pergunta “consumiu, por uma única vez que fosse, *cannabis* (sob forma de haxixe, marijuana ou outra)?”.

De referir, que somente quem respondeu afirmativamente à questão anterior prossegue em estudo, respondendo como tal, às questões seguintes.

**Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa**

**Tabela 8** - Distribuição dos estudantes que conhecem alguém que iniciou o consumo de *cannabis* no Ensino Superior

Início de consumo	Amostra dos alunos do 1º ano		Amostra dos alunos do 4º ano		Amostra Total	
	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>
Sim	3	33,3%	4	36,4%	7	35%
Não	6	66,7%	7	63,6%	13	65%

Atentando nesta tabela é possível descortinar que 35%, de um total  $n=20$  equivalente a 100%, refere conhecer indivíduos quem tenha iniciado o consumo de substâncias cannabinóides no ensino superior. Contrastando alunos do 1º e 4º anos podemos constatar que os valores são semelhantes e se assemelham aos valores da amostra total.

**Tabela 9** - Distribuição dos estudantes por idade da primeira experiência de consumo de *cannabis*.

Idade da primeira experiência	Amostra dos alunos do 1º ano		Amostra dos alunos do 4º ano		Amostra Total		
	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	
Grupo Etário	<14	1	11%	0	0%	1	5%
	14-16	2	22%	3	27%	5	25%
	17-19	4	44%	4	36%	8	40%
	20-22	2	11%	4	36%	6	30%
	>23	0	0%	0	0%	0	0%

Analisando a tabela constata-se que o grupo etário da amostra total onde há maior incidência da experiência de primeiro consumo é entre os 17 e os 19 anos, porém, analisando pormenorizadamente, esta realidade só é verdade para os alunos do 1º ano, sendo que nos do quarto há igualdade de datação de início de consumo partilhada entre os 17-19 e os 20-22 anos.

**Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa**

<b>Tabela 10 - Distribuição dos estudantes por tipo de ensino da primeira experiência de consumo de substâncias cannabinóides</b>							
Tipo de ensino da primeira experiência		Amostra dos alunos do 1º ano		Amostra dos alunos do 4º ano		Amostra Total	
		<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>
Tipo de Ensino	Primário	0	0%	0	0%	0	0%
	Básico	1	11,1%	1	9,1%	2	10%
	Secundário	7	77,8%	4	36,3%	11	55%
	1º ano	1	11,1%	0	0%	1	5%
	2º ano	0	0%	3	27,2%	3	15%
	3º ano	0	0%	2	18,2%	2	10%
	4º ano	0	0%	1	9,1%	1	5%

Regra geral a primeira experiência tende a ocorrer aquando da frequência do ensino secundário, assumindo 55% das respostas da amostra total. Curiosamente, pode constatar-se que na amostra dos alunos do primeiro ano há somente uma resposta a indicar que a primeira experiência ocorreu na universidade, já os alunos do quarto ano, cerca de 55% afirmam que a primeira experiência se iniciou durante a vida académica, dos quais 27,2% iniciaram no segundo ano, 18,2% no terceiro ano e 9,1% no quarto ano.

**Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa**

<b>Tabela 11 - Distribuição dos estudantes por contexto da primeira experiência de consumo de substâncias cannabinóides</b>							
Contexto da primeira experiência		Amostra dos alunos do 1º ano		Amostra dos alunos do 4º ano		Amostra Total	
		<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>
Contexto	Casa	1	11,1%	1	9,1%	2	10%
	Estabelecimento de ensino	3	33,3%	1	9,1%	4	20%
	Local de diversão nocturna	2	22,2%	3	27,2%	5	25%
	Outro	3	33,3%	6	54,5%	9	45%

Quando questionados acerca do contexto do primeiro consumo, somente 10% da amostra total refere que este ocorreu em casa, isto em contraste com a opção “outro” seleccionado em larga escala pela amostra total. Já os valores correspondentes ao consumo em estabelecimentos de ensino e locais de diversão nocturna tendem a aproximarem-se, sendo de 20% e 25% respectivamente. Porém, atentando mais pormenorizadamente, denota-se que nos alunos do primeiro tende a haver uma maior homogeneidade de resposta, face aos do quarto ano, onde a resposta outro foi claramente e por larga maioria a mais escolhida.

<b>Tabela 12 - Distribuição dos estudantes que alegam ter consumido substâncias cannabinóides nos últimos 12 meses</b>						
Consumiu nos últimos 12 meses?	Amostra dos alunos do 1º ano		Amostra dos alunos do 4º ano		Amostra Total	
	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>
Sim	3	33,3%	4	36,3%	7	35%
Não	6	66,7%	7	63,6%	13	65%

**Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa**

Atentando na tabela, 65% da amostra nega consumos de substâncias cannabinóides nos últimos 12 meses, contra 35% que respondeu afirmativamente. Os valores tendem a ser reais tanto na amostra dos alunos do primeiro como do quarto anos.

<b>Tabela 13 - Distribuição dos estudantes que alegam ter consumido substâncias cannabinóides nos últimos 30 dias</b>						
Consumiu nos últimos 30 dias?	Amostra dos alunos do 1º ano		Amostra dos alunos do 4º ano		Amostra Total	
	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>
Sim	1	11,1%	3	27,2%	4	20%
Não	8	88,9%	8	72,8%	16	80%

Em relação ao consumo de substâncias cannabinóides nos últimos 30 dias somente 20% da amostra total respondeu afirmativamente. Tal valor concluiu que no universo dos alunos do primeiro ano estudados apenas 1 indivíduo de um n=9 e nos alunos do quarto ano 3 indivíduos de um n=11 afirmam ter consumido substâncias cannabinóides nos últimos 30 dias.

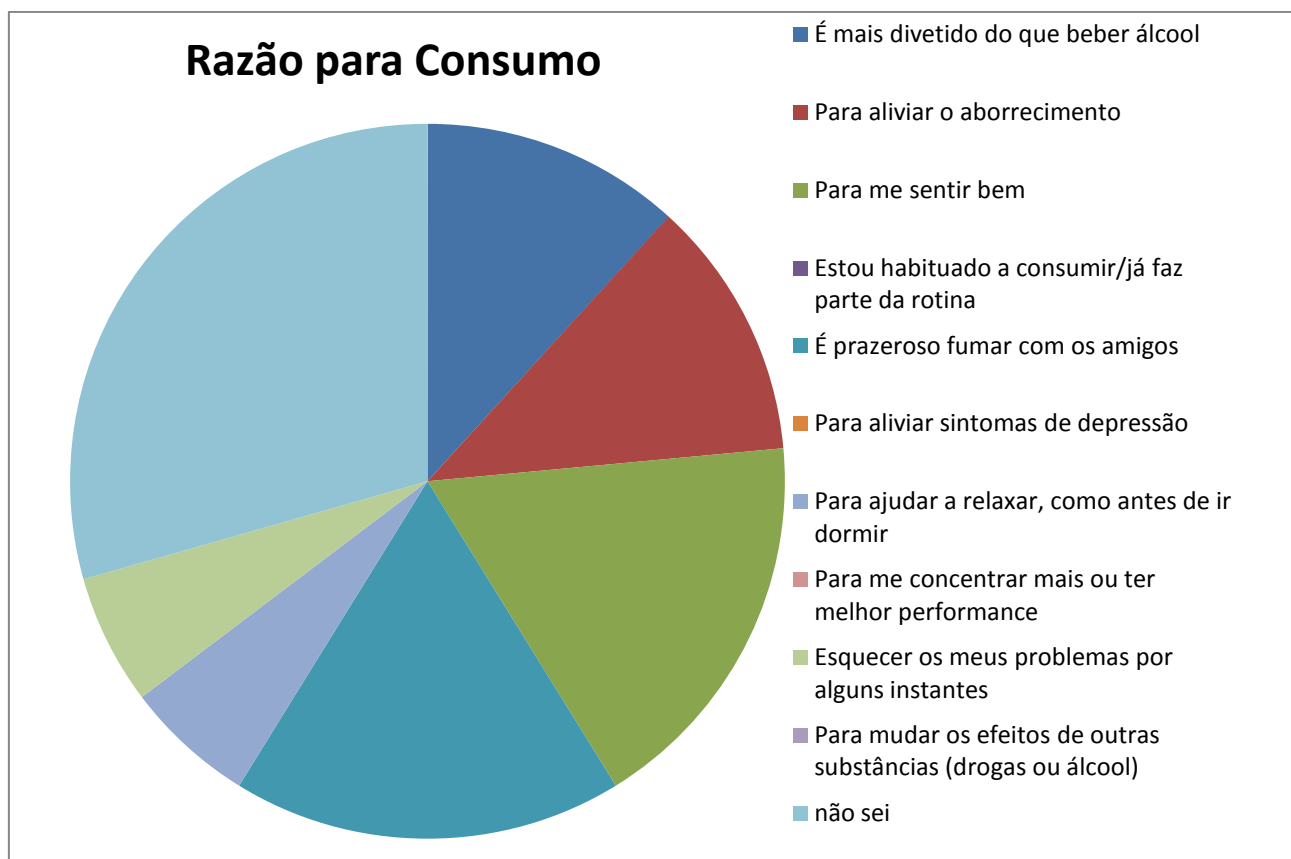
<b>Tabela 14 - Distribuição dos estudantes pelo grau de problemática do consumo de <i>cannabis</i> (Know Cannabis Test)</b>						
Tipo de Consumo	Amostra dos alunos do 1º ano		Amostra dos alunos do 4º ano		Amostra Total	
	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>
Pouco Frequente	8	88,9%	10	90,9%	18	90%
Problemático	1	11,1%	1	9,1%	2	10%
Descontrolado	0	0%	0	0%	0	0%

Através do teste *Know Cannabis* pode afirmar-se que 90% da amostra tem um consumo pouco frequente de cannabis. 10% apresenta um consumo problemático e não se verificam quaisquer consumos descontrolados.

## Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa

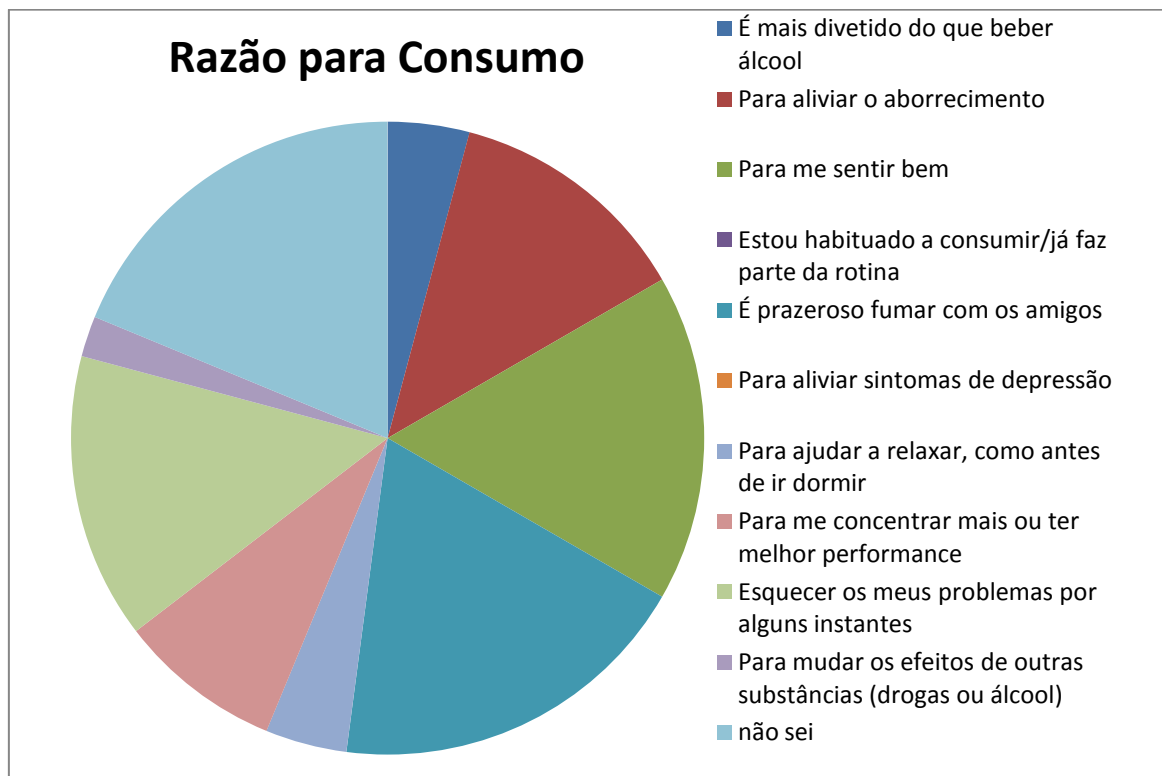
De referir que ambos os inquiridos que sobressaem por apresentarem consumos problemáticos são do sexo masculino.

**Gráfico 1** - Distribuição gráfica das principais razões que levaram os alunos do 1º ano ao consumo de *cannabis*



Pode referir-se que grande parte da amostra, 29,5%, consome *cannabis* mas menciona fazê-lo sem uma razão aparente, respondendo “não sei”. Parte considerável da amostra, 17,6%, indica “é prazeroso fumar com os amigos”, enquanto outro tanto considera fumar “ para me sentir bem”. Numa percentagem mais baixa, 11,7% referem fumar porque “é mais divertido que o álcool” e “para aliviar o aborrecimento”, ao mesmo tempo que 5,9% alude a “esquecer os meus problemas” e “para mudar efeitos de outras substâncias” como razão.

Gráfico 2 - Distribuição gráfica das principais razões que levaram os alunos do 4º ano ao consumo de *cannabis*



Grande parte desta amostra, 18,8% invoca não saber porque razão consome, de igual modo, que alude que “é prazeroso fumar com os amigos”. Parte considerável da amostra, 16,8%, indica “para me sentir bem” como razão, enquanto 14,6% considera fumar para “esquecer os meus problemas por alguns instantes” e já 12,5% incide na hipótese “para aliviar o aborrecimento” como razão para o consumo.

Numa percentagem mais baixa, 8,3% referem fumar porque “para me concentrar mais ou ter melhor performance”, ao mesmo tempo que em igualdade de percentagens, 5,9%, surgem as opções “é mais divertido do que beber álcool” e “para ajudar a relaxar, como antes de ir dormir” como razão. Finalmente, 2% apontam como razão “para mudar os efeitos de outras substâncias (drogas ou álcool) como razão plausível para justificar o seu consumo.

Surge como forte semelhança entre a amostra do 1º com a do 4º ano a incapacidade de um destacado número de inquiridos apontar uma das justificações como razão para o consumo, recorrendo, por isso, à opção “não sei”. Todavia, as razões “é prazeroso fumar

## Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa

com os amigos” e “para me sentir bem” reúnem inúmeros votos em ambas as amostras, assumindo-se como as principais razões apontadas no estudo.

De referir que uma percentagem significativa de alunos do quarto ano, em contraste com os do primeiro, invocam ainda as razões “para aliviar o aborrecimento” e “para esquecer os meus problemas por instantes” em grande percentagem.

<b>Tabela 15 - Distribuição dos estudantes acerca da preocupação com os efeitos negativos da cannabis</b>						
Preocupa-se com efeitos nocivos?	Amostra dos alunos do 1º ano		Amostra dos alunos do 4º ano		Amostra Total	
	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>
Sim	6	66,7%	10	91%	16	80%
Não	3	33,3%	1	9%	4	20%

Atentando na tabela evidenciam-se 80% dos alunos com preocupações acerca dos efeitos nocivos da cannabis, porém e esmiuçando a mesma constata-se que esta realidade não é assim tão marcada na amostra dos alunos do primeiro ano, onde 33,3% referem não ter tais preocupações contra os escassos 9% dos alunos do quarto.

#### 4. Interpretação, discussão e síntese dos resultados

Ainda que os resultados já tenham sido apresentados no capítulo anterior, para que os mesmos possam ser discutidos, torna-se necessário reportá-los uma vez mais em algumas situações, de forma sucinta, para uma melhor compreensão. À medida que se evidenciam os resultados mais relevantes para o estudo, irão igualmente ser confrontados com outros resultados de variada bibliografia, essencialmente relacionadas com a área do consumo de substâncias cannabinóides.

Para uma melhor compreensão da extrapolação dos dados e seus respectivos resultados, optou-se por dar resposta às diferentes questões e sub-questões de investigação.

## Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa

Desde logo, aludindo à análise descritiva, verifica-se uma maior percentagem de elementos do género feminino (58%). Esta questão deve-se essencialmente às características do curso de Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade Fernando Pessoa, uma vez que apresentam uma reduzida taxa de inscrição de estudantes do género masculino face ao feminino.

A **Q1** deste trabalho foi prontamente respondida, pois o consumo de substâncias cannabinóides existe efectivamente nos estudantes de enfermagem da UFP. Focalizou-se então nas diferentes sub-questões, tentando perceber os consumos de substâncias cannabinóides dos diferentes anos de licenciatura estudados.

Para a **sQ1**, referiu-se que em 2006, 162 milhões de pessoas (4% da população mundial entre os 15 e os 64 de idade) consumiram *cannabis* nos últimos 12 meses. Comparativamente a 2005, houve uma incidência de 2 milhões de consumidores (relativamente aos últimos 12 meses), traduzindo-se assim num aparente aumento da tendência de consumo desta substância.

Não obstante, o ENSP (2005) demonstra que 92,4% da população portuguesa nunca experimentou *cannabis* e que 3,3% consumiu nos últimos 12 meses. Reportando esta característica, pode verificar-se que neste estudo, 60% da amostra total nunca consumiu *cannabis*. Esmiuçando estes valores constata-se que no que toca aos alunos do 1º ano 64% nunca consumiram face a 56% dos alunos do 4º ano. Concernente aos consumos nos últimos 12 meses os valores da amostra assemelham-se, sendo que afirmam haver consumido substâncias cannabinóides neste espaço temporal cerca de 33,3% dos alunos do 1º ano e 36,3% do 4º ano. Valores bastante elevados quando contrastados com a média nacional apurada pelo estudo do ENSP em epígrafe ou até mesmo pelos valores do EMCDDA anteriormente referenciados.

Numa abordagem temporal mais curta a 30 dias, os valores referentes ao consumo de substâncias cannabinóides tendem a diminuir bastante sendo que para uma amostra total constituída por 20 alunos, somente 4 pessoas, 20%, asseveraram ter consumido nos últimos 30 dias.

Atentando nos valores, é possível destacar que há uma disparidade enorme quando se contrastam ambos os anos de licenciatura. No que diz respeito aos alunos do 1º ano apenas 11,1%, equivalente a 1 aluno, afirmou ter consumido no último mês, contudo a

## Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa

realidade é bem mais distinta nos alunos do 4º ano onde são 27,2%, cerca do triplo dos inquiridos que o afirmam.

Abordando ainda outras percentagens de consumo de *cannabis* em estudantes do Ensino Superior, uma revisão bibliográfica permitiu identificar duas realidades diferentes no Brasil (ANDRADE e WAGNER, 2008). No entanto, não nos podemos esquecer que a realidade brasileira e portuguesa são bastante diferentes, desde logo pelos graves problemas socioeconómicos que lá existem. Em termos de consumos, existem igualmente diferenças, visto que os solventes são a primeira substância psicoactiva mais consumida (exceptuando o álcool e o tabaco) (CRUZ *et al*, 2004). Quanto à *cannabis*, que é o que realmente importa frisar, por um lado, no ano de 2001, um estudo realizado na Universidade de São Paulo indicou que 35,1% estudantes consumiram-na (ANDRADE *et al*, 2005). Por outro, num estudo longitudinal, na faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amazonas, verificou-se que foram 9,4% da amostra os estudantes que consumiram *cannabis*, na sua vida (CONCEIÇÃO *et al*, 2006). Encontrámos assim bibliografia contraditória quanto à experimentação do consumo, ainda que pareça existir, regra geral, consumos mais elevados que os deste último estudo, como é o caso do presente trabalho de investigação.

Tal como na população geral, a *cannabis* é a substância ilícita mais experimentada em jovens com 16 anos, que, no ESPAD (2003), se fez traduzir por uma percentagem de 15,1%. Desde logo, através da comparação dos diferentes ESPAD, é possível verificar que em 1995 e em 1999 este consumo fazia-se corresponder por 7% e 9% dos estudantes, respectivamente, o que, além de apoiar indirectamente a ideia do consumo estar a aumentar, espelha o contacto com este tipo de substâncias e respectivo consumo numa faixa etária cada vez mais baixa: em 8 anos, ocorreu um aumento de 8,1% de consumo em jovens com idades inferiores ou iguais a 16. Relativamente à população deste estudo, a experiência desta substância foi ligeiramente inferior nessa faixa etária, fazendo-se representar por 30%. A grande faixa etária de início do consumo acabou por ser entre os 17 e os 19 anos, onde 40% da amostra referiu ter experimentado pela primeira vez. Analisando ambas as turmas, os valores assemelham-se. De realçar apenas que nenhum inquirido afirmou ter tido o primeiro contacto com 23 ou mais anos de idade.

## Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa

Não foi possível encontrar outros estudos realizados com o *Know Cannabis Test*, não havendo assim dados para comparação. Ainda assim, salienta-se o facto de a esmagadora maioria dos inquiridos apresentar um consumo pouco frequente de substâncias cannabinóides.

No que concerne à **Q2**, as três razões do consumo de cannabis mais referidas pelos estudantes foram por ordem crescente: *não sei*, *para me sentir bem* e *é prazeroso fumar com os amigos*.

Um estudo efectuado por ARAÚJO *et al* (2004) cuja população era constituída por estudantes de três áreas de estudo diferentes identificou como uma das principais causas para o consumo de *cannabis* a obtenção de prazer, com percentagens de 22%, 14% e 11% para os estudantes da área tecnológica, direito e saúde, respectivamente. Reportando a este estudo, a resposta *para me sentir bem* obteve uma percentagem de escolha de 17,7% dos alunos do 1º ano e de 17% dos alunos do 4º ano, o que se pode considerar uma percentagem elevada. Embora o estudo anterior referido não esteja de encontro aos resultados que obtivemos, surge um estudo apresentado pelo *Guia para a família* da SENAD (2001), que corrobora e reforça que uma das causas para o uso de drogas é a obtenção de prazer (ARAÚJO *et al*, 2004).

Outra das razões bastante apontadas por estes estudantes para o consumo de substâncias cannabinóides foi a influência de amigos, com resultados de 14% para os estudantes da área tecnológica e 21% para os estudantes de direito. Curiosamente, nenhum dos estudantes de saúde deste estudo de ARAÚJO *et al* (2004) referiram a influência dos amigos como razões para consumirem *cannabis*. Do mesmo modo, um estudo efectuado por ARMANI (2008) verificou que no que tange à justificativa de consumir esta substância na actualidade, a razão mais realçada entre os estudantes foi *obter prazer* (78%).

Pode associar-se a influência dos amigos à resposta *porque é mais prazeroso fumar com amigos* uma vez que, de certa forma, é a influência do grupo de amigos e o ambiente que nele se vive que influencia a obtenção de prazer em fumar com estes.

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, uns esclarecedores 18% dos alunos do 1º ano seleccionaram esta opção, assemelhando-se aos 19% dos alunos do 4º anos que também enveredaram por esta opção. Diversos estudantes referiram o facto de

## **Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa**

sentirem prazer em fumar com os amigos, como uma das causas do seu consumo. O que podemos destacar a partir destes dados é que, de facto, a maior parte dos estudantes fumam apenas porque sentem prazer, aliado ao facto de este comportamento ser feito junto dos amigos.

FARATE (2000) refere que os adolescentes possuem uma elevada tendência para se envolverem em actividades de experimentação social, livremente estruturadas, no contexto de grupos regidos por normas de conduta não convencionais. Considera ainda um risco mais acrescido de início de consumo de drogas resultante da influência do grupo de pares quando a substituição das normas impostas pela família pelas do grupo de pares acontece demasiado cedo.

Os “contra-modelos” exercidos pelos amigos podem sempre exercer uma atracção que se tornam reveladores de um sentido de vida, reforçam os conflitos e apoiam as rupturas (HERVÉ, 2000).

LOMBA (2006) reforça ainda que o grupo de pares pode funcionar como um factor de vulnerabilidade, se funcionar como uma oportunidade para a experimentação de substâncias aditivas, ao adoptar atitudes permissivas quanto à sua utilização. De igual forma, se associarmos uma baixa resistência por parte do estudante à pressão efectuada pelo grupo de pares para o consumo de substâncias – sobretudo se este ainda não desenvolveu uma entidade própria e consistente – estamos perante um risco acrescido para o consumo dessas substâncias. FARATE (2006) consolida ainda mais o referido acima quando refere que 80% dos consumidores tiveram o seu primeiro contacto com uma droga no seio grupal e 54% deles fizeram a sua primeira experiência com um amigo.

De facto, através dos dados que obtidos, parece que os estudantes acreditam que talvez exista uma pressão por parte do círculo de amigos consumidores de drogas para que eles próprios a consumam, o que pode talvez traduzir o que acontece com os estudantes inquiridos, reflectindo deste modo um aumento significativo dos alunos do 4º ano com consumos mais regulares de substâncias cannabinóides do que os do 1º ano.

HERVÉ (2000) refere ainda que certos grupos de amigos possuem estruturas diferentes relativamente a outros grupos, no que respeita aos perfis psicológicos individuais e a

certos contextos familiares, e que de certa forma também têm a sua influência no início e consumo de substâncias aditivas.

Podem igualmente retirar-se outros resultados interessantes, mesmo que não tenham sido objecto de questão, sub-questão ou objectivo de investigação. Por exemplo, o tipo de ensino aquando do primeiro consumo é esmagadoramente o ensino secundário recolhendo 55% das escolhas da amostra total, contudo e analisando à lupa constatamos que existem realidades paralelas entre os alunos do 1º e 4º anos. Atentando nos alunos do 1º ano, saltam à vista os 77,8% que corroboram a alta média de início de consumo no ensino secundário da amostra total, porém o mesmo não se passa com os alunos do 4º onde somente 36,3% assumiram a mesma resposta, sendo que ambos os anos apresentam apenas um elemento cada que afirma ter iniciado o consumo no ensino básico. Isto permite concluir que os alunos do 4º ano não “privilegiaram” o ensino secundário com tanta veemência quanto os alunos do 1ºano, mas antes o ensino académico.

Para ajudar a corroborar esta ideia surge outra curiosidade estatística que se prende com o local em que tomou lugar a primeira experiência, factor que ajuda a descortinar um pouco todo a envolvência deste processo. No seio da amostra dos alunos do 1º ano, destacam-se em igual percentagem, 33%, o *estabelecimento de ensino* e *outro* como locais primordiais do primeiro consumo, contudo nos alunos do 4º ano o principal arbítrio recai esmagadoramente em *outro* contemplando 54,5%, seguido do *local de diversão nocturna* que acarretou 27,2% das opções e por sua vez, o *estabelecimento de ensino* recolhe somente 9,1% das escolhas dos alunos deste ano de licenciatura. É interessante verificar que a opção *outro* recolhe a maior porção de escolhas, talvez porque transparece a necessidade de escolher um local mais recatado, longe das atenções, para se consumir o que acaba por ser uma substância ilícita, algo punido aos olhos da lei e também por grande parte da sociedade.

## **5. Limites do Estudo**

Fazendo-se uma retrospectiva geral acerca das etapas do processo de investigação realizadas, pode concluir-se que o estudo apresenta algumas limitações.

Em primeiro lugar o facto não existir a validação portuguesa do *Know Cannabis Test* (acrescido ao facto de a tradução portuguesa deste último não ter sido validada por peritos) tornando-se assim uma limitação deste estudo, no sentido em que os resultados e conclusões obtidos traduzem apenas amostra mencionada, não podendo ser extrapolada para a população.

Durante a aplicação do instrumento de colheita de dados, soube-se da existência de alguns dados enviesados por parte de alguns estudantes, pelo medo de identificação, essencialmente por parte de indivíduos do género masculino, por se representarem em menos quantidade relativamente ao género feminino. Consideramos assim este aspecto como limitador do estudo, uma vez que alguns dados obtidos podem ter sido fruto de enviesamento.

Em acréscimo pensava-se que por se realizar o estudo numa Escola Superior de Saúde, os estudantes estariam familiarizados com a palavra *cannabis*, e respectivos nomes de rua, o que de facto não aconteceu. Inclusive, alguns estudantes em conversa informal afirmaram não consumir *cannabis*, sendo que, e após o desenvolvimento dessas mesmas conversas, se ficou a saber que acreditavam que a *cannabis* era apenas “erva” ou que a “ganza” não era haxixe, por exemplo. Tal aspecto pode ter levado alguns estudantes a responderem *não* no questionário, relativamente ao consumo dessa substância, tendo-a consumida.

## **6. Implicações do Estudo para a prática de Enfermagem**

O uso de substâncias ilícitas é considerado um risco de saúde, o que torna a procura de intervenções preventivas efectivas para reduzir estes comportamentos. Por este motivo, devem ser uma prioridade de saúde pública.

Dados indicam que as estratégias de prevenção do consumo de tabaco devem ser tidas como um meio de prevenção do consumo de outras substâncias lícitas, como o álcool. Consequentemente, a prevenção da utilização destas duas substâncias deve servir igualmente para prevenção do consumo de substâncias ilícitas. Isto porque, muitas vezes verifica-se que o consumo de substâncias ilícitas como o haxixe ou a cocaína são precedidos pelo consumo de álcool e tabaco, pois são estas as substâncias de fácil

## **Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa**

acesso e moralmente aceites. Muito embora se saiba que a maioria das pessoas que fuma ou bebe não consuma substâncias ilícitas, quando de facto consomem, verifica-se a existência dessa trajectória (BORGES e FILHO, 2008). Este aspecto transparece que, as áreas de intervenção e prevenção devem começar de baixo, e não directamente no problema mais grave.

Relativamente às razões do consumo por parte de quem consome, salienta-se como a razão com maior expressão a de obter divertimento. Com efeito, verifica-se que o uso recreativo das drogas assume uma maior proporção do que aquele que é feito com outro tipo de motivações subjacentes, o que está de acordo com os resultados avançados pelo *Relatório do OEDT (2003)*.

Ao identificar como principal motivação do consumo a obtenção de prazer e divertimento, é possível orientar as actividades a desenvolver futuramente no âmbito da prevenção no sentido de alcançar mais eficazmente a população-alvo (CARDOSO *et al*, 2006). Assim, sugere-se a necessidade de concretizar actividades no período da noite, em locais fundamentalmente associados a diversão nocturna e em noites específicas como sejam as terças e quintas-feiras, assim como aos fins-de-semana, não sendo de descurar, pelo contexto de especificidade com que se reveste, a inclusão das festas académicas.

Os mesmos autores citados acima referem até que *a prevenção no meio universitário também, a exemplo de outros sectores, vem sendo considerada falha historicamente* (BORGES e FILHO, 2008). Por este facto, reforça-se uma maior importância neste sentido.

A pesquisa da UNESP aponta igualmente a existência de falhas nas campanhas de prevenção contra drogas (CAMPOS e SOARES, 2004). Por tal facto, consideramos até que talvez seria mais eficaz trabalhar inicialmente com os jovens de idades mais baixas, uma vez que estão mais despertos e aptos para a aquisição de conhecimentos e mudança de comportamentos. Muito embora a prevenção do consumo de substâncias ilícitas tenha vindo a ser descurada, como já referido.

Assim, considera-se que o estudo e os resultados obtidos podem de alguma forma proporcionar o aumento do conhecimento na área da Saúde Mental e Psiquiátrica, no sentido em que poderá permitir aos profissionais de Enfermagem uma maior facilidade

## **Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa**

no que respeita ao conhecimento dos comportamentos aditivos de substâncias, e desta forma, facilitar o planeamento e execução de estratégias para diminuir a frequência destes consumos, já para não falar que permite aumentar a capacidade de identificar o risco do consumo de substâncias aditivas, ao mesmo tempo que possibilita planear/executar intervenções de forma eficaz.

Outro dos ganhos que se pode incrementar passa pelo desenvolvimento de programas estruturados de intervenção, no âmbito de consultas de enfermagem, que ajudem os jovens no desenvolvimento de estratégias de coping e promoção de estilos de vida saudáveis que lhes permitam ultrapassar as situações mais problemáticas.

Uma vez que as intervenções e prevenção nesta área não é feita apenas por profissionais de Enfermagem, pode afirmar-se que a intervenção neste tipo de comportamentos de risco, são tão complexos mas são igualmente um desafio para outros profissionais, pelo que achamos que este estudo trás também implicações a nível inter-profissional.

Pode afirmar-se que em certa parte, a realização deste estudo traz uma certa dose de orgulho, uma vez, enquanto estudante, foi-se de encontro ao referido na 86ª Competência dos Enfermeiros de Cuidados Gerais, que traduz que se deve “*valorizar a investigação como contributo para o desenvolvimento da Enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados*”.

## V. CONCLUSÃO

Finda a última etapa do Processo de Investigação, pode fazer-se uma retrospectiva da evolução deste trabalho. Com a temática escolhida na área da Saúde Mental e Psiquiátrica, a problemática deste estudo surgiu pela necessidade de enquanto estudante e futuro profissional de saúde, preocupado com o bem-estar e a saúde da população, ter uma visão global da quantidade de estudantes do Ensino Superior que possuem hábitos de consumo de substâncias aditivas, nomeadamente cannabinóides que, de grosso modo, lhes são prejudiciais. Através da referida problemática, formulou-se o problema de investigação, sobre o qual se debruçou todo o estudo realizado: *“Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa?”*

Ao dar início à presente investigação, enumeraram-se alguns objectivos, aos quais se propôs dar resposta. Pode afirmar-se que, por todo o trabalho construído, pesquisa bibliográfica efectuada, tratamento dos dados e interpretação dos resultados, conseguiu-se convenientemente atingir os objectivos traçados.

Ao longo deste caminho considera-se que foram várias as adversidades sentidas. Podendo então referir-se a extensa e variada bibliografia existente acerca do consumo de substâncias aditivas, o que se revelou no entanto um aspecto positivo pois permitiu assim enriquecer o estudo e desenvolver competências no que concerne à escolha de bibliografia pertinente, fundamentação e conceitos. No entanto, foi difícil e por vezes impossível encontrar bibliografia que apoiasse ou refutasse aspectos muito particulares de alguns dos resultados obtidos.

No que diz respeito aos aspectos positivos, a sua elaboração embora seja de grande exigência e disciplina ampliou o conhecimento no que respeita à realização de trabalhos de Investigação. Consolidou alguns aspectos referentes às etapas do Processo de Investigação e por isso considera-se que foi uma mais-valia.

A referir igualmente como aspecto positivo a disponibilidade dos inquiridos em responder aos instrumentos de colheita de dados, assim como, dos docentes que consentiram que lhes fosse “roubado” algum tempo de aula para passagem do mesmos. Não deixar de agradecer o consentimento fornecido pelo Conselho Científico da UFP para que se pudesse aplicar os questionários aos estudantes.

**Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa**

Aproveitar também, para mostrar toda a minha disponibilidade em facultar os dados desta investigação à UFP caso surja algum tipo de iniciativa que vise pelear esta problemática que se provou existir nesta instituição de ensino, ao mesmo tempo que me prontifico a apoiar ou até mesmo integrar algum programa ou acção que potencie a resolução deste problema de saúde comunitário.

Em suma, o caminho percorrido foi grande e complexo, por vezes difícil, por outras vezes desesperante, mas com a consciência de ter depositado o máximo de potencial, aliado à total capacidade incutida e vontade em realizar um estudo científico com veracidade, consistente e coerente, contribuindo para o desenvolvimento, competência e futura responsabilidade profissional.

BIBLIOGRAFIA

- ALLIGOOD, Martha Rayle; TOMEY, Ann Marriner – “Teóricas de Enfermagem e a sua obra” 5ª Edição, Lusociência, Loures 2004. ISBN: 972-8383-74-6
- ALMEIDA, V 2005. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. Disponível em <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342005000200011&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342005000200011&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Consultado em 14/10/10
- ANDRADE, Arthur Guerra; WAGNER, Gabriela Arantes – “Uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes universitários brasileiros” Revista de Psiquiatria Clínica v.35 (1) 2008 ISSN: 0101-6083 *in* [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832008000700011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000700011&lng=pt&nrm=iso)
- ANDRADE, *et al* – “Estudo comparativo entre 1996 e 2001 do uso de drogas por alunos da graduação da Universidade de São Paulo” Revista Brasileira Psiquiátrica v.27 (3), 2005 ISSN: 1516-4416 *in* [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462005000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000300006&lng=en&nrm=iso)
- ANGEL, P; RICHARD D; VALLEUR, M. – “Toxicomanias” 1ª Edição, Climepsi Editores, Lisboa Agosto 2002. ISBN: 972-796-023-5
- ARAÚJO *et al* – “Uso da maconha e suas representações sociais: um estudo comparativo entre universitários” Psicologia em estudo, v.9 (3) 2004 ISSN: 1413-7372 *in* [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722004000300015&script=sci\\_pdf&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722004000300015&script=sci_pdf&tlng=pt)
- ARMANI *et al* – “Consumo de drogas lícitas e ilícitas por académicos do Ensino Superior na cidade de Cascavel” Biology & Health Journal v.2 (1) Julho 2008 ISSN: 1982-2774

**Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa**

- BÉRIA *et al* – “Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes” *Revista de Saúde Pública*, v.3 (2) 10-18 pp. 2001. ISSN: 0102-311X <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n2/4399.pdf>
- BORGES, Carina Ferreira; FILHO, Hilson Cunha – “Alcoolismo e Toxicodependência: Manual Técnico 2” Climepsi, Lisboa, 2004. ISBN: 972-796-150-6
- BORGES; Carina Ferreira; FILHO; Hilson Cunha – “Uso de Substâncias: Álcool, Tabaco e outras drogas” 1ª Edição, Coisas de Ler, Lisboa Novembro 2008 ISBN: 978-972-8710-98-9
- CAMPOS, Fernanda Vieira de; SOARES, Cássia Baldini – “Conhecimento dos estudantes de enfermagem em relação às drogas psicotrópicas” *Revista da Escola de Enfermagem USP* v.38 (1) 2004 ISSN: 0080-6234 *in* [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342004000100012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000100012&lng=pt&nrm=iso)
- CARDOSO *et al* – “Consumo de substâncias em estudantes do Ensino Superior de Coimbra” *Revista Toxicodependências* v.12 (1) 2006 ISSN: n/a
- CARDOSO, Margarida Fonseca *et al* – “Os jovens e as toxicodependências” *Saúde Infantil*; 22/2:53-70 pp, 2000 [http://www.asic.pt/pdf/0016\\_2\\_2000.pdf](http://www.asic.pt/pdf/0016_2_2000.pdf) 20-09-10
- CLAUDINO, João; CORDEIRO, Raúl – “Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em enfermagem: o caso particular dos alunos da Escola Superior de Saúde de Portalegre” *Educação, Ciência e Tecnologia*. n/a *in* <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/15.pdf>
- CONCEIÇÃO *et al* – “Uso de psicotrópicos entre universitários da área de saúde da Universidade Federal do Amazonas, Brasil” *Cadernos de Saúde Pública* v.22 (3) 2006, ISSN: 0102-311x *in* [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000300021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300021&lng=en&nrm=iso)

**Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa**

- CRUZ, *et al* – “Consumo de drogas psicoactivas por adolescentes escolares de Assis, SP” Revista de Saúde Pública, v.38 (1) 2004 ISSN: 0034-8910 in [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102004000100018&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000100018&lng=pt&nrm=iso)
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – “Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos”, 2 v. - Vol. I - Prioridades, 88 p. - Vol. II - Orientações estratégicas, 216 p. Lisboa 2004 ISBN: 972-675-108-X
- EMCDDA – “A cannabis reader: global issues and local experiences” European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction Monographs, v.1 2008. ISSN: 1606-1691 in [www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_54141\\_EN\\_CannabisSummary\\_EN\\_Final.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_54141_EN_CannabisSummary_EN_Final.pdf)
- EMCDDA – “Handbook for surveys on drug use among the general population” European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon August 2002 in [www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380](http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380)
- FARATE, Carlos – “O acto do consumo e o gesto que consome – “Risco relacional” e o consumo de drogas no início da adolescência” – Quarteto Editora, Coimbra, 2001. ISBN: 972-8535-57-0
- FAUMAN, Michael A.; M.D., D – “Guia de estudo para o DSM-IV” 1ª Edição, Climepsi Editores, Lisboa 2002. ISBN: 972-796-046-4
- FILHO, H 2005. Necessidade de intervenção no consumo de álcool, tabaco e outras drogas em Portugal. Disponível em <<http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/2-06-2005.pdf>>. Consultado em 27/12/10.
- FONSECA, F., NAVARRO, M - "Adicción y sistema cannabinoide endógeno: papel del receptor para cannabinoides cb1 en la fisiología de las neuronas dopaminérgicas mesotelencefálicas" DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS, Cannabis sativa, vol.12, 2000

**Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa**

- FORTIN, Marie-Fabienne – “O Processo de Investigação: da concepção à realização” Lusociência, Loures 1999. ISBN: 972-8383-10-x
- FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN – “Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea” II Volume, Verbo, Lisboa 2001. ISBN: 972-22-2046-2
- GEORGE, Julia B – “Teorias de Enfermagem – Os fundamentos à prática profissional” 4ª Edição, Artmed Editora, Porto Alegre 2000. ISBN: 8573075872
- GIL, António Carlos, Como Elaborar Projetos de Pesquisa, 4ª Ed., Brasil, 2002. ISBN: 8522431698
- HERVÉ *et al* - “Prevenção das toxicomanias” 1ª Edição, Climepsi Editores, Lisboa, Abril 2001 ISBN: 972-8449-91-7
- HERVÉ *et al* – “Cuidados ao Toxicodependente” 1ª Edição, Climepsi Editores, Lisboa 1998 ISBN: 972-8449-15-1
- INSTITUTO DA DROGA E TOXICODEPENDÊNCIA, 2001. Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa. Disponível em [http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/sintese/sintese\\_balsa.pdf](http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/sintese/sintese_balsa.pdf). Consultado em 16/09/10
- INSTITUTO DA DROGA E TOXICODEPENDÊNCIA, 2008. Relatório anual - A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências. Disponível em <http://www.idt.pt/PT/Estatistica/Documents/Tendenciaspordrogas08/OutrasDrogasPoliconsumos08.pdf> >. Consultado em 16/09/10.
- INSTITUTO DA DROGA E TOXICODEPENDÊNCIA. Cloridrato de Cocaína. Disponível em <http://www.idt.pt/PT/Substancias/CloridratodeCocaina/Paginas/Historico.aspx> >. Consultado em 16/09/10.

**Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa**

- INSTITUTO DAS DROGAS E TOXICODEPENDÊNCIA – “Consumos de drogas em estudantes da universidade do Minho: construções de significados” Revista Toxicodependências, v.9 (3) 61-74 pp. 2003. ISSN: n/a
- JOOMLA, S 2007. Ecstasy e drogas sintéticas. Disponível em <[http://www.dianova.pt/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=263](http://www.dianova.pt/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=263)>. Consultado em 20/10/10.
- KOLCABA, K 2010. A theory of holistic comfort for nursing. Disponível em <[http://www.thecomfortline.com/comfort\\_theory.html](http://www.thecomfortline.com/comfort_theory.html)>. Consultado em 18/10/10
- KOLCABA, K 2010. Comfort behaviours check list. Disponível em <<http://www.thecomfortline.com/webinstruments.html>>. Consultado em 29/09/10).
- LAST, John M. – “Um dicionário de epidemiologia” 2ª Edição, Departamento de Estudos e Planeamento da saúde, Lisboa 1995. ISBN: 972-675-038-5
- LOMBA, Lurdes; MENDES, Fernando; RELVAS, João – “Novas Drogas e Ambientes Recreativos” Lusociência, Loures, 2006 ISBN: 972-8930-29-1
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria – “Técnicas de Pesquisa – Planeamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados” 2ª Edição, Atlas Editora, São Paulo, 1990. 88-89 pp. ISBN: 85-224-0601-4
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004. Consumo de substâncias psicoativas e prevenção em meio escolar. Disponível em <[http://www.dgicd.min-edu.pt/saude/Documents/consumo\\_prev.pdf](http://www.dgicd.min-edu.pt/saude/Documents/consumo_prev.pdf)>. Consultado em 16/09/10
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004. Plano Nacional de Saúde – 2004/2010 – Orientações estratégicas. Disponível em <[http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns\\_vol2.pdf](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf)>, consultado em 16/09/10.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004. Plano Nacional de Saúde – 2004/2010 – Orientações estratégicas. Disponível em <[http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2\\_213.html](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_213.html)>. Consultado em 16/09/10.

**Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa**

- MOREIRA, Ana – “O Ensino Superior” Setembro de 2007. in *www.psicologia.com.pt*
- MUSSI, Fernanda Carneiro – “Conforto: Revisão de Literatura” Rev. Esc. USP, v.30 (2), 254-266 pp, Agosto 1996. ISSN: n/a
- NAÇÕES UNIDAS – “World Drug Report” United Nations Publications 2008. 978-92-1-148229-4  
*http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR\_2008/WDR\_2008\_eng\_web.pdf*
- NEEB, Kathy – “Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental” Lusociência Loures 2000. ISBN: 972-8383-14-2
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – “Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários” Ordem dos Enfermeiros, 2005 ISBN: 0870-6344
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003. Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Disponível em <  
*http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf*>. Consultado em 12/09/20.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009. Código Deontológico. Disponível em <  
*http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf*>, consultado em 16/09/10
- PERRY, Anne; POOTER, Patrícia – “Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processos e prática” 6ª Edição, Guanabara, 2006. ISBN: 8535216774
- POLIT, D. F. & HUNGLER, B. P. – “Fundamentos de pesquisa em enfermagem” 5ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004 ISBN: 85-7307-98-43
- PRECIOSO, José – “Quando e porquê começam os estudantes universitários a fumar: implicações para a prevenção” Revista Análise Psicológica, v.3 (XXII) 499-506 pp. 2004. ISSN: 0870-8231

**Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa**

- PSICOGLOBAL. LSD. Disponível em [http://www.psicologia.com.pt/instrumentos/drogas/ver\\_ficha.php?cod=lsd](http://www.psicologia.com.pt/instrumentos/drogas/ver_ficha.php?cod=lsd). Consultado em 25/10/10
- RAMOS, J.A, FERNÁNDEZ, J.J. – "Sistema cannabinoide endógeno: ligandos y receptores acoplados a mecanismos de transducción de señales" DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS, Cannabis sativa, vol.12, 2000.
- RAMOS, Lino – “Estilos de Vida Saudável em Estudantes de uma Escola Superior de Saúde” Dissertação, 2007
- SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virgínia Alcott – “Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica” 9ª Edição, Artmed, Porto Alegre 2007. ISBN: 978-85-363-0763
- SCHUKIT, Marc. A. – “Abuso de álcool e drogas” 1ª Edição, Climepsi Editores, Lisboa, Março de 1998. ISBN: 972-97250-7-1
- SHAW, *et al* – “Epidemiologia aplicada à luta colectiva contra as principais doenças animais transmissíveis” Edição Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa 2004. ISBN: 972-31-1074-1
- TORGAL, *et al* 1998. Toxicodependencias – consumo na comunidade. Disponível em < <http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/055-Toxicodependencia/Epidemiologia/Comunidade.htm> >. Consultado em 16/09/10
- TOWNSEND, Mary C. – “Psychiatric Mental Health Nursing – Concepts of Care in Evidence-Based Practice” 5ª Edição, F.A. Davis, Philadelphia 2006. ISBN: 0-8036-1451-9

## ANEXOS

### Questionário

Chamo-me Rui Filipe Santos Oliveira, sou aluno do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem, da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa.

No âmbito do plano de estudos, pretendo realizar o Projecto de Graduação inserido na temática, **“Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa”**, para o que solicito a sua colaboração no preenchimento deste questionário. Este trabalho de investigação tem como objectivos: Conhecer os consumos de cannabis dos alunos do 1º e 4º anos da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto; Comparar os consumos de cannabis dos alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto.

#### **Instruções fundamentais:**

1. **A veracidade das suas respostas é fundamental** para a credibilidade dos resultados;
2. **O tempo de preenchimento do questionário é de aproximadamente 10 minutos;**
3. **Não deixe de ler com a máxima atenção as instruções** que se encontram no início deste questionário;
4. Tanto quanto possível, **não deixe questões por responder.**

Agradeço antecipadamente, garantindo o anonimato e confidencialidade das informações prestadas.

O aluno, \_\_\_\_\_

(Rui Filipe Santos Oliveira)

Seleccione apenas um dos itens apresentados, preenchendo o quadrado respectivo com uma **cruz** (x). Em caso de engano, preencha por completo o quadrado correcto. No item correspondente à idade, preencha recorrendo a **números**.

1	<b>Idade:</b>		
2	<b>Género:</b>	Masculino	
		Feminino	
3	<b>Ano de Licenciatura</b>	1°	
		4°	
4	<b>Fumador (tabaco)</b>	Sim	
		Não	
		Socialmente	
5	<b>Relativamente ao seu agregado familiar, vive...</b>	Com familiares	
		Deslocado, com amigos	
		Deslocado, sozinho	
6.1.	<b>Consumiu, por uma única vez que fosse, <i>cannabis</i> (sob forma de haxixe, marijuana ou outra)?</b>	Sim	
		Não	

	<b><u>Nota:</u> se respondeu “não” a esta questão o questionário termina aqui.</b>		
6.2.	<b>Conhece alguém pessoalmente que tenha iniciado o consumo de <i>cannabis</i> no Ensino Superior?</b>	Sim	
		Não	
6.3.	<b>Com que idade teve essa primeira experiência?</b>	< 14	
		14-16	
		17-19	
		20-22	
		> 23	
6.4.	<b>Em que contexto ocorreu essa experiência de consumo?</b>	Em casa	
		Estabelecimento de Ensino	
		Num local de diversão noturna	
		Outro	
6.5.		Ensino Primário (1º - 4º ano)	

	<b>Frequentava que tipo de ensino?</b>	Ensino Básico (5° - 9° ano)	
		Ensino Secundário (10° - 12° ano)	
		Ensino Superior – 1° Ano	
		Ensino Superior – 2° Ano	
		Ensino Superior – 3° Ano	
		Ensino Superior – 4° Ano	
6.6.	<b>Consumiu <i>cannabis</i> nos últimos 12 meses?</b>	Sim	
		Não	
6.7.	<b>Consumiu <i>cannabis</i> nos últimos 30 dias?</b>	Sim	
		Não	
6.8.***	<b>Com que frequência consome <i>cannabis</i>?</b>	Algumas vezes por ano	
		Uma ou duas vezes por mês	
		Uma ou duas vezes por semana	
		Todos ou quase todos os dias	
6.9.***	<b>Quanto dinheiro gasta em média numa</b>	€ 3 ou menos	

	<b>semana em <i>cannabis</i>?</b>	Entre € 3 e € 9	
		Entre € 10 e € 25	
		Mais de € 25	
6.10. ***	<b>Com que frequência está “pedrado”?</b>	Mais de metade do dia	
		Algumas horas durante todos os dias	
		Algumas vezes por mês	
		Uma vez ou menos por mês	
6.11. ***	<b>Quando fuma <i>cannabis</i>, com que frequência fuma de seguida um segundo “charro” para ficar mais “pedrado”?</b>	Nunca	
		Às vezes	
		Regularmente	
		Quase sempre	
6.12. ***	<b>Alguma vez fuma <i>cannabis</i> em combinação com outras substâncias como álcool, cocaína ou ecstasy? Por favor ignore o tabaco quando responder a esta questão.</b>	Sim, regularmente	
		Sim, às vezes	
		Não, nunca	

6.13.***	<p><b>Quando é que normalmente fuma <i>cannabis</i>? Pode escolher mais que uma opção.</b></p>	Manhã	
		Tarde	
		Fim da tarde	
		Noite	
6.14.***	<p><b>Quais são as principais razões que o faz consumir <i>cannabis</i>? Escolha entre as opções, as 3 razões que mais se apliquem a si.</b></p>	É mais divertido do que beber álcool	
		Para aliviar o aborrecimento	
		Para me sentir bem	
		Estou habituado a consumir/já faz parte da rotina	
		É prazeroso fumar com os amigos	
		Para aliviar sintomas de depressão	
		Para ajudar a relaxar, como antes de ir dormir	
		Para me concentrar mais ou ter melhor performance	
Esquecer os meus problemas por			

		alguns instantes	
		Para mudar os efeitos de outras substâncias (drogas ou álcool)	
		Não sei	
6.15.***	<b>Com quem costuma fumar <i>cannabis</i>?</b>	Sempre com amigos	
		Normalmente com amigos, mas às vezes sozinho	
		Normalmente sozinho, e às vezes com amigos	
		Sempre sozinho	
6.16.***	<b>Conseguiria parar de consumir <i>cannabis</i> quando decidisse fazê-lo?</b>	Não, não conseguia	
		Talvez, mas era capaz de me provocar bastantes problemas e transtorno	
		Provavelmente, mas não sem algum transtorno	
		Claro, não teria qualquer problema	
6.17.***	<b>Com que frequência pensou para si</b>	Nunca	

	<b>mesmo durante o ano transacto “eu devia reduzir ou cessar o consumo de <i>cannabis</i>”?</b>	Algumas vezes	
		Uma vez por mês	
		Uma vez por semana	
		Quase todos os dias	
6.18.***	<b>No ano passado, com que frequência o seu consumo de <i>cannabis</i> afectou a sua performance no trabalho ou nos estudos?</b>	Nunca	
		Algumas vezes	
		Uma vez por mês	
		Uma vez por semana	
		Quase todos os dias	
6.19.***	<b>Costuma procrastinar ou adiar coisas por estar “<i>pedrado</i>”?</b>	Não, nunca	
		Sim, às vezes	
		Sim, regularmente	
		Sim, quase sempre	
6.20.***	<b>Alguma vez se sentiu extremamente frustrado porque não pôde fumar <i>cannabis</i> quando quis?</b>	Não, nunca	
		Sim, às vezes	

		Sim, bastantes vezes	
		Sim, quase sempre	
6.21.***	<b>Com que frequência se sentiu preocupado sobre o seu consumo de <i>cannabis</i> no ano transacto?</b>	Nunca	
		Algumas vezes durante o ano	
		Algumas vezes por mês	
		Algumas vezes por semana	
		Todos os dias	
6.22.***	<b>Alguma vez teve problemas em lembrar-se do que disse ou fez?</b>	Não, nunca	
		Sim, às vezes	
		Sim, bastantes vezes	
		Sim, quase sempre	
6.23.***	<b>Alguma vez um amigo ou conhecido seu que também fume <i>cannabis</i> lhe disse que você devia mesmo reduzir o consumo?</b>	Sim, às vezes	
		Sim, regularmente	
		Não	
		Não, porque eles não sabem que	

		fumo	
6.24.	<p><b>Alguma vez experienciou dores de cabeça, dificuldade de concentração, ansiedade, irritabilidade, diarreia, sudorese, astenia, dificuldade em dormir ou tremores em situações em que reduziu ou cessou o consumo de <i>cannabis</i>?</b></p>	Sim	
		Não	
6.25.	<p><b>Preocupa-se com os efeitos nocivos ao organismo que a <i>cannabis</i> provoca?</b></p>	Sim	
		Não	

\*\*\* Fonte: *Know Cannabis Test* – Jellinek Clinic, 2008.

*Know Cannabis Test – Versão traduzida*

1. Com que frequência consome *cannabis*?
  - a. Algumas vezes por ano (0)
  - b. Uma ou duas vezes por mês (0)
  - c. Uma ou duas vezes por semana (1)
  - d. Todos os dias ou quase todos os dias (2)
  
2. Quanto dinheiro gasta em *cannabis* em média numa semana?
  - a. Menos de 11€ (0)
  - b. Entre 11€ e 33€ (1)
  - c. Entre 33€ e 77,5€ (2)
  - d. Mais de 77,5€ (2)
  
3. Com que frequência está “*pedrado*”?
  - a. Mais de metade do dia (2)
  - b. Todos os dias durante algumas horas (2)
  - c. Algumas vezes por mês (0)
  - d. Uma vez ou menos por mês (0)
  
4. Quando fuma *cannabis*, com que frequência associa outro charro para ficar mais “*pedrado*”?

- a. Nunca (0)
- b. Às vezes (0)
- c. Regularmente (1)
- d. Quase sempre (2)

5. Alguma vez fuma *cannabis* em combinação com outras substâncias como álcool, cocaína ou ecstasy? Por favor ignore o tabaco quando responder a esta questão.

- a. Sim, regularmente (2)
- b. Sim, às vezes (1)
- c. Não, nunca (0)

6. Quando é que normalmente fuma *cannabis*? Escolha a opção mais relevante.

- a. Manhã (1)
- b. Tarde (1)
- c. Fim da tarde (1)
- d. Noite (1)

7. Quais são as principais razões que o faz consumir *cannabis*? Escolha entre as opções, as 3 razões que mais se apliquem a si.

- a. É mais divertido do que beber álcool (0)
- b. Para aliviar o aborrecimento (1)
- c. Para me sentir bem (0)
- d. Estou habituado a consumir/já faz parte da rotina (1)

- e. É prazeroso fumar com os amigos (0)
- f. Para aliviar sintomas de depressão (1)
- g. Para ajudar a relaxar, mesmo antes de ir dormir (0)
- h. Para me concentrar mais e ter melhor performance (1)
- i. Esqueço os meus problemas por alguns instantes (2)
- j. Para mudar os efeitos de outras substâncias (drogas ou álcool) (1)
- k. Não sei (0)

8. Com que tipo de pessoas é que fuma *cannabis*?

- a. Sempre com amigos (0)
- b. Normalmente com amigos, mas às vezes sozinho (0)
- c. Normalmente sozinho, e às vezes com amigos (1)
- d. Sempre sozinho (2)

9. Conseguiria parar de consumir *cannabis* quando decidisse?

- a. Não, não conseguia (2)
- b. Talvez, mas teria que fazer muito esforço (1)
- c. Provavelmente, mas não sem algum esforço (0)
- d. Claro, não teria qualquer problema (0)

10. Com que frequência pensou consigo próprio no ano passado, que deveria ter reduzido ou parado o consumo?

- a. Nunca (0)
- b. Algumas vezes (0)
- c. Uma vez por mês (1)
- d. Uma vez por semana (2)
- e. Quase todos os dias (2)

11. No ano passado, com que frequência o consumo de *cannabis* afectou a sua performance no trabalho ou nos estudos?

- a. Nunca (0)
- b. Algumas vezes (0)
- c. Uma vez por mês (1)
- d. Uma vez por semana (2)
- e. Quase todos os dias (2)

12. Alguma vez adiou outras coisas porque está “pedrado”?

- a. Não, nunca (0)
- b. Sim, as vezes (0)
- c. Sim, regularmente (1)
- d. Sim, quase todos os dias (2)

13. Alguma vez se sentiu extremamente frustrado porque não pôde fumar *cannabis* quando teve vontade?

- a. Não, nunca (0)
- b. Sim, as vezes (0)
- c. Sim, regularmente (1)
- d. Sim, quase sempre (2)

14. Com que frequência no ano passado se sentiu preocupado acerca do seu consumo de *cannabis*?

- a. Nunca (0)
- b. Algumas vezes durante o ano (0)
- c. Algumas vezes por mês (1)
- d. Algumas vezes por semana (2)
- e. Todos os dias (2)

15. Alguma vez teve problemas em lembrar-se do que fez ou disse?

- a. Não, nunca (0)
- b. Sim, às vezes (0)
- c. Sim, a maioria das vezes (1)
- d. Sim, quase sempre (2)

16. Algum amigo ou conhecido seu que também fume *cannabis* alguma vez lhe disse que você devia reduzir ou parar o consumo?

- a. Sim, as vezes (0)

- b. Sim, regularmente (1)
- c. Não (0)
- d. Não, porque eles não sabem que fumo (2)