



Instituto  
de Apoio  
à Criança

**CEDI** CENTRO  
DE ESTUDOS E DOCUMENTAÇÃO  
SOBRE A INFÂNCIA

# InfoCEDI



JULHO 2009

N.º 17

BOLETIM DO CENTRO DE ESTUDOS E DOCUMENTAÇÃO SOBRE A INFÂNCIA  
DO INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA

## Sobre A Criança e a Toxicodependência definimos

### **Toxicodependência**

É o uso de qualquer substância com outros fins que não médicos e científicos e que altera os processos bioquímicos ou fisiológicos do organismo. Segundo a Associação Psiquiátrica Americana as alterações psicológicas e comportamentais desadaptativas associadas à intoxicação como mudanças de humor, perturbações de percepção, défice do funcionamento sócio-ocupacional, devem-se aos efeitos fisiológicos da substância desenvolvidos sobre o sistema nervoso central. Tais perturbações variam de acordo com a substância ingerida, dose, duração ou regularidade da dose, tolerância, período entre as doses, expectativas quanto aos seus efeitos e ao contexto em que é tomada.

O uso problemático de substâncias psicoactivas pode advir da manutenção de determinado padrão de consumo ou das próprias características do consumo. Independentemente das vezes que se consome determinada substância, o seu uso pode considerar-se problemático se entre outras, houver 1) consumo compulsivo; 2) mistura de substâncias.

O abuso pode levar à dependência, embora existam abusos com consequências assaz nefastas que ainda não causaram dependência. Fala-se, assim, de **tolerância** quando se repete o consumo da substância e esta produz cada vez menos efeito levando a um aumento do consumo para obter as sensações anteriores.

No caso do álcool, a primeira vez que se bebe fica-se num estado de euforia e para obter esse efeito passados meses ou anos serão necessárias doses 4 a 5 vezes mais elevadas. Esta característica das drogas leva muitas vezes as pessoas a testarem e a compararem os seus limites, atitude esta que fomenta uma competição pelo "Eu aguento mais...".

Por outro lado, referimo-nos à **dependência** quando existe um consumo

repetido, em quantidades consideráveis e quando a pessoa tem dificuldades em permanecer sem consumir, mesmo tendo conhecimento dos efeitos negativos. Ao suspender-se o consumo, surge um mal-estar acompanhado de sensações desagradáveis que a pessoa sente como dolorosas e que para aliviá-las repete os consumos de forma compulsiva.

Quando mencionamos drogas referimo-nos não só às denominadas substâncias psicoactivas ilegais, como a heroína, cocaína, ecstasy, cannabis, anfetaminas, mas também às legalmente comerciáveis como álcool, tabaco e psicofármacos, as quais causam tantos ou mais danos à saúde individual e pública. Quer directa ou indirectamente, o uso de drogas pode provocar ou desencadear distúrbios mentais e físicos graves, aumenta os riscos de transmissão de doenças infecto-contagiosas, criminalidade, agressões à integridade física própria ou de terceiros, e em última instância a morte.

A atracção por estas substâncias resulta do facto de alterarem o modo como as pessoas sentem e apreendem o mundo que as rodeia. E é precisamente na modificação da química cerebral induzida pelas substâncias psicoactivas que reside o problema do seu consumo, ao alterar de tal modo a percepção e a visão do mundo com as respectivas consequências e efeitos, de leves a muito graves e mesmo à morte. Todas as substâncias psicoactivas oferecem um prazer imediato a troco de um mal-estar de seguida, não podendo esquecermo-nos que o seu consumo resulta de uma vontade, desejo, impulso ou instinto, devendo ter-se em conta todo um conjunto de emoções que lhe subjazem – curiosidade, dor, engano, maldade, desilusão, obsessão, desespero, esperança.

Há que reconhecer que as drogas contribuem para a (de)estruturação da identidade individual e social (despersonificando e desorganizando pessoal e socialmente), actuando sobre as emoções que controlam os conflitos internos e externos; bloqueando afectos angustiantes e penosos; e muitas vezes acabando por potenciar certos tipos de actividade social através das sensações causadas pelo consumo ocasional da substância.

A toxicodpendência é, assim e de acordo com a Declaração de Lisboa de 1992, expressão de um sofrimento e determina dificuldades físicas, psíquicas e sociais, O tratamento de um toxicodpendente deve assentar na garantia de uma intervenção ao nível físico, psíquico e social, e obrigatoriedade e necessidade de equipas profissionais e multidisciplinares.

Como tal, não basta parar o consumo, dado o conjunto de equilíbrios que se encontram enraizados no consumidor, mas sim tratar a dependência com vista à reabilitação, reduzindo ou eliminando o (ab)uso das substâncias, diminuindo as consequências negativas deste comportamento para o próprio e sociedade em geral.

Fonte: [Associação Dianova Portugal](#), organização portuguesa da sociedade civil especializada na prevenção, tratamento e reinserção de toxicodependências.

O **DSM-IV, Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais**, da [American Psychiatric Association](#) dá a definição psiquiátrica de “Dependência de Substâncias”.

[Disponível on-line »](#)

O [Site Álcool e Drogas sem Distorção](#) do Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein apresenta o conceito de dependência química e sete critérios de diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas.

[Disponível on-line »](#)

## **Droga**

A [Organização Mundial de Saúde](#) define droga como qualquer substância que tenha a capacidade de produzir um estado de dependência e estimulação ou depressão do sistema nervoso central (i.e. são substâncias psicoactivas), resultante de alucinações ou distúrbios nas funções motoras, cerebrais, comportamentais ou na percepção, e abuso similar e efeitos de doenças às estabelecidas nas [Tabelas I, II, III e IV – Classificação das Substâncias Psicotrópicas, Convenção Substâncias Psicotrópicas de 1971, ONU](#) –, devendo ser considerada uma ameaça à saúde pública e um problema objecto de controlo internacional.

Alterando o humor, o grau de percepção ou o funcionamento do cérebro, substâncias como cocaína, cannabis, heroína, ecstasy, nicotina (tabaco), cafeína do café e chá, barbitúricos e tranquilizantes, diluente, cola, LSD, anfetaminas, independentemente de lícitas (comercializáveis legalmente como álcool, tabaco, psicofármacos) ou ilícitas (passíveis de objecto de coima até pena de prisão ou compulsória), provocam problemas do foro psiquiátrico, geram problemas no meio laboral, são causa de diversos acidentes mortais e indubitavelmente contribuem para o agravamento de problemas de saúde.

Mas que efeitos produzem estas substâncias no organismo? Substâncias como anfetaminas e cocaína são **estimulantes**, acelerando o organismo; a heroína/opiáceos tem um efeito **narcótico**, provocando uma sensação de sonolência passiva; o álcool e os ansiolíticos são **depressores**, diminuindo a actividade do SNC; e ácidos e ecstasy são **alucinogénias** ou **psicadélicas**, alterando a percepção do mundo que nos rodeia.

## Heroína

A heroína é uma substância psicoactiva aditiva processada a partir da morfina, substância extraída da semente de papoila, tendo uma acção depressora (funcionando como um poderoso analgésico e abrandando o seu funcionamento) sobre o Sistema Nervoso Central e uma das que mais problemas gera a nível mundial, estimando-se em cerca de 15 milhões de consumidores de opiáceos (heroína, morfina e ópio) no mundo e 750.000 consumidores de droga injectada na Europa, uma das grandes responsáveis da disseminação de HIV, Hepatite C e B e Tuberculose. Saliente-se que os opiáceos, ou policonsumo com opiáceos, ainda constituem a principal droga ilícita entre os pacientes que procuram tratamento nos principais países europeus e em Portugal. Todavia, o consumo de heroína parece tender para a estabilização ou mesmo diminuição em detrimento da cannabis, anfetaminas ou cocaína.

É comercializada em pó, castanho ou branco (quando pura), e administrada por via endovenosa, fumada ou inalada. Entre outras, encontra na rua designações como pó, cavalo, heroa, castanha, brown sugar, gold, veneno, bomba. É frequentemente misturada com cocaína (speedball) de forma a tornar os efeitos de ambas mais intensos e duradouros. Dos opiáceos fazem parte substâncias analgésicas como heroína, ópio, morfina, codeína, metadona; agonistas-antagonistas mistos como buprenorfina e antagonistas como a naltrexona. É de referir que está provado que a metadona – droga usada como tratamento de heroínómanos – é mais aditiva do que a heroína, só devendo ser dada como parte de uma abordagem holística do paciente.

- Efeitos predominantes:

Os opiáceos produzem analgesia, tonturas, alterações do humor e, em casos de doses elevadas, obnubilação mental mediante a depressão do SNC e da actividade cardíaca, salientando-se que através da administração por injeção os seus efeitos são muito mais rápidos e poderosos: a um conjunto de sensações no baixo-ventre e ruborização da pele segue-se uma sensação inebriante e euforizante, descida do ritmo respiratório e abrandamento dos movimentos peristálticos do cólon, causando prisão de ventre. As alterações do SNC incluem a diminuição do tamanho da pupila, contracções musculares, tremor e sinais de confusão.

Associados à dependência dos opiáceos estão problemas médicos como o HIV/Sida (a complicação médica mortal mais frequente), abscessos e outras

infecções da pele e músculos, possibilidade de afectar o feto (em caso de gravidez), hepatite e outras perturbações hepáticas, úlceras gástricas, arritmias, endocardite, anemia, infecções dos ossos e articulações, anormalidades no fundo ocular, insuficiência renal, destruição da massa muscular, pneumonia, abscessos pulmonares, tuberculose e broncospasmo. Registam-se ainda problemas emocionais e sociais como depressão, perturbações da função sexual, problemas com a polícia e problemas sociais e de relacionamento social.

A tolerância à maioria dos opiáceos desenvolve-se rapidamente, particularmente com analgésicos como a heroína, sendo fortemente viciantes, desenvolvendo-se a dependência física após um período de consumo relativamente curto. O grau de dependência varia com a potência da droga consumida, das doses tomadas e da duração do contacto com a droga.

Um consumidor típico de rua é do sexo masculino, inicia-se aos 18 anos, tem habitualmente historial de comportamento delinquente e anti-social, a taxa de mortalidade é de cerca de 5-10/1.000 particularmente por suicídio, acidentes e doenças como SIDA, Tuberculose e outras infecções (derivadas de complicações com agulhas contaminadas e drogas impuras). Quando se consegue manter abstinente durante 3 ou mais anos há maiores probabilidades de manter-se abstinente, situação que melhora conjugada com um quadro de estabilidade de emprego, estar casado (estabilidade familiar e afectiva), praticar poucos ou nenhuns actos de delinquência e pouca evidência de abuso de outras substâncias. As crises de vida ou depressões parecem evidenciar um importante papel nas recaídas. É ainda de notar que nos casos de insucesso de tratamento regista-se um abuso de consumo e problemas relacionados com o álcool, dado que, privado da heroína, potencia os efeitos de outras drogas.

- Utilização clínica:

Muitos opiáceos, como a morfina, buprenorfina e metadona, são úteis e de uso clínico importante pelas suas propriedades analgésicas ou antagonistas usadas no tratamento de heroinómanos. Os programas de substituição de metadona (narcótico opiáceo substitutivo, administrado a heroinómanos e que bloqueia o síndrome da abstinência opiácea e proporciona a estabilização do toxicodependente) devem ser encarados não como a solução mais fácil e uniformizada a todos os toxicodependentes mas sim visando objectivos sócio-sanitários adaptados aos trajectos singulares daqueles, proporcionando-lhes a melhoria do estado de saúde e contrariando os processos de marginalização social através de condições logísticas e apoio no restabelecimento de laços sociais. Torna-se assim possível a ocorrência de “dependências integradas com substâncias narcóticas, isto é, compatíveis com um funcionamento relacional e social convencional”, mediante uma prescrição que deve obedecer a rígidos

critérios de administração e controlo, começando por oferecer aos consumidores uma melhoria visível e imediata no seu dia-a-dia. É absolutamente necessário que o consumidor não se torne clandestino de forma a continuar acessível às intervenções assistenciais, preventivas ou reabilitadoras, promovendo-se assim uma maior igualdade e inclusão social.

- Sugestões:

Para além da apresentação de problemas emocionais e sociais, existe um conjunto de sintomas físicos e comportamentais indicadores de abuso desta classe de substâncias como aumento da pigmentação da zona das veias, evidência de veias nodosas ou trombosadas, dedos em baquete de tambor, pupilas contraídas, tumefacção da mucosa nasal (casos de inalação da droga), queixas de fortes dores como cólicas renais, dores na coluna ou abdominais, lesões e abcessos.

Uma consulta ao médico e psicólogo para estabelecimento de diagnóstico prévio e realização de exames clínicos complementares, assim como a aferição do real desejo de mudança tendente à diminuição ou abandono do consumo de drogas, constituem o primeiro passo para posterior encaminhamento do toxicodependente para o tipo de tratamento mais adequado ao seu perfil e às suas necessidades. O tratamento de um toxicodependente deve assentar na garantia de uma intervenção ao nível físico, psíquico e social, não obrigatoriedade e necessidade de equipas profissionais e multidisciplinares.

### **Cocaína**

A Cocaína (pó branco extraído das folhas de coca, vulgarmente conhecido por coca, branca, neve, branquinha) é um estimulante extremamente aditivo que afecta directamente o cérebro, muito popular nos anos 80 e 90, sendo a substância química pura (cloridrato de cocaína) usada há mais de 100, ao passo que as folhas de coca são ingeridas há milhares de anos particularmente entre os mastigadores de coca da América do Sul. Existem basicamente 2 formas químicas: o cloridrato de sal (em pó) usado por via intravenosa ou inalada, e os cristais de cocaína (freebase ou crack) usados por via fumada. Este pó é frequentemente cortado com maizena, pó talco ou açúcar, procaína (anestésico) e/ou anfetaminas. Existe ainda uma combinação feita por consumidores em que misturam o pó de cocaína ou crack com heroína, obtendo o speedball.

Inalando-se, a cocaína passa directamente para o sangue através das mucosas nasais; se injectada a droga é levada directamente à corrente sanguínea aumentando o seu efeito; se fumada o vapor ou fumo levado aos pulmões tem a mesma absorção imediata de quando injectada. Qualquer dos tipos de administração pode causar problemas graves a nível cardiovascular ou cerebrais, podendo estes resultar em morte súbita, causando o seu uso continuado dependência e consequências negativas para a saúde.

- Efeitos predominantes:

A cocaína age sobre uma das áreas chave do cérebro relacionada com o prazer, bloqueando a eliminação da dopamina da sinapse causando a acumulação da mesma, gerando uma estimulação contínua dos neurónios receptores, o que provoca um estado de euforia. O seu abuso provoca tolerância, necessitando assim o cérebro de doses maiores e mais frequentes para obter o prazer inicial.

Os efeitos sentem quase imediatamente ao seu uso e desaparecem em minutos ou horas, gerando sensação de euforia, energia, alerta mental particularmente a nível de visão, audição e olfacto. O seu uso pode diminuir temporariamente os desejos de comer e dormir. Alguns consumidores sentem que sob o seu efeito os ajudam a realizar tarefas físicas e intelectuais de forma mais rápida.

A curto prazo, os seus efeitos fisiológicos são contracção dos vasos sanguíneos, dilatação das pupilas e aumento da temperatura, do ritmo cardíaco e da tensão arterial. Em grandes quantidades pode levar a comportamento mais extravagante e violento, com tremores, vertigens, espasmos musculares, paranóia e, em doses consecutivas, a reacção tóxica similar ao envenenamento por anfetamina. Em raras ocasiões, a morte súbita ocasionada por paragens cardíacas ou convulsões seguidas de paragem respiratória.

A longo prazo, regista-se para além da dependência, inquietude, irritação, ansiedade e alucinações auditivas. Salientam-se ainda efeitos neurológicos que produzem embolias, convulsões e dores de cabeça; complicações gastrointestinais que causam dores abdominais e náuseas; irregularidades cardíacas, aceleração do ritmo cardíaco e respiratório, podendo os sintomas físicos incluir visão nublada, dores no peito, febre, convulsões e coma. A interacção entre cocaína e álcool é potencialmente perigosa dado o organismo convertê-las em etileno de cocaína que tem um efeito no cérebro mais tóxico. Ainda a registar a transmissão de HIV/Sida e Hepatites, quer pela partilha de seringas não esterilizadas, por via de gravidez (sabendo-se que os recém-nascidos de mães cocainómanas têm baixo peso neonatal, cabeças de circunferência menor e tamanho mais pequeno) e da sua utilização com fins

recreativos e relações sexuais não protegidas.

- Utilização clínica:

Estas substâncias têm utilização clínica a nível de narcolepsia ou perturbação da hiperactividade. Nos casos de fadiga, ou depressão, não produzem efeitos e podem piorar a situação, e no caso da obesidade, os perigos ultrapassam os benefícios. O grande problema do uso médico está no desenvolvimento da tolerância ao estimulante, limitando a sua aptidão para um nível clínico útil.

### **Cannabis**

Usados desde pelo menos 2.700 A. C., os canabinóides são compostos derivados da planta Cannabis Sativa, cujo componente activo THC (delta-9-tetra-hidrocanabinol) causa alterações fisiológicas e psicológicas, sendo os efeitos predominantes a euforia e alteração do nível da consciência, sem alucinações. O facto de esta substância psicoactiva afectar o SNC, e de ser usada mais intensamente no final da adolescência quando o cérebro e o sistema reprodutor ainda estão em formação, gera preocupações legítimas.

Ainda que haja uma grande aceitação social e usada como droga recreativa por todos os estratos da sociedade, é uma substância ilegal cuja elevada prevalência de consumo particularmente entre os mais jovens a torna alvo de combate ao tráfico e consumo a nível nacional e mundial, fazendo parte das drogas mais amplamente consumidas.

O THC provém da planta da marijuana, constituída pelas folhas secas, enquanto o haxixe e outras fontes mais potentes são constituídas pela resina obtida das flores da planta, sendo as vias de administração fumada, comida e, raramente, injectada. Outras formas de derivados têm sido sintetizadas devido às suas propriedades farmacológicas e de administração oral, de que é exemplo a nabilona, uma droga sintética com raras propriedades antieméticas e efeito sedativo colateral e de baixa propriedade euforizante.

De todas as drogas, e por ser a mais consumida e virtualmente produzida em qualquer país e por qualquer consumidor em sua própria casa, a cannabis tem vindo a tornar-se uma fonte de cada vez maior atenção e preocupação pela comunidade médico-científica, pais e legisladores face à re-avaliação dos seus riscos, tendo em conta a duplicação da potência do THC (o princípio activo da cannabis), resultante de processos de reengenharia genética da planta, e do

crescimento da quota de mercado cada vez maior desta substância.

Adicionalmente, sobressaem 3 razões de saúde pública que incrementam a preocupação: incremento de episódios de saúde agudos, crescimento de procura de tratamento e agravamento de dependência com 9% dos consumidores a tornarem-se incapazes de parar os consumos.

Os efeitos da cannabis, particularmente entre os mais jovens e os consumidores problemáticos, potenciam estados psicóticos e agravam sintomas (como distorções do conteúdo do pensamento – ideais delirantes, da percepção - alucinações, da linguagem – discurso desorganizado, e do autocontrolo do comportamento – comportamento desorganizado ou catatónico) dos indivíduos diagnosticados com esquizofrenia, a mais grave das perturbações psicóticas.

As pesquisas recentes apontam para que muito ainda há a descobrir acerca desta substância, apesar da percepção popular de que os seus riscos são cabalmente compreendidos, para além do contínuo aumento da potência do THC, facto que deve ser tido naturalmente em conta pelos defensores da legalização antes de avançarem com medidas banalizadoras e que incrementem a prazo as consequências a nível de saúde mental e pública.

- Efeitos predominantes:

Os principais efeitos do THC produzem-se no cérebro, sistema cardiovascular e pulmões. As alterações do humor dependem da quantidade ingerida, do ambiente em que é tomada e do objectivo pretendido, não esquecendo a forma como é administrada e o grau de pureza que varia entre 0.5% e 10%. Para além da euforia, provoca relaxamento, sonolência e aumento do desejo sexual / fome; perda da noção real do tempo e perda parcial do sentido crítico; défice de aptidão para desempenho de tarefas e redução do comportamento social; problemas agudos de memória.

A intoxicação pode estar associada a níveis moderados de desconfiança ou paranóia, aumento/redução da agressividade, alucinações visuais acompanhadas por ideias delirantes paranóides, confusão, desorientação e pânico. A intoxicação moderada pode gerar alterações fisiológicas como estremecimentos, ligeira descida de temperatura, redução da força e equilíbrio musculares, diminuição da coordenação motora, boca seca e olhos injectados, náuseas, dores de cabeça e descida moderada da tensão arterial.

O uso crónico provoca a diminuição do diâmetro dos brônquios, piorando as dificuldades respiratórias; e ao aumentar frequência cardíaca, constitui um perigo

acrescido para indivíduos com doença cardíaca prévia. A nível cerebral, pode observar-se um estado psicótico temporário, caracterizado por paranóia e alucinações sem confusão, que caso não regrida pode indicar perturbação psiquiátrica anterior, parecendo que a marijuana piore os problemas psicóticos pré-existentes, como a esquizofrenia.

- Utilização clínica:

São reconhecidas ao THC as suas propriedades anti-bacterianas, redução da pressão intra-ocular, diminuição da dor, contribuição para o tratamento da asma, aumento de apetite e contribuição para melhorar o humor. Actualmente, as suas propriedades terapêuticas constituem tema de actualidade e debate a nível mundial, dividindo opiniões entre cientistas, médicos, investigadores e decisores, sendo todavia usado em certos países no tratamento do glaucoma resistente a outras terapias, cancro terminal controlando as fortes náuseas induzidas pela quimioterapia anti-cancerosa, HIV/SIDA aumentando o apetite.

- Acidentes:

Tendo em conta o défice de discernimento, da aptidão para avaliar o tempo e as distâncias e do diminuição de desempenho motor provocados pelo seu consumo, que podem surgir entre os primeiros 20-30 minutos e até 8 horas, com uma acção residual menos intensa durante 24 horas, após a sua administração, existe uma forte evidência que o consumo de cannabis faz diminuir a capacidade de condução até 8 horas após a sua ingestão e que pode resultar em acidentes mortais para o próprio e/ou terceiros.

- Escalada:

Vários estudos apontam que o consumo de cannabis pode levar ao uso de outras substâncias ditas mais duras. O seu uso na adolescência vai influir na formação cerebral e pode levar ao surgir da delinquência e de problemas de saúde. Assim como também é muito provável que uma personalidade aditiva consuma qualquer tipo de substância psicoactiva como álcool, cafeína, nicotina, cocaína, anfetaminas ou heroína.

Segundo [artigo publicado recentemente na ScienceNow, por May Beckman, pesquisas efectuadas em ratos realizadas pela neurocientista Yasmin Hurd \(2006\)](#) (Mount Sinai School of Medicine) e colegas do Karolinska Institute de Estocolmo, Suécia, apontam para a possibilidade ainda por confirmar oficialmente do

consumo de marijuana ser uma porta de entrada para outras drogas, particularmente a nível dos ratos mais jovens expostos a esta substância psicoactiva. Todavia, de acordo com estatísticas do [National Institute of Drug Abuse](#), a maioria dos adultos que consomem drogas ilícitas começaram a consumir desde a adolescência, e quanto mais cedo começam a consumir incrementam as possibilidades de tornarem-se consumidores “pesados”: das pessoas que começaram a fumar cannabis antes dos 15 anos, 62% tornaram-se consumidores de cocaína e 9% de heroína, e dos que começaram a partir dos 20 anos apenas 16% tornaram-se consumidores de cocaína e 1% de heroína.

De acordo com a neurofarmacologista [Sari Izenwasser \(Miami School of Medicine, Florida, EUA\)](#), o facto mais importante que ressalta desta pesquisa é a adolescência ser um período de vulnerabilidade acrescida face ao consumo de drogas, cujo comportamento pode alterar processos cerebrais fundamentais. Ainda que os dados não sejam conclusivos, os resultados parecem apontar para que estes consumos precoces facilitem consumos problemáticos a posteriori.

### **Ecstasy e Drogas Sintéticas**

Por todo o mundo, e em Portugal, tem-se registado um crescimento alarmante da popularidade e consumo das denominadas drogas sintéticas como Ecstasy (MDMA), GHB, Ketamina ou LSD, intimamente ligadas a bares/discotecas, raves, trances (festas com música [Trance](#)), com um objectivo claramente recreativo e de diversão. Resultando a sua composição da investigação laboratorial (logo sintética), estas substâncias são encaradas como facilitadoras da comunicação, assumindo um papel determinante na interacção desenvolvida naqueles espaços e que se pretende prolongar para além da duração dos efeitos dos consumos.

Ainda que consumidas predominantemente em contextos recreativos, tendem a extravasar para o quotidiano como forma de ultrapassar experiências negativas (medo, sofrimento, dúvida) e desencadear emoções positivas (prazer, euforia, diversão). O carácter voluntário dos consumos, assente na busca de um estado mais elevado de bem-estar consigo e com os outros, parece ser reforçado pela ausência de síndromes de abstinência.

O facto de estarem associadas a cenários de lazer liga-se com um elemento essencial, a música (House, Trance, Dub) que, através das acções psicotrópicas das substâncias ingeridas, pode ampliar ou reduzir os efeitos ao nível da expressão, motricidade, sentidos e afectividade.

O **Ecstasy**, cientificamente denominado MDMA (3,4-metilenodioximetanfetamina), é uma substância química pertencente à família

das anfetaminas que tem propriedades estimulantes e alucinogénicas. Foi inicialmente sintetizado na Alemanha em 1912 como supressor do apetite, mas tendo sido demonstrado que as alterações do estado de consciência não eram facilmente controladas, passou a ser considerada uma droga poderosa e perigosa e o seu uso terapêutico proibido.

É comercializado sob a forma de comprimido ou cápsula, geralmente com um símbolo gravado, sendo conhecida entre outras por E, XTC, Adão e Eva, Pastilha. A sua composição deveria conter MDMA, MDA ou MDEA, mas pode conter outras substâncias como anfetaminas, LSD, 2-CB, cafeína, efedrina, ketamina, estrectina, atropina, 4-MTA, DXM, sendo este corte que gera as variações de efeitos e reacções colaterais inesperadas.

A sua administração é feita geralmente por via oral, surgindo os seus efeitos no espaço de minutos a meia hora, permanecendo durante cinco horas e os efeitos residuais por vários dias. Os seus efeitos tóxicos incluem euforia, sensação de espiritualização e intimidade, subida da tensão arterial, da frequência cardíaca e de suores. Entre outros problemas graves associados, tem ainda o perigo potencial de poder provocar alterações de longa duração (de a mais de 6 meses) no funcionamento das células nervosas ricas em serotonina.

- Efeitos predominantes

Como qualquer estimulante, funcionando em parte pela libertação ou bloqueio da recaptção de neurotransmissores (substâncias químicas que estimulam os neurónios vizinhos) como a dopamina das células nervosas; produzindo ainda efeitos noutros neurotransmissores como a serotonina. Da combinação destas modificações geram-se alterações no metabolismo cerebral e no fluxo sanguíneo, associando-se a sensações de estimulação intensa e euforia.

Os seus efeitos produzem-se no SNC, nos nervos periféricos e no sistema cardiovascular, provocando euforia, diminuição de fadiga e de necessidade de dormir, pode aumentar o desejo sexual, reduzir o apetite; se as doses mais baixas tendem a melhorar a performance motora, as doses mais elevadas geram um défice com fortes tremores e mesmo convulsões; provocam ainda náuseas, vómitos, pupilas dilatadas e aumento da temperatura, arritmias, depressão e outras perturbações neurológicas.

Mas porque estas drogas sintéticas também são alucinogénicas, estas substâncias provocam adicionalmente outros efeitos tais como: aumento da consciência dos estímulos sensoriais, sensação subjectiva de intensificação da actividade mental, alteração das imagens corporais, menor distinção entre si

mesmo e o que o rodeia, apura os sentimentos de empatia, rubor facial, aumento da tensão arterial, da glicemia e da temperatura, e se em excesso colapso cardiovascular e convulsões.

As pesquisas apontam ainda para os graves problemas de saúde ou mesmo morte, perigosidade essa que aumenta em associação com o consumo de álcool. Uma das consequências mais graves regista-se a nível comportamental e cerebral, provocando danos a nível da serotonina, um neurotransmissor que desempenha um papel da regulação da emoção, memória, sono, dor e outros processos cognitivos. Por outro lado, dado a sua maioria não possuir cor, sabor ou odor, estas drogas podem ser colocadas em bebidas por indivíduos que queiram intoxicar outros, constituindo um perigo e causa de violações, gravidez em idades precoces e transmissão de doenças infecciosas como HIV/SIDA.

Vejamos, por último, alguns dos efeitos relativos a cada uma destas drogas sintéticas psicotrópicas. O Ecstasy, em doses elevadas, pode afectar a capacidade de regulação de temperatura do organismo, levando a uma subida brusca da temperatura corporal (hipertermia), e podendo resultar em colapso sistémico hepático, renal e cardiovascular; alterações das funções cerebrais, afectando as actividade cognitiva e a memória; assim como sintomas depressivos vários dias depois de se usar.

O **GHB** é essencialmente um depressor do sistema nervoso central, usado pelos seus efeitos euforizantes, sedativos e anabolizantes, podendo a sua ingestão ocasionar paralisia e coma, tendo ficado conhecido como “a droga para violar namoradas” e associado a casos de envenenamento, overdose, violação e morte.

A **Ketamina** é um anestésico, usado principalmente em veterinária, podendo causar estados oníricos e alucinações; em doses elevadas pode causar delírio, amnésia, redução das funções motoras, hipertensão arterial, depressão e problemas respiratórios eventualmente mortais.

O **Rohypnol** é o nome comercial do flunitrazepan, quimicamente uma benzodiazepina que, em associação com o álcool, pode causar a morte ou paralisias; pode igualmente tornar uma vítima incapaz de se opor a um ataque sexual; assim como causar amnésia de fixação, isto é, dificuldade ou incapacidade de memorizar factos posteriores à ingestão da substância.

- Utilização clínica:

Estas substâncias não têm utilização clínica comprovada, em que os benefícios ultrapassem os seus perigos.

## **Anfetaminas**

As anfetaminas são substâncias sintéticas estimulantes, vulgarmente denominadas speed, cristal, anfes, ice, metanfetaminas ou dextroanfetaminas, podendo ser encontradas sob a forma de cristais amarelados com sabor amargo, cápsulas, comprimidos, pó ou líquido. São geralmente consumidas por via oral, intravenosa (diluída em água), fumada ou aspirada (em pó). As anfetaminas estimulam o SNC, actuando na noroadrenalina (um neurotransmissor), afectando adicionalmente os sistemas dopaminérgicos e serotoninérgicos, permitindo ao corpo efectuar actividades físicas em situações de stress. É considerada uma droga *unclean* dado o seu baixo grau de pureza (menos de 15%), incluindo o restante corte glucose, vitamina C, laxante, leite em pó, cafeína, aspirina e paracetamol.

Desde os anos 90 tem sido uma droga muito popular entre as camadas mais jovens em ambientes recreativos (Clubbing, Festas, Raves), sendo a 2ª droga mais consumida em todo o mundo imediatamente a seguir à Cannabis (160 milhões): cerca de 26,2 milhões entre os 15-64 anos, representando 0,6% da população mundial, segundo o [Relatório Mundial da Droga 2005 da ONU](#). Segundo este Relatório, os países produtores de anfetaminas são principalmente da Europa Ocidental e Central – Holanda, Polónia e Bélgica, para além dos Estados Bálticos (Lituânia e Estónia) e Bulgária.

- Efeitos predominantes:

As anfetaminas, tradicionalmente usadas por quadros médios/superiores, têm vindo a registar um aumento entre homossexuais em festas (favorecendo comportamentos de risco e possíveis contágios HIV/Sida e outras DST's), jovens adultos frequentadores do [fenómeno clubbing](#), sem-abrigo e jovens foragidos, homens e mulheres que trabalham no sector do sexo e profissões que exigem alerta mental e endurance física durante várias horas (como os condutores de camiões), segundo dados recentes do NIDA. Facto que torna estes consumos um problema de saúde pública.

O consumo das anfetaminas pode provocar hiper-actividade à qual pode ser associada um aumento de atenção e concentração; perda de peso e sono; estado de excitação nervosa, euforia e aumento do grau de confiança que pode resultar numa diminuição auto-crítica; fadiga, depressão, apatia ou agressividade, comportamentos psicóticos e potenciais danos coronários e neurológicos.

Adicionalmente, pode provocar sede, transpiração, desidratação, diarreia,

taquicardia, aumento da tensão arterial, náuseas, má disposição, dores de cabeça, tonturas, sono irregular, tiques ou movimentos estereotipados, perda de apetite passíveis de originar anorexia nervosa, desnutrição e mesmo morte.

O consumo crónico pode levar a uma perda de peso acentuada, redução da resistência às infecções, perturbações do ritmo cardíaco, dores nos músculos e articulações, psicose anfetamínica caracterizada por irritabilidade, insónia, alucinações. Podem ainda ocorrer em estados de sobredosagem fortes dores no peito, insuficiência respiratória, perda de consciência, convulsões e morte.

A tolerância pode ser rapidamente desenvolvida, ocorrendo particularmente dependência psicológica. Nos casos de consumo continuado resultantes em exaustão e depressão, os seus efeitos podem ser contrariados pela retoma do consumo que gera um tipo de imitação da dependência física.

- Utilização clínica:

Foram inicialmente usadas para tratamento da obesidade, dado provocarem perda de peso e manutenção de estados de alerta entre os soldados durante a II Guerra Mundial. Actualmente, o seu uso médico está limitado ao Dexedrine para tratamento da narcolepsia, e Ritalin para tratamento de síndrome de deficit de atenção infantil. Podem provocar depressão, epilepsia e doença de Parkinson.

- Sugestões:

Considere a relevância de determinados sinais que podem identificar um consumidor de anfetaminas como: sinais de agitação, discurso excitado, perdas de apetite e aumento de níveis de actividade física; pupilas dilatadas, pressão arterial elevada, ritmo cardíaco irregular, dores de peito, náuseas e vômitos, temperatura elevada; episódios ocasionais de comportamento súbito violento, paranóia intensa, alucinações visuais e auditivas e estados de insónia; tendência para limpezas compulsivas e montagem/desmontagem repetida de dispositivos. Estratégias preventivas focalizadas na família e comunidade local em conjunto têm dado resultados mais eficazes do que meramente junto de jovens.

## **Metanfetaminas**

A metanfetamina é uma poderosa droga sintética estimulante, com elevado potencial de adição, fabricada facilmente e de forma relativamente barata em laboratórios clandestinos, conhecida vulgarmente como meth ou speed (pó cristalino amargo e sem odor facilmente dissolvido em água ou álcool), e na sua forma fumada crystal, crank ou ice, entre outras.

Pode ser tomada oralmente, aspirada (intra-nasal), injeção intravenosa e fumada. Parente química da anfetamina, os efeitos da metanfetamina no sistema nervoso central são muito mais graves, causando um incremento de actividade, diminuição do apetite e uma sensação geral de bem-estar, podendo os seus efeitos durar até 6-8 horas. A seguir ao *high* inicial que dura poucos minutos, verifica-se um estado de agitação que em determinados indivíduos pode levar a comportamentos violentos.

A metanfetamina liberta níveis elevados do neurotransmissor dopamina, que estimula as células cerebrais, aumentando a disposição e o movimento corporal; e parece ter um efeito neurotóxico ao danificar as células que contêm dopamina e serotonina (nomeadamente, cortando os terminais nervosos das células, e tornando o seu crescimento limitado), causando a prazo a redução dos níveis de dopamina que podem resultar em sintomas como os da doença de Parkinson.

- Efeitos Predominantes:

A nível do Sistema Nervoso Central, as consequências do consumo de metanfetaminas mesmo em pequenas quantidades incluem aumento da sensação de estado de alerta/despertado, aumento de actividade física, diminuição de apetite e euforia, podendo ainda verificar-se irritabilidade, insónias, confusão, tremores, ansiedade, paranóia e agressividade.

A nível cardiovascular os efeitos incluem aceleração do ritmo cardíaco, aumento da pressão arterial e danos irreversíveis a nível dos vasos sanguíneos. A hipertermia (temperatura corporal elevada) e convulsões ocorrem em casos de sobredosagem, e se não forem tratadas imediatamente podem resultar em morte. O abuso crónico de metanfetaminas pode ter consequências a nível de inflamação do revestimento coronário e, entre os que se injectam, danificação dos vasos sanguíneos e abscessos da pele.

A longo prazo, os efeitos resultantes do abuso de metanfetaminas incluem a dependência, doença crónica caracterizada pela procura compulsiva e uso da

substância psicoactiva que são acompanhados pela alteração molecular e funcional do cérebro. Para além da dependência à droga, os consumidores podem exibir sintomas de comportamento violento, deterioração social e ocupacional progressiva, estados de ansiedade e confusão, características psicóticas como paranóia, alucinações auditivas, distúrbios de humor, estados de ilusão tais como a sensação de insectos a rastejar no interior da pele, o chamado efeito formigueiro. A paranóia pode resultar em pensamentos suicidas ou homicidas.

A exposição do feto (em mães grávidas consumidoras) constitui outro problema significativo a ter em conta. Pesquisas indicam que o abuso de metanfetaminas durante a gravidez pode resultar em complicações pré-natais, aumento do índice de partos prematuros e padrões de comportamento neonatal alterados, tais como reflexos anormais e irritabilidade, estando adicionalmente relacionado com deformidades congénitas.

O abuso de metanfetaminas está ainda relacionado com o incremento de transmissão de HIV e Hepatites C e B, através da partilha de material de injeção como seringas, agulhas e material associado. Estudos efectuados indicam que a metanfetamina e estimulantes psicomotores relacionados podem aumentar a libido dos consumidores e parece estar associada a sexo violento que pode levar a sangramentos e cortes. A combinação de injeção e prática de riscos sexuais constituem um cenário ideal para o aumento da possibilidade de contágio do HIV ou HVC/B. Estes riscos podem ser clara e significativamente diminuídos através de programas comunitários orientados à alteração de comportamentos de risco associados com o consumo de drogas (partilha de seringas e práticas sexuais desprotegidas), assim como do tratamento da dependência deste tipo de drogas.

- Efeitos a curto prazo:

- aumento da atenção e diminuição da fadiga;
- incremento de actividade;
- diminuição de apetite;
- euforia e agitação;
- aumento respiração;
- hipertermia.

- Efeitos a longo prazo:

- dependência e psicose aditiva tais como paranóia, alucinações, distúrbios de humor, actividade motora repetitiva;
- enfarte;
- perda de peso.

## **Benzodiazepinas**

Segundo o Relatório 2004 da [Organização Internacional de Controlo de Estupeficientes](#) (já se encontra disponível o [Relatório Mundial referente a 2008](#)), Portugal lidera a taxa de consumo de substâncias psicotrópicas lícitas – tranquilizantes e anti-depressivos como Valium, Diazepam, Lorax. A tendência para o abuso lícito e ilícito de tranquilizantes é confirmada por indicadores do [INFARMED – Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento](#), cujo estudo “[Evolução do consumo de benzodiazepinas em Portugal de 1995-2001](#)” aponta para um crescimento do consumo de benzodiazepinas (prescritas para redução de ansiedade, indução de sono e acalmar sintomas de pânico, etc.) de 26.36%, tendo passado de 70,48 para 89,06 DHD. As benzodiazepinas mais consumidas foram o alprazolam, lorazepam e diazepam, representando estes três fármacos 55,87% do consumo em 2001.

As Benzodiazepinas (BZN), também designadas por tranquilizantes e ansiolíticos, são medicamentos depressores do SNC que actuam sobre a ansiedade e a tensão, e cujo principal efeito terapêutico é diminuir a ansiedade da pessoa sem afectar demasiadamente as funções psíquica e motora. Contendo substâncias como diazepam, bromazepam, lorazepam, triazolam, flurazepam, clorazepam, etc., são as drogas mais consumidas em todo o mundo sendo considerado o seu consumo um problema de saúde pública nos países mais desenvolvidos. Sendo usadas para tratamento e variadas formas de ansiedade, a melhor indicação para a sua prescrição são os casos em que a ansiedade não faz parte da personalidade do paciente ou em que a ansiedade não seja secundária a outro distúrbio psíquico. As BZN podem ser administradas como coadjuvantes no tratamento psiquiátrico caso a causa da ansiedade ainda não ter sido solucionada. São ainda usadas como relaxantes musculares, anticonvulsivos e ansiolíticos em tratamento de curta duração.

Todas as BZN podem ser administradas por via oral, atingindo níveis plasmáticos máximos em 2-4 horas, e muitas produzem metabólitos activos. Parece que o efeito ansiolítico dos benzodiazepínicos está relacionado com o sistema gabaminérgico do sistema límbico. Um dos seus mecanismos farmacocinéticos relaciona-se com o facto das BZN actuarem na forma benzodiazepina/GABA para inibir e antagonizar a acção de outras benzodiazepinas – que podem revelar-se importantes no tratamento de overdoses de medicamentos que afectam este complexo de receptores.

AS BZN quando usadas durante meses seguidos podem causar dependência. Como consequência, podem surgir estados de irritabilidade, insónia, transpiração excessiva, dor pelo corpo e, em casos extremos, convulsões. Verifica-se também

desenvolvimento da tolerância moderada, em que o paciente não necessita de aumentar a dose para obter o efeito inicial.

A maioria das BZN têm meia-vida longa, em geral entre 10 a 30 horas, ocorrendo o seu efeito até 3 dias depois da sua administração. Embora o seu consumo seja muito alargado, estas substâncias são muito eficientes num curto espaço de tempo; em casos de consumo prolongado existem riscos elevados entre doentes psiquiátricos, sendo de salientar o uso indevido destas substâncias obtidas por meio ilegal (as BZN são apenas de prescrição médica) entre consumidores e/ou policonsumidores e não esquecendo os jovens em idade escolar.

- o Efeitos predominantes:

As BZP actuam sobre os estados de tensão e ansiedade, inibindo os mecanismos hiperfuncionantes tornando a pessoa mais tranquila e menos afectada pelos estímulos externos. Com uma predilecção quase exclusiva pelo cérebro, os ansiolíticos produzem assim uma depressão do cérebro que se caracteriza por: diminuição da ansiedade, indução do sono, relaxamento muscular e redução do estado de alerta.

Ao serem alimentados pelo álcool a sua mistura pode levar ao coma, para além de dificultarem os processos de aprendizagem e memória, não esquecendo que prejudicam parte das funções psicomotoras como conduzir, aumentando as probabilidades de acidentes e sinistralidade rodoviária. Do ponto de vista orgânico ou físico, doses elevadas de BZN podem gerar efeitos graves como hipotonia muscular, dificuldade em manter-se de pé e caminhar, tensão baixa, desmaios, e mesmo coma (agravado sob consumo adicional de álcool). Estudos apontam para a suspeita do poder teratogénico das BZN durante a gravidez, podendo provocar lesões ou defeitos físicos no recém-nascido, malformações estas congénitas associadas a tranquilizantes menores como diazepam.

- o Utilização clínica

Introduzidas durante os anos 60, estas substâncias têm utilização clínica como tranquilizante menor, eficaz e desprovido de efeitos colaterais não desejados, tendo substituído os barbitúricos e fármacos relacionados como hipnóticos e sedativos. A sua eficácia terapêutica está associada à redução da ansiedade, indução do sono e tranquilizante de estados de pânico, podendo ainda ser prescritas para convulsões, espasmocidade muscular, sedação pré-operatório, desordens que provoquem movimentos involuntários, desintoxicação de álcool e outras substâncias e estados de ansiedade associados a condições

cardiovasculares e gastrointestinais.

### **Álcool**

Ainda que nem todos os consumidores venham a sofrer os problemas persistentes e graves relacionados com o álcool, ou seja alcoolismo, não nos podemos esquecer que o álcool é a substância psicoactiva lícita de abuso mais consumida em Portugal: aproximadamente 1.8 milhões de portugueses são bebedores excessivos e doentes alcoólicos crónicos.

De acordo com o [Relatório World Drink Trends 2005](#), em Portugal o consumo per capita de álcool é um dos mais elevados do mundo, cerca de 9.6 litros de álcool puro, encontrando-se no 8º lugar do ranking mundial; o 4º a nível de consumo de vinho (42 L/ano); o 23º a nível de consumo de cerveja (58.7 L); e o 31º a nível de consumo de bebidas espirituosas (1.4 L).

A gravidade e dimensão desta problemática podem ser constatadas nos seguintes dados:

- o Mais de 60% dos jovens de ambos os sexos 12-16 anos e mais de 70% com +16 anos consomem regularmente bebidas alcoólicas (cerveja, espirituosas com refrigerantes, shots – misturas explosivas e.g. Tequilha+Gin+Vodka+Absinto) ;
- o A mortalidade ligada ao álcool estima-se como a 4ª causa de morte;
- o Cerca de 10.3% da população portuguesa com +15 anos é doente alcoólica (800.000 alcoólicos) e 13.7% é bebedora excessiva (1.000.000)
- o 40% (M) e 10% (F) dos internamentos em Hospitais Gerais encontram-se relacionados com o consumo excessivo de álcool
- o 30% dos internamentos em Hospitais Psiquiátricos são relacionados com doentes alcoólicos e 37% dos comportamentos suicidários
- o 33% das mortes por acidentes de viação e 34% das mortes por acidentes de trabalho revelaram alcoolémia positiva (região de Coimbra)
- o relação firme e gradual entre álcool e doenças e/ou mortais como cirrose hepática, neoplasias das vias respiratórias, do aparelho digestivo superior, colo-rectais, fígado, hipertensão arterial, pancreatite crónica, AVC hemorrágicos... mesmo com consumos ditos reduzidos (25 gramas/dia)
- o 98% dos doentes alcoólicos referem conflitos de familiar, 76% perturbações laborais (baixas frequentes, faltas, conflitos, baixa de rendimento, sinistralidade), 69% complicações sociais dos quais 16,5% problemas jurídico-criminais.
- o a criminalidade associada é exponencialmente mais elevada sob efeito de

álcool a nível de condução, crimes sexuais, ofensas corporais...

(Fonte: Epidemiologia dos Problemas relacionados com o Álcool em Portugal, Considerações Dr. Augusto Pinto)

O álcool é uma substância psicoactiva depressora do Sistema Nervoso Central, com propriedades anestésicas, afectando quer o cérebro quer o organismo humanos, constituindo o alcoolismo (ou dependência do álcool) uma doença em que se verificam os seguintes sintomas: *craving* ou forte desejo / necessidade incontrolável de consumir; perda de controlo do consumo; dependência física com sintomas como náuseas, vómitos, tremores, suores e ansiedade; e tolerância com cada vez maiores quantidades consumidas para o estado de embriedade. Independentemente dos problemas de saúde, familiares, sociais e legais, o alcoólico é um doente crónico em que, mesmo após tratamento, deve evitar consumir bebidas alcoólicas de forma a não recair.

Pergunta-se muitas vezes: porque bebem uns e outros não conseguem controlar os consumos? As evidências científicas apontam para os seguintes factores como potenciadores do risco de uma pessoa tornar-se dependente do álcool: genéticos, antecedentes familiares com problemática de alcoolismo podem concorrer para um consumo excessivo; ambientais; culturais; pressão de pares / grupo; e acessibilidade e facilidade de consumo.

Caracterizado por um padrão de consumo do qual resulta ao longo de período de tempo fracasso no cumprimento de actividades laborais, escolares ou de responsabilidade; beber em caso de situações perigosas como conduzir ou operar máquinas; ter problemas legais recorrentes e continuar a beber apesar da persistência dos problemas de relacionamento, o abuso do álcool pode tornar-se uma doença, pelo que quanto mais cedo uma pessoa obtiver ajuda maiores serão as hipóteses de uma recuperação com sucesso.

Embora o alcoolismo seja tratável, não é curável, permanecendo a susceptibilidade de recaída, pelo que importa cortar de vez com o álcool. Sendo um processo longo para atingir o estado de sobriedade, as recaídas não significam necessariamente um fracasso ou impossibilidade de recuperação, sendo nestes casos importante e necessário que a pessoa deixe de beber e procure ajuda adicional que lhe permita manter-se abstinente.

- o Efeitos Predominantes:

A nível do SNC as alterações verificadas são maiores no consumo agudo do que

no crónico, dependem da quantidade consumida e são afectadas por susceptibilidades genéticas, produzindo uma modificação das propriedades dos lípidos presentes na membrana dos neurónios; aumenta os metabólitos da dopamina; aumenta a libertação da serotonina (e gera a sua redução em consumos crónicos); aumenta a acção do sistema inibidor de transmissores que envolve o GABA; e um efeito inibidor na acção dos receptores NMDA.

A nível de perturbações do comportamento, dependendo da idade, constituição física, sexo, frequência e tolerância, podem verificar-se, entre outros, défices de coordenação, euforia, défices de cognição, perturbações do discernimento, labilidade do humor, descoordenação, défice de raciocínio, náuseas e vómitos, lapsos de memória, insuficiência respiratória, coma e morte.

A nível do organismo, para os não alcoólicos em boa forma física e em doses moderadas (até 30gr/dia para os homens) tem efeitos benéficos sobre a sociabilidade, possível estimulação do apetite e provável redução do risco de doença cardiovascular (pela redução de lipoproteínas de alta densidade). Para além destas doses e/ou em caso de doença, os danos causados pela interacção com o consumo de álcool podem ser muito mais graves, com alterações fisiológicas a nível aumento do ácido úrico e dos ácidos gordos livres; redução de transferrinas deficiente em carbo-hidratos; aumento de taxa de doença ulcerosa, gastrite, pancreatites, alteração do funcionamento do esófago, fígado gordo, hepatite alcoólica, hepatite crónica e cirrose; aumento de possibilidade de cancro do tracto digestivo, cabeça, pescoço e pulmões; alterações hormonais e problemas na função sexual; e, não menos importante, aumenta as possibilidades de acidentes e défices da capacidade de condução de veículos e operação de máquinas.

o Sugestões:

Apontando as tendências para um crescimento do consumo de cerveja, aumento do consumo de álcool pelas mulheres, aumento do consumo de bebidas alcoólicas pelos jovens, crescente aumento de consumo de bebidas destiladas e com maior teor alcoólico, são pelo contrário evidentes os benefícios decorrentes do controlo e prevenção dos problemas relacionados com o álcool: redução dos custos do tratamento de doentes alcoólicos e suas complicações; redução do absentismo e acidentes laborais; aumento de produtividade; melhoria do rendimento escolar; diminuição dos problemas sócio-familiares como violência doméstica e abuso de menores; redução da criminalidade e conseqüentemente dos custos judiciais.

Ainda que envolvido num padrão de abuso de álcool, procure ajuda com o objectivo de: analisar os benefícios de pôr fim a um padrão de consumo não

saudável; impor um objectivo de consumo a si mesmo; analisar as situações que despoletam os padrões de consumo e desenvolver novas formas de lidar com essas situações.

### **Tendo em vista a Prevenção da Toxicodependência definimos:**

#### **Factores de Risco**

São todas aquelas atitudes, comportamentos ou influências que podem conduzir, ou encontram-se associados, ao consumo de drogas potenciando a problemática a vários níveis - individual, familiar ou sócio-cultural.

O início do consumo de drogas está normalmente associado ao estado da adolescência, uma idade considerada de perdas e na qual existe ainda pouca maturidade. O seu uso, ocasional ou problemático, cria efeitos adversos no consumidor quer de curto prazo (a nível do desenvolvimento cognitivo, na adaptação e maturidade psicossocial, na saúde física), quer de longo prazo (complicações cardiovasculares, doenças pulmonares, etc.).

E porque esta é uma realidade preocupante na actualidade e particularmente na sociedade portuguesa, em que se regista um aumento crescente do consumo de álcool, cannabis e drogas sintéticas entre os mais jovens e adolescentes, há sintomas aos quais se deve prestar a máxima atenção dado poderem indicar nos jovens a potencialidade que têm para o consumo de drogas. Alguns dos sinais podem manifestar-se de forma bastante visível e frequente, como:

- o afastar-se da família e de antigos amigos; adopção de novas maneiras de falar e comportar-se; mudança do seu estilo e forma de vestir; emagrecimento inexplicável;
- o mudanças de carácter: irritável, agressivo, afastado, silencioso;
- o baixa de rendimento escolar: más notas, não assiste regularmente às aulas;
- o perda de interesse por actividades extra-curriculares e familiares;
- o necessidade crescente de dinheiro;
- o alterações bruscas na atitude face à normalidade e autoridade;
- o mentir e culpar outros por acções irresponsáveis.

Para além dos anteriormente referidos, constituem também factores de risco:

- o comportamentos violentos e anti-sociais, pouca resistência à pressão de grupo; baixa auto-estima; insucesso escolar e abandono precoce da escola; famílias desagregadas ou em

ruptura, ausência de suporte emocional dos adultos, expectativas irrealistas face ao desempenho dos jovens;

- o estabelecimentos de ensino dimensionados incorrectamente e com instalações precárias;
- o influência de pares que usam álcool ou outras drogas;
- o permissividade na aplicação de leis que controlam o tráfico e consumo; publicidade que fomenta o uso de tabaco e bebidas alcoólicas; livre acesso a drogas legais; controlo insuficiente para a venda e circulação de substâncias psicoactivas;
- o padrões de conduta consumistas e individualistas; quebra de valores; ausência de alternativas ao uso produtivo e recreativo dos tempos livres.

Este, como muitos outros problemas sócio-sanitários, pode acontecer a qualquer pessoa independentemente do estado social, cultural, económico ou de região de residência. Todavia, não há nada mais saudável como medida de prevenção como um diálogo familiar sensato, franco e objectivo acerca das drogas, evitando-se desta forma preocupações, mal-entendidos e sofrimento desnecessários.

Para prevenir é necessário o desenvolvimento de actividades que impeça, ou dificultem o surgimento de determinada condição, sendo essencial conhecer os factores que poderão ser predispor para essa mesma condição, ou seja, os factores de risco. Segundo Becoña, os factores de risco são os atributos ou características individuais, condições situacionais ou contextos ambientais que aumentam a probabilidade de uso ou abuso de drogas. Saliente-se que é da combinação da multiplicidade de factores que resulta um estado de dependência, pelo que a probabilidade do indivíduo abusar de drogas é proporcional ao número de factores de risco, podendo estes ser atenuados ou eliminados através de intervenções preventivas.

Diferentes autores identificam os factores de risco que podem concorrer para a toxicodependência, de entre os quais Hawkins, Petterson, Baptista e Moncada descritos por Paulo Moreira em [Por uma Prevenção que Previna](#) e que apresentamos em sùmula:

- Sócio-culturais: privação económica e social, transições e mobilidade; vinculação social inadequada, leis e normas favoráveis ao consumo de drogas;
- Familiares: história familiar de uso de drogas, problemas de gestão e práticas familiares; baixas expectativas em relação aos filhos e ao sucesso; violência física ou psicológica, disfunção ao nível da comunicação, conflitos familiares, práticas educativas inadequadas;
- Escolares: comportamentos anti-sociais, insucesso escolar, baixo

compromisso com a escola;

- Individuais: alienação e rebeldia, características de personalidade como impulsividade, baixa auto-estima, agressividade; desejo de independência; expectativas baixas de realização escolar e de sucesso;
- Influência de Pares;
- Psicológicos: problemas de saúde mental;
- Ambientais: baixa percepção do risco; disponibilidade de drogas.

### **Factores de Protecção**

Existem factores que funcionam como inibidores, reduzindo ou atenuando a probabilidade de uso e/ou abuso de drogas. Os efeitos protectores, à semelhança dos de risco, devem-se a combinações entre eles que favorecem a imunidade à toxicod dependência, como identificados por Bry e Pollard:

- Relação entre membros da família não conflituosa, duradoura, com métodos de disciplina adequados à idade, expectativas de êxito, responsabilidade e assertividade, ocupação atraente do tempo;
- Participação na vida comunitária e suas oportunidades;
- Oportunidades de envolvimento em actividades escolares e extra-curriculares;
- Competências sociais, crença no quadro normativo e de valores sociais;
- Boa auto-estima, capacidade de resolução de problemas, competências de relacionamento inter-pessoal e expectativas de sucesso realistas;
- Famílias com intimidade, envolvimento afectivo, padrões de comunicação claros e ambiente de interdependência;
- Escolas promotoras de envolvimento dos alunos nas actividades, ouvindo-os nas tomadas de decisão;
- Comunidades activas nos programas de prevenção, fomentando a discussão do problema e a utilização de estratégias de resolução.

Fonte: [Associação Dianova Portugal](#)

### **Tabaco**

Refere-se a uma planta herbácea alta, da família das solanáceas, cujas folhas são colhidas, curadas e enroladas para fazer charutos, cortadas para usar em cigarros e cachimbo ou tratadas para serem mastigadas ou inaladas em forma de rape. Os actuais produtores de tabaco desenvolveram vários tipos de plantas, mas a mais comercializada e a *nicotina tabacum*.

A nicotina é um alcalóide básico extraído das folhas da planta do tabaco, de consistência líquida e oleosa, sem cor, apesar de se tornar castanho pela exposição ao ar. Este composto químico é de tal forma venenoso que apenas duas ou três gotas do alcalóide puro (menos de 50 mg), colocadas na língua de um adulto, seriam letais. Embora um cigarro contenha 15 a 20 mg de nicotina, apenas 1-2 mg chega ao cérebro através da corrente sanguínea. Durante a sua semivida, a nicotina provoca várias alterações psicofisiológicas, nomeadamente sobre o sistema cardiovascular, o aparelho digestivo, o sistema endócrino e metabólico e o sistema nervoso central, suscitando uma dependência semelhante ao da heroína ou da cocaína.

Mas o fumo do cigarro não contém apenas nicotina. Contém também mais de 4000 substâncias tóxicas e não são apenas os fumadores mas, infelizmente a comunidade científica, a desconhecer todos os malefícios e reacções químicas que decorrem da interacção entre o tabaco, os aditivos inseridos no processo de fabrico e a sua combustão durante o acto de fumar.

Quando falamos do tabaco usado no fabrico dos cigarros, deveríamos antes referir-nos a uma mistura de ingredientes e materiais, entre os quais se incluem diferentes tipos de tabaco. Além da combinação de tabacos, os cigarros contêm ingredientes adicionados (*casings/molhos*, aromas voláteis e tabaco reconstruído) e outros componentes não tabágicos que são inalados durante o acto de fumar, entre os quais o papel para enrolar os cigarros, as colas de costura do cigarro, tintas do logótipo, papel do filtro (incluindo invólucros, boquilhas e corantes da boquilha), colas de costura e materiais do filtro.

### **Tabagismo**

Abuso do consumo de produtos derivados do tabaco, principalmente os cigarros.

A nível mundial e no contexto dos factores modificáveis de riscos, o tabagismo constitui a principal causa de morbimortalidade evitável nos países industrializados. Nestes países, estima-se que aproximadamente 25% das mortes sejam atribuíveis a uma causa directamente relacionada com o tabagismo (WHO, 1996), destacando-se a doença pulmonar obstrutiva crónica (80%), a úlcera péptica (46%), os cancro (30%) e as doenças cardiovasculares (30%). No Reino Unido, durante o ano de 2002 (ONS, 2002), as mortes causadas pelo hábito de fumar foram cinco vezes superiores as 22.833 mortes provocadas por acidentes diversos (8579), doença hepática alcoólica (5121), suicídios (4066), acidentes de viação (3439), envenenamento e overdoses (881), homicídios (513) e infecção

por VIH (234). Por seu turno, os fumadores tem um risco acrescido de agravar outros quadros clínicos, prejudicar funções orgânicas, exacerbar sintomas ou sofrer doenças mais graves e persistentes.

Fonte:

Trigo, Miguel - **Cigarros, tabaco e nicotina: factores biocomportamentais associados ao tabagismo**. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, 2007.

[Disponível on-line »](#)

“O consumo do tabaco é um importante problema de saúde pública, não somente pela sua magnitude, como também pelas consequências sanitárias associadas, assim como pelos elevados custos económicos e sociais que gera.

O consumo regular do tabaco, denominado tabagismo, é hoje considerado uma doença caracterizada pela dependência, cujos malefícios não se limitam só aos fumadores, mas atingem também aqueles que se expõem ao fumo do tabaco, involuntariamente, os chamados fumadores passivos (Orleans e Slade, 1993; Repace, 1987). O tabagismo continua a ser considerado pela Organização Mundial de Saúde como a principal causa evitável de morte no mundo ocidental (WHO, 1986).

Hoje, o número total de fumadores no mundo, é de 1,2 biliões, e, segundo estimativas, rondará os 10 milhões de mortes anuais no ano 2020 associadas ao fumo, em todo o mundo, configurando uma verdadeira pandemia (WHO, 1999). Em Portugal, estima-se que 38% dos homens e 15% das mulheres, com mais de 15 anos, sejam fumadores (Rios e Rosas, 2004).

Actualmente o tabagismo está a ser encarado como doença pediátrica, porque, em torno de 98% dos casos, o início do consumo de tabaco ocorre entre os 12 e 18 anos de idade. O adolescente que fuma um cigarro tem alto risco de continuar a fumar quando adulto, uma vez que mais de 90% dos jovens fumadores desenvolvem dependência nicotínica até os 19 anos de idade, que por motivos farmacológicos e orgânicos, se torna muito mais intensa (WHO, 1999). Enquanto a prevalência do consumo de tabaco tem diminuído entre os adultos durante os últimos anos, tem-se relatado que, entre os adolescentes, a mesma permanece elevada ou mesmo aumenta, com idade de início cada vez mais precoce. Qualquer aumento de experimentação nesse grupo da população é indesejável, pois sabe-se que 50% dos experimentadores jovens se tornarão fumadores na idade adulta (WHO, 1998). Na União Europeia, o pico de iniciação ao consumo de tabaco situa-se entre os 12 e 14 anos (Rios e Rosas, 2004)”.

Fonte:

Cardoso, Andréa - **Hábitos tabágicos e avaliação da eficácia dos avisos de advertência nos maços de tabaco em estudantes portugueses**. Porto: Universidade do Porto, 2005.

[Disponível on-line »](#)

### **Sobre As Crianças e a Toxicodependência recomendamos:**

**A toxicodependência como processos sociais (2009)** – Dissertação de mestrado de Maria Rosalina Pacheco Alves cujo objecto fundamental encontra os seus alicerces na tentativa de compreensão da constelação de motivos, sempre múltiplos e heterogéneos, que num dado momento biográfico, pautado por um contexto onde se cruzam singularidades e regularidades, levam um sujeito a enveredar por uma carreira de toxicodependência. Deste modo, pretendemos, igualmente, elucidar as conexões que se estabelecem entre os factores macro-estruturais (configurações globalizadas da modernidade tardia, como a descontextualização das relações sociais, o aumento do risco e da incerteza e a emergência de novos padrões e mecanismos de exclusão social), meso culturais (na construção de identidades e representações) e micro-sociais (nas biografias individuais). Assim, as histórias de vida (são apresentadas nove) e o método biográfico são aqui utilizados como revelador de tais conexões, enfatizando a atenção na causalidade plural e múltipla de uma orientação para a acção (a toxicodependência) e nos agentes de socialização (escola, família, amigos, media, instituições em geral) que a enformam. No final, obter-se-á um retrato qualitativo dos factores e contextos favoráveis à eclosão de consumos, a par das sua traduções quer societais, quer individuais.

[Disponível on-line »](#)

**Caminhando no deserto: transversalidade de trajectórias de consumo numa intervenção inacabada (2009)** –Artigo de Bruno Gordinho que apresenta dados sobre a comunidade local toxicodependente nos Concelhos de Almada e Seixal. No mesmo procurou não só especificar a importância do trabalho produzido pelas Equipas de Rua na intervenção local e no conhecimento manifesto na proximidade da população, mas também a própria caracterização

social dos consumidores de droga, a sua história de consumos e clínica, práticas de risco e situação judicial. Delineou um perfil do consumidor e constatou a importância de uma forte intervenção política na análise deste problema. Sustentou a tese de que a importância espacial deste fenómeno passa pela percepção quer do local quer do global. Os desafios são de um caminho desértico numa intervenção inacabada entre um (mundo livre de drogas) e um (mundo com drogas).

[Disponível on-line »](#)

**Estimativas da prevalência de consumidores problemáticos (2009)** – De Jorge Negreiros e Ana Magalhães. As estimativas do número de consumidores problemáticos de drogas e de consumidores de drogas por via injectada representam um aspecto essencial para o desenvolvimento de programas de intervenção na área das drogas, possibilitando nomeadamente uma melhor gestão dos recursos disponíveis nesta área. Este estudo procede a estimativas da prevalência de consumidores problemáticos de drogas e de consumidores por via injectada em Portugal tendo recorrido a métodos de multiplicação com base nos dados sobre o tratamento. Foram seleccionadas duas amostras, uma na área metropolitana do Porto (n=237), a outra na cidade de Viseu (n=40).

[Disponível on-line »](#)

**Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention (2009)** – Estudo da [European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction/ Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência](#) sobre a prevenção das consequências do abuso de drogas em crianças e jovens em risco.

[Disponível on-line em inglês»](#)

**Identidade e toxicodependência no masculino : relação paterna, auto-conceito e identidade de género (2008)** – Artigo de Marco Torrado e Sílvia Ouakinin. Considerando a fraca expressão de investigações que salientem o modo como os toxicodependentes percebem a sua história relacional com o pai, e sendo esse um contexto primordial de identificação masculina e de integração de limites (Lei Paterna), propôs-se investigar as percepções de um grupo de toxicodependentes masculinos (n=49), por comparação com um grupo de controlo (n=50), relativamente à qualidade da relação com a figura paterna durante a infância e a adolescência e de proximidade emocional à mesma figura ao longo do ciclo de vida; averiguou-se ainda se tais percepções se associam, eventualmente, ao auto-conceito e à sua percepção do papel sexual.

Os resultados sugerem que os toxicodependentes percebem o seu pai como intrusivo e emocionalmente distante, e que evidenciam um conceito de si significativamente mais perturbado que os indivíduos do grupo de controlo, assim como uma percepção menos masculina de si próprios. Sobressai uma forte associação entre a perturbação do conceito de si nestes indivíduos e a percepção de um pai pouco cuidador durante a infância/adolescência, sendo que a fraca proximidade emocional ao pai durante a adolescência parece assumir um valor explicativo das perturbações identitárias nestes toxicodependentes. Estes resultados poderão sustentar a importância de uma dimensão reparadora das representações associadas à imagem do pai (pai simbólico) quer no domínio psicoterapêutico, quer numa intervenção preventiva que possibilite aos rapazes uma identificação positiva.

[Disponível on-line »](#)

**EU Drugs Action Plan for 2009-2012 (2008)** – Publicado no Official Journal of the European Union em 20 de Dezembro de 2008.

[Disponível on-line em inglês»](#)

**Uso de drogas entre crianças de 6 a 7 anos de uma escola primária de Celaya, Guanajuato, México (2008)** – O objectivo deste estudo foi identificar o uso de drogas entre alunos de 6 a 7 anos de idade de uma escola primária de Celaya, Gto. México. Foram entrevistados 39 alunos de ambos os sexos, e identificou-se que o uso de drogas ocorre tanto entre eles como entre as pessoas mais próximas. Toda a amostra (100%) tinha 7 anos de idade, 61,5% eram do sexo feminino. Dentre eles, 77% mencionaram que a mãe fumava, e 25% que a mesma ingeria álcool; 24,3% referiram que o pai fumava e 48,6% que o mesmo consumia álcool; 30,6% dos alunos já tinha ingerido bebidas alcoólicas (cerveja) alguma vez na vida, 8,1% já tinham experimentado cigarros, não ocorrendo o mesmo com outras drogas.

[Disponível on-line em inglês»](#)

**Factores de risco pessoais e interpessoais no consumo de drogas ilícitas em adolescentes e jovens marginais de bandos juvenis (2008)** - Grupos reconhecidos com maior risco para o consumo de drogas, são os de populações marginais, e, dentro destas, podemos localizar os adolescentes que pertencem a bandos juvenis. O objectivo do presente estudo foi analisar o efeito dos factores de risco pessoais e interpessoais sobre o consumo de drogas em 175 adolescentes e jovens marginais de bandos juvenis do México.

Os resultados mostraram um efeito significativo dos factores pessoais com uma

variação estimada de 26,1%, sendo que os factores que mostraram um índice maior foram: sexo, idade e problemas de saúde mental. Os factores interpessoais: relação com amigos portadores de condutas mal adaptadas e relação inapropriada com os pais, mostraram efeito com uma variação estimada de 15%. Estes resultados possibilitaram a reflexão e em um futuro desenhar programas adequados direccionados à prevenção neste grupo de jovens.

[Disponível on-line em inglês»](#)

**Adolescentes e consumo de substâncias psicoactivas : o tempo e o território enquanto factores subjacentes às dinâmicas de consumo em Portugal e na Europa (2007)** – Artigo de Fernanda Feijão que faz o ponto da situação relativamente aos adolescentes escolarizados, na avaliação a evolução dos consumos de substâncias psicoactivas.

Apresenta-se a evolução da dimensão dos consumos de álcool e drogas, ao longo do tempo (desde que há dados disponíveis a nível nacional) e compara-se essa evolução com a de outros países europeus procurando salientar a importância que a situação geográfica (território) pode, ou não, ter na definição da dimensão do consumo de uma substância, num determinado momento e ao longo do tempo (1995 a 2003).

Por outro lado, relativamente a Portugal, analisa-se a evolução dos consumos de álcool e droga, em 2003, em função da idade (tempo de vida) e caracterizam-se ainda algumas percepções, expectativas e crenças associadas a esses consumos.

[Disponível on-line »](#)

**Banalização do consumo de ecstasy: consequências para uma abordagem preventiva (2007)** – Reflexão de Raul Melo que equaciona as implicações desta (ir)realidade emergente, no trabalho do interventor na prevenção e na promoção da saúde. Qual é o contraponto ao primado do prazer e será ele uma base sólida para a construção de uma atitude protectora minimamente apetecível para a juventude actual? Qual o sentido de uma educação para a vivência do contexto recreativo e dos consumos de substâncias que lhe estão associados? Qual o papel do técnico neste processo entre a moral e o desejo?

[Disponível on-line »](#)

**Actividade física, prática desportiva, consumo de alimentos, de tabaco e de álcool dos adolescentes portugueses (2007)** - Este estudo teve como principal objectivo analisar, em função do sexo e da idade, os seguintes comportamentos relacionados com a Saúde dos adolescentes portugueses: actividade física e prática desportiva — consumo de alimentos — consumo de

tabaco — consumo de bebidas alcoólicas.

[Disponível on-line »](#)

**Adolescência e uso de substâncias psicoativas: o impacto do nível socioeconómico (2007)** - Estudos recentes têm enfatizado que é necessário precisar o impacto de dimensões específicas do contexto socioeconómico que pode funcionar como factor de risco em relação ao uso de drogas. Objectiva-se, com este estudo, verificar possíveis relações entre uso de drogas psicoativas na adolescência e nível socioeconómico. Participam 568 adolescentes que responderam questionário anónimo de auto preenchimento.

Contrariando as expectativas do senso comum, os adolescentes das classes média/média superior apresentaram um percentual significativamente maior de uso, na vida, de álcool, tabaco, haxixe e solventes, quando comparados com seus pares das classes baixa/baixa inferior. Esses dados sugerem a importância de estudos que busquem clarificar as possíveis influências do status socioeconómico sobre o consumo de drogas entre adolescentes.

[Disponível on-line em inglês»](#)

**Construção e validação de uma escala de representações sociais do consumo de álcool e drogas em adolescentes (2006)** – Estudo de Ana Catarina Carvalho e Isabel Pereira Leal, do ISPA. Com o objectivo de avaliar as representações sociais face ao consumo de álcool e drogas em adolescentes escolarizados, procedeu-se a uma revisão de literatura e a uma pesquisa bibliográfica sobre as escalas existentes abordando esta área temática nesta população específica. Foi elaborado um instrumento constituído por 103 itens que foi administrado a 376 adolescentes, tendo também sido recolhidos dados relativos à idade, sexo, ano de escolaridade, níveis de consumo de álcool e drogas e idade da 1ª experiência de consumo de substâncias.

[Disponível on-line »](#)

**Consumo de substâncias na adolescência: um modelo explicativo (2006)**

– Estudo de Celeste Simões, Margarida Gaspar de Matos, Joan Batista-Foguet.

[Disponível on-line »](#)

**Modos de percepção das drogas em Portugal: resultados preliminares (2006)** - Como vêem os portugueses o consumo de drogas e a toxicodependência? Quais são os principais modos de percepção do fenómeno das drogas em Portugal? Quais os factores sociológicos que podem influenciar

esses modos de percepção? Que utilidade e como pode ser construído um modelo analítico para estudar as percepções sociais sobre o fenómeno dos consumos de drogas? As respostas a estas questões são os objectivos centrais do texto que aqui se apresenta.

[Disponível on-line »](#)

**Drogas: famílias que protegem e que expõem adolescentes ao risco (2006)** - Este estudo tem por objectivo avaliar o consumo de substâncias psicoactivas por adolescentes do município de Pelotas (RS), Brasil, de acordo com a presença do pai e/ou mãe no domicílio e o hábito de fumar ou não de ambos.

[Disponível on-line »](#)

**Plano nacional contra a droga e as toxicodependências 2005 – 2012 (2005)** – Aprovado pelo Governo Português em Agosto de 2006, contém síntese dos dados sobre o fenómeno da droga em Portugal.

[Disponível on-line »](#)

**"Techno", "House" e "Trance". Uma incursão pelas culturas da "dance music" (2005)** - Victor Alberto Abreu Silva estuda a relação entre o consumo recreativo de drogas e as culturas juvenis. Partindo de uma investigação de tipo etnográfico com recurso a entrevistas de profundidade com os actores, realizada ao longo de dois anos, descrevem-se os três principais grupos da Musica de Dança Electrónica em Portugal (*Trance, House e Techno*).

Conclui-se que os adeptos destes três grupos são diferentes entre si no que diz respeito à origem socioeconómica, valores dominantes e consumo de drogas. Conclui-se ainda, que existe uma transformação dos padrões de consumo de drogas. Em termos de intervenção com este tipo de consumidores, defende-se a adopção de estratégias de redução de riscos, nomeadamente testes a pastilhas.

[Disponível on-line »](#)

**Comportamentos de consumo de haxixe e saúde mental em adolescentes: estudo comparativo (2005)** – Estudo de Ana Sofia Silva e Alberto Afonso de Deus que tem como objectivos avaliar a situação acerca dos comportamentos de consumo de haxixe, em adolescentes inseridos em meio escolar, estudar a influência de variáveis como a situação familiar, o grau de influência do grupo de pares nas decisões e expectativas, no início e na manutenção do consumo daquela substância. Pretende -se ainda avaliar a existência ou não de relações entre este consumo e a saúde mental dos

adolescentes.

[Disponível on-line »](#)

**Encontro com as drogas: Experiências juvenis, do risco às toxicodependências (2004)** – Comunicação do V Congresso Português de Sociologia, onde se apresenta a análise de uma base de dados de um Centro de Atendimento a Toxicodependentes português.

[Disponível on-line »](#)

**Os Quês e os Porquês na Prevenção Primária das Toxicodependências (2002)** – Artigo de Raúl Melo. Numa primeira parte debruça-se sobre os Porquês da Prevenção, os Parceiros e as Equações que se lhes põem. Na segunda parte avança para alguns Quês com que os interventores se deparam no seu dia-a-dia.

[1ª Parte disponível on-line »](#)

[2ª Parte disponível on-line »](#)

**As representações sociais das crianças - as drogas e os consumos (2000)**

- Dissertação de Mestrado em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Através de uma população que frequenta o 1º ciclo do ensino básico, realiza-se um estudo empírico que visa identificar e caracterizar as representações sociais das crianças acerca das drogas e dos consumos. Com uma metodologia adequada à população em estudo e recorrendo-se à análise de conteúdo, constatou-se que as crianças detêm conhecimentos assinaláveis e apresentam representações sociais marcadamente negativas sobre o "mundo das drogas".

[Disponível on-line »](#)

**Intervenções na primeira infância - possibilidades e experiências na Europa (2000)** –Artigo de Gregor Burkhart. As intervenções preventivas na primeira infância constituem uma realidade negligenciada no âmbito da redução da procura. Em poucas regiões europeias existem programas suficientemente estruturados que nos possam dar uma imagem clara e concludente sobre as possibilidades e melhores formas de actuação neste campo. O cruzamento das diversas fontes de informação permite uma aproximação à realidade Europeia neste campo pouco investigado.

Intervenções com crianças na primeira infância, seja nos jardins de infância, seja no seio das famílias, são relativamente raras na UE, apesar da importância que lhes é sempre atribuída em todas as publicações sobre prevenção de dependências. Em muitos casos, intervenções que visam crianças na primeira

infância concentram-se em filhos de toxicodependentes, deixando de lado as populações de crianças com perfil de risco muito parecido, provavelmente por uma fixação nas experiências e perspectivas de serviços de tratamento, em vez de usar conceitos verdadeiramente preventivos.

Neste artigo são identificados e discutidos vários conceitos de actuação utilizados na Europa, que podem servir de base para intercâmbios e inovações que realmente correspondem às necessidades holísticas de saúde pública.

[Disponível on-line »](#)

**Percursos escolares e profissionais e toxicoddependência: contributo para a compreensão do processo de produção pessoal em jovens adultos toxicoddependentes (1995)** - Dissertação de mestrado em Ciências da Educação da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa : « Nesta investigação partimos da ideia, gerada na nossa experiência profissional, de que muitos jovens adultos actualmente toxicoddependentes manifestaram, ao longo da sua vida, capacidades potenciais de realização pessoal e profissional que depois não desenvolveram, nem utilizaram para a criação do seu projecto de vida. O nosso objectivo é procurar compreender porque é que, no processo da sua construção pessoal, estes indivíduos não puderam organizar-se no sentido de utilizar essas capacidades em prol de uma realização pessoal e profissional e, pelo contrário, se organizaram de uma forma defensiva mas, simultaneamente, destrutiva ».

[Disponível on-line »](#)

## **“Binge Drinking”**

Termo traduzido como “consumo intensivo intermitente de álcool” ([Mahía, 2009](#)). A Organização Mundial de Saúde define este “binge drinking” como o acto de consumir cinco ou mais bebidas alcólicas de seguida em três ou mais ocasiões num espaço de trinta dias. Estes episódios de consumo excessivo de álcool representam altos riscos de intoxicação.

“The term “binge drinking” or “heavy episodic drinking”, as used in this report, has been rather ambivalently used in the literature. Gmel, Rehm and Kuntsche (2003) identified two main definitions: (a) a drinking occasion leading to intoxication, often measured as having more than x number of drinks on one occasion, and (b) a pattern of heavy drinking that occurs over an extended

period of time set aside for this purpose, and linked to more clinical definitions of harmful use or dependence”.

“There is widespread agreement that the health and well-being of many young people today are seriously being threatened by the use of alcohol. Worries have arisen as emerging trends in consumption are starting to permeate youth culture, showing increasing signs of transcending national boundaries. There appears to be an international pattern towards a more hedonistic attitude to drinking, consciously using alcohol for its pleasurable psychological effects. Associated with this is a trend of increased drinking to intoxication. Increased binge drinking and intoxication in young people – the pattern of consumption associated with Northern Europe – is now reported even in countries such as France and Spain in which drunkenness was traditionally alien to the drinking culture”. p. 34

Internationally, therefore, an important current feature of young people’s drinking is the importance of the ‘buzz’. Many young people now drink in order to get drunk. Drunkenness is widely tolerated, indeed positively approved. Drinking to get drunk does seem to be the pattern favoured by a substantial and growing minority of young people and to have a disproportionate cultural importance...” p. 37-38.

Fonte:

World Health Organization - **WHO Global Status Report on Alcohol 2004**.  
Genebra: WHO, 2004.

[Disponível on-line»](#)

Há quem defina este problema como o acto de consumir cinco ou mais bebidas seguidas em três ou mais ocasiões no espaço de duas semanas:

“Binge drinking used to mean drinking heavily over several days. Now, however, the term refers to the heavy consumption of alcohol over a short period of time (just as binge eating means a specific period of uncontrolled overeating).

Today the generally accepted definition of binge drinking in the United States is the consumption of five or more drinks in a row by men — or four or more drinks in a row by women — at least once in the previous 2 weeks. Heavy binge drinking includes three or more such episodes in 2 weeks”.

Fonte: [Kidshealth](#)

**Binge Drinking: The Five/Four Measure (2005)** – Apresenta as seguintes definições:

“binge describes an extended period of time (typically at least two days) during which time a person repeatedly becomes intoxicated and gives up his or her usual activities and obligations in order to become intoxicated”.

“A binge is a pattern of drinking alcohol that brings blood alcohol concentration (BAC) to 0.08 gram per cent or above. For the typical adult this pattern corresponds to consuming 5 or more drinks (male) or 4 or more drinks (female) in about 2 hours. Binge drinking is clearly dangerous for the drinker and for society”.

[Disponível on-line »](#)

**Alcohol y cerebro adolescente/Alcohol and adolescent brain (2009)** –

Artigo de Fernando Cadaveira Mahía para a revista espanhola [Adicciones](#): “El patrón de consumo intensivo intermitente de alcohol (Binge Drinking) se há consolidado entre adolescentes y jóvenes. Este patrón (BD) ha despertado una fuerte preocupación en la comunidad neurocientífica por su posible impacto en un cerebro aún en maduración.

[Disponível on-line em espanhol e em inglês»](#)

**Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2009 – 2012 (2009)** - O IDT tomou a iniciativa de, congregando vários intervenientes nesta temática, promover a preparação da proposta do novo Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Álcool.

Na elaboração do presente Plano Nacional, para além de se ter em conta estes pressupostos e documentos de referência como as Recomendações da OMS e a Estratégia da Comissão Europeia, foram considerados o Plano Nacional de Saúde, o anterior Plano de Acção contra o Alcoolismo, bem como outros Planos Nacionais cuja implementação interage com esta.

[Disponível on-line »](#)

**Consumo de álcool e depressão em jovens portugueses (2008)** -

Participaram no estudo 484 alunos do ensino secundário (n=283) e do ensino superior (n=199) de ambos os sexos (299 feminino, 185 masculino), entre 15-30 anos. Os resultados indicaram que 92% dos estudantes apresentaram abstinência/consumo normal e 8% um consumo de risco. Entre estes últimos, 82.5% situaram-se na zona de risco, 10% na zona prejudicial e 7.5% na zona de dependência.

O consumo de risco foi predominante nos rapazes (52%), universitários (61%) e na faixa etária dos 20-24 anos (59%). O consumo prejudicial prevaleceu nos rapazes (100%), universitários (100%) e jovens com idades entre os 20-24 anos (100%). A dependência foi expressiva entre rapazes (100%), alunos do secundário (67%) e jovens de 15-19 anos (67%). Encontrou-se uma correlação significativa entre consumo de álcool e as variáveis género, faixa etária e escolaridade.

Os resultados indicaram igualmente 9% de disforia ou depressão. Discute-se a influência desta relação na adaptação social positiva e no desenvolvimento de estratégias para promover a saúde dos jovens.

[Disponível on-line »](#)

**O significado e percepção das consequências do consumo do álcool da população adolescente de um colégio particular de Lisboa (2008)**

- Nas últimas décadas assiste-se a uma mudança radical no padrão de consumo de álcool que se centra fundamentalmente na alteração de um consumo diário para um consumo de fim-de-semana. Está associado principalmente aos jovens, é uma forma de consumo mais compulsivo e a embriaguez é por excelência o símbolo deste tipo de consumo. A realização do presente estudo, visa perceber qual o significado que os jovens atribuem ao consumo de álcool, perceber qual o envolvimento da família e se esta influencia os comportamentos dos seus filhos adolescentes, perceber qual o conhecimento que os adolescentes têm acerca das consequências do consumo de álcool, a curto e a longo prazo e qual a sua motivação face a uma área curricular sobre promoção de saúde. Este estudo pretende, portanto, perceber também, se é pertinente intervir em promoção de saúde junto dos jovens, em contexto escolar, no sentido de lhes proporcionar competências para decidirem sobre a sua própria saúde e optarem por comportamentos e estilos de vida saudáveis.

[Disponível on-line »](#)

O estudo brasileiro **Álcool e adolescentes: estudo para implementar políticas municipais (2007)** declara: "Quanto ao padrão de consumo, a literatura revela que quando adolescentes bebem, tendem a fazê-lo de forma pesada, apresentando episódios de abuso agudo (binge drinking), 12 ou seja, beber cinco ou mais doses em uma ocasião. Tal comportamento aumenta o risco de uma série de problemas sociais e de saúde, incluindo: doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, enfarte do miocárdio, acidentes de trânsito, problemas de comportamento, violência e ferimentos não intencionais". p. 397

[Disponível on-line »](#)

**El consumo concentrado de alcohol en Europa/Binge Drinking in Europe**

**(2007)** – “El consumo concentrado de alcohol es un modelo de consumo excesivo que se observa en toda Europa. El término consumo concentrado (binge drinking) tiene diferentes significados para la gente. La definición más popular que se le da al término es la del consumo de cinco o más «bebidas estándar» en una sola ocasión. El consumo concentrado se diferencia de la embriaguez, aunque este tipo de consumo excesivo puede conducir a la embriaguez. Se caracteriza por la presencia de una serie de síntomas, por ejemplo la dificultad para articular las palabras.

El consumo concentrado de alcohol es muy popular entre la población europea. En el año 2006 unos ochenta millones de europeos de más de quince años de edad admitieron este tipo de consumo. Las investigaciones europeas muestran que existe un incremento del consumo concentrado de alcohol en toda Europa entre los jóvenes (15-16 años) desde 1995. Las consecuencias del consumo concentrado de alcohol son crónicas y agudas y se perciben tras el consumo de alcohol durante un período prolongado. Los riesgos individuales son daños cerebrales, suicidios, enfermedades de transmisión sexual, etc. También perjudica a personas que no beben, por ejemplo en casos de violencia y delitos, accidentes, etc.”.

[Disponível on-line em espanhol e em inglês»](#)

**Early Adult Outcomes of Adolescent Binge Drinking: Person- and Variable-Centered Analyses of Binge Drinking Trajectories (2007)** –

Estudo sobre a situação norte-americana.

[Disponível on-line em inglês»](#)

**Binge Drinking and Associated Health Risk Behaviors Among High School Students (2007)** –

“Underage drinking contributes to the 3 leading causes of death (unintentional injury, homicide, and suicide) among persons aged 12 to 20 years. Most adverse health effects from underage drinking stem from acute intoxication resulting from binge drinking. Although binge drinking, typically defined as consuming\_5 drinks on an occasion, is a common pattern of alcohol consumption among youth, few population-based studies have focused specifically on the characteristics of underage binge drinkers and their associated health risk behaviors”.

[Disponível on-line em inglês»](#)

**Examining adolescent drinking and adolescents' perceptions of parental monitoring, communication, and parenting style in a rural setting (2007)**

– Estudo realizado no estado da Virginia, nos Estados Unidos da América.

[Disponível on-line em inglês»](#)

**Parental and School Correlates of Binge Drinking Among Middle School Students (2005)**

[Disponível on-line em inglês»](#)

**Young People's Drinking Factsheet 1: summary** – Da responsabilidade da associação inglesa [Alcohol Concern](#).

[Disponível on-line em inglês»](#)

**Consumo de Álcool nos Jovens: Estudo da influência das características psicológicas : Alexitimia, Auto-Conceito e Locus de Controlo (2004)** -

Dissertação de Mestrado de Rosa Cristina Correia Lopes em Psiquiatria e Saúde Mental, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

[Disponível on-line »](#)

**Binge Drinking Trajectories From Adolescence to Emerging Adulthood in a High-Risk Sample: Predictors and Substance Abuse Outcomes (2002)** –

“This study describes binge drinking trajectories from adolescence to emerging adulthood in 238 children of alcoholics and 208 controls”.

[Disponível on-line em inglês»](#)

**Understanding binge drinking among young people: an application of the Theory of Planned Behaviour (1998)**

[Disponível on-line em inglês»](#)

## **Filhos de Pais Toxicodependentes**

**Repercussões da Patologia Adictiva Materna no Processo de Individuação da Criança (2009)** – “A individuação é um processo fundamental que sustenta o desenvolvimento psicológico da criança, o crescimento progressivo da consciência da separação do self e do outro e o sentimento de identidade individual e da consciência da realidade do mundo exterior. Para tal, a relação com o objecto materno mostra-se de vital importância. Este artigo apresenta os resultados de uma investigação sobre as repercussões da toxicodependência materna na individuação da criança”.

[Disponível on-line »](#)

**Dificuldades de aprendizagem em crianças e adolescentes filhos de toxicodependentes (2007)** – Artigo de Rui Negrão e Paulo Seabra que tem como objectivo, a reflexão sobre as dificuldades de aprendizagem em crianças e adolescentes filhos de toxicodependentes. Os autores estabelecem uma relação significativa entre família de risco (elementos toxicodependentes) e problemas no desenvolvimento das crianças e adolescentes, particularmente no que diz respeito às dificuldades de aprendizagem.

[Disponível on-line »](#)

**Análise descritiva das variáveis sociodemográficas relativa aos filhos dos utentes do CAT Ocidental do Porto (2007)** - As autoras realizaram uma caracterização sociodemográfica dos utentes com filhos que frequentam a consulta externa do CRI de Viseu, a partir da consulta de processos clínicos relativos ao ano de 2006. Os resultados foram submetidos a uma análise estatística em Excel. Verificou-se a necessidade de dar algum tipo de resposta às necessidades destas crianças e destes pais.

[Disponível on-line »](#)

**Grávidas toxicodependentes: análise de alguns factores de influência nas atitudes face à gravidez (2005)** - O presente estudo recai sobre as atitudes em grávidas toxicodependentes bem como a identificação de alguns factores que possam influenciar as respostas afectivas, cognitivas e comportamentais avaliadas pelo questionário de atitudes maternas M.A.M.A. (*Maternal Adjustment and Maternal Attitudes*). A partir dos resultados obtidos e da sua comparação com trabalhos de outros autores apresentam-se algumas conclusões.

[Disponível on-line »](#)

## Prevenção em meio escolar

**Álcool, tabaco e outras drogas : concepções de professores e alunos do ensino básico e secundário e análise de programas e manuais escolares (2009)** - O propósito desta investigação foi de averiguar qual o quadro de orientação dos programas escolares sobre a toxicodependência, que evolução teve ao longo dos anos em Portugal, que representatividade têm os programas nos manuais escolares nacionais e compará-los aos de outros 15 países; que percepções têm os operacionalizadores (professores) e destinatários (alunos) destes instrumentos pedagógicos e que alterações consideram importantes para melhorar a actual abordagem ao consumo de álcool, tabaco e outras drogas (ATD). Procedeu-se à análise comparativa de 13 programas escolares nacionais, de 348 manuais escolares portugueses e de 61 manuais de outros 15 países (do projecto europeu FP6 Biohead-Citizen) bem como das concepções de 209 professores e 816 alunos dos três ciclos do Ensino Básico e do Ensino Secundário. Verificou-se que nos anos 70 surgem as primeiras referências explícitas nos manuais escolares portugueses sobre a problemática do ATD, que vão aumentando progressivamente de reforma para reforma. As referências são definidas por ciclo de ensino e não por ano de escolaridade e os programas do ensino secundário são os que apresentam menos referências. Em geral os manuais conformam com o programa que lhe está subjacente. A componente textual é grandemente superior à dimensão icónica e a abordagem incide sobre os problemas físicos, psicológicos e sociais. Dos 16 países envolvidos no [Project Biohead-Citizen \(European FP6 STREP project Biohead-Citizen \("Biology, health and environmental education for better citizenship"\)\)](#), apenas a Finlândia tem um manual especificamente dedicado à promoção da saúde. Em 14 países os manuais abordam os tópicos do ATD nas três dimensões física, social e psicológica, com a componente textual a superiorizar-se à das imagens. Na maioria dos países, a abordagem ao ATD nos manuais tem uma perspectiva mais biomédica do que de promoção da saúde. Os professores e alunos reconhecem o uso/abuso aditivo como problema socialmente grave, mais presente no género masculino, e com origens em dinâmicas valorativas, culturais, socio-económicas e idiossincráticas.

[Disponível on-line »](#)

**Concepções dos alunos dos ensinos básico e secundário sobre a "toxicodependência": riscos e prevenção (2008)** - A droga é um problema social que afecta particularmente os jovens. Para a prevenção do uso/abuso de drogas em 1974 o Comité de Sábios em Farmocodpendência estabeleceu a

doutrina da OMS a este respeito, considerando a escola como um dos pilares básicos na prevenção da drogodependência (Rush, 2000). Também a ONU no Conselho da Europa, a UNESCO e outros organismos internacionais alinham pelo mesmo diapasão, reconhecendo na escola o centro ideal de prevenção da toxicodependência, uma prevenção inserida no plano global da Educação para a Saúde (Negreiros, 2000). Assim, o enfoque escolar e a prática docente sobre a toxicodependência como doença do foro psicológico deve assentar, não num modelo que vise exclusivamente a abstinência, mas, num amplo quadro que reflecta as implicações e complexidades biológica, psicológica, histórica e social deste problema, objectivando à intencionalidade do princípio causal (predictores/factores de vulnerabilidade-factores de risco) ou seja deve de forma democrática, sistemática e intencional formar cidadãos construtivos, sócio-críticos, ecológicos e éticos, dotando-os de “empowerment” e “literacia crítica” (Carvalho, 2003). Em função do quadro atrás aduzido e, pretendendo compreender as dinâmicas educativas promovidas no domínio das drogas e da toxicodependência, duas questões se impõem: 1 - Que avaliação fazem os alunos às práticas escolares no que concerne a riscos e prevenção do uso/abuso de drogas 2 – Que concepções têm os alunos sobre a abordagem feita pelos programas e manuais escolares à problemática das drogas? Os alunos reconhecem o uso/abuso aditivo como problema grave com implicações sociais, individuais, económicas e de saúde pública; mais presente no género masculino e com origem nas dinâmicas valorativas, culturais, socio-económicas e idiossincráticas. À escola é reconhecido importante papel preventivo (informação, competências), todavia, reconhecem também que as acções de prevenção incorporadas nas práticas escolares tem pouca expressividade. Sobressair ainda a necessidade da abordagem à problemática do álcool, tabaco e outras drogas começar numa idade precoce (início do ensino obrigatório-1ºCEB), centrada na transversalidade disciplinar e liderada pelos próprios professores (generalistas ou especialistas). No domínio técnico-político identificam uma insuficiência programática na abordagem à problemática aditiva, a qual, introduz problemas de natureza didáctica.

[Disponível on-line »](#)

**Substâncias psico-activas nos manuais escolares de 16 países: análise comparativa da explicitação de efeitos físicos, psicológicos e sociais (2008)** - O consumo de substâncias psico-activas, como o álcool, tabaco e outras drogas constitui um grave problema da sociedade actual. No presente estudo procedemos à análise comparativa da informação veiculada pelos manuais escolares de 16 países que integram o [projecto internacional Biohead-Citizen](#) (Carvalho et al., 2004). Para o efeito, utilizou-se uma parte da grelha de Educação para a Saúde desenvolvida no âmbito daquele projecto, referente aos temas álcool, tabaco e outras drogas. Para cada um destes temas analisaram-se

os seguintes 5 indicadores: (i) efeitos físicos, (ii) efeitos psicológicos e (iii) efeitos sociais; (iv) campanhas de prevenção e (v) ambientes de produção e consumo. A Finlândia é o país que mais se destaca, na medida em que é o que mais explora os três temas, todos de uma forma equitativa.

[Disponível on-line »](#)

**Estilos de vida: o que dizem os professores; a realidade dos alunos (2008)** - Tendo por premissa que a educação para a saúde é um processo de capacitação, participação e responsabilização que deve conduzir os jovens à adopção e manutenção de estilos de vida saudáveis, desenvolvemos o presente estudo que teve como objectivos: conhecer as concepções de educação para a saúde dos professores; caracterizar as suas actividades de educação para a saúde; conhecer os hábitos alimentares dos alunos, tipo de actividade física e identificar comportamentos de risco, nomeadamente no que diz respeito ao consumo de tabaco, bebidas alcoólicas, drogas ilícitas e comportamento sexual. É um estudo descritivo e transversal, em que os dados foram recolhidos através de um questionário on-line, tendo sido garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. Participaram neste estudo um total de 77 professores, e 467 alunos, provenientes de escolas situadas na região norte de Portugal.

[Disponível on-line »](#)

**Consumo de Substâncias Psicoactivas e Prevenção em Meio Escolar (2007)** - Edição conjunta da Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC), da Direcção-Geral de Saúde (DGS) e do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT).

[Disponível on-line »](#)

**Concepções dos professores sobre a “toxicodependência” e sua prevenção em jovens dos ensinos básico e secundário (2007)** - A droga é um problema social que afecta particularmente os jovens e, a escola é tida como um dos pilares básicos na prevenção da toxicodependência. Neste processo, os professores desempenham um papel determinante, pelo que se procurou averiguar através de um questionário as suas concepções e práticas na abordagem à problemática das drogas. Dos dados sobressai uma contradição potencial entre o ponto de vista técnico-político (programas e manuais escolares) e a matriz científico-cultural e ético-valorativa dos professores, consubstanciada nos modelos da “Transposição Didáctica, externa e interna” e do “conhecimento, valores e práticas” (Clément, 2006).

[Disponível on-line »](#)

### **Prevenção do abuso de substâncias nos manuais portugueses (2007) -**

Com o presente trabalho pretende-se verificar se os manuais respeitam as orientações do programa nacional e analisar o tipo de abordagem no âmbito da Educação para a Saúde subjacente à prevenção da toxicodependência. Os resultados mostram que a problemática da droga é abordada de forma incipiente no 1º Ciclo do Ensino Básico (1º e 3º anos) e no Ensino Secundário (10º ano). No 2º e 3º Ciclos do EB (6º e 9º anos) essa abordagem é mais completa e profunda mas circunscreve-se aos dois anos referidos. A abordagem dos manuais escolares à problemática (imagem e texto) enquadra-se na abordagem Biomédica da Educação para a Saúde, em particular nos indicadores patológico e preventivo.

[Disponível on-line »](#)

### **Prevenção primária das toxicodependências: avaliação de uma intervenção de grupo em crianças com idades entre os 8 e 9 anos (2000)**

– Estudo de Maria da Graça Pereira e Paulo Moreira sobre programas de prevenção na toxicodependência em escolas primárias.

[Disponível on-line »](#)

### **Representações sociais acerca das drogas em crianças do 1º ciclo do ensino básico: implicações para a prevenção (2000)**

– Artigo de Jorge Nuno

Negreiros de Carvalho.

[Disponível on-line »](#)

## **As Drogas na Internet**

### **Em torno do cultivo de cannabis. Uma análise do ciberespaço como ponto de partida para uma investigação (2009)**

– Artigo de Vasco Gil Calado que apresenta os principais resultados de um estudo exploratório que analisou, em conteúdo, a informação veiculada num fórum electrónico de discussão em torno da cannabis e do seu cultivo.

Conclui-se que a comunidade de utilizadores do sítio adopta um discurso assente numa defesa incondicional da cannabis, negando a sua nocividade e relativizando os riscos inerentes ao consumo.

A mudança da lei que criminaliza o seu cultivo é tomada como uma verdadeira causa.

[Disponível on-line »](#)

**Transe psicadélico, drogas sintéticas e paraísos artificiais: representações : uma análise a partir do ciberespaço (2007)** - Artigo de Vasco Gil Calado que apresenta estudo desenvolvido pelo Núcleo de Investigação - Observatório de Drogas e Toxicodependência, no âmbito do Programa Estudos em Consumidores - Drogas sintéticas: Novos padrões de consumo. Em festas de música electrónica as principais drogas ingeridas pelo público são as sintéticas como o Ecstasy e Lsd.

[Disponível on-line »](#)

## **A criança vítima do tabagismo**

**Caracterização dos hábitos tabágicos dos pais e dos alunos do 1.º Ciclo do Ensino Básico : implicações para a construção de uma intervenção educativa (2008)** - A evidência de que a exposição ao Fumo Ambiental do Tabaco (FAT) é prejudicial para a saúde, em todas as fases da vida do ser humano, particularmente na infância, é consistente, robusta e consensual. Apesar desse facto, a OMS estimava, em 1999, que cerca de metade das crianças existentes no Mundo (700 milhões) respiravam ar contaminado pelo FAT, especialmente nas suas casas. Os principais responsáveis pela exposição da criança ao fumo ambiental do tabaco no domicílio são os pais. Um estudo realizado em Portugal, em 2002/2003, numa amostra constituída por 1.141 alunos de 12-15 anos de idade, mostrou que 38% estavam expostos diária ou ocasionalmente ao fumo ambiental do tabaco, pelo facto de os seus familiares mais próximos (pai, mãe ou irmão) fumarem diária ou ocasionalmente em casa. Não obstante a gravidade que representa a exposição ao FAT, não há estudos em Portugal sobre a prevalência da exposição de crianças na faixa etária dos 7-10 anos. Por esse motivo realizou-se este estudo, com pais e com alunos do 1º Ciclo, em que os principais objectivos foram: 1) Determinar a prevalência de pais/mães dos alunos da amostra, que fumam no domicílio; 2) Identificar alguns factores sóciodemográficos relacionados com o consumo de tabaco pelos pais/mães dos alunos, no domicílio; 3) Descrever as opiniões dos pais/mães da amostra, relativamente ao tabagismo activo e passivo.

A amostra do estudo com pais é constituída por um total de 515 pais (272 mães e 243 pais), pais de alunos de idades entre os 7 e os 10 anos. A amostra do estudo com alunos é constituída por 325 alunos. O estudo realizou-se no final do ano lectivo de 2006/2007, consistindo na aplicação de um questionário anónimo de auto preenchimento aos pais; no estudo com alunos, optou-se pelo preenchimento de um questionário na presença do investigador e a partir das

declarações dos alunos.

A principal conclusão a retirar deste estudo é a de que são elevadas as percentagens de pais fumadores que fumam em casa, pondo em risco a sua saúde e dos conviventes, especialmente a dos seus filhos. Este estudo mostra a necessidade de todos os que lidam com pais fumadores (pediatras, médicos de família, professores) agirem no sentido de proteger as crianças desta agressão. Uma via promissora é envolver os alunos em acções educativas junto dos pais, ou seja, treiná-los a persuadir os pais a não fumarem ou pelo menos a não o fazerem em casa.

[Disponível on-line »](#)

**Consumo de tabaco en adolescentes. Estudio poblacional sobre las influencias parentales y escolares (2006)**

[Disponível on-line em espanhol»](#)

**A exposição ao fumo passivo e os hábitos tabágicos numa escola secundária (2005)** - No presente estudo descritivo procura-se sensibilizar para a importância de promover a escola como um local livre de tabaco, procurando-se estudar os hábitos tabágicos, a exposição ao FTA, o incómodo resultante dessa exposição, a percepção de nocividade do fumo de tabaco e o grau de concordância com políticas preventivas, de professores, funcionários e alunos de uma escola secundária. Os dados revelam uma percentagem significativa de fumadores dentro do espaço escola, e uma exposição diária pela maior parte dos professores, funcionários e alunos ao FTA, quer em espaços interiores e exteriores, sendo notável o incómodo provocado por esta exposição. Verifica-se também que a maioria concorda com as políticas de prevenção e restrição do tabagismo dentro da escola. Posto isto, discute-se a necessidade e a viabilidade de implementar essas políticas do consumo de tabaco neste contexto escolar.

[Disponível on-line »](#)

**Plano global de prevenção do tabagismo do Município de Braga (2004)** – Fala sobre os hábitos tabágicos dos adolescentes no nosso país.

[Disponível on-line »](#)

**Exposição das crianças ao fumo ambiental do tabaco no domicílio: um estudo piloto efectuado em alunos do 3º ciclo das EB 2,3 do concelho de Braga (2004)**

[Disponível on-line »](#)

**Bases científicas para a prevenção do consumo de tabaco na escola (2004)** – Artigo de José Precioso e Manuel Macedo.

[Disponível on-line »](#)

**Prevalência e factores de risco para tabagismo em adolescentes (2003)** – Estudo realizado na zona urbana de Pelotas, sul do Brasil, com o objectivo de avaliar os factores de risco associados ao tabagismo nos adolescentes.

[Disponível on-line »](#)

## **Dados Estatísticos**

**World Drug Report 2009 (2009)** – Relatório estatístico da [UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime](#), que inclui dados sobre Portugal. Analisa não só o consumo como o tráfico e a produção de substâncias ilícitas, a nível mundial.

[Disponível on-line »](#)

**“PORTUGAL” New Development, Trends and in-depth information on selected issues: 2008 national report (2007 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point (2008)** – Relatório conjunto do IDT e [European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction](#) (em português denominada [Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência](#)) que apresenta dados estatísticos sobre Portugal em relação a políticas nacionais de combate à droga, consumo, prevenção, tratamento, respostas sociais, a vulnerabilidade de grupos jovens entre outras questões.

[Disponível on-line em inglês»](#)

[Reitox](#) é a rede europeia de informação sobre a droga e a toxicodependência. A rede é constituída pelos pontos focais nacionais dos Estados-Membros da UE, da Noruega, dos países candidatos e da Comissão Europeia. Sob a responsabilidade dos seus governos, os pontos focais são as autoridades nacionais que fornecem informações no domínio da droga ao OEDT. [O ponto focal português é o IDT – Instituto da Droga e Toxicodependência.](#)

Ainda da responsabilidade do **Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência**, indicamos os seguintes relatórios:

- **Resumo — Relatório ESPAD 2007: Consumo de substâncias entre os estudantes em 35 países europeus (2009)** – O [ESPAD](#) é o projecto europeu de inquéritos escolares sobre o álcool e outras drogas. Traduz-se num esforço de colaboração entre as equipas de investigação independentes de mais de quarenta países europeus, tornando-o o projecto de investigação transnacional mais vasto em matéria de consumo de substâncias entre os adolescentes a nível mundial.

Este resumo multilingue resulta do quadro de cooperação existente entre o OEDT e o ESPAD. Os seus objectivos comuns consistem em alargar o acesso à informação e aos conhecimentos desenvolvidos pelo projecto ESPAD em matéria de consumo de álcool e de outras drogas entre os alunos das escolas, e melhorar a disponibilidade, a qualidade e a comparabilidade dos dados obtidos nos inquéritos escolares. Inclui dados sobre Portugal.

[Disponível on-line »](#)

(O relatório completo está disponível online em inglês [aqui](#).)

A [Revista Dependências](#) de Março de 2009 comenta este relatório.

[Disponível on-line »](#)

- **Relatório Anual 2008: a evolução do fenómeno da droga na Europa**, que inclui dados sobre Portugal.  
[Disponível on-line »](#)
- **EMCDDA 2008 selected issue — Drugs and vulnerable groups of young people**, que inclui dados sobre Portugal.  
[Disponível on-line em inglês»](#)
- [Outros relatórios sobre os jovens e a droga disponíveis on-line»](#)

**Relatório Anual 2007 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências** - É responsabilidade do IDT, I.P. a elaboração deste Relatório, a apresentar anualmente à Assembleia da República e ao Governo Português, fornecendo elementos de apoio à decisão política e ao planeamento da intervenção.

[Disponível on-line »](#)

**Elementos estatísticos informação geral saúde/2006 (2008)** - A [Direcção-Geral da Saúde](#) apresenta estatísticas sobre o consumo de tabaco, consumo de bebidas alcoólicas e consumo de drogas ilícitas nas páginas 39 a 43 do presente documento, por sexo e grupos etários, sendo a população inquirida de 10 e mais anos.

[Disponível on-line »](#)

No âmbito do [Projecto Aventura Social e Saúde](#), o HBSC/OMS (Estudo dos comportamentos de saúde dos jovens em idade escolar) é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde realizado de 4 em 4 anos por uma rede europeia de profissionais ligados à Saúde e à Educação.

Iniciou-se em 1982 com investigadores de 3 países: Finlândia, Noruega e Inglaterra, e pouco tempo depois foi adoptado pela OMS, como um estudo colaborativo. Neste momento conta com 35 países entre os quais Portugal, integrado desde 1996 e membro associado desde 1998. A Coordenação Portuguesa foi ainda eleita parte do Conselho Coordenador do Estudo, em 1998, em representação dos países do Sul da Europa, e faz parte do grupo de parceria com a OMS, desde 2001.

Portugal, através da equipa do projecto Aventura Social e Saúde/Faculdade de Motricidade Humana/Universidade Técnica de Lisboa, é membro desde 1994, tendo participado nos estudos conduzidos desde 1996 através do projecto Aventura Social & Saúde desenvolvido na Faculdade de Motricidade Humana.

O instrumento de investigação do HBSC é um questionário utilizado por todos os países participantes. Este questionário inclui a recolha de dados gerais ao longo de todos os países e permite quantificar os padrões dos comportamentos chave, indicadores de comportamento e variáveis contextuais. Os dados recolhidos em cada país são integrados numa base de dados internacional de acordo com o protocolo definido para o questionário (Currie, Samdal, Boyce & Smith, 2001). Estes dados permitem a realização de comparações nos sucessivos questionários, e estudo de tendências de comportamentos que podem ser avaliados a nível nacional e internacional. Sendo o HBSC um estudo de investigação e monitorização, tem também como objectivo informar e ter impacto nas políticas de promoção e educação para a saúde, e nos programas e intervenções dirigidas para os adolescentes, a nível nacional e internacional. A pesquisa do HBSC resulta na construção de um grupo coerente de indicadores que, no seu conjunto, permitam uma representação válida da saúde e dos estilos de vida dos adolescentes. Uma das vertentes em causa é o consumo de tabaco, álcool e drogas por parte dos adolescentes.

Apresentam-se neste âmbito os seguintes relatórios:

**Consumo de substâncias: estilo de vida? À procura de um estilo? (2008)**

– Com coordenação de Margarida Gaspar de Matos, editada pelo IDT. O presente trabalho está organizado por artigos que pretendem aprofundar os estudos do consumo de substâncias nos adolescentes portugueses na sua relação com outros processos, situações e contextos das suas vidas (pares, família, escola e comunidade).

[Disponível on-line »](#)

**Consumo de substâncias nos adolescentes portugueses: relatório preliminar (2006)**

– Da responsabilidade de Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Margarida Gaspar Matos (FMH/ UTL) e da Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, este relatório apresenta dados estatísticos sobre o consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas por adolescentes, procedendo a uma análise comparativa entre dados de 2002 e 2006.

[Disponível on-line »](#)

**A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro Anos Depois) (2003)**

– Apresenta comparação entre dados estatísticos de 1998 e 2002. A partir da página 106 trata os dados referentes ao abuso de substâncias.

[Disponível on-line »](#)

**Os jovens portugueses e o tabaco (2001)**

[Disponível on-line »](#)

**Os jovens portugueses e o álcool (2001)**

[Disponível on-line »](#)

**Os jovens portugueses e o consumo de drogas (2001)**

[Disponível on-line »](#)

## **Enquadramento legal**

**Legislação sobre drogas e toxicodependências** – Organizada e disponibilizada no site do IDT, inclui legislação nacional e internacional.

[Disponível on-line »](#)

## **Websites sobre o tema**

<a href="#">Associação Dianova Portugal</a>	<a href="#">IDT - Instituto da Droga e da Toxicodependência</a>
<a href="#">Revista Toxicodependências (edições on-line)</a>	<a href="#">IDT – Site Infanto-Juvenil: Tu, alinhas?</a>
<a href="#">UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime</a>	<a href="#">Projecto Aventura Social e Saúde</a>
<a href="#">HBSC - Health Behaviour in School-aged Children</a>	<a href="#">ESPAD –European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs</a>
<a href="#">EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction/ OEDT - Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência</a>	<a href="#">Emcdda.org</a>
<a href="#">Elisad European Information Service on Alcohol, Drugs and Addictions</a>	<a href="#">Álcool e Drogas sem Distorção</a>
<a href="#">NIDA -National Institute on Drug Abuse (EUA)</a>	<a href="#">NIDA for Teens (N4T)</a>
<a href="#">Organização Internacional de Controlo de Estupefacientes</a>	<a href="#">Alcohol Concern (Reino Unido)</a>
<a href="#">KidsHealth</a>	<a href="#">Revista Dependências - Edição Online</a>
<a href="#">SALIS - Substance Abuse Librarians &amp; Information Specialists</a>	<a href="#">SOCIDROGALCOHOL (Espanha)</a>

## **Seminários/Conferências/Congressos**

**5th World Congress on Family Law & Children's Rights "Children Caught in Conflict"**

Organização: World Congress on Family Law & Children's Rights Inc. Data: 23 a 26 de Agosto de 2009; Local: Nova Scotia, Canadá. [Mais aqui»](#)

**Instituto de Apoio à Criança**

Centro de Estudos e Documentação sobre a Infância

Largo da Memória, 14  
[www.iacrianca.pt](http://www.iacrianca.pt)

**Concepção e Execução**

Ana Tarouca  
Pedro Pires

**Telefone**  
213617884

**Fax**  
213617889

**E-mail**  
[iaccdi@netcabo.pt](mailto:iaccdi@netcabo.pt)

**I Simpósio de Atenção Multidisciplinar à Saúde do Adolescente**

Organização: Sector de Medicina do Adolescente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo. Data: 28 e 29 de Agosto de 2009. Local: São Paulo – Brasil. [Mais aqui»](#)

**Conferência “Uma árvore de leituras: lançar sementes”**

Organização: Biblioteca Municipal D. Dinis. Data: 17 e 18 de Setembro de 2009. Local: Odivelas. [Mais aqui»](#)

**10º Congresso Nacional de Pediatria**

Organização: Sociedade Portuguesa de Pediatria. Data: 15 a 17 de Outubro de 2009. Local: Tróia. [Mais aqui»](#)

**Encontro “De SIM e de NÃO se faz a EDUCAÇÃO”**

Organização: Fundação Bissaya Barreto. Data: 23 e 24 de Outubro de 2009. Local: Coimbra. [Mais aqui»](#)

**I Congresso Internacional – “Ser Professor de Educação Especial”**

Organização: Pró Inclusão - Associação Nacional de Docentes de Educação Especial. Data: 27, 28 e 29 de Novembro de 2009. Local: Lisboa. [Mais aqui»](#)

**XXXVII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol**

Organização: Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. Data: 22, 23 e 24 de Abril de 2010. Local: Espanha: Oviedo. [Mais aqui»](#)

**Cursos e Acções de Formação**

**Curso de Verão “Análise de Redes Sociais”**

Organização: ISPA. Data: 7 a 9 de Setembro de 2009; Local: Lisboa. [Mais aqui»](#)

Se estiver interessado em subscrever esta *newsletter* ou se desejar receber qualquer esclarecimento relacionado com a mesma envie-nos uma mensagem para [iaccdi@netcabo.pt](mailto:iaccdi@netcabo.pt).