

MARCIA NE CLEURI PEREIRA SANTOS

**USO DE DROGAS ENTRE ESTUDANTES DE CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE**

JOINVILLE

2014

MARCIANE CLEURI PEREIRA SANTOS

**USO DE DROGAS ENTRE ESTUDANTES DE CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde e Meio Ambiente na Universidade da Região de Joinville. Orientador: Prof. Dr. Carlos José Serapião. Co-orientadora: Profa. Dra. Selma Cristina Franco.

JOINVILLE

2014

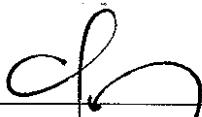
## Termo de Aprovação

### “Uso de Drogas entre Estudantes de Cursos da Área de Saúde”

por

Marciane Cleuri Pereira Santos

Dissertação julgada para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Meio Ambiente, área de concentração Saúde e aprovada em sua forma final pelo Programa de Mestrado em Saúde e Meio Ambiente.



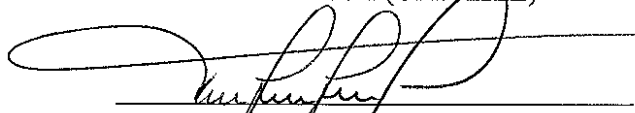
Prof. Dr. Carlos José Serapião

Orientadora (UNIVILLE)



Prof. Dra. Selma Cristina Franco

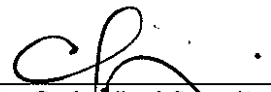
Coorientadora (UNIVILLE)



Prof. Dra. Therezinha Maria Novais de Oliveira

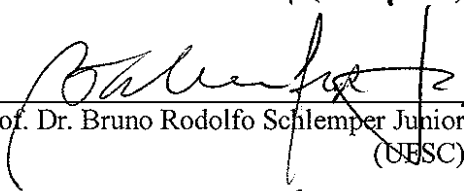
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente

#### Banca Examinadora:



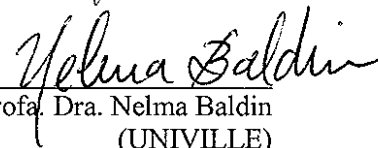
Prof. Dr. Carlos José Serapião

Orientador (UNIVILLE)



Prof. Dr. Bruno Rodolfo Schlemper Junior

(UFSC)



Prof. Dra. Nelma Baldin

(UNIVILLE)

Joinville, 30 de junho de 2014

Dedico este trabalho a juventude, em especial  
aos meus agora jovens filhos  
e a Luis Carlos Pereira,  
*in memoriam.*

## AGRADECIMENTOS

A presença de Deus em minha vida, nas mansas marés e nas fortes tempestades

Ao Prof. Dr. Carlos José Serapião, meu orientador

A Profa. Dra. Selma Cristina Franco, minha co-orientadora, por me acolher e contribuir na construção deste trabalho

À Profa. Dra. Nelma Baldin, membro interno das bancas de qualificação e de defesa, por sua participação e contribuições

Ao Prof. Dr. Bruno Rodolfo Schlemper Junior por aceitar ser o membro externo da banca de defesa

A Profa. Dra. Therezinha Maria Novaes, representando a gestão da Univille, por acreditarem nesta proposta

Ao meu irmão, Jorge Marcos Pereira, pela importante contribuição neste trabalho

A Maria Fernanda de Paula Prestes, pelas contribuições na tabulação

A Profa. Dra. Maria Adelaida Hoyos Argàez

A minha mãe, exemplo de força e ao meu pai , *in memoriam*, exemplo de amorosidade

Ao meu esposo, pelo carinho e compreensão

Aos meus filhos, Junior e André, pelo sempre bom humor e companheirismo

Aos meus irmãos, queridos guerreiros

A minha sogra e sogro, pela força

Aos jovens universitários que aderiram a esta pesquisa

Enfim, àqueles que acreditam em um mundo melhor e se movem para isso

Ainda que eu fale as línguas dos homens e dos anjos, se não tiver amor,  
serei como o sino que ressoa ou como o prato que retine.

Ainda que eu tenha o dom da profecia, saiba todos  
os mistérios e todo o conhecimento, se não  
tiver o amor, nada serei.....Assim,

permanecem agora estes três:

a fé, a esperança e o amor.

O maior deles porém

é o amor.

(Corintios)

## Resumo

O uso de drogas tem sido um tema relevante, dada a dimensão que vem atingindo na sociedade contemporânea, assumindo caráter de epidemia, quando tratado sob os aspectos de saúde pública. Entre jovens estudantes universitários, o uso de drogas necessita de especial atenção, considerando as características de vulnerabilidade e os altos índices de uso nesta população. O objetivo do presente estudo é quantificar a prevalência do uso de álcool, tabaco e outras drogas, caracterizando o padrão do uso de cada droga, e comparar os índices encontrados entre os ingressantes e formandos de cada curso. Foi realizado estudo transversal exploratório e adotado como instrumento de pesquisa um questionário com perguntas fechadas, de caráter anônimo, aplicado em todos os estudantes matriculados nos primeiros e últimos anos dos cursos de Educação Física (bacharel e licenciatura), Farmácia, Medicina, Psicologia e Odontologia da Universidade da Região de Joinville - Univille. Dos 474 estudantes participantes do estudo, 62,8% são do sexo feminino e 37,2% são do sexo masculino, possuem em média 22,7 anos, sendo que 81,3% são solteiros ou separados e 88% deles moram com os pais, familiares ou cônjuges. Foram encontrados índices semelhantes à média nacional, sendo que o uso de álcool, 84,2% e tabaco 32,9% possuem maior índice de “uso na vida”, seguido de maconha, 27,6%, alucinógenos, 11,8% e analgésicos e opiáceos, 10,8%. O álcool entre os estudantes de Medicina (97,6%), comparando-se a outros estudos aplicados ao mesmo curso em outras instituições, possui um índice superior a estes. O menor índice de uso de álcool “na vida” foi encontrado entre os estudantes de Farmácia (74,6%). Das drogas ilícitas, os alucinógenos possuem um uso expressivo, (4,0%) entre estudantes de Medicina e a Cocaína (4,7%) entre os de Odontologia. Aplicando-se o teste Qui Quadrado, achou-se correlação positiva entre uso de maconha ( $p = 0,001$ ), alucinógenos ( $p = 0,01$ ) e ecstasy ( $p = 0,02$ ) e o gênero masculino, aumentando a propensão ao uso destas entre os homens. A moradia também interfere positivamente para o uso de álcool (0,0004), tabaco (0,03) e maconha(0,002), sendo que morar com amigos ou sozinho aumenta a probabilidade de uso destas. Conclui-se que o índice de uso de drogas na população pesquisada é elevado com destaque para estudantes dos cursos de Medicina, Educação Física e Psicologia, sendo necessário ações voltadas para esta temática na instituição pesquisada, bem como novas pesquisas nos cursos.

**Palavras Chave:** Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Adulto Jovem; Epidemiologia; Estudos Transversais; Prevalência.

## **Abstract**

Drug use has been an important issue, given the scale that has been reaching in contemporary society, assuming the character of the epidemic, when treated under the public health aspects. Among young people, college students, drug use needs special attention, considering the characteristics of vulnerability and high use rates in this population. The aim of this study is to quantify the prevalence of alcohol, tobacco and other drugs, characterizing the pattern of use of each drug and to compare the rates found among freshmen and graduates of each course. Exploratory cross-sectional study was conducted and adopted as a research tool a questionnaire with closed questions of anonymity, applied to all students enrolled in the first and last years of courses in Physical Education (bachelor's and degree), Pharmacy, Medicine, Dentistry and Psychology of Universidade da Região de Joinville, Univille. Of the 474 students participating in the study, 62.8 % are females and 37,2 % are male, 22 have an average of 7 years, and 81.3 % are single or separated and 88 % of them live with parents, family members or spouses. Similar to the national average indices were found, and the use of alcohol, tobacco 84.2 % and 32.9 % have a higher rate of "life use", followed by marijuana, 7.6 %, hallucinogens, 11,8 % and analgesics and opioids, 10.8%. The alcohol use among medical students (97.6 %) compared to other studies applied to the same course at other institutions, has an index greater than these. The lower rate of alcohol use was "in life " was found among pharmacy students (74.6 %). Of illicit drugs, hallucinogens have an expressive use, (4.0%) among medical students and cocaine (4.7%) among Dentistry. Applying the chi square test, found a positive correlation between marijuana use ( $p = 0,001$ ), hallucinogens ( $p = 0,01$ ) and ecstasy ( $p = 0,02$ ) and male gender , increasing the propensity to use these among men . The villa also interferes positively to the use of alcohol (0.0004) , tobacco (0.03) and marijuana (0.002) , and living with friends or alone increases the likelihood of using these. It is concluded that the rate of drug use in the population surveyed is high especially for students of medicine, Physical Education and Psychology, being necessary actions for this issue in the research institution as well as new research in the courses.

**Key words:** Substance-Related Disorders; Young Adult; Epidemiology; Cross-Sectional Studies; Prevalence.



## SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	13
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	14
3.1. A JUVENTUDE.....	14
3.2 DROGAS.....	19
3.2.1 Definição.....	20
3.2.2 Classificação das Drogas.....	25
3.2.3 Padrão de Uso das Drogas.....	26
3.2.4 Epidemiologia das Drogas.....	28
3.2.5 Prevalência do Uso de Drogas entre Estudantes Universitários.....	29
3.3 HÁBITOS E COSTUMES: O CONSUMO DE DROGAS NA MODERNIDADE.....	32
3.4 POLÍTICAS PÚBLICAS E O USO DE DROGAS.....	38
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	46
4.1 DELINEAMENTO DE PESQUISA.....	46
4.2 <i>LOCUS</i> DE PESQUISA.....	46
4.3 SUJEITOS DE PESQUISA.....	46
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	47
4.5 INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	47
4.6 APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA .....	48
4.7 METODOLOGIA PARA ANÁLISE DA COLETA DE DADOS.....	50
<b>5 RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS DA PESQUISA....</b>	52
<b>6 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO</b> .....	52
<b>7 OS DADOS: CARACTERÍSTICA ESTATÍSTICA</b> .....	54
<b>8 DISCUSSÃO DOS DADOS</b> .....	66
<b>9 CONCLUSÃO</b> .....	72
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	75
<b>ANEXOS</b> .....	83
<b>APÊNDICE</b> .....	108

## 1 INTRODUÇÃO

O uso de drogas tem crescido substancialmente nos últimos anos, principalmente nos países em desenvolvimento (LARANJEIRA;ROMANO, 2004), e vem sendo considerado, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um problema crescente de saúde pública que tem como consequências negativas, uma gama de problemas de saúde e familiares, além de significativo impacto social.

Estima-se que 230 milhões de pessoas no mundo, cerca de 5% da população adulta, tenha usado uma ou mais drogas ilícitas na vida, e 27 milhões de adultos podem ser considerados como “usuários problemáticos de drogas” (CARLINI, et al 2002).

A juventude tem sido alvo de estudos epidemiológicos por se tratar de uma população vulnerável, devido às características desta fase, como afastamento gradativo dos pais e maior vinculação com seus pares, instabilidade emocional, necessidade de novas experimentações e revisão de valores. Tem-se atualizado as questões acerca desta importante etapa da vida, inclusive com revisões teóricas até da concepção do termo. Além disso, no Brasil, recentemente foi aprovado o Estatuto da Juventude, formalizando-se a necessidade de políticas específicas e garantia de direito para esta população.

Entre estudantes universitários, população alvo desta pesquisa, quando comparados com a população geral, esses apresentam maior frequência do uso de drogas, chegando a uma diferença de até 5 vezes a mais, como é o caso das anfetaminas (BRASIL, 2010). Trata-se, portanto, de um tema diretamente relacionado ao comportamento de adolescentes e jovens.

O ingresso em uma universidade representa importante passo para o jovem estudante, mas é acompanhado de maior exposição aos fatores de risco para uso de drogas: maior acesso através do tráfico comumente presente no entorno das universidades e maior influência dos pares (KERR-CORRÊA, et al 2002).

As drogas, substâncias psicoativas, agem diretamente no Sistema Nervoso Central, alterando seu funcionamento. A classificação das drogas mais comumente adotada é segundo seus efeitos no organismo, sendo denominadas depressoras, estimulantes e perturbadoras (LARANJEIRA;SURJAN, 2001).

No Brasil, 22,8% da população entre 12 e 65 anos fez uso de droga alguma vez na vida (exceto álcool e tabaco) e 74,6% já usou álcool. A droga ilícita mais usada é a maconha (8,8%) e não há relatos de drogas injetáveis. Na região sul, o índice de uso de maconha durante a vida é de 20,2% entre 18 e 24 anos e a dependência do tabaco na população geral é de 12,8%, sendo os maiores índices do país (CEBRID, 2005).

Na atualidade o uso de drogas está imbricada na sociedade, não diferente de outras épocas, porém diferente de outros tempos, o consumismo e a necessidade de lidar com questões contemporâneas tem tornado sua presença preocupante. Além disso, a produção de novas drogas, cada vez mais potentes, vem desafiando o controle de tráfico e uso destas nas populações mais vulneráveis. (UNODC, 2013)

As políticas públicas vem sofrendo atualizações a nível mundial, passando de uma ideologia fundamentada no combate às drogas e intolerância a qualquer uso, na tentativa inalcançável de bani-las totalmente da sociedade, para uma postura mais flexível e tolerante, considerando o panorama atual. Esta ideologia vem sendo substituída por políticas de redução de danos.

Diante da argumentação acima exposta, torna-se relevante conhecer a prevalência do uso das drogas neste grupo populacional, caracterizar o padrão de uso e risco destes jovens, especialmente aqueles de cursos da área da saúde. Tal conhecimento poderá subsidiar a elaboração de intervenções, visando a prevenção do uso de drogas ou sua identificação precoce, oferecendo suporte para os jovens universitários.

A instituição pesquisada, a Universidade da Região de Joinville, Univille, está situada no sul do Brasil, no estado de Santa Catarina, com importante papel regional, localizada na maior cidade do estado, Joinville. Está para completar 50 anos de existência, tornou-se universidade em 1996 e configura-se como uma entidade de direito privado sem fins lucrativos, denominando-se como uma universidade comunitária. Ofereceu, em 2013 cerca de 40 cursos de graduação, 5 cursos de mestrado e 7 cursos de pós-graduação *lato sensu* para cerca de 9.000 acadêmicos.

Os cursos da área da saúde totalizaram 1.296 estudantes, representando 15% dos acadêmicos. Apenas dois cursos são ofertados de forma integral, Medicina e Odontologia. Psicologia, Farmácia e Educação Física são ofertados nos períodos

matutino e noturno. Educação Física oferece duas modalidades de formação: bacharelado e licenciatura.

Portanto, entende-se de grande importância a realização da presente pesquisa entre estudantes universitários que frequentam cursos da área da saúde no município de Joinville, visando fornecer subsídios para aperfeiçoar as políticas de atenção a este grupo populacional, possibilitando-lhes maior qualidade de vida e saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### 2.1 Objetivo Geral

Quantificar a prevalência do uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes universitários dos cursos da área da saúde, em uma universidade comunitária de Joinville.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o padrão do uso de cada droga, categorizando-o como uso na vida, uso no ano, uso no mês;
- Distinguir uso de drogas sem risco e com risco;
- Comparar o padrão do uso de estudantes ingressantes com o de formandos;
- Comparar o padrão do uso entre estudantes dos diversos cursos da área da saúde;
- Identificar fatores associados ao uso das diversas drogas.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 A JUVENTUDE

A concepção de juventude como fase do desenvolvimento humano é construída a partir da modernização social, quando do aparecimento das instituições mediadoras da educação: escola e fábricas. Até então, cabia às famílias a educação de seus filhos, imprimindo nestes a herança biográfica, sua cultura, seu modo de ser. Aos indivíduos, não havia outra opção se não a de se moldar aos padrões familiares impostos pelas gerações anteriores, com pouca escolha e autonomia, seguindo uma biografia herdada. Com o surgimento da educação formal, a escola passa a ter grande influência na educação e o papel do estado ganha força através do controle da escola. A industrialização torna-se influente na medida que imprime os papéis a serem desempenhados em um novo meio produtivo e de acesso ao capital. Antes disso também era função das famílias seu sustento e manutenção (ARIÈS, 1978).

Foi na Idade Média que houve intensificação de estudos com a finalidade de traçar a definição das fases da vida humana, ocupando lugar importante nos tratados pseudocientíficos. Autores desta época adotaram os termos infância e puerilidade, juventude e adolescência, velhice e senilidade, para designar os períodos diferentes do ciclo vital humano (ARIÈS, 1978). É desta época um estudo a que associava as idades da vida ao número de planetas (sete), como parte de uma cosmogonia. A juventude seria a quarta etapa:

Depois segue-se a juventude, que está no meio das idades, embora a pessoa aí esteja na plenitude de suas forças, e essa idade dura até 45 anos, segundo Isidoro; ou até 50, segundo os outros. Essa idade é chamada de juventude devido a força que está na pessoa, para ajudar a si mesma e aos outros, disse Aristóteles. (ARIÈS, 1978, p. 36)

Conforme Lima e Paula (2004, p.94) referindo-se ao papel da escola no período que corresponde a fase da juventude:

...situando-se no período de transição entre a vida familiar e a vida profissional, entre a infância e a fase adulta, a escola tornar-se-ia a chave do processo de socialização, na qual os indivíduos internalizariam as regras, os controles e os valores que regiam o mundo do trabalho, bem como obteriam as credenciais de qualificação e formação adequadas para o

ingresso nesse mundo cada vez mais competitivo e menos determinado por tradições familiares

Para além da visão meramente cronológica e evolucionista, constata-se os aspectos sociais e educativos relacionados a concepção de juventude.

Alpizar e Bernal (2003 apud MAIA 2010, p. 52) dividem em sete correntes principais as definições de juventude produzidas até então:

- 1) a juventude como uma etapa do desenvolvimento psicobiológico humano;
- 2) a juventude como um momento chave para a integração social;
- 3) juventude como um dado sociodemográfico;
- 4) juventude como agente de mudança;
- 5) juventude como problema para o desenvolvimento;
- 6) gerações juvenis;
- 7) juventude como uma construção social.

Diante da pluralidade do conceito de juventude, Maia (2010), aborda a visão de juventude como valor. Assim, a juventude enquanto fenômeno deve ser tomada a partir dos conceitos mentais que se tem dela, partindo-se do senso comum, explorando a construção simbólica forjada no cotidiano. A significação passa a ser reproduzida e atualizada pelo processo de interação. Neste sentido, a noção de juventude é construída pela cultura na qual ela está inserida.

Em uma revisão de artigos publicados entre 2002 e 2011 no Brasil, Zanella et al (2013), constatou-se que há uma prevalência do conceito de juventude associado como uma mera fase de transição e preparação para a vida adulta. Evidencia-se a noção de juventude atrelada à necessidade de tutela familiar, institucional e do Estado, não tomando o jovem como protagonista de suas demandas. Esta noção traz em seu bojo uma visão da juventude como sendo uma fase de pouca importância, pois trata-se apenas de uma passagem, com definição homogeneizada:

Embora a ONU a defina como a faixa etária entre os 15 e os 24 anos e mesmo existindo características biológicas e subjetivas semelhantes entre os sujeitos, a homogeneização contrapõe-se à possibilidade de compreensão da multiplicidade de experiências dos jovens e das singularidades que os conotam (ZANELLA, et al 2013 p. 332).

Corroborando com a discussão crítica do termo juventude, tem-se a expressão “juventudes”, que abarca a variabilidade de conceitos tomados neste tema. Esta proposta considera os aspectos diferenciados nos diversos contextos em

que o jovem está inserido, construindo identidades e singularidades diferentes. Assim, o termo juventude traz diferentes sentidos em diferentes culturas (SILVA;SILVA, 2011).

A psicologia e suas teorias clássicas contribuíram para a compreensão do fenômeno juventude, através de construções significativas a cerca desta etapa, trazendo novas estratégias educativas e comportamentais para com os jovens.

Erik Erikson (1987) propõe uma abordagem psicossocial das fases da vida, ampliando a teoria clássica psicanalítica postulada por Freud. Para este autor o ciclo de vida se dá num crescente cronológico no qual o sujeito vivencia diferentes crises, que levam a construção da identidade. A fase que corresponde à juventude é denominada como 'identidade versus confusão de papéis' e é nesta etapa que deve se resolver três questões importantes: a escolha de uma ocupação, a adoção de valores norteadores para a vida e a definição de uma identidade sexual satisfatória. Enfim, é ele quem institucionaliza a juventude, afirmando que:

Eles precisam, sobretudo, de uma moratória para integração dos sentimentos de identidade atribuídos nas páginas precedentes a fase da infância; só que agora, uma unidade mais vasta, indefinida em seus contornos e, no entanto, imediata em suas exigências, substitui o meio infantil; a sociedade (ERIKSON, 1987, p 129).

Um importante fator que permeia a juventude é a interação social que surge como necessário para superação desta fase (ABERASTURY, et al 1983). Ampliando as relações da família para os grupos sociais, o jovem busca identificar-se com pares, conforme cita Erikson (1987, p. 133):

Os adolescentes não só se ajudam uns aos outros temporariamente, no decorrer desse conturbado período, formando turmas e estereotipando-se a si próprios, aos seus ideais a aos seus inimigos, mas também testam, insistentemente, as capacidades mútuas para lealdades constantes, no meio de inevitáveis conflitos de valores.

A fase da juventude para Aberastury et al (1983) é caracterizada pela presença da "síndrome normal da adolescência". Denomina-se assim por considerar universal as ansiedades vividas nesta fase, que se dá após as transformações corporais e a maturidade sexual. Assim, sentimentos de ambivalência entre dependência e independência, onipotência, luto pela perda do corpo infantil e crises filosóficas constituem-se como normal à idade.



É um período de contradições, confuso, ambivalente, doloroso, caracterizado por fricções com o meio familiar e o ambiente circundante. Este quadro é com frequência vivido com crise e estados patológicos, o que alarma o adulto e o leva a buscar soluções equivocadas (ABERASTURY et al 1983, p. 16).

No processo de vinculação com o grupo e com a perspectiva de entrada no mundo adulto, o jovem, com suas modificações subjetivas aliadas a seu plano de mudança, constrói sua personalidade. Assim, “seu novo plano de vida lhe exige estabelecer o problema dos valores éticos, intelectuais e afetivos; implica o nascimento de novos ideais e a aquisição da capacidade de luta para consegui-lo” (ABERASTURY et al 1983, p 28).

Erikson (1987, p. 259) escreve também sobre a importância da juventude para a sociedade:

já não compete meramente aos mais velhos ensinar aos jovens o significado da vida. É o jovem quem, por suas ações e reações, diz aos velhos se a vida, tal como lhes foi representada, contém alguma promessa vital; e é o jovem quem traz consigo o poder de confirmar aqueles que o confirmam, de renovar e regenerar, de rejeitar o que está pronto, de reformar e revolucionar.

Para Aberastury et al (1983, p. 30) o jovem “necessita participar dos direitos e deveres da sociedade em que vive, e luta por consegui-lo”. Faz-se necessário ao jovem experimentar a influência e entender como influencia na vida adulta:

O normal é que os adolescentes participem dentro das inquietudes que são a essência mesma da atmosfera social na qual lhes toca viver e, se conseguem a emancipação, não o fazem em busca de chegar rapidamente ao estado de adulto – muito longe disto - , senão que necessitam adquirir direitos e liberdades similares aos que têm os adultos, sem deixar por isso sua condição de jovens (ABERASTURY, et al 1983, p. 32).

Estes mesmos autores também fazem uma relação interessante da participação reivindicatória com o uso de drogas: quanto menor espaço uma sociedade oferecer para que o jovem possa lutar pelos seus direitos e se rebelar, maior será a presença de drogas entre eles. Neste sentido, as drogas apareceriam como alternativa de uma necessidade de contestação, inerente a juventude.

A escolha da profissão, segundo Erikson (1987, p. 132), ganha contorno especial na fase da juventude: “em geral, é a incapacidade para decidir uma

identidade ocupacional o que mais perturba o jovem”. Junto com as ansiedades da escolha da ocupação para a fase adulta, ocorre a necessidade de auto afirmação pela ação de querer livremente:

a escolha de uma profissão assume um significado que excede a questão da remuneração e *status*. É por essa razão que alguns adolescentes preferem não trabalhar, por algum tempo, em vez de serem forçados a ingressar em uma carreira que, sendo promissora, ofereceria perspectivas de êxito mas sem a satisfação de funcionar com excelência impar.(ERIKSON, 1987, p. 130)

Retoma-se Erik Erikson (1987, p. 137) que em sua versão teórica sobre o ciclo vital afirma que a identidade, no jovem, vai gradativamente dando lugar à identidade adulta,

À medida que as áreas de responsabilidade adulta são gradativamente delineadas, quando o encontro competitivo, o vínculo erótico e a inimizade irreduzível são diferenciadas uns dos outros, elas acabam ficando sujeitas àquele sentimento ético que é a marca do adulto e que sucede à convicção ideológica da adolescência e ao moralismo da infância.

Novos estudos vêm definindo a atual juventude com características peculiares da contemporaneidade, inseridos em um sistema capitalista, conforme discorre Salles (2005, p. 35) “com suas condições materiais e simbólicas específicas, a criança, o adolescente e o jovem adquiriram um *status* de dependentes, não responsáveis jurídica, política e emocionalmente.”

O conceito atual de juventude além de definir uma etapa cronológica, é visto sob a perspectiva de um fenômeno histórico, social e geracional (PERALVA, 2007).

Para Bock (2007, p. 68):

A adolescência é vista como uma construção social com repercussões na subjetividade e no desenvolvimento do homem moderno e não como um período natural do desenvolvimento. É um momento significado, interpretado e construído pelos homens. Estão associadas a ela marcas do desenvolvimento do corpo.

Neste sentido, Salles (2005, p. 37) relata uma tendência ao prolongamento do período da juventude na contemporaneidade:

Antes a sequência do ciclo de vida era clara. O jovem primeiro estudava, ao fim da escola se empregava e daí casava. Hoje, no entanto, começa a ocorrer um processo de alongamento dessas fases, o que está, entre outros

fatores, associado às dificuldades cada vez maiores de obtenção de emprego e ao prolongamento do estudo. A falta de autonomia financeira e o desemprego contribuem para que os jovens permaneçam mais tempo com os seus pais. Hoje os jovens estudam, trabalham, se especializam, adiam a saída da família de origem e a constituição da própria família.

Outros fatores atuais que permeiam a juventude, são descritos por Novaes, (2007), afirmando que o jovem do mundo contemporâneo está também a mercê de um acelerado processo de globalização e um significativo aumento das desigualdades sociais. Estes fatores confluem para a vulnerabilidade juvenil, causada pela rápida transformação no mercado de trabalho, que tornou-se restritivo.

O Estatuto da Juventude (BRASIL, 2013), define como jovens as pessoas com idade entre 15 e 29 anos e formaliza a garantia de direitos aos jovens, bem como orienta sobre as políticas públicas voltadas para esta população. Aprovado recentemente, tendo legalidade desde 02 de fevereiro de 2014, este documento é fruto de demandas juvenis que ganharam força a partir de 2005, com a implementação da Política Nacional da Juventude.

Portanto, a juventude possui características peculiares enquanto fase do desenvolvimento humano, mas seu valor é influenciado pelo contexto sócio cultural e histórico. Atualmente merece atenção diferenciada, garantindo-se desenvolvimento, cidadania e qualidade de vida aos futuros adultos.

### 3.2 DROGAS

Historicamente as drogas estão presentes em todas as sociedades, em todas as épocas, com diferentes formas, representações e usos. Utilizadas em rituais, recreações, encontros sociais e como forma de aumentar a sensação de prazer, passaram a ser alvo de políticas públicas a partir da década de 1960, com o aumento crescente de seu consumo e os problemas decorrentes do mesmo, principalmente com o advento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) na década de 1980 (MARTINS; MACRAE, 2010).

...existem referências à utilização do álcool no ano 6000 antes de Cristo; o ópio é conhecido desde a Antiguidade; a coca foi descoberta pelos espanhóis em 1449 com sua chegada a países como Peru e Bolívia, onde os incas a consideravam uma planta sagrada; a maconha foi utilizada com finalidades terapêuticas na China desde 1730 a.C..Os indígenas, em diferentes partes do mundo, utilizaram drogas, principalmente os alucinógenos, em seus rituais, sendo esta uma prática própria dessas culturas que não acarretou prejuízos a seus membros (LARANJO, 2002, p. 15).

Martim Xiberras (2005 apud ABREU;MALVASSI 2011), delineou a história de um longo período das principais substâncias psicoativas (álcool, cannabis - maconha, ópio e alucinógenos), descrevendo as particularidades, preferências e o significado para cada sociedade que as adotam. Define assim “toxicomanias tradicionais”, como o uso de determinadas substâncias psicoativas, com pouca rejeição, em determinadas sociedades, como exemplo o álcool na cultura ocidental e a maconha no mundo oriental.

### 3.2.1 Definição

O termo droga é proveniente da palavra holandesa *Drog*, que significa folha seca. Como a maioria das medicações se apresentava na forma vegetal, o termo foi adotado como significado de medicamento e passou a fazer parte do vocabulário médico (OBID, 2013).

O Glossário de Álcool e Drogas define como droga:

Um termo de uso variado. Em medicina, refere-se a qualquer substância com o potencial de prevenir ou curar doenças ou aumentar o bem estar físico ou mental; em farmacologia, refere-se a qualquer agente químico que altera os processos bioquímicos e fisiológicos de tecidos ou organismos. Portanto, droga é uma substância que é, ou pode ser, incluída numa farmacopeia (BERTOLOTE, 2004, p.59)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define droga como “qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alterações em seu funcionamento.”

Assim, em termos conceituais, droga abrange tanto as que são benéficas e usadas terapêuticamente em doses adequadas, sob prescrição e acompanhamento médico, como aquelas usadas inadequadamente, podendo vir a causar malefícios e dependência. Esses conceitos inserem ainda, conjuntamente, as lícitas e ilícitas e as sintéticas e naturais. Sendo assim, o que diferencia o uso nocivo de determinada droga do uso terapêutico é sua dose, sua forma de uso, indicação terapêutica e legalidade (BERTOLOTE, 2004).

Diante dos conceitos acima, é importante refinar o conceito adotado neste estudo. Aqui, trata-se das drogas com potencial de abuso ou de uso recreativo, que

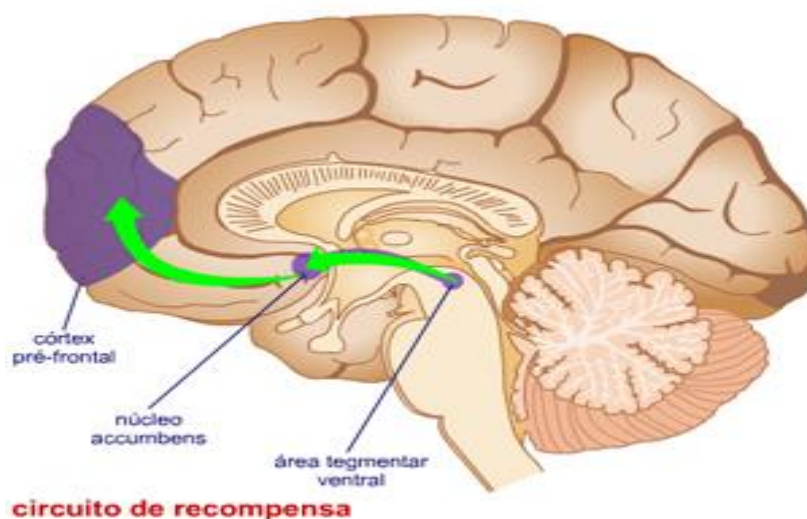
afetam o Sistema Nervoso Central (SNC), modificando seu funcionamento e consequentemente o comportamento do indivíduo.

Freud (1996, p. 86) traz uma definição ao relacionar o uso de substâncias químicas como paliativas ao sofrimento humano, afirmando que “quando presentes no sangue ou tecidos, provocam em nós, diretamente, sensações prazerosas, alterando tanto também as condições que dirigem nossa sensibilidade, que nos tornamos incapazes de receber impulsos desagradáveis.”

A experimentação inicial produz sensações agradáveis e acaba levando ao abuso, o que restringe seu uso terapêutico (LEMOS;ZALESKI, 2004). Ainda, para a mesma classe de drogas, tem-se o termo substância psicoativa, indicado como um termo mais “descritivo e neutro para todas as classes de substâncias, lícitas e ilícitas que interessam às políticas sobre drogas” (BERTOLOTE, 2004).

As drogas capazes de causar euforia e aliviar a dor agem no circuito do prazer ou de recompensa, liberando dopamina, influenciado por outros neurotransmissores e moduladores químicos (Figura 1).

**Figura 1: Representação gráfica do circuito de recompensa cerebral.**



Fonte : <http://www.virtual.epm.br/material/depquim/4flash.htm>

Fonseca e Lemos (2011, p. 26) explicam o funcionamento da estimulação do sistema de recompensa

O circuito de recompensa cerebral tem a função biológica de manter a sobrevivência da espécie, ou seja, a lembrança de alimentos e parcerias sexuais. Cada vez que é estimulado, esse circuito manda mensagens para

a amígdala, que classifica o estímulo com “bom” e, por sua vez, manda estímulos para áreas relacionadas à memória.

O circuito de recompensa, conforme Laranjeira (2012, p. 24), tem função primordial de “promover e estimular comportamentos que favoreçam a manutenção da vida e da espécie”. Neste circuito, sem nenhuma droga, o prazer é resultante “de processos complexos de planejamento, elaboração, negociação, disciplina, execução e, algumas vezes, resignação e frustração”. Com a ação das drogas, neste circuito, corrompe-se os mecanismos fisiológicos do cérebro havendo então a produção de um prazer químico, deixando em segundo plano o aprendizado que o processo fisiológico natural promove.

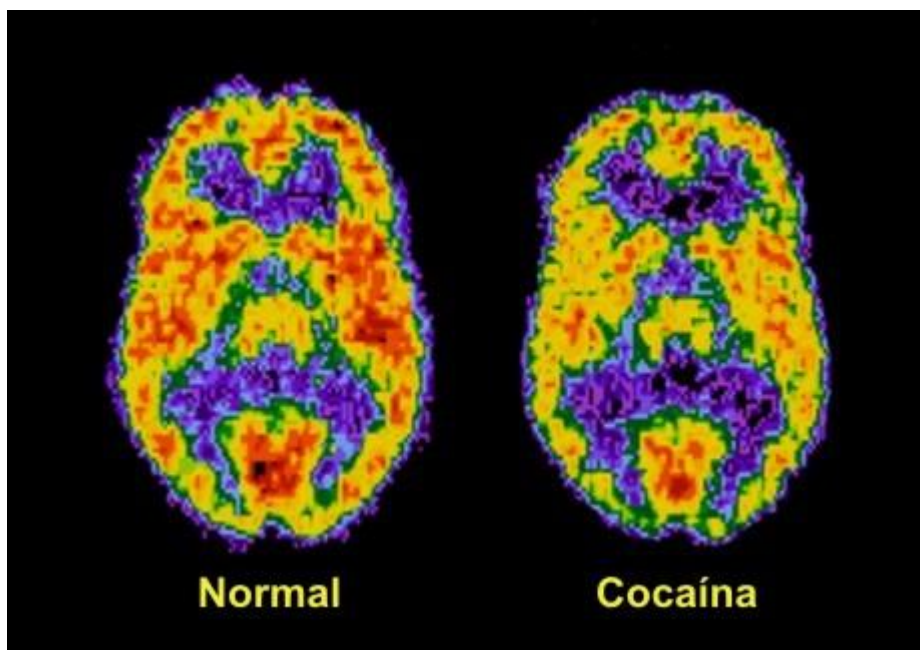
A ação no circuito de recompensa depende da forma como a substância é ingerida, “quanto menos barreiras a droga tenha que atravessar para atingir o cérebro, mais rápido seu efeito” (LEMOS;FONSECA, 2011, p. 26). Tem-se como exemplo a cocaína, com diferença de reação no cérebro pelas diferentes formas que é usada: mascada, cheirada, ingerida e fumada.

As drogas também prejudicam outras áreas do cérebro (Figura 2), como no caso da “redução do aporte de oxigênio no cérebro durante o consumo de cocaína, especialmente na região frontal”(LARANJEIRA, 2012, p. 24).

Laranjeira e Surjan (2001, p. 12) ampliam a discussão sobre o uso de substâncias psicoativas:

O consumo de substâncias que possuem a capacidade de atuar sobre o cérebro, gerando modificações no psiquismo, parece ser um fenômeno universal da humanidade(...) a lista de complicações decorrentes do consumo destas substâncias inclui cânceres, doenças cardiovasculares, doenças hepáticas e infecções, entre outras. A dependência de nicotina é isoladamente a principal causa evitável de mortes prematuras e o abuso de álcool é a principal causa de acidentes e mortes violentas em nosso meio.

**Figura2:** Imagens obtidas mediante tomografia de emissão positrônica. À esquerda o cérebro de um indivíduo normal; à direita, de um usuário de cocaína. Os níveis de atividade cerebral nesta técnica de imagem criam imagens coloridas, onde áreas vermelhas representam os maiores níveis de atividade cerebral e as azuis os menores. Notar que a quantidade de áreas vermelhas no usuário de cocaína é menor que o indivíduo normal. Estas áreas apresentam uma redução da atividade metabólica que com o tempo leva à alteração de várias funções cerebrais.



**Fonte:** [http://ciencia.folhadaregiao.com.br/2012\\_04\\_01\\_archive.html](http://ciencia.folhadaregiao.com.br/2012_04_01_archive.html)

Tomada sob o prisma de saúde pública, a questão do uso de substâncias psicoativas e suas consequências pode ser tratada considerando-se o tripé: indivíduo, meio e droga Feris (2001 apud BUCHER, 1992; PERRENOUD;RIBEIRO, 2011).

Este modelo considera múltiplos fatores inter-relacionados à questão das drogas: controle (disponibilidade, promoção, etc.), aprendizado social (justiça e inclusão social), bem como os estados biológicos (hereditariedade, genética, tolerância e sensibilidade cerebral, etc.) psicológicos (resiliência, disposição psíquica, etc.) e espiritual (PERRENOUD;RIBEIRO, 2011, p. 47).

Minayo e Deslandes (1998, p. 36) problematizam o estudo das drogas ao refletir sobre “questões metodológicas para a investigação, a prevenção e a intervenção da saúde pública na articulação entre drogas e violência” e concluem:

O desafio para a saúde pública, que hoje se preocupa tanto com o uso abusivo de drogas, quanto com a violência como fatores de risco para a qualidade de vida é conseguir um quadro referencial para reflexão e para

ação, que inclua ao mesmo tempo o individual, o social e o ecológico (MINAYO;DESLANDES, 1998, p. 41).

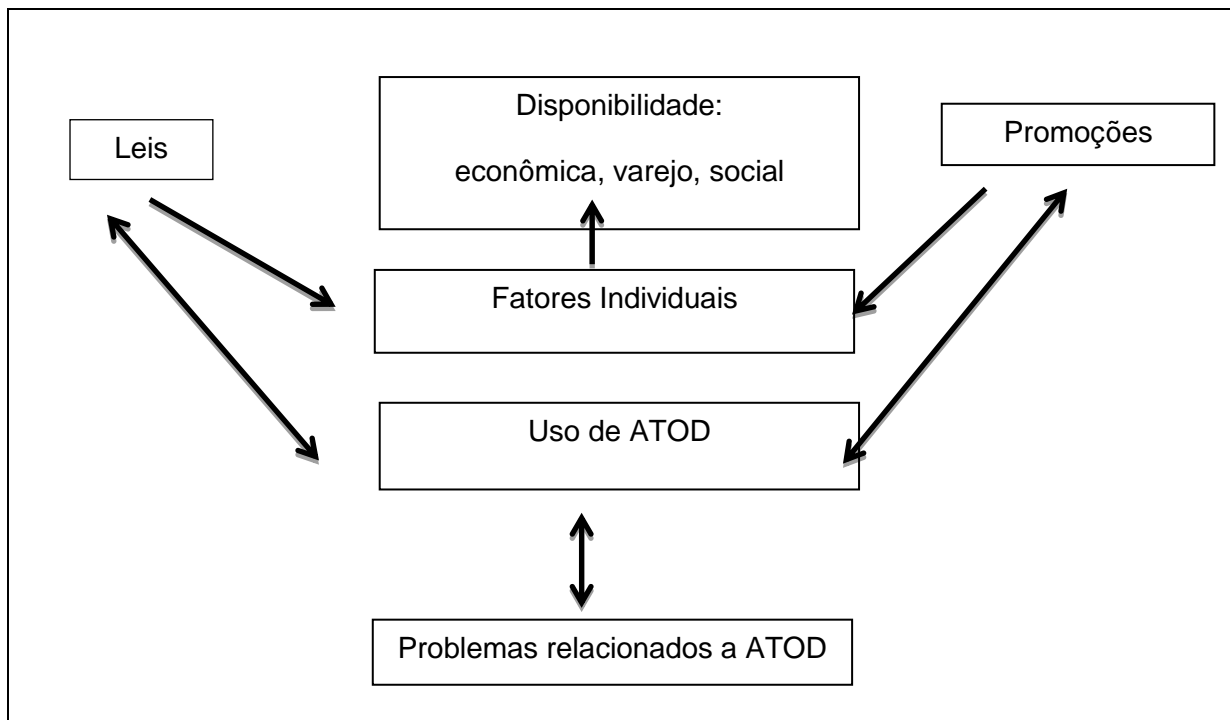
Assim, para além de uma visão linear, individualista e segmentada, estes autores propõem um enfoque bio-psico-social e espiritual ao tratar o tema drogas.

Buchele, Coelho e Lindner, (2009, p. 269), corroboram com esta visão,

Entendemos que problemas relacionados à questão da drogadição devem ser abordados numa concepção ampla, considerando aspectos bio-psico-socioculturais, direcionando-os para ações de promoção da saúde, valorização da qualidade de vida, buscando assim o equilíbrio do homem no meio ambiente, visando à ampliação dos compromissos sociais, do indivíduo em relação a si, ao outro e à comunidade.

Discorrendo sobre as causas do uso de drogas, Duailibi, Vieira e Laranjeira (2011) comparam as drogas a um produto de varejo, reguladas pela oferta *versus* demanda. A disponibilidade de drogas tem uma relação direta ao consumo destas: sem disponibilidade não há consumo. Os fatores individuais, desejo de consumir determinada droga, influencia na demanda, que aumenta a oferta. O potencial para lucro estimula as promoções que aumentam a demanda. As leis vigentes, efetivas, executadas e fiscalizadas regulam a acessibilidade.(Figura 03)

**Figura 3:**Diagrama do modelo geral de causas de uso de ATOD<sup>1</sup>



Fonte: Duailibi, Vieira e Laranjeira (2011, p. 498)

<sup>1</sup> Álcool, tabaco e outras drogas.



É importante enfatizar que o uso de substâncias psicoativas não está diretamente relacionado à dependência química. A dependência química é considerada uma patologia, desenvolvida pelo uso inadequado da droga, aumento da tolerância e desenvolvimento de abstinência ao uso da droga, além do prejuízo nas atividades da vida diária.

### 3.2.2 Classificação das Drogas

Classificadas de acordo com a atuação no SNC<sup>2</sup>, tem-se o quadro abaixo sobre as drogas (Figura 4):

---

**Figura 4 – Classificação das principais substâncias**

---

#### 1) depressoras do SNC

- álcool
  - benzodiazepínicos
  - barbitúricos
  - opiáceos
- naturais: morfina e codeína
- sintéticos: meperidina, propoxifeno, metadona
- semi-sintéticos: heroína

#### 2) estimulantes do SNC

- cocaína
- nicotina
- anfetaminas e drogas de ação semelhante (anfetamínicas)
- cafeína

#### 3) perturbadores do SNC

- derivados da cannabis: maconha, haxixe, Tetraideocanabinol (THC)
- derivados indólicos: plantas e cogumelos
- sintéticos: LSD – 25, MDMA (ecstasy)
- anticolinérgicos
- outras substâncias em doses elevadas

---

**Fonte:** LARANJEIRA E SURJAN (2001, p 1.)

---

<sup>2</sup> Sistema Nervoso Central

As *depressoras da atividade do SNC* tendem a diminuir a atividade motora diminuindo o estado de alerta, provocando o aumento da sonolência. As *estimulantes da atividade do SNC* provocam aumento do estado de alerta, insônia e aceleração dos processos psíquicos. As *perturbadoras da atividade do SNC* geram vários fenômenos psíquicos anormais, como alterações senso perceptivas, (alucinações, ilusões e delírios), não havendo inibição ou estimulação do SNC (LARANJEIRA; SURJAN, 2001).

### 3.2.3 Padrão de Uso das Drogas

É quase impossível definir o exato momento em que a pessoa passa do uso para o abuso e deste para a dependência, sendo que as pessoas procuram as drogas por motivações psicológicas e emocionais e tornam-se dependentes por questões também fisiológicas (FERIS, 2001).

Para Laranjeira e Surjan (2001, p. 1):

a utilização contínua de qualquer substância psicoativa produz uma doença cerebral em decorrência do uso inicialmente voluntário. A consequência é que, a partir do momento que a pessoa desenvolve uma doença chamada "dependência", o uso passa a ser compulsivo e acaba destruindo as melhores qualidades da própria pessoa, contribuindo para a desestabilização da sua relação com a família e com a sociedade.

Esses mesmos autores sugerem as seguintes definições do padrão de uso: *uso*, qualquer consumo de substância, independente da frequência ou intensidade; *abuso* ou *uso nocivo* um padrão de consumo que traz consequências adversas recorrentes e significativas, não preenchendo critérios para dependência; a *dependência* se instala a partir do consumo excessivo e constante de determinada substância, sendo que o ato de usar deixou de ter uma função social e de eventual prazer, tornando-se disfuncional .

Como o diagnóstico de uso, abuso ou dependência precisa ser contextualizado, não é possível fazer um corte preciso de quando se instala a doença, mas sabe-se que há uma probabilidade de evolução do não uso → para uso experimental → para uso esporádico → para uso frequente → para uso pesado → para abuso → para dependência.

Quanto aos instrumentos de diagnóstico, a American Psychiatric Association - APA (2000) no DSM- IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª edição) estabelece o diagnóstico para abuso de substância psicoativa:

A - quando preenche um ou mais dos seguintes aspectos ocorridos nos últimos 12 meses:

- Uso recorrente levando a prejuízo nas obrigações da escola, do trabalho ou em casa;
- Uso recorrente em situações com risco físico;
- Problemas legais recorrentes relacionados à substância;
- Uso continuado apesar de problemas sociais ou interpessoais relacionados ao uso.

B - Não preenche critérios para diagnóstico

Importante lembrar que os critérios para abuso não se aplicam à cafeína e nicotina. No caso da nicotina, o abuso já é considerado dependência.

Para o diagnóstico de dependência química é necessário preencher três ou mais dos seguintes critérios:

- Tolerância;
- Síndrome de Abstinência;
- Aumento na quantidade de substância usada ou uso por mais tempo que o planejado;
- Desejo persistente/esforços mal sucedidos, para reduzir ou controlar o uso;
- Grande quantidade de tempo para obtenção, uso ou recuperação dos efeitos;
- Redução ou abandono de atividades sociais, ocupacionais ou recreacionais;
- Uso apesar do reconhecimento dos problemas físicos e psicológicos.

Os critérios pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no CID – 10, O Código Internacional de Doenças, em sua 10ª Edição, é o instrumento legalmente adotado no Brasil. Esse Código define como critérios para uso nocivo de drogas, a presença de dano real à saúde física e mental do usuário.

Segundo estes critérios, são evidências de uso nocivo as seguintes situações:

- Padrões nocivos de uso frequentemente criticados por outras pessoas
- Consequências socialmente negativas

- Intoxicação aguda ou “ressaca”

É considerado dependência química quando três ou mais dos critérios abaixo estiverem presentes nos últimos 12 meses:

- Forte desejo ou senso de compulsão para consumir substância;
- Dificuldades de controlar o comportamento de consumo;
- Abstinência;
- Tolerância;
- Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos;
- Persistência do uso a despeito de evidencia clara de consequências manifestadamente nocivas.

Estes dois instrumentos de diagnóstico se assemelham em vários pontos e diferenciam-se, nos conceitos de abuso e uso nocivo. O primeiro, considera também prejuízos sociais, enquanto que o segundo considera apenas prejuízos físicos e psicológicos.

Considerando a frequência do uso de drogas tem-se (BRASIL, 2010 p. 28 ):

descrição da prevalência de uso de substâncias psicoativas *na vida* (uso experimental, ou seja, “pelo menos uma vez *na vida*”), *nos últimos doze meses* (no ano, ou seja, “pelo menos uma vez nos doze meses que antecederam a entrevista”) e *nos últimos trinta dias* (no mês, ou seja, “pelo menos uma vez nos 30 dias que antecederam a entrevista”).

Tomando como critério o padrão de uso, adota-se a seguinte nomenclatura, segundo a relação que o indivíduo versus uso de droga.(UNIFESP, 2014):

Não usuário: nunca utilizou drogas; usuário leve: utilizou drogas no último mês, mas o consumo foi menor que uma vez por semana; usuário moderado: utilizou drogas semanalmente, mas não todos os dias, durante o último mês; usuário pesado utilizou drogas diariamente durante o último mês.

Estas duas formas de abordar o padrão de uso são adotadas em estudos que objetivam o índice de uso de drogas em diferentes populações.

### **3.2.4 Epidemiologia do Uso de Drogas**

Para Kerr-Corrêa et al (2002), a partir da década de 1980, com o incentivo à pesquisa, o Brasil tornou-se um dos países latino americanos que mais tem produzido dados sobre dependência e pesquisas sobre o uso de drogas em populações específicas.

A partir da década de 1980, com a preocupação da epidemia da Aids pelo compartilhamento de materiais para uso de drogas injetáveis, incentivou-se a realização de pesquisas nacionais envolvendo usuários de drogas, dada a necessidade de se controlar a epidemia. Até então, apesar de se considerar baixo o consumo de drogas no Brasil, as ações preventivas eram esparsas e descontínuas. Foram importados modelos de prevenção de outros países com base em realidades diferentes da brasileira, sendo o principal modelo o de “Guerra às Drogas”, modelo norte americano, que visava o combate repressivo ao uso.

O I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, pesquisa realizada em 2001 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), constatou que 68,7% da população estudada fez “uso na vida” de álcool. Na faixa etária de 12 a 17 anos, este índice diminui para 48,3% e aumenta para 73,2% na faixa etária de 18 a 24 anos.(CARLINI, et al 2002)

Na pesquisa entre estudantes de ensino fundamental e de 2º grau de escolas públicas em 27 capitais brasileiras (CEBRID, 2005), o Brasil teve o maior índice quando comparado a outros países da América do Sul. Os resultados mostraram que 22,6% da população pesquisada fez *uso na vida*. A mesma pesquisa mostrou o início precoce na experimentação: 12,7% dos estudantes entre 10 a 12 anos já fizeram *uso na vida* de algum tipo de droga, exceto álcool e tabaco.

### **3.2.5 Prevalência do Uso de Drogas entre Estudantes Universitários no Brasil**

Pesquisa publicada em 1994 sobre o uso de bebidas alcoólicas entre os estudantes de Medicina de duas faculdades do estado de São Paulo, uma em Marília e outra na cidade de São Paulo, constatou que 11,8% dos estudantes do sexo masculino e 1,3% do sexo feminino, eram bebedores problema e 4,2% dos estudantes do sexo masculino e 0,8% feminino, eram dependentes (BORINI, et al 1994). No mesmo ano, em Santa Maria (RS), 922 estudantes universitários foram entrevistados, sendo que 10% apresentaram prevalência positiva para o CAGE (questionário que consta de quatro questões básicas a respeito da ingestão de álcool: C (cut-down - diminuir a ingestão), A(annoyed - irritado), G (guilty - culpado), E (eyeopener - identificação de ressaca)(GALDUROZ;CAETANO, 2004).

Entre os alunos de Medicina da Unesp, achados de pesquisa demonstram o *uso na vida* de álcool em 84% dos alunos, 50% no *mês* e 23% *na semana*. Já o

tabaco apresentou índice de 33% de *uso na vida*, 7% de *uso no mês* e 2% de *uso diário*. Destaca-se o fato que dois terços da população estudada começaram a fazer uso de tabaco durante o curso médio e que solventes (30% *usaram na vida*) apresentaram índice maior ou igual ao de maconha, diferente de outras pesquisas (KERR-CORRÊA, et al 2002).

Em 1995, foi publicada pesquisa sobre a prevalência do uso de drogas na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, entre os estudantes do primeiro ao sexto ano do curso, coletando dados durante os anos de 1991, 1992 e 1993 (ANDRADE, et al 1995). Foi adotado questionário indicado pela Organização Mundial de Saúde, com a finalidade de obter dados sobre *uso na vida nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias*. Foram pesquisadas as seguintes substâncias: álcool, tabaco, maconha, alucinógenos, cocaína, anfetaminas, anticolinérgicos, solventes orgânicos, tranquilizantes, ansiolíticos, antidistônicos, opiáceos, sedativos e barbitúricos. Os resultados mostraram que nos últimos 12 meses, considerando o total de respostas dos 3 anos analisados, o álcool foi a droga mais usada (85,5%), seguida do tabaco (19,8%), maconha (15,2%), dos solventes (13,3%) e dos tranquilizantes (7,5%). Outras drogas estudadas apresentaram índice inferior a 5%. Comparando-se os índices entre os diferentes anos, constata-se que o aluno já vem usando drogas no 2º grau, não havendo diferença significativa entre todos os anos pesquisados. Em se tratando do uso de álcool, tabaco e tranquilizantes nos últimos 30 dias, há um significativo aumento dos índices de uso dos dois primeiros anos de universidade, para os últimos anos. O estudo ainda aponta que o número de respostas afirmativas é maior para 'uso na vida' do que para 'uso nos últimos 12 meses' do álcool, tabaco, maconha e tranquilizantes, sugerindo um padrão de uso esporádico de tais drogas.

Kerr-Corrêa, et al (2002), realizaram o 1º Levantamento do uso de álcool e outras drogas e das condições gerais de vida dos estudantes da Universidade Estadual Paulista (Unesp) e os resultados apontaram que 43,5% dos alunos já haviam experimentado algum tipo de droga (exceto álcool e tabaco) e que 16,7% tiveram contato com drogas durante a vida universitária. Os autores encontraram ainda uma porcentagem média de uso de bebidas alcoólicas no mês de 74,4%, caindo para 65,8% entre os alunos do colegial. A droga ilegal mais utilizada, tanto em universitários como em colegiais, foi a maconha (universitários 14,9 % e colegiais 10,6%).

Segundo Silva, et al (2006), que realizaram pesquisa entre estudantes da área de Ciências Biológicas de uma universidade do Município de São Paulo, há diferentes padrões entre os estudantes. Um fator relevante identificado foi a religiosidade, sendo que entre alunos com alguma religião, o consumo de álcool foi de 83,1%, o de tabaco 20,7 % e o de “drogas ilícitas” 24,6%. Por outro lado, os alunos que não possuíam religião, o álcool apresentou um índice de 89,3%, o tabaco de 27,7% e as “drogas ilícitas” de 37,7%.

Dados comparativos entre 1996 e 2001 (STEMPLIUK, et al 2005) constataam o aumento no uso de drogas entre estudantes universitários da Universidade de São Paulo. Destaca-se um aumento na aprovação entre os pesquisados, do uso experimental e regular de cocaína, crack, anfetaminas e inalantes. No período analisado houve um aumento do ‘uso na vida’ de álcool, tabaco e maconha, entre outras drogas; aumento de ‘uso nos últimos 12 meses’ de maconha, inalantes, anfetaminas, alucinógenos e ilícitas em geral; aumento de ‘uso nos últimos 30 dias’ de maconha, inalantes, anfetaminas e drogas ilícitas em geral.

Entre todas as pesquisas, há uma diferenciação no padrão de uso entre homens e mulheres, sendo que os homens possuem maior prevalência de uso de drogas, exceto medicamentos para emagrecer e tranquilizantes. Na pesquisa que busca comparar dados de vários campi da UNESP – Universidade Estadual de São Paulo, nota-se que o fato de morarem com amigos ou com pais não é fator relevante para uso (KERR-CORRÊA, et a 2002).

Achados da pesquisa realizada por um grupo de pesquisadores financiados pela Secretaria Nacional de Política sobre Drogas – SENAD entre estudantes universitários de 27 capitais brasileiras apontam que 48,7% dos estudantes universitários fizeram uso de alguma substância ilícita na vida, sendo a maconha a mais frequente. Considerando padrão de uso recente (últimos 12 meses e últimos 30 dias) o uso de substâncias ilícitas é maior na região sul e sudeste, em especial nas instituições privadas, nos cursos da área de Humanas do período noturno (BRASIL, 2010). Especialmente entre jovens, é importante considerar outras situações de risco que envolvem o uso de drogas, como acidentes automobilísticos e relações sexuais desprotegidas. Dirigir embriagado ou ter relação sexual sob o efeito do álcool e sem o uso de camisinha é bastante comum entre os jovens.

O uso de drogas, inclusive álcool e tabaco, tem relação direta e indireta com uma série de agravos à saúde dos adolescentes e jovens, entre os quais destacam-se os acidentes de trânsito, as agressões, depressões clínicas e distúrbios de conduta, ao lado de comportamento de risco no âmbito sexual e a transmissão do HIV pelo uso de drogas injetáveis e de outros problemas de saúde decorrentes dos componentes da substância ingerida, e das vias de administração (BRASIL, 2004, p. 07).

Pechanski, Szobot e Scivoletto (2004) discorrem sobre os problemas associados ao uso de álcool e outras drogas entre jovens, citando como consequências, mortes decorrentes de acidentes automobilísticos, prática de sexo inseguro expondo-os a doenças sexualmente transmissíveis e gravidez, além de prejuízo nos processos de aprendizagem afetando a vida acadêmica.

O consumo de álcool, tabaco e outras drogas entre os universitários é mais frequente que na população em geral, o que reforça a necessidade de um maior conhecimento desse fenômeno para o desenvolvimento de ações de prevenção e elaboração de políticas específicas dirigidas para esse segmento (BRASIL, 2010, p. 11).

Também é comum haver consequências do uso de álcool em indivíduos que bebem eventualmente e que não controlam seu consumo, trazendo problemas sociais, como brigas e faltas no emprego, problemas físicos como acidentes e problemas psicológicos como heteroagressividade (BRASIL, 2010).

### 3.3 HÁBITOS E COSTUMES: O CONSUMO DE DROGAS NA MODERNIDADE

A sociedade moderna foi influenciada pelas mudanças no contexto social da família e do estado, ocorridas no final da idade média. A família contemporânea passou a dividir a educação de seus filhos com outras instituições e perdeu a hegemonia nesta função. As pessoas passaram a ganhar autonomia e autodeterminação na medida em que o autoritarismo e as imposições familiares perderam força. Assim, neste contexto surge a interferência de novas instituições, como a escola e a fábrica (ARIÈS, 1978).

Neste cenário são engendradas novas tecnologias para o exercício do poder, passando a existir um controle focalizado no indivíduo, em seu corpo, vigiando-o, controlando-o para seu treinamento e sua utilidade. Os papéis e normas sociais tradicionais, herdados pela educação familiar, não são mais essenciais como outrora, oferecendo mobilidade e liberdade individual para as pessoas diante destes.



O que surge então, são as novas instituições sociais, que restringem as escolhas a uma gama mais ou menos prescrita de opções (LIMA;PAULA, 2004).

Daí a importância do processo de socialização moderno, o qual dependia da inserção dos indivíduos nas instituições que tentavam introjetar neles os controles, as normas, os papéis e os valores sociais desde a infância(LIMA; PAULA, 2004, p. 95).

O capitalismo, fortalecendo a instalação da burguesia, e o processo de urbanização, com o aumento da população nas cidades, estão implicados nestas profundas mudanças da sociedade.

Assim, surge o consumo e, em seguida, o consumismo, como comportamentos constituintes do novo sistema social que visa o acúmulo de capital. Quanto mais a sociedade consome, maior a produção, maior o capital, que provoca mais consumo. O consumismo então, como consumo além das necessidades, interessa para a manutenção deste novo sistema.

Para Ribeiro (2009), na sociedade moderna, sustentada na industrialização e no capitalismo, um dos tópicos que permeiam as relações, o desenvolvimento e o comportamento humano é o consumo. Como um hábito dos indivíduos na contemporaneidade, o consumo passa a permear o processo de construção da identidade.

Conforme Conte, Oliveira, Henn et al (2007, p. 97) discorrendo sobre o consumismo,

...é possível dizer que o consumismo surge como meio de construção de identidades, em que tanto mais poder os objetos adquirem quanto mais o interior está esvaziado e exteriorizado. Hoje os indivíduos reconhecem-se e sentem-se bem interiormente quando cobertos de objetos e marcas, através dos quais conseguem se ver e se identificar, como se estivessem reduzidos a uma embalagem.

Corroborando com a proposição acima Laranjo (2002, p.16) relaciona as mudanças provocadas pelas alterações no mercado de trabalho e as rápidas transformações nos valores que vigoram nas relações sociais, afirmando que:

as pessoas passam a ser valorizadas por sua capacidade de ganhar dinheiro e adquirir bens e não por seus valores pessoais. Há um grande estímulo ao consumo, propagando-se a ideia de que por meio dele se conquistará a felicidade

Ainda, sobre a influência do fenômeno do consumismo, Costa (2004 apud RIBEIRO 2009) ressalta que este provocou mudanças nos princípios e valores, influenciando na construção de uma nova visão de mundo, interferindo nos conceitos de felicidade e relações de troca.

Outros autores que trazem a tona a questão do consumismo é Conte et al (2007, p. 101):

O consumismo é um efeito da transformação histórica do trabalho artesanal em labor, ocorrido com a Revolução Industrial. Os avanços tecnológicos, a criação de mercados, as melhorias nas condições de vida dos operários, associadas à velocidade na produção e venda de novos bens, mudaram a significação do ato de fabricar e comprar.

Para Galli (2009, p. 63), na sociedade moderna a “economia liberal imperante no mundo transforma sujeitos em objetos”. A mesma autora afirma que esta forte influência da economia moderna provoca uma violência pior que uma guerra, pois sendo generalista, atinge e massifica todas as pessoas privando-as de sua individualidade e singularidade. Assim, há um aumento de sentimentos de angústia, stress, depressão e ansiedade tecendo um novo quadro nosológico de patologias mentais na sociedade atual. Esse novo quadro de doenças psíquicas seria resultado das pressões que a sociedade moderna faz nos sujeitos, alienando-os de sua própria subjetividade. Diante disso as drogas fazem sucesso.

Formular um remédio que propicie um estado de felicidade imune aos psiquismos, imperturbável diante das vicissitudes da vida, não é do humano, mas parece ser o caminho mais fácil para preencher um vazio que causa ansiedade. A busca da pílula mágica substitui a falta de relações interpessoais mais íntimas. Elas estão tênues (GALLI, 2009, p. 64).

Freud, em seu clássico artigo O Mal-estar na Civilização (1996) se debruça sobre a formação dos indivíduos e da civilização e afirma que a sociedade moderna e o desenvolvimento do psiquismo torna a vida “árdua demais” pois impõe novas formas do ser humano lidar com a sexualidade e a agressividade. Essas são inerentes ao homem, mas passam a ser reguladas pelas normas de conduta na cultura contemporânea. Assim, para lidar com estes sacrifícios surge as “medidas paliativas”, que *a priori* podem ser de três tipos: os derivativos poderosos, as satisfações substitutivas e as substâncias tóxicas. Freud também considera que o mais “interessante” desses são as substâncias tóxicas, pois para ele “todo

sofrimento nada mais é do que sensação; só existe na medida que o sentimos, e só o sentimos como consequência de certos modos pelos quais nosso organismo está regulado” (FREUD, 1930/1996, p.85).Portanto, a droga atuando no organismo pouparia, de forma rápida e intensa, os homens de sentir sofrimento.

Ribeiro (2009, p. 338) sustenta que na sociedade moderna neoliberal as drogas aparecem, no entendimento da psicanálise, ora como objeto de consumo, ora como uma atitude de rebeldia contra o prazer tradicional.

No primeiro, os ditos ‘toxicômanos’<sup>3</sup> são colocados como aqueles que realizam o ideal da sociedade capitalista, por consumirem fiel e em quantidades cada vez maiores o mesmo objeto, enquanto no segundo as chamadas ‘toxicomanias’ são percebidas como podendo representar um perigo para a própria lógica do capitalismo que rege a sociedade de consumo: pois, se os chamados ‘toxicômanos’ são considerados como aqueles que se negam a produzir e a consumir outros produtos que não as drogas, o próprio funcionamento do regime capitalista ficaria comprometido no caso de um aumento numérico drástico dessa população e, além disso, indo ao extremo, a morte se apresenta sempre como uma possibilidade no horizonte desses sujeitos, possibilidade que inviabiliza que eles continuem a ser consumidores. Talvez pudéssemos pensar ser esta diferença que explica minimamente o fato de as ‘toxicomanias’ serem tão malvistas na nossa sociedade, enquanto o simples uso de drogas é bem mais tolerado.

A contradição também é definida como atual para Eluf (2004, p. 70):

Nossa sociedade teme as drogas, ao mesmo tempo que as cultua. Embora se argumente que a humanidade sempre fez uso de substâncias entorpecentes – e que, por esse motivo, seu uso seria inevitável - o assunto se torna grave quando o consumo é descontrolado e gera dependência em larga escala.

Um outro contraste da atualidade é entre a potência e impotência. Espera-se das pessoas que elas sejam ativas, se movam, façam coisas. A impotência e o ritmo mais lento é intolerado, assim como a depressão. “O maníaco é mais aceito nas sociedades competitivas do que o depressivo” (GALLI, 2009, p. 64).Este fato contribui para o aumento e aceitação cultural do uso de substâncias químicas que tornem as pessoas mais ativas

Ainda, Galli (2009, p. 64) afirma que, ”nossa cultura está repleta de pessoas viciadas em algo, drogas, álcool, comida, cigarro, trabalho, televisão, dinheiro, poder, relacionamentos, religião, maneiras de nos preenchermos de coisas externas a nós”.

---

<sup>3</sup> Termo usado para definir dependente químico no início do século XX

Corroborando com a autora acima citada, Conte, et al (2007, p. 98) afirmam que:

As toxicomanias, com ou sem drogas (dependência ao sexo, compras, jogo, amor, entre outras), são figuras do nosso tempo, expressão de uma saída pela fascinação em relação aos objetos de consumo. A droga, para o toxicômano, é o encontro, a escolha de um objeto 'adequado' que teria a facilidade de estar ao alcance da mão, ou seja, também pode ser compreendida como um atalho para a felicidade.

Assim as drogas passam a compor o contexto social contemporâneo, segundo Alves (2009, p. 2317):

Nesse cenário, as drogas deixam de ser referidas como uma *ameaça* para serem reconhecidas como um problema social complexo a ser enfrentado com políticas públicas intersetoriais e políticas setoriais específicas, integrando de forma equilibrada estratégias nacionais e internacionais de repressão à produção e ao tráfico de drogas e de prevenção, atenção à saúde e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.

Outra questão que suscita discussão na atualidade é a violência e criminalidade.

Para Lima e Paula (2004), a transformação da sociedade contemporânea, retirando a influência exclusiva da família na formação dos indivíduos provocou mudanças na concepção da violência. Passou-se a ter a leitura de que condutas violentas provinham de biografias individuais desviantes, que não conseguiram socialização pela família, escola e fábrica. Portanto, a origem da violência se situaria na infância, pois é nesta fase que a socialização deveria se instalar. Os índices de criminalidade passaram a ser produzidos no final do século XIX e início do século XX, quando também passou a ser implementada política de contenção e tratamento dos criminosos. Estas políticas aliavam punição e terapêutica e eram aplicadas diferenciadamente entre jovens de classe média e alta, que recebiam terapêutica médica e psicológica, e das camadas mais pobres da população, que eram "cercadas por um complexo de vigilância, comandado pelo estado, numa posição entre privado e público"(LIMA;PAULA, 2004, p. 96).

Freire Costa (2004 apud CONTE et al 2007, p. 99), sobre consumo e criminalidade, desvela a relação entre a busca dos pobres por superficialidades inacessíveis a eles e criminalidade, afirmando que:

os delinquentes apropriam-se violentamente dos bens materiais daqueles julgados privilegiados, como os cidadãos pacatos se apropriam

imaginariamente dos corpos celebrizados. E todos querem reconhecimento, ascensão e um lugar social. O que fica silenciado, na realidade social, é a violência dos imperativos de consumo e das desigualdades socioeconômicas, que têm como produção o uso de drogas e a criminalidade.

No Brasil, após a década de 1970, quando da inclusão do país na rota internacional do tráfico de drogas, houve um aumento do consumo de drogas ilícitas e concomitantemente um aumento do envolvimento de jovens entre 15 e 24 anos em crimes, como autores ou vítimas. A associação entre violência o consumo de drogas ilícitas, por jovens, adultos e mais recentemente crianças é pertinente, pois o uso de substâncias psicoativas podem potencializar atos violentos, seja pela alteração comportamental que estas provocam no indivíduo, “seja pelas relações sociais que os permeiam e que fazem uso intenso, por exemplo, armas de fogo” (LIMA;PAULA, 2004, p. 93). Porém, a simples associação drogas, juventude e violência não considera outros fatores que permeiam a violência urbana, tornando o tema mistificado.

O Relatório Mundial sobre Drogas 2013, publicado pela United Nations Office Drugs and Crime (UNODC) aponta para um aumento significativo mundial de novas substâncias psicoativas e seu tráfico ilegal sem controle internacional. A produção, comércio e consumo de novas drogas requer acompanhamento rápido, investigando os efeitos destas, detectando formas de produção e tráfico para ações eficazes de controle, que deve ser global. No Brasil, diferente das estatísticas mundiais, houve um aumento substancial do uso de cocaína, mas uma notável diminuição do uso de drogas injetáveis. Esta última, segundo relatório, possivelmente provocada pelo implemento de vigilância comportamental.

Nas palavras de Yuri Fedof, diretor executivo da UNODC (2013):

As drogas ilícitas continuam a pôr em risco a saúde e o bem-estar de pessoas em todo o mundo. Tais drogas representam uma clara ameaça para a estabilidade e a segurança de regiões inteiras e para o desenvolvimento econômico e social. De diversas maneiras, drogas ilícitas, crime e desenvolvimento estão ligados um ao outro. A dependência de drogas é muitas vezes agravada pelo baixo desenvolvimento social e econômico, e o tráfico de drogas, junto com muitas outras formas de crime organizado transnacional, compromete o desenvolvimento humano. Temos que quebrar esse ciclo destrutivo para proteger o direito das pessoas a um estilo de vida saudável e promover crescimento econômico sustentável, maior segurança e estabilidade.

Por fim, nota-se na atualidade que o comportamento vigente está relacionado ao consumo e que neste sentido o consumo de drogas vem sendo fortalecido por novas substâncias psicoativas, mais potentes, fornecidas mundialmente pela rede de tráfico. Este fenômeno atinge especialmente a juventude que apresenta maior vulnerabilidade ao comportamento de consumo e a experimentação de substâncias que causam novas sensações.

### 3.4. POLÍTICAS PÚBLICAS E O USO DE DROGAS

Presente desde os primórdios da humanidade, as drogas eram reguladas socialmente. “A princípio, a regulação se estabeleceu em contextos sócio-culturais específicos que condicionaram o consumo de determinadas substâncias mediante normas e convenções socialmente compartilhadas” (ALVES, 2009, p. 2310).

Com a industrialização e o isolamento dos princípios ativos das substâncias psicoativas e sua popularização crescente, houve uma expansão de seu uso. Este fato foi acompanhado pelo enfraquecimento dos controles sociais tornando-se um problema social (BUCHELE;COELHO;LINDNER, 2009;ALVES, 2009;ALVES LIMA, 2013).

Segundo Duailibi, Vieira e Laranjeira (2011, p. 504 ):

O objetivo das políticas públicas de álcool, tabaco e outras drogas é minimizar ou prevenir os problemas associados tanto para o indivíduo que consome a substância quanto para a sociedade. A efetiva identificação das variáveis relevantes e empiricamente associadas a substâncias psicoativas é essencial para a prevenção.

Considerando os elevados custos sociais, legais e de saúde que o uso de drogas lícitas e ilícitas têm produzido , as políticas públicas surgem para diminuir o uso destas substâncias e suas consequências negativas.

Conforme discorre Alves e Lima (2013, p. 11):

Diante da emergência de riscos à saúde e danos sociais para o indivíduo e a coletividade associados à mudança do padrão de consumo de substâncias psicoativas na contemporaneidade, passou o Estado a atuar por meio da formulação e da implementação de políticas públicas setoriais e intersetoriais.

Em revisão às políticas públicas relacionadas ao uso de drogas, estas podem ser tomadas basicamente em duas vertentes ideológicas: a proibicionista e a abordagem de redução de danos (CANTY, 2005;TAMY, 2007, apud ALVES, 2009)

O modelo proibicionista foi adotado nos Estados Unidos, no início do sec. XIX, diante do aumento da industrialização e consumo do álcool, culminado com a promulgação da Lei Seca, entre 1920 e 1932. Nesta abordagem, “as políticas públicas concentram esforços na redução da oferta e da demanda de drogas, com intervenções de repressão, entre a criminalização da produção, tráfico, porte e consumo de drogas ilícitas”(ALVES, 2009, p. 2310).

Este modelo foi expandido para outras drogas (ópio, morfina, cocaína e outras drogas que pudessem levar ao uso abusivo) nos Estados Unidos e com a Organização das Nações Unidas expandiu-se mundialmente, fundamentando políticas mundiais de 1945 a 1998. A evolução destas discussões culminou na convocação da ONU para uma sessão especial, em 1998, cujo as metas foram planejadas para serem cumpridas até 2008. Este plano de ação foi intitulado “*Um mundo Livres das Drogas, nós podemos fazê-lo*”. (PERDUCA, 2005; MACMASTER, 2004 apud ALVES, 2009).

Nas práticas de enfrentamento ao uso de drogas, percebe-se a influencia do proibicionismo favorecendo dois modelos: o criminal/moral, que defende que o uso de drogas é algo imoral e o encarceramento dos imorais e criminosos seria a forma de enfrentar esta questão; e o da saúde, que lida com o uso de drogas como sendo uma patologia biologicamente determinada devendo portanto ser tratada. Nos dois modelos está subjacente o enfrentamento às drogas através da eliminação do consumo dessas, pelo encarceramento ou pelo tratamento (ALVES, 2009;BRASIL, 2004). Assim, a forma de lidar com o uso de drogas e oferecer tratamento se faz por postura autoritária, não considerando o direito de escolha do usuário ou dependente de drogas.

Contraopondo o modelo proibicionista, surgiu na Holanda e no Reino Unido o modelo de redução de danos, transformando-se em uma experiência de sucesso (ALVES, 2009). Este modelo fundamenta-se na constatação de que o consumo de drogas sempre existiu e sempre existirá, não podendo ser suprimido da sociedade. “A Redução de Danos é um conjunto de medidas dirigidas a pessoas que não conseguem ou não querem parar de usar drogas. Essas medidas têm como objetivo reduzir o riscos ou danos causados pelo uso” (HAIEK, 2008, p. 22).

Na Holanda, em 1984, após reivindicação de um movimento social dos usuário e dependentes de drogas, foi instituída a troca de seringas e agulhas usadas por novas, resultando em diminuição dos casos de infecção por HIV entre usuários de drogas injetáveis. Anteriormente, no Reino Unido alguns médicos receitavam heroína e cocaína para dependentes de drogas como forma de reduzir os danos do uso destas e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida (ALVES, 2009; POLLO-ARAÚJO; MOREIRA, 2008). Portanto, esta proposta nasce da reivindicação popular por medidas acessíveis e flexíveis à saúde dos usuários e dependentes de drogas.

Ao contrário do modelo proibicionista, que traz como condição fundamental de tratamento a instalação da abstinência, o modelo de redução de danos se propõe a oferecer um enfrentamento ao problema de drogas com base na liberdade de escolha do usuário em continuar usando drogas ou na impossibilidade do dependente se abster das drogas, oferecendo recursos para minimizar os danos secundários causados pelo uso destas. Segundo Canty et al (2005; apud ALVES 2009, p. 2312):

Se o consumo de drogas não pode ser suprimido da sociedade, é possível traçar estratégias para reduzir os danos a ele relacionados, tanto para os usuários quanto para a coletividade. Esse enfoque tem sido apontado como aquele que confere maior racionalidade ao enfrentamento da questão das drogas, propiciando, por exemplo, compreender o consumo de drogas como um problema de saúde pública e o tráfico como um problema jurídico-policial.

São exemplos de estratégias de redução de danos campanhas que orientam as pessoas a não dirigir após a ingestão de álcool, troca de seringas e agulhas usadas por novas e tratamento ambulatorial com metadona para os usuários de drogas injetáveis (UDIs), distribuição de seringas na comunidade, medidas educativas, testagem e aconselhamento sobre drogas. A estratégia de disponibilizar seringas novas em troca de seringas usadas para UDIs, evitando a infecção pelo vírus da AIDS e outras doenças transmissíveis, constitui uma proposta importante de saúde pública (NIEL; SILVEIRA, 2008; MARQUES; ZALESKI, 2011).

Apesar da resistência, a redução de danos tem-se apresentado como um modelo de enfrentamento importante ao uso e dependência de drogas, pois incrementa as estratégias ajustadas ao contexto sócio-cultural e sanitário de cada país que a adota.



Ressaltam-se, ainda, as transformações culturais transversais a essas experiências, tendo em vista uma releitura social da questão das drogas e o reconhecimento do uso prejudicial e dependência como um problema de saúde pública (ALVES,2009, p. 2313).

O Brasil, como signatário de vários acordos internacionais que visavam repressão do tráfico e uso de drogas, sofreu a influência do modelo proibicionista. Desde o início do sec. XX houve intervenção do Estado na questão das drogas: na década de 1920 , proposição de internação compulsória dos toxicômanos; em 1938, promulgação da Lei de fiscalização de entorpecentes; em 1940 o Código Penal, criminalizando o porte de drogas ilícitas independentemente da quantidade; em 1971, com o termo *infratores viciados* propondo internação para recuperação destes; em 1976, ampliando medidas de saúde para os *dependentes de substâncias entorpecentes* (ALVES, 2009). Essas leis enquadram o dependente químico e o usuário de drogas ora como delinquente, ora como doente. Em ambas as proposições há proposta intrínseca de afastamento do usuário ou dependente do convívio social com a intenção de tratá-lo ou reprimi-lo.

De acordo com a discussão sobre este tema, Machado e Miranda (2007,p. 803) afirmam que,

...o aparato jurídico-institucional criado ao longo do século XX destinava-se, sobretudo, ao controle do consumo de drogas ilícitas. Esse aparato, constituído por uma série de leis e decretos que proibiam e criminalizavam o uso e o comércio de drogas no país, previa penas que determinavam a exclusão dos usuários do convívio social, propondo sua permanência em prisões, sanatórios e, a partir da década de 1970, em hospitais psiquiátricos.

Com a intenção de formular a Política Nacional de Entorpecentes através do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi instituído, na década de 1980, o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes.

Segundo Machado e Miranda (2007) o CONFEN atuou além da postura de repressão do tráfico e uso drogas, valorando a prevenção, o tratamento e a pesquisa num contexto de redemocratização do país.

Data da década de 1980 a oferta de serviços dos primeiros centros de referência, vinculados às universidades públicas, que ofereciam ações de prevenção e assistência especializada ao uso abusivo de álcool e outras drogas: Programa de

Orientação e Atendimento a Dependentes (Proad) do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); o Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos (Cordato) da Universidade de Brasília (UnB); o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (Nepad) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA); e o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid) do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Na esfera da saúde pública foram criados o Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), em Minas Gerais, e o Centro Eulámpio Cordeiro de Recuperação Humana (CECRH), em Pernambuco. Em 1988 estes centros foram considerados como de referência pelo CONFEN (MACHADO;MIRANDA, 2007). Como eram na maioria vinculados a universidades, estes centros também tinham o objetivo de formar profissionais qualificados para atender dependentes químicos, bem como realizar estudos nesta área.

Importante marco histórico do CONFEN foi o apoio ao desenvolvimento de estratégias de redução de danos, emitindo um parecer favorável a esta proposta, por ocasião da necessidade de implementação de políticas de prevenção a AIDS, em 1994 (MACHADO;MIRANDA, 2007; ALVES, 2009).

Em 1998 o então Presidente da República Fernando Henrique Cardoso cria o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), composto pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e pela Secretaria Nacional Antidrogas.

A Política Nacional Antidrogas passa a vigorar no país em 2002, pelo Decreto 4345/2002. Com influência proibicionista claramente expressa em um de seus pressupostos básicos - *“buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas”*, pela pressão de experiências exitosas de estratégias de redução de danos ao UDI e também pela militância de alguns profissionais, foi permeada com a proposta de redução de danos. (ALVES, 2009). *“O tema foi abordado de maneira ambígua e não houve um posicionamento claro em relação aos programas de troca de seringas, que já eram implementados com apoio e financiamento do Ministério da Saúde”* (MACHADO;MIRANDA, 2007, p. 814).

O que fica evidenciado na política de atenção às drogas, mesmo com recomendações de oferta de acesso a serviços de saúde para tratamento ao uso,

dependência ou redução de danos, é que até 2002 não havia uma postura que afirmasse a importância de ações intersetoriais envolvendo mais de uma autarquia governamental, ou dividindo a responsabilidade com organizações não governamentais.

O Ministério da Saúde (MS) afirmou seu compromisso de enfrentar os problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas através da “Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas”, em 2003, tomando a questão do uso e dependência das drogas como uma questão de saúde pública. Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS), passa a atuar na prevenção, tratamento e reabilitação dos usuários de álcool e outras drogas de forma integralizada. Esta responsabilidade estava difusa nas organizações não governamentais como as comunidades terapêuticas, grupos de auto ajuda e mútua ajuda. Ademais, propõe o MS, a construção de uma rede de atenção articulada entre serviços especializados (ofertados pelos Centros de Atenção Psico-social ,álcool/drogas – CAPS ad), e não especializados (unidades básicas de saúde, programas de saúde da família e hospitais gerais, além de propor ações intersetoriais (Brasil, 2004).

Conforme Machado e Miranda (2009, p. 818):

Trata-se de um marco teórico-político que rompe com abordagens reducionistas e considera a presença das drogas nas sociedades contemporâneas como um fenômeno complexo, com implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas; e que, portanto, não pode ser objeto apenas das intervenções psiquiátricas e jurídicas – como ocorreu historicamente no Brasil – nem tampouco de ações exclusivas da saúde pública.

É importante ressaltar que as estratégias propostas na Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas está pautada nos princípios e orientações para saúde mental do SUS, convergindo com o movimento antimanicomial, que se põe contrário a internações psiquiátricas como única forma de lidar com transtornos mentais e seguindo uma lógica ampliada de redução de danos.

Em 2005 foi aprovado pelo CONAD uma nova versão da Política Nacional Antidrogas. Um marco importante deste realinhamento é a mudança no discurso político: da busca de “*uma sociedade livre das drogas*” para uma “*sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do abuso de drogas lícitas*” (ALVES, 2009).

Esta versão, no que tange ao âmbito da saúde, se alinha a proposta do Ministério da Saúde de política integral ao usuário e dependente de drogas, mas diverge em relação a política de redução de danos. A respeito disso, Machado (2006 apud ALVES 2009) relata que estas divergências são resultantes de diferentes interesses na formulação dessa política: de um lado os representantes das comunidades terapêuticas, cujo o modelo de tratamento fundamenta-se na abstinência e internação, por outro lado, os defensores da proposta de redução de danos, com propostas flexíveis de intervenção.

Outra mudança provocada pelo realinhamento descrito acima é a mudança nas nomenclaturas do Sistema Nacional Antidrogas para Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, da Secretaria Nacional Antidrogas para Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e do Conselho Nacional Antidrogas para Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (BRASIL, 2006)

Segundo Alves (2009, p. 2317):

A nova legislação brasileira sobre drogas– a *Lei nº. 11.343/2006* 41, que revoga a *Lei nº.10.409/2002* e a *Lei nº. 6.368/1976* – apresenta alguns avanços historicamente significantes e reveladores de um posicionamento político mais moderado em relação às drogas. Se por um lado as atividades de repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas são acentuadas, com definição de novos crimes correlatos e o aumento das penalidades previstas; por outro lado, distingue a condição de usuários e dependentes de drogas e aborda, de forma mais extensiva que as leis anteriores, as atividades de prevenção ao uso indevido, atenção à saúde e reinserção social. Outra mudança expressiva refere-se ao estabelecimento de penas alternativas ao crime definido como porte de drogas para consumo pessoal.

Em 2010, diante da demanda de ações voltadas para enfrentamento do aumento do uso de crack no país, é decretado o “Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde” (PEAD 2009-2010) e o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas” (2010), que diversifica o acesso do usuário aos dispositivos de atenção psicossocial, por meio da criação dos Consultórios de Rua, dos CAPs 24 horas e das Casas de Acolhimento Transitório.

Conforme Ribeiro (2006 apud ALVES 2009, p. 2317):

As vicissitudes na trajetória discursiva das políticas públicas de drogas no Brasil decorrem de tensionamentos entre fatores externos e internos. Por um lado, o compromisso do país, mediante firmamento de acordos e convenções internacionais, com o combate ao tráfico e consumo de drogas

ilícitas lhe confere um posicionamento de *guerra às drogas* com adoção de ações repressivas intensamente militarizadas. Em outra vertente, questionamentos internos sobre o conteúdo da legislação brasileira, particularmente no que se refere à abordagem do consumo de drogas lícitas e ilícitas como um problema de saúde pública – e não mero problema jurídico-policial – repercutiram na *despenalização* da conduta dos usuários. Embora o porte de drogas ilícitas para consumo próprio ainda constitua um crime, admite-se o direito de cidadania aos usuários de drogas, inclusive o de fazer consumo com redução de danos sociais e à saúde e o de acesso aos bens e serviços de saúde pública.

Assim, tem-se um cenário de políticas voltadas a questão do uso e dependência das drogas sob a influência das propostas políticas mundiais permeadas por um processo histórico pautado nas demandas internas, com avanços a serem feitos diante de novas demandas e modelos ideológicos.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Para alcançar os objetivos deste estudo, optou-se por realizar uma pesquisa descritiva transversal exploratória, quantitativa, entre estudantes de graduação de cursos da área da saúde na Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE.

A abordagem descritiva, segundo Gonçalves et al (2008), permite observações, registros e análises, além de relacionar os fatos ou fenômenos alvos da pesquisa, sem manipulá-los.

As pesquisas exploratórias permitem a realização de “descrições sem elaboração de hipóteses. Seu objetivo é o conhecimento inicial de um problema” (GONÇALVES; BALDIN; ZANOTELLI, et al 2008, p. 36).

O estudo aqui apresentado foi realizado em um período previamente delimitado, caracterizando a abordagem transversal, o que permite análise e correlação de variáveis de uma população em um momento determinado.

### 4.2. LOCUS DA PESQUISA

Esta pesquisa foi aplicada em uma universidade comunitária localizada no município de Joinville, Santa Catarina – Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE, que possui cerca de 9.000 estudantes de graduação de 35 cursos e 500 estudantes de pós graduação. Os cursos da área da saúde são Medicina, Odontologia, Farmácia, Psicologia e Educação Física que totalizaram 1296 estudantes em 2013. A Medicina e a Odontologia são os únicos cursos de período integral e os demais são oferecidos nos períodos matutino e noturno.

### 4.3 SUJEITOS DE PESQUISA

Os sujeitos de pesquisa foram definidos seguindo um dos objetivos delineados, de comparar o padrão do uso de drogas entre os acadêmicos ingressantes e concluintes dos cursos da área da saúde, regularmente matriculados na instituição pesquisada.

Portanto, foram sujeitos desta pesquisa todos os acadêmicos matriculados em 2013, nos primeiros e últimos anos dos cursos de Educação Física (bacharelado e licenciatura), dos períodos e matutino e noturno; Farmácia, matutino e noturno; Medicina; Psicologia, matutino e noturno e Odontologia, totalizando 481 sujeitos.

#### 4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos na amostra todos os estudantes regularmente matriculados nos primeiros e nos últimos anos, nos cursos da área da saúde da universidade alvo desta pesquisa que, após conhecimento sobre os procedimentos de pesquisa, aceitaram livremente participar, respondendo o questionário.

Foram excluídos da pesquisa os sujeitos que, durante a aplicação do questionário, verbalizaram algum tipo de constrangimento e ou livremente desistiram de responder o questionário, e ainda aqueles que por erro, identificaram seu questionário. Também foram excluídos alunos adaptantes, cursando disciplinas em regime de dependência ou matriculados em disciplinas isoladas. Assim, o número total de participantes foi de 474 acadêmicos.

#### 4.5 INSTRUMENTO DE PESQUISA

Optou-se por adotar instrumento já validado nacionalmente em pesquisa aplicada em 2009, nas 27 capitais brasileiras, constituído de um questionário fechado, que levanta o uso de álcool, tabaco e 18 drogas ilícitas (BRASIL, 2010).

O instrumento de pesquisa foi aplicado em 474 sujeitos, em 2013, em todos os cursos da área da saúde, nos primeiros e últimos anos, em sala de aula. Após aplicação da pesquisa, os dados foram lançados em uma planilha MsExcel, tabulados e tratados estatisticamente.

Para a coleta dos dados foi adotado um questionário validado no Brasil, de auto-preenchimento, com questões fechadas e de caráter anônimo (Anexo I), adaptado do instrumento usado no I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas nas 27 capitais brasileiras (BRASIL, 2010). O questionário foi composto de 32 perguntas estruturadas, dividido em seções temáticas sobre informações sociodemográficas, informações acadêmicas, atividades gerais, satisfação e desempenho acadêmico e consumo geral de drogas.

Na seção que levanta as informações sociodemográficas foi adotado o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) da Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa (ABEP, 2012).

Na secção temática sobre o consumo geral de drogas foi incluído o *Alcohol, Smoking and Substance Involving Screening Test* (ASSIST), que consiste de um questionário de triagem, estruturado com questões sobre o uso de substâncias psicoativas. Nele são abordados :frequência de uso das substâncias, categorizados em uso na vida e nos últimos três meses; problemas relacionados ao uso; preocupação a respeito do uso: refere-se à preocupação por parte de pessoas próximas ao usuário; prejuízo na execução de tarefas esperadas; tentativas mal sucedidas de cessar ou reduzir o uso; sentimento de compulsão; uso por via injetável.

Depois de aplicado o questionário, foi calculada a pontuação para a avaliação do risco. Para o álcool, ela varia de 0 a 39, tendo a seguinte classificação (BRASIL, 2010 apud HENRIQUE et al 2004):

- Uso sem risco (SR): faixa de pontuação de 0 a 10;
- Uso de risco moderado (RM): de 11 a 26 pontos;
- Uso de alto risco (AR): indicativa de desenvolvimento de dependência, quando superior a 27 pontos. Nessa situação há necessidade de encaminhamento para tratamento intensivo.

Para outras substâncias psicoativas, as pontuações consideradas são (BRASIL, 2010 apud HENRIQUE et al 2004):

- Uso sem risco: 0 a 3 pontos;
- Uso de risco moderado: de 4 a 26 pontos;
- Uso de alto risco: superior a 27 pontos;

Antes da aplicação do questionário aos sujeitos de pesquisa, foi realizada uma aplicação piloto em um grupo de 5 acadêmicos do 4º ano de Psicologia, para testar e ajustar o instrumento quanto à clareza das perguntas e ao tempo de preenchimento.

#### 4.6 APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA



Para realização da pesquisa foram sensibilizados a Pró Reitoria de Ensino, os chefes dos departamentos envolvidos, os professores e os estudantes dos cursos da área de saúde, sendo solicitada autorização aos professores para uso de uma aula para aplicação dos questionários em sala de aula. Foi encaminhada Carta Explicativa à Pró Reitoria de Ensino (Apêndice A), Carta Convite aos Chefes de Departamentos (Apêndice B). A aplicação se deu em sala de aula, no horário letivo, sendo solicitada permissão prévia, individualmente, a cada professor das turmas selecionadas. Todas as aplicações de questionários foram realizadas pela pesquisadora, que solicitou assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) e esclareceu dúvidas acerca das perguntas.

As questões estruturadas escolhidas como resposta foram apenas circuladas, não havendo campo de preenchimento com a letra do estudante, evitando a identificação deste, através da letra ou cor de caneta, uma vez que, para evitar a identificação do participante foi padronizada a cor da caneta usada no preenchimento do questionário, sendo distribuídas canetas idênticas de cor azul.

A aplicação da pesquisa aconteceu durante o ano letivo de 2013, entre os meses de abril a agosto, sendo aplicadas em 20 turmas, utilizando-se em média 50 minutos para aplicação em cada turma. Para aplicação nas turmas do 4º ano de Farmácia, 6º ano de Medicina e 5º ano de Psicologia, foi necessário deslocamento ao ambiente onde são realizadas atividades de estágio. Em Medicina, foi necessário deslocamento em 3 campos diferentes, adequando-se a horários de supervisão em grupo, combinados previamente com os professores supervisores. Assim, das 20 aplicações, 13 foram aplicadas no campus Bom Retiro e 7 em campos de estágio.

Combinou-se que o professor receberia os alunos em sala de aula, realizaria a chamada e apresentaria a pesquisadora aos alunos. Aos professores, foi optativo permanecer em sala de aula. Após, a pesquisadora explanou sobre os propósitos da pesquisa, orientou que fosse preenchido o questionário inteiramente em caneta azul e reforçou a questão da não identificação nas folhas do questionário. Também foi esclarecido sobre a separação dos Termos de Consentimento Esclarecido dos questionários, preservando a identificação, sendo os mesmos distribuídos em duas vias para cada aluno. Após, recolheu-se uma via e entregou-se o questionário, juntamente com uma caneta.

Em todas as turmas onde a pesquisa foi aplicada, houve apresentação do pesquisador pelo professor, percebendo-se boa aceitação pelos alunos. Quando da

apresentação do instrumento de pesquisa, alguns mostraram-se desmotivados pelo tamanho do questionário e ao final da pesquisa alguns também se mostraram cansados. Os alunos que chegaram após o início da aplicação da pesquisa foram também convidados a responder, sendo dispensado a estes uma orientação individual.

As aplicações, sendo coletivas, suscitaram diversos comentários e questionamentos sobre algumas drogas desconhecidas pelos sujeitos ou drogas não listadas no questionário. Exemplo disso foi a Merla, desconhecida por muitos dos sujeitos e a Ritalina, procurada no questionário em todas as turmas de Medicina. Também houve brincadeiras entre os colegas, sugerindo o preenchimento do questionário afirmativamente para determinada droga.

Quando do preenchimento das questões 11 e 12, que se referem à classe social, foi necessária explicação diretiva, com apoio do quadro negro para explicar a somatória realizada após preenchimento. Em alguns casos, dispensou-se a somatória, devido ao curto tempo para preenchimento e dificuldade de compreensão da orientação dada. Esta somatória foi realizada depois, quando do lançamento dos dados dos questionários na planilha do Excel.

Ocorreram 2 desistências durante a aplicação, no curso de Educação Física, e não adesão à pesquisa por parte de 5 alunos de Psicologia.

Depois de preenchidos, os questionários foram coletados e numerados em ordem crescente por curso. Foram conferidos o preenchimento dos dados referentes à classe social, fazendo somatória quando necessário. Também foi feito somatório dos dados do ASSIST, classificando o uso de drogas seguindo as indicações de correção deste instrumento, como uso sem risco, risco moderado e risco alto.

#### 4.7 METODOLOGIA PARA ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

Foi montada uma planilha no Excel onde foram lançados os dados coletados, identificando cada questionário por curso, turma e período. Foram considerados também os questionários em que constavam perguntas não respondidas, adotando a letra N para identificá-las na planilha.

Após preenchimento da planilha, foram compilados os dados, por curso, em tabelas adotando números absolutos. A partir da análise dos dados absolutos foram

traçadas possíveis associações e realizados cálculos relativos, resultando em dados percentuais.

Diante dos índices relacionados às vinte drogas abordadas na pesquisa, evidenciou-se várias substâncias com pequeno índice de uso, sendo selecionadas as sete substâncias psicoativas mais usadas na população estudada para os cálculos de correlações entre fatores sociodemográficos e uso de drogas.

Para análise estatística de correlações entre dados sócio demográficos e o padrão de uso de drogas, calculou-se o Qui Quadrado usando o programa BioEstat 5.0. Adotou-se como nível de significância o valor de  $p$  igual a 5%.

## 5 RESULTADOS , ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS DA PESQUISA

### 5.1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO

Responderam ao questionário 474 estudantes, o que corresponde a 37% do total matriculado nos cursos, com a seguinte distribuição (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos sujeitos do estudo segundo curso e ano (2013).

Cursos	Alunos do primeiro ano	Alunos do último ano	Total (%)
Educação Física	114	86	200 (42,2%)
Farmácia	35	28	63 (13,3%)
Medicina	42	33	75 (15,8%)
Odontologia	26	17	43 (9,1%)
Psicologia	69	24	93 (19,6%)
Total	286	188	474 (100,0%)

Os resultados do perfil sócio demográfico mostram que a média de idade é de 22,6 anos (DP 5,7), a maioria é do sexo feminino (62,8%) e se declaram solteiros/separados (81,2%). Há uma predominância significativa da etnia branca – 387 sujeitos assim se denominam, representando 81,4% do total. A maioria (87,9%) não possui filhos e, mora com os pais familiares ou cônjuges e companheiros (81,2%).

Quando questionados sobre a religião, 87,1% se declaram religiosos e 71,7% praticam sua religião. Com relação à atividade remunerada, 234 exercem atividade remunerada, representando 49% da população estudada. Entres estes, 20,8% exerce até 20 horas de atividade semanal e 28,4% até 40 horas semanais.

Quanto à classe social, predominam entre a população pesquisada as classes A e B: 384 estudantes (81%) (Tabela 2).

**Tabela 2. Perfil sócio demográfico dos estudantes dos cursos da área da saúde de uma universidade comunitária, Joinville, 2013**

Curso	Educação Física		Farmácia		Medicina		Odontologia		Psicologia		Total	
	n = 200		n = 63		n = 75		n = 43		n = 93		n = 474	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Idade (média)</b>	23,17		23,48		22,58		21,59		22,23		22,79	
<b>Sexo</b>												
Masculino	111	55,5%	10	15,8%	29	38,6%	10	23,2%	16	17,2%	176	37,2 %
Feminino	89	44,5%	53	84,1%	46	61,3%	33	76,8%	77	82,8%	298	62,8%
<b>Situação Conjugal</b>												
Solteiro/Separado	152	76%	48	76,1%	70	93,3%	37	86%	78	83,8%	385	81,3 %
Casado	48	24%	15	23,8%	5	6,6%	6	14 %	15	16,2 %	89	18,7%
<b>Etnia</b>												
Caucasoide/Branco	143	71,5%	50	79,3%	71	94,6 %	38	88,3%	84	90,3%	386	81,4%
Negro	11	5,5%	-	-	1	1,3%	3	6,9 %	1	1%	16	3,2 %
Mulato/Pardo	40	20%	9	14,2%	2	2,6%	1	2,3%	8	8,6%	60	12,6%
Asiático/Amarelo	4	2%	1	1,5%	1	1,3%	1	2,3%	-	-	7	1,3 %
Outros	2	1%	3	4,7%	-	-	-	-	-	-	5	1,4 %
<b>Filhos</b>												
Sim	28	14,%	12	19%	4	5,4 %	4	9,3%	9	9,6%	57	12%
Não	172	86%	51	81%	71	94,6%	39	90,7%	84	90,4 %	417	88 %
<b>Moradia</b>												
Pais/Fam/Conjuge	181	90,5%	56	88,8%	31	41,3%	31	72%	89	95,7%	388	81,8%
Amigos/Repubblica/Sozinho	19	9,5%	7	11,1%	44	58,6%	12	27,9%	4	4,3%	86	18,2%
<b>Religião</b>												
Não tenho religião	22	11%	4	6,3%	9	12%	3	6,9 %	23	24,7%	61	12,9 %
Tenho religião	178	89%	59	93,6%	66	88%	40	93%	70	75,3 %	413	87,1%
<b>Pratica Religião</b>												
Eventos Especiais	141	70,5%	52	82,5%	51	68%	35	81,4%	61	65,6 %	340	71,7%
Não	59	29,5%	11	17,4%	24	32%	8	18,6%	32	34,4%	134	28,3 %
<b>Atividade Remunerada</b>												
Não	76	38%	23	36,5%	68	90,6%	32	74,4%	41	44,1 %	240	50,6%
Sim	124	62%	40	63,4%	7	9,3%	11	25,5%	52	55,9%	234	49,4 %
<b>Nível Sócio Econômico</b>												
A1 até B2	158	79%	50	79,3%	68	90,6 %	34	79%	74	79,6 %	384	81%
C1 até E	38	19%	13	20,6%	7	9,3%	9	20,9%	17	18,3 %	84	17,7%
Não Respondeu	4	2%	-	-	-	-	-	-	2	2,1%	6	1,3 %

Fonte primária.

## 5.2 OS DADOS – ESTATÍSTICA DESCRITIVA

Quando se considera o *uso na vida* de álcool, este índice alcança o índice de 84,2%, sendo os cursos que apresentaram maior índice: Medicina (97,3%), Odontologia (88,3%) e Educação Física (82,5%). O curso que apresentou menor índice foi o de Farmácia, com 74,6%. Chama a atenção o índice de *uso na vida* de alucinógenos e de analgésicos e opiáceos, ambos alcançando 20% dos estudantes de Medicina. De esteroides anabolizantes, 9,5% dos estudantes de Educação Física e de cocaína, 9,3% dos estudantes de Odontologia (Tabela 3).

Na população estudada, 84,2% dos estudantes relatam ter feito *uso na vida* do álcool e 32,9 % do tabaco. Entre as drogas ilícitas, a maconha aparece em 1º lugar, com 27,6%, seguida de alucinógenos, 11,8% e analgésicos e opiáceos com 10,8%. Entre as drogas menos usadas estão Cetamina (0,2%), Merla (0,4%) e Crack(0,8%). Não há relato de uso de Heroína. (Tabela 3)

**Tabela 3. Uso de Drogas na Vida por estudantes dos cursos da área da saúde de uma universidade comunitária, Joinville, 2013**

Cursos	Educação Física		Farmácia		Medicina		Odontologia		Psicologia		Total		P
	n = 200		n = 63		n = 75		n = 43		n = 93		n = 474		
Droga	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Álcool	165	82,5%	47	74,6%	73	97,3%	38	88,4%	76	81,7%	399	84,2%	0,003
Tabaco e derivados	67	33,5%	12	19%	37	49,3%	10	23,3%	30	32,3%	156	32,9%	0,002
Maconha	60	30%	8	12,7%	29	38,7%	10	23,3%	24	25,8%	131	27,6%	0,01
Inalantes	19	9,5%	3	4,8%	14	18,7%	1	2,3%	7	7,5%	44	9,3%	-
Cocaina	11	5,5%	2	3,2%	6	8%	4	9,3%	6	6,5%	29	6,1%	-
Merla	1	0,5%	-	-	-	-	-	-	1	1,1%	2	0,4%	-
Crack	2	1%	1	1,6%	-	-	1	2,3%	-	-	4	0,8%	-
Alucinógenos	22	11%	5	7,9%	15	20%	3	7%	11	11,8%	56	11,8%	0,14
Cetamina	-	-	-	-	1	1,3%	-	-	-	-	1	0,2%	-
Chá de Ayahuasca	3	1,5%	-	-	1	1,3%	1	2,3%	1	1,1%	6	1,3%	-
Ecstasy	21	10,5%	4	6,3%	11	14,7%	-	-	11	11,8%	47	9,9%	-
Esteróides Anabolizantes	19	9,5%	2	3,2%	-	-	-	-	-	-	21	4,4%	-
Tranquilizantes Ansiolíticos	10	5%	6	9,5%	14	18,7%	4	9,3%	8	8,6%	42	8,9%	-
Sedativos ou Barbitúricos	4	2%	-	-	-	-	1	2,3%	1	1,1%	6	1,3%	-
Analgésicos Opiáceos	15	7,5%	6	9,5%	15	20%	6	14,0%	9	9,7%	51	10,8%	-
Xaropes a base de codeína	1	0,5%	-	-	1	1,3%	1	2,3%	1	1,1%	4	0,8%	-
Anticolinérgicos	2	1%	-	-	-	-	1	2,3%	-	-	3	0,6%	-
Heroína	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Anfetaminas	11	5,5%	5	7,9%	5	6,7%	-	-	3	3,2%	24	5,1%	-
Drogas Sintéticas	4	2%	-	-	1	1,3%	1	2,3%	1	1,1%	7	1,5%	-

Fonte primária.

Na tabela 4, observa-se as diferentes modalidades, quanto ao uso de drogas - na vida, no último ano e no último mês, sendo que a menor diferença entre uso na vida e uso no mês, é de álcool entre estudantes de Medicina (73 e 66) e de tabaco e maconha entre os estudantes de Odontologia (10 e 7, respectivamente). Cocaína também aparece em Odontologia com pouca diferença entre uso na vida e no mês (4 e 3), denotando um padrão de uso atual mais frequente quando comparado com os demais cursos.



Tabela 4. Uso de drogas na vida, no ano e nos últimos 30 dias por estudantes de cursos da área da saúde de uma universidade comunitária, Joinville, 2013.

Drogas	Educação Física			Farmácia			Medicina			Odontologia			Psicologia			Total		
	Vida	Ano	Mês	Vida	Ano	Mês	Vida	Ano	Mês	Vida	Ano	Mês	Vida	Ano	Mês	Vida	Ano	Mês
Álcool	165	128	100	47	41	31	73	69	66	38	36	30	76	59	51	399	333	278
Tabaco e derivados	67	23	17	12	3	3	37	18	16	10	7	7	30	18	11	156	69	54
Maconha	60	23	18	8	1	-	29	16	15	10	7	7	24	14	6	131	61	46
Inalantes	19	4	5	3	1	1	14	4	4	1	-	-	7	2	1	44	11	11
Cocaína	11	3	2	2	1	-	6	3	2	4	3	3	6	-	1	29	10	8
Merla	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2	-	1
Crack	2	-	1	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	4	-	1
Alucinógenos	22	12	6	5	2	1	15	8	6	3	1	1	11	6	4	56	29	18
Cetamina	-	-	1	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	1	1	2
Chá de Ayahuasca	3	1	1	-	-	-	1	1	1	1	-	-	1	-	1	6	2	3
Ecstasy	21	13	9	4	1	-	11	4	6	-	-	-	11	7	5	47	25	20
Esteróides Anabolizantes	19	8	7	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21	8	8
Tranquilizantes Ansiolíticos	10	5	6	6	3	2	14	7	8	4	2	1	8	3	2	42	20	19
Sedativos ou Barbitúricos	4	1	3	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	-	-	6	2	4
Analgésicos Opiáceos	15	9	9	6	4	3	15	12	12	6	4	3	9	5	4	51	34	31
Xaropes a base de codeína	1	1	2	-	-	-	1	1	1	1	-	1	1	-	-	4	2	4
Anticolinérgicos	2	2	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	3	2	1
Heroína	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Anfetaminas	11	4	6	5	3	2	5	-	3	-	-	-	3	1	2	24	8	13
Drogas Sintéticas	4	2	3	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	1	-	7	3	3

Fonte: Primária.

A tabulação dos indicadores do ASSIST está disposta na tabela 5, sendo representativo o uso com risco do álcool entre 19 estudantes de Psicologia, (20,4%), tabaco entre 13 estudantes de Medicina (17,3%) e maconha entre 4 estudantes de Odontologia (9,3%). Os estudantes do curso de Medicina possuem um padrão de uso com maior risco de drogas, maiores números em quatro grupos de drogas. Os estudantes de Farmácia mostraram maior uso sem risco - maior número de uso com risco em apenas uma classe de drogas.

**Tabela 5. Uso de Drogas com risco (CR) nos últimos 3 meses, segundo ASSIST, por estudantes dos cursos da área da saúde de uma universidade comunitária, Joinville, 2013 .**

Drogas	Educação Física		Farmácia		Medicina		Odontologia		Psicologia		Total	
	n= 200		n= 63		n=75		n =43		n = 93		n = 474	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Álcool</b>	25	12,5%	6	9,5%	14	18,7%	7	16,3%	19	20,4%	71	15 %
<b>Tabaco e derivados</b>	11	5,5%	1	1,6%	13	17,3%	7	16,3%	16	17,2%	48	10,1%
<b>Maconha</b>	17	8,5%	-	-	10	13,3%	4	9,3%	8	8,6%	39	8,2%
<b>Inalantes</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,1%	1	0,2%
<b>Cocaina</b>	3	1,5%	-	-	2	2,7%	2	4,7%	2	2,2%	9	1,9%
<b>Merla</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Crack</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Alucinógenos</b>	3	1,5%	1	1,6%	3	4 %	1	2,3%	3	3,2%	11	2,3%
<b>Cetamina</b>	-	-	-	-	1	1,3%	-	-	-	-	1	0,2%
<b>Chá de Ayahuasca</b>	-	-	-	-	1	1,3%	-	-	-	-	1	0,2%
<b>Ecstasy</b>	5	2,5%	-	-	3	4 %	-	-	2	2,2%	10	2,1%
<b>Esteróides</b>	3	1,5%	-	-	-	-	-	-	-	-	3	0,6%
<b>Anabolizantes</b>												
<b>Tranquilizantes</b>	5	2,5%	2	3,2%	5	6,7%	1	2,3%	3	3,2%	16	3,4%
<b>Ansiolíticos</b>												
<b>Sedativos ou Barbitúricos</b>	1	0,5%	-	-	-	-	1	2,3%	1	1,1%	3	0,6%
<b>Analgésicos</b>	4	2 %	1	1,6%	1	1,3%	1	2,3%	3	3,2%	10	2,1%
<b>Opiáceos</b>												
<b>Xaropes a base de codeína</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Anticolinérgicos</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Heroína</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Anfetaminas</b>	3	1,5%	1	1,6%	-	-	-	-	-	-	4	0,8%
<b>Drogas Sintéticas</b>	-	-	-	-	2	2,7%	-	-	2	2,2%	4	0,8%

Fonte: Primário

Considerando os baixos índices de uso encontrado de diversas drogas (tabelas 2, 3, 4 e 5) em todos os cursos, optou-se por selecionar as sete drogas mais usadas para construir gráficos e tabelas detalhando-as.

As drogas que apresentaram maior prevalência de uso, tomando como referência o total da população estudada (474 sujeitos), analisando a somatória de todos os cursos estudados são: álcool (84,2%), tabaco e derivados (32,9%), maconha (27,6%), alucinógenos (11,8%), ecstasy (9,9%), tranquilizantes e ansiolíticos (8,9%) e analgésicos e opiáceos (10,8%).

Para o cálculo dos números relativos foram tomados como base o total de *uso na vida* e total de número de *uso no mês*, calculando-se a porcentagem para cada droga, conforme tabela abaixo.

**Tabela 6. Diferença entre Uso na vida e uso no último mês das sete drogas mais usadas entre estudantes dos cursos da área da saúde de uma universidade comunitária de Joinville - 2013.**

Drogas	Educação Física			Farmácia			Medicina			Odontologia			Psicologia		
	Uso na vida	Uso no mês	%	Uso na vida	Uso no mês	%	Uso na vida	Uso no mês	%	Uso na vida	Uso no mês	%	Uso na vida	Uso no mês	%
Álcool	165	100	60,6%	47	31	66%	73	66	90,4%	38	30	78,9%	76	51	67%
Tabaco e derivados	67	17	25,3%	12	3	25%	37	16	43,2%	10	7	70%	30	11	37%
Maconha	60	18	30%	8	0		29	15	51,7%	10	7	70%	24	6	25%
Alucinógenos	22	6	27,2%	5	1	20%	15	6	40%	3	1	33%	11	4	36%
Ecstasy	21	9	42,8%	4	0		11	6	54,5%				11	5	45,5%
Tranquilizantes e ansiolíticos	10	6	60%	6	2	33%	14	8	57,1%	4	1	25%	8	2	25%
Analgésicos e Opiáceos	15	9	60%	6	3	50%	15	12	100%	6	3	50%	9	4	44%

Fonte primária

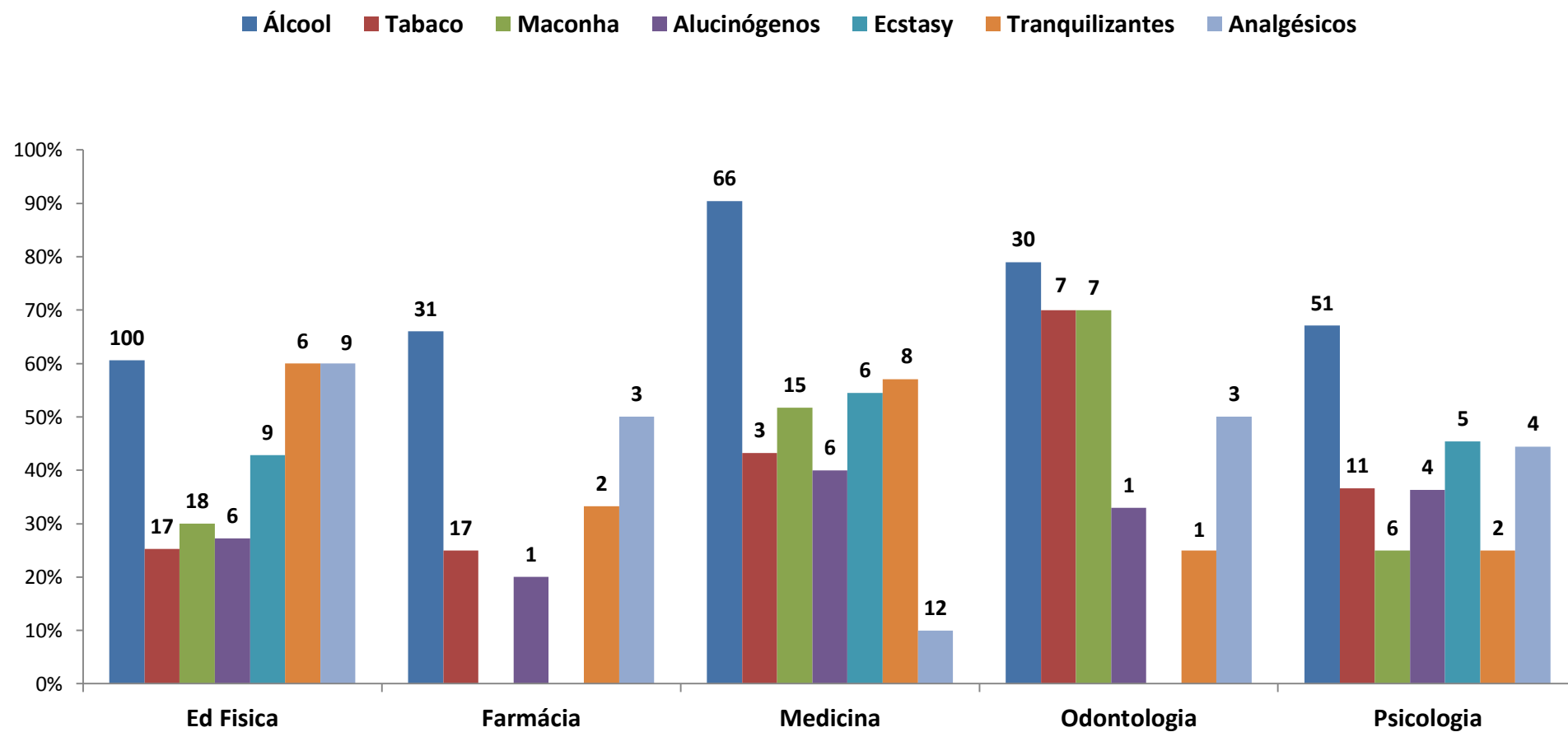
No Gráfico 1 apresentam-se as sete drogas mais usadas, distribuídas por cursos, demonstrando-se os dados absolutos (números dispostos sobre as colunas) e dados relativos (porcentagem no eixo vertical).

Entre os cursos estudados percebe-se diferenças quanto ao tipo de droga. Enquanto o álcool aparece como a droga mais usada em todos os cursos no último mês, a maconha supera ou se iguala aos índices do uso de tabaco, nos cursos de Medicina (51,7%), Educação Física (60,6%) e Odontologia (70%). Este último curso é o que apresenta maior índice de uso de tabaco e derivados no mês, sendo que entre os 10 alunos que relataram usar tabaco e derivados na vida, 7 alunos usaram no mês (70%).

O uso de tranquilizantes/ansiolíticos (60%) e analgésicos/opiáceos (60%) são expressos como segundo índice mais alto entre os estudantes de Educação Física e

Medicina. Em Odontologia a maconha apresenta o mesmo número que o tabaco e seus derivados, aparecendo como segunda droga mais usada.

## Uso de Drogas no Último Mês



**Gáfico 1.** Números absolutos e relativos do uso das sete drogas mais frequentes entre estudantes universitários de uma universidade comunitária, 2013.

Os números referentes ao uso de drogas no mês foram comparados entre os primeiros e últimos anos de cada curso, e estão representados na tabela 7.

Considerando  $P > 0,05$ , são relevantes os números referentes ao álcool em Educação Física, ( $p = 0,004$ ), onde o fator ano de curso interfere positivamente no uso de álcool, diminuindo a prevalência do primeiro para o quarto ano.

No curso de Farmácia ( $p = 0,001$ ), comparando-se os índices de uso no último mês encontrados entre os estudantes dos primeiros com os últimos anos, há associação entre uso e ano de curso. Os estudantes do último ano possuem diferença significativa no aumento do uso de álcool quando comparados com os primeiros anos.

Outro número relevante é encontrado no curso de Medicina, com relação ao uso de analgésicos e opiáceos ( $p = 0,002$ ), apresentando maior prevalência de uso destas substâncias no último ano de curso, quando comparado ao primeiro ano.

**Tabela 7. Uso de drogas nos últimos 30 dias por estudantes dos cursos da área da saúde de uma universidade comunitária, Joinville, 2013 – Dados comparativos entre Ingressantes e Formandos.**

Drogas	Educação Física					Farmácia					Medicina					Odontologia					Psicologia				
	1º Ano		4º Ano		P	1º Ano		4º Ano		P	1º Ano		6º Ano		P	1º Ano		4º Ano		P	1º Ano		5º Ano		P
	n = 114	n = 86	N	%		n = 35	n = 28	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%	
Álcool	55	48,2%	45	52,3%	<b>0,004</b>	11	31,4%	20	71,4%	<b>0,001</b>	40	95,2%	26	78,8%	-	16	61,5%	14	82,4%	<b>0,14</b>	34	49,3%	17	70,8%	<b>0,06</b>
Tabaco e derivados	10	8,8%	7	8,1%	<b>0,87</b>	2	5,7%	1	3,6%	-	7	16,7%	9	27,3%	<b>0,26</b>	4	15,4%	3	17,6%	-	7	10,1%	4	16,7%	-
Maconha	8	7,0%	10	11,6%	<b>0,25</b>	-	-	-	-	-	9	21,4%	6	18,2%	<b>0,72</b>	-	-	7	41,2%	-	3	4,3%	3	12,5%	-
Alucinógenos	4	3,5%	2	2,3%	-	1	2,9%	-	-	-	1	2,4%	5	15,2%	-	-	-	1	5,9%	-	1	1,4%	3	12,5%	-
Ecstasy	6	5,3%	3	3,5%	-	-	-	-	-	-	1	2,4%	5	15,2%	-	-	-	-	-	-	2	2,9%	3	12,5%	-
Tranquilizantes e Ansiolíticos	2	1,8%	4	4,7%	-	1	2,9%	1	3,6%	-	-	-	8	24,2%	-	-	-	1	3,8%	-	-	-	2	8,3%	-
Analgésicos e Opiáceos	5	4,4%	4	4,7%	-	1	2,9%	2	7,1%	-	2	4,8%	10	30,3%	<b>0,002</b>	2	7,7%	1	5,9%	-	2	2,9%	2	8,3%	-

Fonte primária

A correlação entre os fatores sócio econômicos e índice de uso das sete drogas mais consumidas no último mês está exposta na tabela abaixo (Tabela 8).

Denota-se influência positiva do fator gênero no uso de maconha ( $p = 0,001$ ), alucinógenos ( $p = 0,01$ ) e ecstasy ( $p = 0,02$ ). Nessas três substâncias as mulheres possuem significativamente menor propensão de uso quando comparadas com os homens.

Não há correlação positiva entre estado civil e consumo das drogas mais consumidas entre os estudantes investigados, mas há associação significativa entre a moradia e o uso de álcool ( $p = 0,0004$ ), tabaco ( $p = 0,03$ ) e maconha ( $p = 0,002$ ). Morar com os pais, cônjuges, familiares ou namorada diminui o uso destas substâncias.

O nível sócio econômico não interfere no uso de nenhuma das drogas correlacionadas.



**Tabela 8. Dados sóciodemográficos correlacionados ao uso das sete drogas mais consumidas no último mês entre estudantes universitários dos cursos da área de saúde de uma universidade comunitária de Joinville – 2013.**

Dados Sóciodemográficos	N	Álcool			Tabaco e derivados			Maconha			Alucinógenos			Ecstasy			Tranquilizantes Ansiolíticos			Analgésicos Opiáceos		
		N	%	P	N	%	P	N	%	P	N	%	P	N	%	P	N	%	P	N	%	P
<b>Sexo</b>				-																		
Masculino	n= 176	112	63,6%		25	14,2%		30	17,0%		12	6,8%		12	6,8%		5	2,8%		13	7,4%	
Feminino	n= 298	166	55,7%	<b>0,09</b>	29	9,7%	<b>0,10</b>	16	5,4%	<b>0,001</b>	6	2%	<b>0,01</b>	8	2,7%	<b>0,02</b>	14	4,7%	<b>0,3</b>	18	6,0%	<b>0,50</b>
<b>Estado civil</b>																						
Solteiro/Separado	n= 385	239	62,1%		48	12,5%		42	10,9%		16	4,2%		16	4,2%		14	3,6%		22	5,7%	
Casado	n= 89	39	43,8%	-	6	6,7%	-	4	4,5%	-	2	2,2%	-	4	4,5%	-	5	5,6%	-	9	10%	
<b>Moradia</b>																						
Pais/ Fam/Conjugê Amigos/Republica	n= 388	213	54,9%		40	10,3%		30	7,7%		12	3,1%		15	3,9%		11	2,8%		23	5,9%	<b>0,25</b>
/Sózinho	n= 86	65	75,6%	<b>0,0004</b>	14	16,3%	<b>0,03</b>	16	18,6%	<b>0,002</b>	6	7%	-	5	5,8%	-	8	9,3%	-	8	9,3%	
<b>Nível Sócio Econômico</b>																						
A1 até B2	n= 384	235	61,2%		43	11,2%		37	9,6%		14	3,6%		14	3,6%		16	4,2%	0,80	23	6%	<b>0,23</b>
C1 até E	n= 84	41	48,8%	<b>0,37</b>	11	13,1%	<b>0,62</b>	8	9,5%	<b>0,97</b>	3	3,6%	-	5	6%	-	3	3,6%		8	9,5%	
Não Respondeu	n= 6	2	33,3%		-	-		1	16,7%		1	16,7%		1	16,7%		-	-		-	-	

Fonte primária

## 6 DISCUSSÃO DOS DADOS

O presente estudo evidenciou elevado uso de drogas entre estudantes universitários dos cursos da área da saúde, principalmente o álcool e o tabaco, sendo possível identificar maior risco no uso entre estudantes do curso de Medicina.

No último relatório da UNDOC (2013), a juventude ganha importante atenção, pois apresenta-se na atualidade como a população mais vulnerável ao mercado de drogas cada vez mais moderno. O fenômeno da sociedade contemporânea, com elevada cobrança do meio social por produtividade e consumismo atinge precocemente os jovens, tornando seus valores flexíveis, contribuindo para o aumento das dependências de forma geral, o que vem erroneamente sendo tratado com naturalidade (GALLI, 2009).

A juventude, como fase da vida de experimentações e construção da identidade, parece trazer à tona a transitoriedade que uma sociedade vivencia. São os jovens que ficam a mercê daquilo que está em construção no arcabouço cotidiano e ideário de uma sociedade. A contradição inerente à juventude, que experimenta o mundo adulto, paralelamente ao mundo adolescente, torna-os vulneráveis à experimentação daquilo que ainda não está assentado como valor social, ou ainda, o que está sendo colocado a prova.

A condição de estar construindo uma identidade, aliada à transição da atualidade, agrava a vulnerabilidade da juventude contemporânea. Galli (2009) traz esta questão expondo que vivemos em um momento de forte influência das cobranças do meio social, que nos exige agilidade, produtividade e competência e nos desconecta de nossos valores mais profundos e humanos. Este quadro tem produzido várias patologias de ordem emocional e o jovem fica mais vulnerável ainda.

De modo geral, os resultados desta pesquisa são similares aos de outros estudos nacionais, conforme esperado.

A média de idade dos universitários pesquisados é de 22,6 correspondendo à mesma média encontrada em estudo semelhante realizado em cursos da área da saúde, na Universidade Federal de Pelotas (RAMIS; MIELKE; HABEYCHE, 2012).

Os dados sócio demográficos mostram uma predominância do sexo feminino nos cursos pesquisados (62,87%), maior número de estudantes que se denominam de etnia branca-caucasóide (81,43%) e número expressivo de estudantes

pertencentes a classes sociais A e B (81%). Estes achados são próximos aos encontrados na pesquisa aplicada em 27 capitais brasileiras (BRASIL, 2010), que apresentou em sua casuística, em cursos da área biológica, correlata à área da saúde, 70,8% de sujeitos do sexo feminino, predominância da etnia branca na região Sul (85,6%), pertencentes às classes sociais mais altas (78,7%) nas instituições privadas.

Pesquisas anteriores também trazem predominância do gênero feminino nos cursos da área de saúde - 65,2 % (WAGNER, et al 2012), 65,7% (LUCAS, et a 2006) e 60,7% (SILVA et al 2006).

Quanto ao estado civil, também corrobora para os índices aqui encontrados (81,2% solteiros/separados) a pesquisa entre universitários do Amazonas, com 89,1% de solteiros (LUCAS, et al 2006). Estudos entre estudantes da área das ciências biológicas da Universidade de São Paulo (USP) realizados em 2000-2001 e em 2009, respectivamente com 95,2% e 96% de solteiros (SILVA, et al 2006; WAGNER; et al 2012 ).

No que diz respeito à moradia, nesta pesquisa foi encontrado 81,8% de estudantes que moram com pais, familiares, cônjuges ou namorado(a), maior do que os números encontrados no estudo realizado em Pelotas, 66,8% (RAMIS;MIELKE;HABEYCHE, 2012) e semelhantes a pesquisa realizada em São Paulo, 79,8% (SILVA et al 2006). Isto denota que a maioria da população de estudantes pesquisada nesta universidade comunitária é proveniente da mesma região ou moradora da própria cidade onde esta se localiza, não sendo necessário morar em república ou longe dos familiares.

A característica encontrada nesta população denota as características da juventude contemporânea, que devido às exigências do mercado de trabalho cada vez mais especializado, acaba prolongando sua estadia na casa dos pais. Em outros tempos o jovem sai mais cedo da casa dos pais (SALLES, 2005).

Com relação à religião, este estudo encontrou entre os sujeitos pesquisados 87,1% que se declaram religiosos, perfil que se assemelha à pesquisa nacional com 85,1% religiosos (BRASIL, 2010).

O trabalho remunerado é exercido por cerca da metade dos alunos investigados (49%), semelhante à situação encontrada em cursos correlatos na USP em 2009, com 50,4% deles exercendo pelo menos um mês de atividade remunerada

nos últimos seis meses (WAGNER et al 2012), divergente da realidade encontrada em uma universidade pública no Amazonas, 38,6% (LUCAS et al 2006).

As análises acima, convergem para a conclusão de que a caracterização sociodemográfica da população aqui investigada retrata a realidade da juventude acadêmica nacional, em faixa etária, interferência do gênero na escolha profissional, predominância de acesso ao ensino público da etnia branca, classes sociais mais elevadas e influência religiosa na formação pessoal.

A análise do uso das substâncias lícitas, álcool e tabaco, demonstra índice de uso de importante expressão, seguindo um padrão já demonstrado em outras pesquisas nacionais (BRASIL, 2010; LUCAS et al 2006; RAMIS; MIELKE; HABEYCHE, 2012).

Em relação ao álcool, o resultado quanto ao padrão de “uso na vida”, 84,5%, é muito próximo ao resultado encontrado no levantamento nacional - 86,5% e menor que a média da região Sul do país, 92,% (BRASIL, 2010) e à prevalência encontrada na Universidade Federal do Amazonas – 87,7% (LUCAS et al 2006) e maior que o índice encontrado em Pelotas – 75,4%. Os homens (63,3%) apresentam a maior porcentagem do uso de álcool, próximo à característica encontrada no levantamento nas 27 capitais brasileiras - 66% (BRASIL, 2010). De acordo com os parâmetros do ASSIST, o uso de risco desta droga encontrado aqui é de 15%. Quando relacionado aos cursos, denota-se associação positiva entre curso e uso de álcool ( $p = 0,003$ ) com maior ocorrência nos cursos de Medicina e Odontologia.

Já para o tabaco (32,9%), “o uso na vida” é semelhante ao encontrado no Amazonas, 30,7% (LUCAS et al 2006) bastante próximo ao levantado na região Sul do Brasil, 32,2%, e menor do que o índice encontrado nacionalmente - 43,3%, sendo que seu uso com risco, segundo a aplicação do ASSIST, é de 10,1%, significativamente inferior à média nacional para a mesma população, 41,6% (BRASIL, 2010). Comparando o uso de tabaco dos diferentes cursos da área da saúde, identifica-se diferença significativa entre eles ( $p = 0,002$ ), com maior predomínio nos cursos de Medicina e Educação Física.

Entre as substâncias ilícitas, a maconha é a mais consumida na vida (27,6%), apresentando um índice maior do que o nacional para os mesmos cursos (17,8%) (BRASIL, 2010). O padrão de consumo de maconha encontrado nesta pesquisa denota comportamento diferenciado de outros estudos, onde o solvente aparece como droga ilícita mais consumida na vida (BRASIL, 2010; LUCAS et al

2006). A média de uso da maconha na região Sul é a maior do país, 32%, o que sustenta o expressivo padrão de uso achado nesta pesquisa. Para a maconha, há uso com significância associado ao gênero masculino ( $p = 0,0001$ ), semelhante à pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (LUCAS et al 2006).

O uso de alucinógenos na vida foi encontrado em 11,8% dos pesquisados, corroborando com a pesquisa nacional que encontrou um índice de 10,4% na região Sul (BRASIL, 2010). É interessante notar que a segunda droga ilícita mais usada por universitários nacionalmente são os inalantes e solventes (18,5%), repetindo-se também na região Sul (14,1%), padrão este que não se repete na pesquisa aqui relatada. Aqui, inalantes e solventes surgem somente como a quinta categoria de drogas ilícitas mais usadas na vida, com 9,3% de prevalência.

Adotando-se como referência a pesquisa aplicada aos universitários de 27 capitais brasileiras (BRASIL, 2010), tem-se o seguinte cenário: analgésicos (10,8%) são usados quase que o dobro da média nacional, que é 5,5%. Mesmo se comparados com o índice regional, que é maior que o nacional (6,9%), o número é preocupante. O mesmo comportamento é encontrado com o ecstasy (9,9%), que possui índice de uso maior que o da região Sul (7,8%) e Esteróides Anabolizantes - 4,4% aqui encontrado e 0,8% a média regional.

Tranquilizantes e ansiolíticos (8,9%) possuem proporção de uso na vida menor do que a média regional (12,4%) assim como a Cocaína (6,1%), Crack (0,8%), Sedativos e Barbitúricos (1,3%) e Anticolinérgicos (0,6%). Anfetaminas (5,1%) são usadas pelos sujeitos desta pesquisa numa proporção quase que pela metade da média regional (9,5%).

Chá de Ayahuasca (1,3%), Merla (0,4%), Cetamina (0,2%), Xaropes à base de codeína (0,8%) e drogas sintéticas (1,5%) apresentaram índices iguais aos encontrados na região.

A Heroína foi a única droga que não apresentou registro de uso entre os sujeitos pesquisados.

Analisando o uso de risco de drogas, considerando a tabulação do ASSIST, ao comparar os índices aqui encontrados com o levantamento nacional entre universitários, destaca-se a diferença com relação aos Alucinógenos, que apresentam uso de risco entre 2,3% dos estudantes pesquisados, enquanto que a média a nacional é 1,3%. Outras drogas possuem índices semelhantes.

As diferenças entre os cursos são relevantes e foram traçadas tomando-se como referência a porcentagem calculada do uso de drogas no mês a partir do total encontrado de uso das drogas na vida. A partir deste formato, os cursos se diferenciam, tendo como única característica em comum o álcool como droga mais usada. A sequência de drogas mais usadas após o álcool, diferencia-se em todos os cursos.

Nesta comparação destaca-se o comportamento encontrado no curso de Medicina, quando se analisam as sete drogas mais usadas, apresentando números expressivos de uso e um padrão diferenciado de outros cursos.

Também é importante destacar que o uso de álcool no mês, 88% é maior que todas as pesquisas aplicadas em outros cursos de Medicina no país, referenciadas neste estudo: no Espírito Santo, uso no mês, 48,2% (PEREIRA et al 2008), no Maranhão, uso atual de 62,4% (BARBOSA;BARBOSA;BARBOSA, 2013), em Minas Gerais, uso no mês de 63,6% (ROCHA et al 2011) Curitiba, uso nos últimos 3 meses, 70,45% (TOCKUS;GONÇALVES, 2008), Bahia, 73% no mês (LEMOS et al 2007). Os tranquilizantes e ansiolíticos aparecem como segunda categoria de drogas mais usadas, com 57,1% de uso no mês quando relacionado ao número encontrado de uso na vida, seguidos de ecstasy (54,5%) e maconha (51,7%). Esta sequência no padrão de uso de drogas é diferente dos outros cursos. Esta análise individualizada dos cursos permite traçar novas hipóteses e ações sob medida para a realidade de cada curso encontrada aqui.

Quando aplicado o teste de Qui Quadrado para verificar associação entre curso e uso de drogas, constatou-se que álcool ( $p = 0,003$ ), tabaco ( $p = 0,002$ ) e maconha ( $0,01$ ) apresentam associação significativa.

Na comparação entre os primeiros e últimos anos de cada curso, encontra-se, diferença significativa para álcool no curso de Educação Física ( $p = 0,004$ ), demonstrando que estudantes do quarto ano apresentam maior propensão a diminuir o uso desta substância; álcool para o curso de Farmácia ( $p = 0,001$ ), aumentando o uso dos estudantes no quarto ano; analgésicos e opiáceos em Medicina ( $p = 0,002$ ), demonstrando tendência ao aumento no uso no último ano. A diferença no padrão de uso de outras, dos primeiros para os últimos anos, não apresenta relevância estatística. Estas comparações são importantes, inéditas, não sendo encontrados estudos correlatos e demonstram que o padrão de consumo dos estudantes dos cursos é distinto, seja por interferência do próprio curso ou, antes

disso, por haver uma seleção prévia à entrada na universidade de características psicológicas específicas, conforme o curso. Assim, cursar Educação Física, por exemplo, é fator de proteção em relação ao uso de álcool.

A correlação entre dados sócio demográficos e uso de drogas demonstrou que há associação positiva de gênero, com propensão ao maior uso entre os homens da maconha ( $p=0,001$ ) alucinógenos ( $p=0,01$ ) e ecstasy ( $p=0,02$ ). A moradia interfere no uso de álcool ( $p=0,0004$ ), tabaco ( $p=0,03$ ) e maconha ( $p=0,002$ ), sendo que morar com os pais, familiares ou cônjuge diminui o uso destas drogas. Os fatores associados ao nível sócio econômico e ao estado civil não parecem interferir no uso de drogas segundo os achados do presente estudo.

## 7 CONCLUSÃO

A relevância de estudos sobre drogas em todas as populações é forte, visto que esta problemática ganha contorno novo a cada geração, a cada nova droga colocada no mercado, a cada iniciativa de proteção, intervenção ou controle.

Os objetivos foram alcançados, quantificando a prevalência encontrou-se, neste estudo jovens expostos ao uso de drogas, seguindo um padrão nacional, que tem se repetido em várias instituições universitárias, demonstrando a necessidade de um olhar especial para esta população.

Pode-se caracterizar o padrão de uso de cada droga, tendo um elevado índice de “uso na vida” do álcool, traçar distinção entre uso de drogas com risco e sem risco através do ASSIST, efetuar comparação entre os ingressantes e formandos de todos os cursos, retratando realidades que diferem entre os cursos. Também foi possível identificar associações importantes entre gênero, moradia e uso de droga.

Para além dos números expressos em índices, prevalências e associações estatísticas, indiscutivelmente importantes, há que se debruçar também sobre os fatores implicados na relação juventude, drogas e sociedade sob o prisma ético e social.

É fato que a sociedade contemporânea tem se mostrado fértil à experimentação de novas formas de prazer, indo ao encontro do expansivo mercado das drogas sintéticas, expresso na análise do último Relatório Mundial sobre Crimes e Drogas (UNODC, 2013). Os jovens são os principais alvos deste cruel mercado, uma vez que estão colocando seus valores herdados pela educação em suspensão e abertos a novas sensações.

O consumismo também tem forte influência no comportamento do jovem. É comum sentir-se incluso na sociedade por aquilo que se tem, pela roupa que se veste e pelo aparelho eletrônico que se usa.

Diante das explanações acima, esta pesquisa fornece subsídios para a reflexão sobre o papel da sociedade e da educação na manutenção do atual cenário de uso de drogas entre os jovens. Há que se pensar em ações profundas acerca da formação dos cidadãos que estamos promovendo, que como profissionais da saúde, multiplicaram seus hábitos de vida e valores como referência pessoal.



A mídia tem trazido temas relacionados a drogas que surgem como a ponta de iceberg, pois são aqueles que se destacam no cotidiano, já destoantes da rotina, associados à violência, injustiça ou doença. No nosso dia a dia, não há aprofundamento da temática, tampouco abordagem coerente embasada em dados de realidade sobre este tema.

Transpondo a afirmação acima ao cotidiano universitário, esta pesquisa veio contribuir para iniciar um processo de desmistificação do tema drogas na instituição de ensino onde ela foi aplicada. Desvelar o uso de todas as substâncias aqui abordadas, sua associação e comparações com a realidade regional e nacional constituem peça chave para a adoção de posturas condizentes e justas ao tema, que poderão promover mudanças a médio e longo prazo, interferindo de forma protetiva no uso de drogas e, conseqüentemente, na qualidade de vida à nossa instigante juventude.

Cabe à instituição atuar de forma responsável diante desta realidade, traçando políticas internas que contemplem prevenção de forma transversal entre os diversos atores presentes no cenário acadêmico, influenciando de forma positiva a formação de cidadãos mais saudáveis e mais resilientes ao consumo das drogas. Também há que se considerar o importante papel da universidade, desenvolvendo futuros multiplicadores de ações preventivas, diante de uma preocupante realidade de saúde pública.

Alguns cursos se destacam para ações emergentes, porém constatou-se que há produção de pesquisas também voltadas para estes cursos, percebendo-se um padrão que se reconhece nacionalmente. Cita-se como exemplo o curso de Medicina para a qual houve um número maior de pesquisas correlatas encontradas.

O depoimento quanto ao uso de drogas, principalmente as ilícitas, pode estar subestimado na presente pesquisa, por ser este tema bastante sensível para quem as usa, constituindo uma das limitações desta pesquisa. Também foi fator limitante o tamanho do questionário, extenso, podendo ter provocado alteração em algumas respostas, principalmente as últimas, sendo possível a influência do cansaço nas respostas.

O questionário, sendo auto-aplicativo e auto-referido pode ter sido respondido de forma distorcida, sem parâmetros externos, diminuindo a fidedignidade das respostas.

Esta pesquisa, em todas as etapas; da construção, proposição à instituição, divulgação e adesão dos jovens universitários constitui-se de uma pequena semente que poderá transformar-se em frondosa árvore, desde que encontre solo fértil, iluminação clara e adequada, além de pessoas que a cuidem.

## REFERÊNCIAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – **Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2010,2012**. NET. disponível em [www.abep.org](http://www.abep.org).

ABERASTURY, Arminda, et al. **Adolescência Normal – um enfoque psicanalítico**. 2. Ed. Porto Alegre: Arte Médicas, 1983.

ABREU, Carolina Camargo; MALVASI, Paulo Artur. Aspectos transculturais, sociais e ritualísticos da dependência química. In DIHEL, Alessandra, et al. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artemed, 2011.

ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, Nov. 2009. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009001100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100002&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 10 Abr. 2014 . <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100002>.

ALVES, V. S.; LIMA, I.M.S.O., Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. In **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo: USP, vol. 13, n. 3, 2013, p 9-32, nov. 2012/ fev.2013. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56241>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV-TR: **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**.4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ANDRADE, Arthur Guerra, et al. Prevalência do Uso de Drogas entre alunos da Faculdade de Medicina do Estado de São Paulo(1991-93). **Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria – APAL**, vol. 17, n.2, p 41-46, 1995.

ARIÈS, Philippe. **História Social da Criança e da Família**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1978.

BARBOSA, Felipe Lacerda; BARBOSA, Raphael Lacerda; BARBOSA, Maria do Carmo L., et al. Uso de Álcool entre Estudantes de Medicina da Universidade Federal do Maranhão. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Vol. 37(1), 89-95, 2013.

BERTOLETE, J. M. (trad. e notas). **Glossário de álcool e drogas**. Brasília:Secretaria Nacional Antidrogas, 2004.

BOCK, Ana Mercês Bahia. A adolescência como construção social: estudo de livros destinado a pais e educadores. In **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional** (ABRAPEE) • Volume 11 Número 1 Janeiro/Junho 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**/Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl.– Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Lei nº 11.343**, de 23 de agosto de 2006. “Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências”. *Diário Oficial [da] República do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 ago. 2006.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras/Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**; GREA/IPQ-HCFMUSP. Org.: Andrade AG, Duarte PAV, Oliveira LG. Brasília: SENAD; 2010.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-geral da Presidência da república. Secretaria Nacional da Juventude. Conselho Nacional da Juventude. **Estatuto da Juventude**. Brasília, 2013.

BORINI, Paulo, et al. Padrão de Uso de Bebidas Alcoólicas de Estudantes de Medicina (Marília; São Paulo).Parte I. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, vol.43, n. 2, p. 93 – 103,1994.

BUCHELE, Fátima; COELHO, Elza Berger Salema; LINDNER, Sheila Rubia. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Fev. 2009. Disponível em<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100033&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100033&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 17 de abr. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100033>.

CARLINI, Elisaldo Araújo, et al. **I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil – 2001**.CEBRID/UNIFESP, São Paulo, 2002.

CEBRID. CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGASPSICOTRÓPICAS. **II levantamento sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil envolvendo as 108 maiores cidades do País**. Secretaria Nacional Anti-Drogas, Brasília: 2005.

CONTE, Marta; OLIVEIRA, et al . Consumismo, uso de drogas e criminalidade: riscos e responsabilidades. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 27, n. 1, Mar. 2007 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932007000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 24 Abr. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932007000100008>.

DUALIBI, Sergio; VIEIRA, Denise Leite; LARANJEIRA, Ronaldo. Políticas públicas para o controle de álcool, tabaco e drogas ilícitas. In DIHEL, Alessandra, et al. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artemed, 2011.

ELUF, Luiza Nagib. As drogas e a legislação brasileira. In: PINSKY, Ilana; LESSA, Marcos.(org). **Adolescência e Drogas**.São Paulo: Contexto, 2004.

ERIKSON, Erik Homburger. **Identidade, juventude e crise**. Rio de Janeiro:Guanabara, 1987.

FONSECA, Vilma Aparecida da Silva; LEMOS, Tadeu. Farmacologia na Dependência Química. In DIHEL, Alessandra, et al. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artemed, 2011.

FERIS, Elisabeth Schmidt. Prevenção Educativa: estratégia no enfrentamento aos problemas derivados do uso indevido de drogas. Rio Grande:**Momento**, vol. 14, 2001.

FREUD, Sigmund. **O mau-estar da civilização** (1930). In Edição standar brasileira das obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GALDUROZ, José Carlos F.; CAETANO, Raul. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, supl. 1, maio 2004.

GALDURÓZ, José Carlos F. et al. **V Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras 2004**. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina; Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; Secretaria Nacional Antidrogas, 2004.

GALLI, Loeci Maria Pagano. Um olhar fenomenológico sobre a questão da saúde e da doença: a cura do ponto de vista da Gestalt-terapia. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 1, abr. 2009 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812009000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812009000100006&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 02 maio 2014.

GONÇALVES, Mônica Lopes; BALDIN, Nelma; ZANOTELLI, Cladir Teresinha, et al. **Fazendo pesquisa: do projeto à comunicação científica**. 2. Edição. Joinville: Editora da Univille, 2008 .

HAIEK, Rita. Redução de Danos para drogas injetáveis. In NIEL, Marcelo; SILVEIRA, Dartiu Xavier(orgs). **Drogas e Redução de Danos – uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo: Unifesp, Ministério da Saúde, 2008.

KERR-CORRÊA, Florence, et al. Possíveis fatores de risco para o uso de álcool e drogas em estudantes universitários e colegiais da Unesp. **Jornal Brasileiro de Dependência Química – ABEAD**, São Paulo, vol.3, n 1, dez. 2002.

LARANJEIRA, Ronaldo; ROMANO, Marcos. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol.26, supl. 01, maio de 2004.

LARANJEIRA, Ronaldo. Bases do Tratamento da Dependência de Crack.In: LARANJEIRA, Ronaldo; RIBEIRO, Marcelo (orgs).**O tratamento do usuário de crack**, 2.ed.,Porto Alegre: Artmed, 2012.

LARANJEIRA, Ronaldo; SURJAN, Julian. Conceitos Básicos e Diagnósticos. **Jornal Brasileiro de Dependência Química**, ABEAD, 2 (supl. 1). 2001.

LARANJO, Thais Helena Mourão. Sociedade, história e drogas: a complexa trama de interesses. In: MALUF, Daniela Pinotti; TAKEY, Edson Henry; HUMBERG, Ligia Vampré. **Drogas, prevenção e tratamento: o que você queria saber e não tinha coragem de perguntar**. São Paulo: CL-A Cultura, 2002.

LEMOS, Kleuber Moreira; NEVES, Nedy Maria B.; KUWANO, André Yoichi., et al. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de Medicina de Salvador (BA). **Revista de Psiquiatria Clínica**, vol. 34(3), p. 118-124, 2007.

LEMOS, Tadeu; ZALESKI, Marcos. As principais drogas, como elas agem e seus efeitos. In: PINSKY, Ilana; LESSA, Marcos.(orgs). **Adolescência e Drogas**. São Paulo: Contexto, 2004.

LIMA, Sergio Renato; PAULA, Liana de. Juventude, temor e insegurança no Brasil. In: PINSKY, Ilana; LESSA, Marcos.(org). **Adolescência e Drogas**. São Paulo: Contexto, 2004.

LUCAS, Ana Cyra dos Santos; PARENTE, Rosana Cristina P.; PICANÇO, Neila Soares, et al. Uso de psicotrópicos entre universitários da área da saúde da Universidade Federal do Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 22(3). Rio de Janeiro, março de 2006.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história de atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça a saúde pública. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801-821, jul.-set. 2007. Disponível em [www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/06](http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/06), acessado em 12/03/2014.

MAIA, Romero Galvão. Juventude como valor e método para uma definição e partir do cotidiano. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. Vol. 2 Nº 4, Dezembro de 2010, p 46, 62.

MARTINS, João; MACRAE, Edward. Por um olhar sociocultural sobre a questão das drogas. In: NERY, Antônio Filho; VALÉRIO, Andréa Leite (orgs) **Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua**. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol 14, p. 35 – 42, jan/mar 1998.

NIEL, Marcelo; SILVEIRA, Dartiu Xavier(org). **Drogas e Redução de Danos – uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo: Unifesp, Ministério da Saúde, 2008.

NOVAES, Regina. Política de Juventude no Brasil: continuidade e rupturas. In FAVERO, Omar; SPÓSITO, Marília Pontes; (orgs). **Juventude e**

**contemporaneidade.** Coleção educação para todos ; Brasília: UNESCO, MEC, ANPED, 2007.

OBID - OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS-. **Informações sobre droga/histórico** NET. Disponível em <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>, acessado em 15/07/2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10:** descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. D. Caetano, trad. Porto Alegre: Artmed, 1993.

PECHANSKY, Flavio; SZOBOT, Claudia Maciel; SCIVOLETTO, Sandra. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol. 26, supl. 01, maio de 2004.

PERALVA, Angelina. Juventude como modelo cultural in **Juventude e Contemporaneidade.** Brasília: UNESCO, MEC, ANPED, 2007.

PEREIRA, Denis Soprani; SOUZA, Renata Santos; BUAIZ, Vitor, et al. Uso de substâncias psicoativas entre universitários de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 2008, vol. 57(3);188-195.

PERRENOUD, Luciane Ogata; RIBEIRO, Marcelo. Etiologia dos Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias Psicoativas. In DIHEL, Alessandra. CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo, et al. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas.** Porto Alegre: Artemed, 2011.

POLLO-ARAÚJO, Maria Alice; MOREIRA, Fernanda Gonçalves. Aspectos históricos da Redução de Danos. In NIEL, Marcelo; SILVEIRA, Dartiu Xavier(Org.). **Drogas e Redução de Danos – uma cartilha para profissionais de saúde.** São Paulo: Unifesp, Ministério da Saúde, 2008.

RAMIS, Thiago Rozales, et al. Tabagismo e consumo de álcool em estudantes universitários: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol.(15) 2, 2012.

RIBEIRO, Cynara Teixeira. Que lugar para as drogas no sujeito? Que lugar para o sujeito nas drogas? Uma leitura psicanalítica do fenômeno do uso de drogas na contemporaneidade: A psychoanalyticalviewonthephenomenonofdrug use nowadays. **Ágora** , Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, Dec. 2009 . Disponível em<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-)



14982009000200012&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 30 Abril 2014.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982009000200012>.

ROCHA, Leandro Augusto; LOPES, Ana Cláudia F; MARTELLI, Daniela Reis B., et al. Consumo de Álcool entre Estudantes de Faculdades de Medicina de Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol. 35(3), 369-375, 2011.

SALLES, Leila Maria Ferreira. Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. **Estudos de Psicologia**, Campinas , v. 22, n. 1, Mar. 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-66X2005000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-66X2005000100005&lng=en&nrm=iso)>. acessado em 23 Mar. 2014.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-66X2005000100005>.

SILVA, Leonardo V E Rueda; MALBEGIER, André; STEMPLIUK, Vladimir de Andrade, et al . Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 40, n. 2, Abr. 2006 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000200014&lng=en&nrm=iso)>. acessado em 01 May 2013.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000200014>

SILVA, Roselani Sodré; SILVA, Vini Rabassa. Política Nacional de Juventude: trajetória e desafios. **Cad. CRH**, Salvador , v. 24, n. 63, Dec. 2011 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-49792011000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792011000300013&lng=en&nrm=iso)>. acessado em 23 Mar. 2014.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-49792011000300013>.

STEMPLIUK, Vladimir de Andrade, et al. Estudo comparativo entre 1996 e 2001 do uso de drogas por alunos de gradua o da Universidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol. 27(3), 2005.

TOCKUS, Deborah; GONÇALVES, Priscila Samaha. Detec o do uso de drogas de abuso por estudantes de medicina de uma universidade privada . **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, vol.57(3), 184-187, 2008.

UNIFESP. **Classifica o do Uso das Drogas**, disponível em <[http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest\\_drogas/classific\\_uso.htm](http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest_drogas/classific_uso.htm)>, acessado em , 15 de abril de 2014.

UNODC. United Nations Drugs and Crime. **Relatório Mundial sobre Drogas 2013**, disponível em [www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/relatorio-mundial-sobre-drogas.html](http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/relatorio-mundial-sobre-drogas.html), acessado em 15 de abril de 2014.

WAGNER, Gabriela Arantes, et al. Uso de Drogas em estudantes universitários – tendências em 13 anos. **Revista de Saúde Pública**, vol. 46(3), 2012.

ZANELLA, Andréa Vieira, et al . Jovens, juventude e políticas públicas: produção acadêmica em periódicos científicos brasileiros (2002 a 2011). **Estud. psicol. Natal**, v. 18, n. 2, jun. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2013000200019&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2013000200019&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 23 mar. 2014.

## **ANEXOS**

**ANEXO 1 – MODELO DE QUESTIONÁRIO APLICADO A TODOS OS ALUNOS  
SUJEITOS DE PESQUISA**

## ANEXO 1

### PADRÃO DE USO DE DROGAS ENTRE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DOS CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE DE UMA UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA

#### INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

- 1 Este questionário visa colher informações sobre o uso, as opiniões e atitudes em relação às drogas dos estudantes da área da saúde da Univille.
- 2 Todas as respostas são **individuais, confidenciais** e o preenchimento é **anônimo**.
- 3 A sua **sinceridade nas respostas** é muito importante, assim como o preenchimento de **todas** as questões. Porém, se não souber responder uma questão – ou não se sentir a vontade de respondê-la – deixe-a em branco.
- 4 Em cada questão você deve **circular** somente uma alternativa, salvo quando estiver indicado que pode circular mais de uma alternativa.
- 5 Todas as questões trazem instruções de preenchimento.
- 6 Caso precise mudar sua resposta, não se esqueça de apagar/rasurar completamente a resposta anterior.
- 7 O tempo necessário para o preenchimento do questionário é de aproximadamente 40 minutos.
- 8 Ao acabar de respondê-lo, coloque na urna que se encontra no local.
- 9 Sua participação é de extrema importância para a realização deste estudo.

Em caso de dúvida, consulte a pesquisadora responsável.

**DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS**

1. Qual sua idade

Anos 

2. Assinale seu sexo:

Masculino	1
Feminino	2

3. Seu estado civil é? (CIRCULE APENAS UMA RESPOSTA)

Solteiro	1
Casado (a) /vive junto	2
Separado (a)	3
Viúvo (a)	4

4. A qual grupo étnico você pertence? (CIRCULE APENAS UMA RESPOSTA)

Caucasoide/branco	1
Negro	2
Mulato/Pardo	3
Asiático/Amarelo	4
Outros	5

5. Você tem filhos? (CIRCULE APENAS UMA RESPOSTA)

Sim	1
Não	2

6. Você mora com quem? (ASSINALE TODAS AS ALTERNATIVAS QUE SE APLICAM)

Pais / Padrastos / Outros familiares	1
Cônjuge / Companheiro / Namorado (a)	2
Filhos	3
Amigos	4
Republica Estudantil	5
Sozinho	6
Outro	7

7. Qual sua religião? (CIRCULE APENAS UMA RESPOSTA)

Não tenho religião	1
Católica	2
Espírita	3
Umbanda / Candomblé	4
Judaica	5
Evangélica / Protestante	5

Budismo / Oriental	6
Santo Daime / União do Vegetal	8
Outras	9

7 - Você pratica sua religião? (CIRCULE APENAS UMA RESPOSTA)

Sim, apenas em eventos especiais.	1
Sim, mais de uma vez por mês.	2
Não	3

8 -Você exerceu algum tipo de atividade remunerada (considere também bolsa de iniciação científica, estágio interno, e/ou estágio curricular remunerado) por um período maior que um mês nos últimos seis meses?

(CIRCULE APENAS UMA RESPOSTA)

Não	1
Sim, até 20 horas semanais.	2
Sim, até 40 horas semanais.	3

9 – Você tem carteira de habilitação? (CIRCULE APENAS UMA RESPOSTA)

Sim	1
Não	2

10 – Selecione, na primeira linha, para cada alternativa, a quantidade de itens relacionados que você possui em sua residência circulando a linha e a coluna correspondente (**caso more em república ou sozinho, considere a casa de seus pais**): (CIRCULE APENAS UMA RESPOSTA PARA CADA ITEM)

Quantidade	0	1	2	3	4
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	9	7
Automóvel	0	4	7	4	9
Empregada mensalista	0	3	4	2	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Vídeo Cassete e/ou DVD	0	2	2	4	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da	0	2	2	2	2

12 - Qual o grau de instrução do chefe da família? (CIRCULE APENAS UMA RESPOSTA)

Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto (considere até o 5 ano do Ensino Fundamental 1)	0
Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 incompleto (considere até o 9 ano Ensino Fundamental 2)	1
Fundamental 2 Completo / Médio Incompleto	2
Médio Completo / Superior Incompleto	4
Superior Completo	8

**SOME AS RESPOSTAS CIRCULADAS NAS QUESTÕES 11 E 12 E CIRCULE ONDE VOCÊ SE ENQUADRA**

<b>A1</b>	<b>42 – 46</b>
<b>A2</b>	<b>35 – 41</b>
<b>B1</b>	<b>29 – 34</b>
<b>B2</b>	<b>23 – 28</b>
<b>C1</b>	<b>18 – 22</b>
<b>C2</b>	<b>14 – 17</b>
<b>D</b>	<b>8 – 13</b>
<b>E</b>	<b>0 – 7</b>

13- Seus pais vivem: (CIRCULE APENAS UMA RESPOSTA)

Juntos	<b>1</b>
Separados	<b>2</b>
Pai ou mãe falecidos	<b>3</b>

## 2. INFORMAÇÕES, SATISFAÇÃO E DESEMPENHO ACADÊMICO

14 - Este curso de graduação é: (CIRCULE APENAS UMA RESPOSTA)

O primeiro que estou cursando	<b>1</b>
Já iniciei outro curso, mas não me graduei	<b>2</b>
Já sou graduado	<b>3</b>

15 - Você está satisfeito com a escolha de seu curso de graduação? (CIRCULE APENAS UMA RESPOSTA)

Sim	<b>1</b>
Não	<b>2</b>

16- Em relação ao seu curso de graduação: (CIRCULE APENAS UMA RESPOSTA)

Nunca pensei em abandoná-lo ou trancar matrícula	<b>1</b>
Já pensei em abandoná-lo ou trancar matrícula	<b>2</b>
Já tranquei matrícula alguma vez	<b>3</b>



17-No último semestre ou ano você:(**CIRCULE APENAS UMA RESPOSTA**)

Passou direto em tudo	1
Pegou exame, mas passou nestas matérias	2
Ficou em dependência, mas não perdeu o ano	3
Outro	4
Não se aplica	5

18- Dentro da Univille, quais são os lugares que você costuma frequentar, que não são exigidos pela atividade acadêmica? (Você pode assinalar mais de uma alternativa, mas assinale somente os locais que visita com maior frequência) (**CIRCULE TODAS AS ALTERNATIVAS QUE SE APLICAM**)

Centro Acadêmico / Diretório Acadêmico	1
CAF (Centro de Atividades Físicas) e quadras poliesportivas	2
Biblioteca	3
Lanchonete / Restaurante	4
Áreas verdes, áreas abertas, Jardim Botânico	5
Outros	6

19- Geralmente o que você faz quando falta as aulas? (Você pode assinalar mais de uma alternativa, mas assinale somente as situações que se aplicam com maior frequência) (**CIRCULE TODAS AS ALTERNATIVAS QUE SE APLICAM**)

Não faltou às aulas	1
Só faltou quando estou doente	2
Costumo estudar nas dependências da Univille	3
Vou ao cinema, lanchonete, clube, praia, shopping, ou outra atividade de lazer	4
Estudo ou faço tarefas (do curso) em casa	5
Passo o tempo com amigos (as) / namorado (a)	6
Trabalho	7
Faço estágio curricular ou Iniciação Científica	8
Durmo / descanso	9
Fico no Diretório Acadêmico / Centro Acadêmico	10
Fico no CAF, quadra poliesportiva	11
Fico bebendo	12
Fico usando drogas	13
Não faço nada	14

## 1. ATIVIDADES GERAIS

20- Atualmente, de quantas horas livres você dispõe em média por dia, durante cada dia útil da semana? (excluir período de sono) **(CIRCULE APENAS UMA RESPOSTA)**

Até 2 horas	1
De 4 a 6	2
Mais de 6	3
Nenhuma	4

21- A quais atividades costuma se dedicar quando está fora da sala de aula (exclua o período de férias) **(CIRCULE TODAS AS ALTERNATIVAS QUE SE APLICAM)**

Participo de organizações estudantis	1
Participo de projetos acadêmicos orientados por professores	2
Participo de atividades físicas e esportivas	3
Estudo além do horário de aula	4
Faço atividades com meus amigos	5
Assisto TV ou vídeo / DVD	6
Utilizo a internet para diversão (sites de relacionamento, bate papo, músicas, vídeos e jogos)	7
Envio e recebo e-mails	8
Uso o Messenger (MSN) ou outros tipos de mensagens instantâneas	9
Outros hobbies (ler por lazer, tocar instrumentos musicais, participar de coral, teatro, desenhar, pintar e outras atividades artísticas)	10
Trabalho voluntário	11
Trabalho remunerado	12

22- Quando você tem um problema pessoal sério, quem você procura em primeiro lugar? **(CIRCULE APENAS UMA RESPOSTA)**

Mãe	1
Pai	2
Irmão	3
Amigos	4
Namorado (a) / companheiro (a)	5
Terapeuta	6
Ninguém	7
Outros	8

23 - Nos últimos 12 meses, você tem sentido dificuldade de fazer novos amigos?(CIRCULE APENAS UMA RESPOSTA)

Sim	1
Não	2

24- Nos últimos 12 meses, você tem se sentido rejeitado pelo seu grupo de amigos ou outros de sua idade?(CIRCULE APENAS UMA RESPOSTA)

Sim	1
Não	2

25- Pensando nos últimos 12 meses, você se considera facilmente influenciável pelo seu grupo de amigos?(CIRCULE APENAS UMA RESPOSTA)

Sim	1
Não	2

### 3 - CONSUMO GERAL DE DROGAS

AS PRÓXIMAS QUESTÕES SÃO A RESPEITO DE USO DE DROGAS NA VIDA, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, E NOS ÚLTIMOS TRINTA DIAS.O NOME DA CATEGORIA DA DROGA ESTÁ ESCRITO NO PRIMEIRO QUADRADO E SEU NOME COMERCIAL ENTRE PARÊNTESES.EXEMPLO: UMA PESSOA QUE BEBE ALCOOL TODOS OS DIAS DEVERIA PREENCHER A QUESTÃO ASSIM:

26- Você já experimentou alguma vez na sua vida (nome da droga)sem orientação de médico ou outro profissional?		Que idade você tinha quando experimentou esta droga pela primeira vez ?	Usou esta droga nos últimos 3 meses ?	Usou esta droga nos últimos 12 meses ?	Quantas vezes você utilizou esta droga nos últimos 30 dias ?		
ÁLCOOL	1 <input checked="" type="radio"/> SIM	1 Nunca experimentei	1 <input checked="" type="radio"/> Sim	1 <input checked="" type="radio"/> Sim	1	Não usei	
	2 <input type="radio"/> NÃO	2			Eu tinha 12 anos	2	Menos de 1 vez por semana
		3 Não Lembro	3		3	1 ou mais vezes por semana	
			4 <input checked="" type="radio"/>			4	Diariamente
				2 <input type="radio"/> Não	2 <input type="radio"/> Não	5	2 ou 3 vezes por dia
						6	4 ou mais vezes por dia

Você já experimentou alguma vez na sua vida ( <b>nome da droga</b> ) sem orientação de médico ou outro profissional?	Que <b>idade</b> você tinha quando experimentou esta droga pela primeira vez ?	Usou esta droga nos <b>últimos 3 meses</b> ?	Usou esta droga nos <b>últimos 12 meses</b> ?	Quantas vezes você utilizou esta droga nos <b>últimos 30 dias</b> ?
--	--	--	---	---

ÁLCOOL	1	SIM	1	Nunca experimentei	1	Sim	1	Sim	1	Não usei
			2	Eu tinha _____ anos					2	Menos de 1 vez por semana
	2	NÃO	3	Não Lembro	2	Não	2	Não	3	1 ou mais vezes por semana
			4	Diariamente						
			5	2 ou 3 vezes por dia						
			6	4 ou mais vezes por dia						

TABACO E DERIVADOS	1	SIM	1	Nunca experimentei	1	Sim	1	Sim	1	Não usei
			2	Eu tinha _____ anos					2	Menos de 1 vez por semana
	2	NÃO	3	Não Lembro	2	Não	2	Não	3	1 ou mais vezes por semana
			4	Diariamente						
			5	2 ou 3 vezes por dia						
			6	4 ou mais vezes por dia						

Você já experimentou alguma vez na sua vida ( <b>nome da droga</b> ) sem orientação de médico ou outro profissional?	Que <b>idade</b> você tinha quando experimentou esta droga pela primeira vez ?	Usou esta droga nos <b>últimos 3 meses</b> ?	Usou esta droga nos <b>últimos 12 meses</b> ?	Quantas vezes você utilizou esta droga nos <b>últimos 30 dias</b> ?
--	--	--	---	---

MACONHA / HAXIXE / SKANK	1	SIM	1	Nunca experimentei	1	Sim	1	Sim	1	Não usei
			2	Eu tinha _____ anos					2	Menos de 1 vez por semana
									3	1 ou mais vezes por semana
	2	NÃO	3	Não Lembro	2	Não	2	Não	4	Diariamente
									5	2 ou 3 vezes por dia
									6	4 ou mais vezes por dia

INALANTES E SOLVENTES  (Loló, Cola, tiner, benzina, esmalte, gasolina, lança perfume)	1	SIM	1	Nunca experimentei	1	Sim	1	Sim	1	Não usei
			2	Eu tinha _____ anos					2	Menos de 1 vez por semana
									3	1 ou mais vezes por semana
	2	NÃO	3	Não Lembro	2	Não	2	Não	4	Diariamente
									5	2 ou 3 vezes por dia
									6	4 ou mais vezes por dia

Você já experimentou alguma vez na sua vida ( <b>nome da droga</b> ) sem orientação de médico ou outro profissional?	Que <b>idade</b> você tinha quando experimentou esta droga pela primeira vez ?	Usou esta droga nos <b>últimos 3 meses</b> ?	Usou esta droga nos <b>últimos 12 meses</b> ?	Quantas vezes você utilizou esta droga nos <b>últimos 30 dias</b> ?
--	--	--	---	---

COCAÍNA (pó)	1	SIM	1	Nunca experimentei	1	Sim	1	Sim	1	Não usei
			2	Eu tinha _____ anos					2	Menos de 1 vez por semana
	2	NÃO	3	Não Lembro	2	Não	2	Não	3	1 ou mais vezes por semana
			4	Diariamente						
			5	2 ou 3 vezes por dia						
			6	4 ou mais vezes por dia						

MERLA	1	SIM	1	Nunca experimentei	1	Sim	1	Sim	1	Não usei
			2	Eu tinha _____ anos					2	Menos de 1 vez por semana
	2	NÃO	3	Não Lembro	2	Não	2	Não	3	1 ou mais vezes por semana
			4	Diariamente						
			5	2 ou 3 vezes por dia						
			6	4 ou mais vezes por dia						

Você já experimentou alguma vez na sua vida ( <b>nome da droga</b> ) sem orientação de médico ou outro profissional?		Que <b>idade</b> você tinha quando experimentou esta droga pela primeira vez ?		Usou esta droga nos <b>últimos 3 meses</b> ?		Usou esta droga nos <b>últimos 12 meses</b> ?		Quantas vezes você utilizou esta droga nos <b>últimos 30 dias</b> ?		
CRACK	1	SIM	1	Nunca experimentei	1	Sim	1	Sim	1	Não usei
			2	Eu tinha _____ anos					2	Menos de 1 vez por semana
	2	NÃO	3	Não Lembro	2	Não	2	Não	3	1 ou mais vezes por semana
			4	Diariamente						
			5	2 ou 3 vezes por dia						
			6	4 ou mais vezes por dia						
ALUCINÓGENOS (LSD, chá de cogumelo, mescalina)	1	SIM	1	Nunca experimentei	1	Sim	1	Sim	1	Não usei
			2	Eu tinha _____ anos					2	Menos de 1 vez por semana
	2	NÃO	3	Não Lembro	2	Não	2	Não	3	1 ou mais vezes por semana
			4	Diariamente						
			5	2 ou 3 vezes por dia						
			6	4 ou mais vezes por dia						
CETAMINA ®	1	SIM	1	Nunca experimentei	1	Sim	1	Sim	1	Não usei
			2	Eu tinha _____ anos					2	Menos de 1 vez por semana
	2	NÃO	3	Não Lembro	2	Não	2	Não	3	1 ou mais vezes por semana
			4	Diariamente						
			5	2 ou 3 vezes por dia						
			6	4 ou mais vezes por dia						

Você já experimentou alguma vez na sua vida ( <b>nome da droga</b> ) sem orientação de médico ou outro profissional?		Que <b>idade</b> você tinha quando experimentou esta droga pela primeira vez ?		Usou esta droga nos <b>últimos 3 meses</b> ?		Usou esta droga nos <b>últimos 12 meses</b> ?		Quantas vezes você utilizou esta droga nos <b>últimos 30 dias</b> ?		
Chá de Ayahuasca (SANTO DAIME)	1	SIM	1	Nunca experimentei	1	Sim	1	Sim	1	Não usei
			2	Eu tinha _____ anos					2	Menos de 1 vez por semana
	2	NÃO	3	Não Lembro	2	Não	2	Não	3	1 ou mais vezes por semana
			4	Diariamente					4	Diariamente
			5	2 ou 3 vezes por dia					5	2 ou 3 vezes por dia
			6	4 ou mais vezes por dia					6	4 ou mais vezes por dia

ECSTASY	1	SIM	1	Nunca experimentei	1	Sim	1	Sim	1	Não usei
			2	Eu tinha _____ anos					2	Menos de 1 vez por semana
	2	NÃO	3	Não Lembro	2	Não	2	Não	3	1 ou mais vezes por semana
			4	Diariamente					4	Diariamente
			5	2 ou 3 vezes por dia					5	2 ou 3 vezes por dia
			6	4 ou mais vezes por dia					6	4 ou mais vezes por dia



Você já experimentou alguma vez na sua vida ( <b>nome da droga</b> ) sem orientação de médico ou outro profissional?	Que <b>idade</b> você tinha quando experimentou esta droga pela primeira vez ?	Usou esta droga nos <b>últimos 3 meses</b> ?	Usou esta droga nos <b>últimos 12 meses</b> ?	Quantas vezes você utilizou esta droga nos <b>últimos 30 dias</b> ?
--	--	--	---	---

RELEVIN®	1	SIM	1	Nunca experimentei	1	Sim	1	Sim	1	Não usei
			2	Eu tinha _____ anos					2	Menos de 1 vez por semana
	2	NÃO	3	Não Lembro	2	Não	2	Não	3	1 ou mais vezes por semana
			4	Diariamente						
			5	2 ou 3 vezes por dia						
			6	4 ou mais vezes por dia						
ESTERÓIDES ANABOLIZANTES (Deca-Durabolim®, Duratenton®, Zinabol®)	1	SIM	1	Nunca experimentei	1	Sim	1	Sim	1	Não usei
			2	Eu tinha _____ anos					2	Menos de 1 vez por semana
	2	NÃO	3	Não Lembro	2	Não	2	Não	3	1 ou mais vezes por semana
			4	Diariamente						
			5	2 ou 3 vezes por dia						
			6	4 ou mais vezes por dia						

Você já experimentou alguma vez na sua vida ( <b>nome da droga</b> ) sem orientação de médico ou outro profissional?	Que <b>idade</b> você tinha quando experimentou esta droga pela primeira vez ?	Usou esta droga nos <b>últimos 3 meses</b> ?	Usou esta droga nos <b>últimos 12 meses</b> ?	Quantas vezes você utilizou esta droga nos <b>últimos 30 dias</b> ?
--	--	--	---	---

TRANQUILIZANTES E ANSIOLÍTICOS  (Diazepan®, Diempax®, Lorax®, Rohypnol®, Somalium®,  Lexotan®, Librium®,  Rohydorm®)	1	SIM	1	Nunca experimentei	1	Sim	1	Sim	1	Não usei
			2	Eu tinha _____ anos					2	Menos de 1 vez por semana
	2	NÃO	2		2	Não	2	Não	3	1 ou mais vezes por semana
									4	Diariamente

SEDATIVOS OU BARBITÚRICOS  (Optalidon®, Gardenal®, Tonopan®,  Nembutal®, Comital®,  Pentolal®)	1	SIM	1	Nunca experimentei	1	Sim	1	Sim	1	Não usei
			2	Eu tinha _____ anos					2	Menos de 1 vez por semana
			3	1 ou mais vezes por semana						
	2	NÃO	3	Não Lembro	2	Não	2	Não	4	Diariamente
									5	2 ou 3 vezes por dia
									6	4 ou mais vezes por dia

Você já experimentou alguma vez na sua vida ( <b>nome da droga</b> )sem orientação de médico ou outro profissional?		Que <b>idade</b> você tinha quando experimentou esta droga pela primeira vez ?		Usou esta droga nos <b>últimos 3 meses</b> ?		Usou esta droga nos <b>últimos 12 meses</b> ?		Quantas vezes você utilizou esta droga nos <b>últimos 30 dias</b> ?		
ANALGÉSICOS E OPIÁCEOS  (Dolantina®, Meperidona®, Demerol®, Alfgan®, Heroína, Morfina, Ópio, Tylex®, Codein®)	1	SIM	1	Nunca experimentei	1	Sim	1	Sim	1	Não usei
			2	Eu tinha _____ anos					2	Menos de 1 vez por semana
	2	NÃO	3	Não Lembro	2	Não	2	Não	3	1 ou mais vezes por semana
			4	Diariamente					4	2 ou 3 vezes por dia
			5	2 ou 3 vezes por dia					5	4 ou mais vezes por dia
			6	4 ou mais vezes por dia					6	4 ou mais vezes por dia

Xaropes a base de Codeína	1	SIM	1	Nunca experimentei	1	Sim	1	Sim	1	Não usei
			2	Eu tinha _____ anos					2	Menos de 1 vez por semana
	2	NÃO	3	Não Lembro	2	Não	2	Não	3	1 ou mais vezes por semana
			4	Diariamente					4	2 ou 3 vezes por dia
			5	2 ou 3 vezes por dia					5	4 ou mais vezes por dia
			6	4 ou mais vezes por dia					6	4 ou mais vezes por dia

Você já experimentou alguma vez na sua vida ( <b>nome da droga</b> ) sem orientação de médico ou outro profissional?	Que <b>idade</b> você tinha quando experimentou esta droga pela primeira vez ?	Usou esta droga nos <b>últimos 3 meses</b> ?	Usou esta droga nos <b>últimos 12 meses</b> ?	Quantas vezes você utilizou esta droga nos <b>últimos 30 dias</b> ?
--	--	--	---	---

ANTICOLINÉRGICOS (Artane®, Akineton®, Chá de Lírio®, Saia Branca, Veu de Noiva, Trombeteira, Zabumba, Cartucho)	1	SIM	1	Nunca experimentei	1	Sim	1	Sim	1	Não usei
			2	Eu tinha _____ anos					2	Menos de 1 vez por semana
	2	NÃO	3	Não Lembro	2	Não	2	Não	3	1 ou mais vezes por semana
			4	Diariamente					4	2 ou 3 vezes por dia
			5	2 ou 3 vezes por dia					5	4 ou mais vezes por dia
			6	4 ou mais vezes por dia					6	4 ou mais vezes por dia

HEROÍNA	1	SIM	1	Nunca experimentei	1	Sim	1	Sim	1	Não usei
			2	Eu tinha _____ anos					2	Menos de 1 vez por semana
	2	NÃO	3	Não Lembro	2	Não	2	Não	3	1 ou mais vezes por semana
			4	Diariamente					4	2 ou 3 vezes por dia
			5	2 ou 3 vezes por dia					5	4 ou mais vezes por dia
			6	4 ou mais vezes por dia					6	4 ou mais vezes por dia

Você já experimentou alguma vez na sua vida ( <b>nome da droga</b> ) sem orientação de médico ou outro profissional?	Que <b>idade</b> você tinha quando experimentou esta droga pela primeira vez ?	Usou esta droga nos <b>últimos 3 meses</b> ?	Usou esta droga nos <b>últimos 12 meses</b> ?	Quantas vezes você utilizou esta droga nos <b>últimos 30 dias</b> ?
--	--	--	---	---

ANFETAMÍNICOS  (Hipofagin®, Moderex®,  Dualid S®, Pervetin®,  Fórmula para emagrecer	1	SIM	1	Nunca experimentei	1	Sim	1	Sim	1	Não usei
			2	Eu tinha _____ anos					2	Menos de 1 vez por semana
	2	NÃO	3	Não Lembro	2	Não	2	Não	3	1 ou mais vezes por semana
			4	Diariamente					4	2 ou 3 vezes por dia
			5	2 ou 3 vezes por dia					5	4 ou mais vezes por dia
			6	4 ou mais vezes por dia					6	4 ou mais vezes por dia

DROGAS SINTÉTICAS  (METANFETAMINA, GHB, ETC)	1	SIM	1	Nunca experimentei	1	Sim	1	Sim	1	Não usei
			2	Eu tinha _____ anos					2	Menos de 1 vez por semana
	2	NÃO	3	Não Lembro	2	Não	2	Não	3	1 ou mais vezes por semana
			4	Diariamente					4	2 ou 3 vezes por dia
			5	2 ou 3 vezes por dia					5	4 ou mais vezes por dia
			6	4 ou mais vezes por dia					6	4 ou mais vezes por dia

27- Durante os últimos três meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou ?

(CIRCULE APENAS UMA RESPOSTA POR SUBSTÂNCIA)

<b>Frequência</b>	<b>NUNCA</b>	<b>1 OU 2 VEZES</b>	<b>MENSALMENTE</b>	<b>SEMANALMENTE</b>	<b>DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS</b>
<b>Álcool</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>6</b>
<b>Tabaco e derivados</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>6</b>
<b>Maconha/Haxixe/Skank</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>6</b>
<b>Solventes Inalantes</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>6</b>
<b>Cocaína</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>6</b>
<b>Alucinógenos</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>6</b>
<b>Cetamina®</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>6</b>
<b>Chá de Ayahuasca</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>6</b>
<b>Ecstasy</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>6</b>
<b>Esteróides Anabolizantes</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>6</b>
<b>Tranquilizantes/Ansiolíticos</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>6</b>
<b>Sedativos ou Barbitúricos</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>6</b>
<b>Analgésicos opiáceos</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>6</b>
<b>Xaropes a Base de Codeína</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>6</b>
<b>Anticolinérgicos</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>6</b>
<b>Heroína</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>6</b>
<b>Anfetaminas</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>6</b>
<b>Drogas sintéticas</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>6</b>

28 - Durante os últimos três meses, com que frequência você teve forte desejo ou urgência em consumir (a primeira drogas, depois a segunda droga, etc. ) ?(CIRCULE APENAS UMA RESPOSTA POR SUBSTÂNCIA)

<b>Frequência</b>	<b>NUNCA</b>	<b>1 OU 2 VEZES</b>	<b>MENSALMENTE</b>	<b>SEMANALMENTE</b>	<b>DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS</b>
<b>Álcool</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Tabaco e derivados</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Maconha/Haxixe/Skank</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Solventes Inalantes</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Cocaína</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Alucinógenos</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Cetamina®</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Chá de Ayahuasca</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Ecstasy</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Esteróides Anabolizantes</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Tranquilizantes/Ansiolíticos</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Sedativos ou Barbitúricos</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Analgésicos opiáceos</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Xaropes a Base de Codeína</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Anticolinérgicos</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Heroína</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Anfetaminas</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Drogas sintéticas</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

29 - Durante os últimos três meses, com que frequência o seu consumo da (a primeira droga, depois a segunda droga, etc. ) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro ?(CIRCULE APENAS UMA RESPOSTA POR SUBSTÂNCIA)

<b>Frequência</b>	<b>NUNCA</b>	<b>1 OU 2 VEZES</b>	<b>MENSALMENTE</b>	<b>SEMANALMENTE</b>	<b>DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS</b>
<b>Álcool</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Tabaco e derivados</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Maconha/Haxixe/Skank</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Solventes Inalantes</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Cocaína</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Alucinógenos</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Cetamina®</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Chá de Ayahuasca</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Ecstasy</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Esteróides Anabolizantes</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Tranquilizantes/Ansiolíticos</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Sedativos ou Barbitúricos</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Analgésicos opiáceos</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Xaropes a Base de Codeína</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Anticolinérgicos</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Heroína</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Anfetaminas</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Drogas sintéticas</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>



30 - Durante os últimos três meses, com que frequência, por causa de seu uso (a primeira drogas, depois a segunda droga, etc. ) você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você ?

(CIRCULE APENAS UMA RESPOSTA POR SUBSTÂNCIA)

<b>Frequência</b>	<b>NUNCA</b>	<b>1 OU 2 VEZES</b>	<b>MENSALMENTE</b>	<b>SEMANALMENTE</b>	<b>DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS</b>
<b>Álcool</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>Tabaco e derivados</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>Maconha/Haxixe/Skank</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>Solventes Inalantes</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>Cocaína</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>Alucinógenos</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>Cetamina®</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>Chá de Ayahuasca</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>Ecstasy</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>Esteróides Anabolizantes</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>Tranquilizantes/Ansiolíticos</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>Sedativos ou Barbitúricos</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>Analgésicos opiáceos</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>Xaropes a Base de Codeína</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>Anticolinérgicos</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>Heroína</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>Anfetaminas</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>Drogas sintéticas</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>

31 - Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso da ( primeira drogas, depois a segunda droga, etc.) ?(CIRCULE APENAS UMA RESPOSTA POR SUBSTÂNCIA)

<b>Frequência</b>	<b>NÃO NUNCA</b>	<b>SIM ULTIMOS 3 meses</b>	<b>NÃO NOS ULTIMOS 3 MESES</b>
<b>Álcool</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>Tabaco e derivados</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>Maconha/Haxixe/Skan k</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>Solventes Inalantes</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>Cocaína</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>Alucinógenos</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>Cetamina®</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>Chá de Ayahuasca</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>Ecstasy</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>Esteróides Anabolizantes</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>Tranquilizantes/Ansiolíti cos</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>Sedativos ou Barbitúricos</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>Analgésicos opiáceos</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>Xaropes a Base de Codeína</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>Anticolinérgicos</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>Heroína</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>Anfetaminas</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>Drogas sintéticas</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>

32 - Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (a primeira drogas, depois a segunda droga, etc.) e não conseguiu?(CIRCULE APENAS UMA RESPOSTA POR SUBSTÂNCIA)

Frequência	NÃO NUNCA	SIM ULTIMOS 3 meses	NÃO NOS ULTIMOS 3 MESES
Álcool	0	6	3
Tabaco e derivados	0	6	3
Maconha/Haxixe/Skan k	0	6	3
Solventes Inalantes	0	6	3
Cocaína	0	6	3
Alucinógenos	0	6	3
Cetamina®	0	6	3
Chá de Ayahuasca	0	6	3
Ecstasy	0	6	3
Esteróides Anabolizantes	0	6	3
Tranquilizantes/Ansiolíti cos	0	6	3
Sedativos ou Barbitúricos	0	6	3
Analgésicos opiáceos	0	6	3
Xaropes a Base de Codeína	0	6	3
Anticolinérgicos	0	6	3
Heroína	0	6	3
Anfetaminas	0	6	3
Drogas sintéticas	0	6	3
<b>ASSIST RESULTADOS</b>			

**OBRIGADA PELA PARTICIPAÇÃO!**

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A - DOCUMENTO EXPLICATIVO ENTREGUE A PRO-REITORIA  
DE ENSINO POR OCASIÃO DA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA  
APLICAÇÃO DA PESQUISA**

**APÊNDICE A**  
**O USO DE DROGAS ENTRE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DOS CURSOS DA**  
**ÁREA DA SAÚDE DE UMA UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA**  
**Pesquisadora: Marciane C. Pereira Santos**

**Orientador: Prof. Dr. Carlos José Serapião**

**Co-orientadora: Selma Cristina Franco**

**Vínculo: Mestrado em Saúde e Meio Ambiente**

**Objetivo Geral:** Realizar estudo epidemiológico do uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes universitários da área da saúde em uma universidade comunitária de Joinville

**Objetivos Específicos:** Quanto ao uso de tabaco, álcool e outras drogas entre estudantes universitários da área da saúde:

- Levantar prevalência;
- Caracterizar o padrão de uso;
- Comparar o padrão de uso de ingressantes com o de formandos;

**Metodologia:** Será realizado estudo epidemiológico transversal exploratório. Devido ao tema da pesquisa, serão tomados todos os cuidados para o mínimo de exposição e identificação dos sujeitos participantes. Serão sensibilizados os Chefes de Departamentos da área da saúde, os professores e os estudantes. Os professores poderão ceder espaço de suas aulas para preenchimento do questionário. A coleta de dados será feita pela pesquisadora, em sala de aula, sem a presença do professor. Todos os alunos presentes em sala de aula serão convidados a participar, mediante assinatura do TCLE.

**Sujeitos:** A população é composta de estudantes universitários, matriculados nos primeiros e últimos anos dos cursos de Educação Física (bacharel e licenciatura), Farmácia, Medicina, Psicologia e Odontologia

**Instrumento:** Para coleta de dados será adotado um questionário adaptado do instrumento usado pela Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (2010). Este questionário é auto aplicável, estruturado, com perguntas fechadas, onde os sujeitos apenas circularão a resposta correta.

**Previsão de Aplicação da Pesquisa – Abril a Julho**

**Contatos:** Marciane : e-mail:marcianepsi@gmail.com, Fones: 3439 6444/ Cel.: 99784582

**APÊNDICE B - CARTA DE APRESENTAÇÃO ENTREGUE AOS CHEFES DE  
DEPARTAMENTOS**

## APÊNDICE B

Joinville, 18 de março de 2013.

Prezado Prof.....

Chefe de Departamento de

Seu curso foi selecionado para fazer parte da pesquisa “**O Uso de Drogas entre estudantes universitários de cursos da área da saúde de uma universidade comunitária**”, que será realizada por mim, Marciane Cleuri Pereira Santos, mestranda em Saúde e Meio Ambiente, orientanda do Prof. Dr. Carlos José Serapião e da Profa. Dra. Selma Cristina Franco.

A pesquisa tem como objetivo quantificar a prevalência do uso de álcool, tabaco e outras drogas, dos estudantes matriculados nos primeiros e últimos anos dos cursos da área da saúde da Univille.

Como instrumento de pesquisa será adotado um questionário, aplicado aos estudantes coletivamente no ambiente de sala de aula, tendo uma duração prevista de 40 minutos.

Peço sua colaboração no sentido de viabilizar a realização do estudo indicando o melhor horário a ser aplicado, sensibilizando os professores a cederem espaço para tal e sensibilizando os estudantes alvos da pesquisa. Esclareço que o referido projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Univille.

Agradeço antecipadamente pela colaboração e coloco-me à sua disposição para eventuais esclarecimentos.

Fone: 3439-6444 ou e-mail: [marcianepsi@gmail.com](mailto:marcianepsi@gmail.com)

Marciane Cleuri Pereira Santos



**APÊNDICE C - TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRES ESCLARECIDO ENTREGUE  
AOS ALUNOS POR OCASIÃO DA APLICAÇÃO DA PESQUISA**

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada “**Padrão de Uso de Drogas entre estudantes de cursos da Área de Saúde de uma Universidade Comunitária**”, desenvolvida pela pesquisadora **Marciane Cleuri Pereira Santos**, aluna da Turma 11 do Mestrado em Saúde e Meio Ambiente da Univille”.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária e apresenta riscos mínimos, sendo que a pesquisadora procurará evitar quaisquer danos. Você poderá se recusar ou desistir em qualquer fase da pesquisa, não será penalizado de forma alguma. Está assegurado a você o direito de recusar-se a responder às questões que ocasionem constrangimentos de alguma natureza.

Os benefícios desta pesquisa serão de ordem pessoal, científica e institucional, visto que o estudo contribuirá para o conhecimento da realidade no que diz respeito ao uso drogas e os fatores associados entre universitários da área da saúde. Você será esclarecido sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. A pesquisadora manterá sua identidade em sigilo. Os resultados deste estudo poderão ser apresentados por escrito ou oralmente em congressos e revistas científicas. A sua participação no preenchimento dos questionários será de suma importância para o cumprimento do objetivo da pesquisa.

Em caso de dúvida, você poderá contatar a pesquisadora através do telefone 3439-6444, ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Univille no seguinte endereço: Rua Paulo Malschitzki, 10 - Campus Universitário – Bairro Zona Industrial – CEP: 89.219-710 Bloco B, sala B 31– Joinville – SC.

Após ser esclarecido sobre as informações da pesquisa, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

#### CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_  
estou suficientemente informado e concordo em participar como voluntário da pesquisa descrita acima.

Joinville, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

Pesquisadora responsável: MarcianeCleuri Pereira Santos

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVILLE. Endereço – Rua Paulo Malschitzki, 10 - Bairro Zona Industrial - Campus Universitário – CEP 89219-710 Joinville – SC ou pelo telefone (47) 3461-9235.