## HELENA DEMÉTRIO GASPARINI

# USO DE DROGAS ENTRE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
CAMPO GRANDE – MS
2003

### HELENA DEMÉTRIO GASPARINI

# USO DE DROGAS ENTRE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do título de *mestre em Psicologia* do Programa de Mestrado em Psicologia - Área de concentração: Comportamento Social e Psicologia da Saúde, da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), sob orientação do Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza.

CAMPO GRANDE – MS 2003

## BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Curso de Mestrado em Psicologia - Área de concentração: Comportamento Social e Psicologia da Saúde. Centro de Pesquisa, Pós-Graduação e Extensão da Universidade Católica Dom Bosco. Data 16 de agosto 2003.

Orientador: Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza

Membros:		
of.	Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza (UCl	
	Prof. Dr. Dorgival Caetano (Unicamp)	
Pro	of. <sup>a</sup> Dr. <sup>a</sup> Angela Elizabeth Coêlho (UCDB	

### Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus filhos, testemunhos vivos da bondade divina; são a razão, o orgulho e o incentivo da minha vida.

Aos amigos queridos, que sabem fazer da sua amizade, a alegria da minha existência.

Aos colegas de sempre, parceiros na nossa luta e irmãos nos caminhos da vida.

A todos aqueles que me deram a oportunidade de realizar uma ação preventiva, me fazendo envolver, cada vez mais, nessa responsabilidade social.

### **AGRADECIMENTOS**

Ao meu Pai Maior e Guia, meu Deus.

Ao Prof. Dr. Elisaldo Carlini, pela sua atenção valiosa a essa pesquisa e sua indicação do Dr. Galduróz para orientação, na fase inicial do curso.

Ao Prof. Dr. José Carlos Galduróz, pelo seu apoio e valorização ao desenvolvimento profissional; pelo seu exemplo de simplicidade, como cientista competente e amigo.

Ao Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza, pelo seu interesse e dedicação, nesta orientação do Mestrado; pela sua determinação e profissionalismo.

Ao Dr. Luiz Salvador, pela sua experiência profissional, motivando o objeto da pesquisa, e indicando o CEBRID/Escola Paulista de Medicina, nesse planejamento.

À Prof<sup>a</sup>. Maria Helena, pela sua paciência e suporte profissional, na análise de dados e nos resultados desse trabalhoso levantamento.

À Prof<sup>a</sup>. Ivanilde, pelo seu apoio profissional, transmitindo as bases para a metodologia do trabalho.

À UCDB, na pessoa do Magnífico Reitor, Pe. José Marinoni, pelo apoio e confiança na proposta preventiva.

Aos professores e funcionários que apoiaram e auxiliaram na pesquisa.

Aos estudantes que participaram, direta e anonimamente, nesse levantamento, tendo confiança na ética desse trabalho.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Angela Elizabeth Coêlho e ao Prof. Dr. Dorgival Caetano, doutores examinadores nas minhas bancas de qualificação e defesa do mestrado, pela honra de suas presenças e apreciações.

Aos meus filhos, Gustavo e Márcia Maria, pelo incentivo aos meus estudos e trabalhos; pelas suas conquistas que muito me orgulham.

Aos meus queridos, nora Eliane e genro João Eduardo, pela alegria que trazem ao meu coração, no amor aos meus filhos;

À amiga Mariza, auxiliando na aplicação da pesquisa.

Às colegas Tânia, Claudia e Silvia, profissionais habilidosas e companheiras de muitos anos nessa jornada.

À colega Oriene, pela atenção competente ao Projeto "Ações à Saúde do Acadêmico" (ASA)

À Rosilange, pela formatação e padronização dessa Dissertação.

### Cancioneiro

Há doenças piores que as doenças
Há dores que não doem, nem na alma
Mas que são dolorosas mais que as outras;
Há angústias sonhadas mais reais
Que as que a vida traz; há sensações
Sentidas só com imaginá-las
Que são mais nossas que a própria vida.

Há tanta coisa que, sem existir, Existe; existe demoradamente, E demoradamente é nossa, e nós...

Por sobre o verde turvo do amplo rio
Os circunflexos brancos das gaivotas...
Por sobre a alma o adejar inútil
Do que não foi, nem pode ser, e é tudo;
Dá-me mais vinho, porque a vida é nada!
(Fernando Pessoa, 1914)

### **RESUMO**

Esse estudo objetivou conhecer a tendência do uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, entre estudantes universitários, para dar subsídios à implantação de um programa de prevenção e qualidade de vida na Universidade Católica Dom Bosco -(UCDB), em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Foi realizado um levantamento epidemiológico entre 1.026 estudantes de graduação dessa instituição, no período de 04 a 19 de novembro de 1999. Foi aplicado um questionário de autopreenchimento, com o anonimato do entrevistado, levando-se em conta o relato e não, propriamente, o consumo de drogas pelos estudantes universitários. Na análise dos resultados, para as drogas em geral, houve o relato de maior uso das drogas lícitas, na vida, no ano, e no mês, com o álcool apresentando as maiores porcentagens de uso, seguido pelo tabaco. O uso pesado de álcool por 9,45% dos estudantes e de tabaco por 9,55% dos estudantes, indica o uso de risco. Na sequência de maior uso, na vida, destacaram-se os solventes, a maconha, os anfetamínicos e ansiolíticos. Observa-se na análise estatística, um maior uso de ansiolíticos, na vida, pelo sexo feminino e, no sexo masculino, um maior uso de álcool, no mês. pelos relatos nessa pesquisa, com uso frequente e pesado para o álcool e o tabaco e, de uso ocasional de drogas, nas faixas mais jovens, se confirma a importância das universidades estabelecerem programas de prevenção e intervenção. O uso de drogas é um problema de saúde pública, que requer constantes estudos.

Palavras-chave: drogas; consumo; estudantes universitários; prevenção.

### **ABSTRACT**

The study in hand sought to reveal the tendency for the use of licit and illicit drugs among university students in order to provide information for the implantation of a prevention and quality of life program at the Universidade Católica Dom Bosco -(UCDB), in Campo Grande, Mato Grosso do Sul. An epidemiological survey was carried out among 1,026 undergraduate students at this institution from November 4th to 19th, 1999. Each student anonymously and voluntarily filled out individual questionnaires. It was taken into account the information given by the university students and not the actual use of drugs by them. In the analysis of the results, for drugs in general, there was a greater use of licit drugs reported, throughout life, annually, and monthly, with alcohol presenting the greatest percentages of use followed by tobacco. The heavy use of alcohol by 9.45% of the students and tobacco by 9.55% of the students indicates a level of risk. In sequence of greater use throughout life, solvents, marijuana, amphetamines and tranquillizers stood out. It was observed, from the statistical analysis, a greater use of tranquillizers throughout life by females, and males had a greater monthly use of alcohol. The greater use of solvents annually and monthly was within the age groups 17-19 years and 20-24 years. According to the results in this research, the frequent and heavy use of alcohol and tobacco, and the experimentation and occasional use of drugs in the younger age groups, confirmed the importance for drug prevention and intervention programs at the universities. The use of drugs is a public health problem that requires on going studies.

Key words: drugs; use; university students; prevention.

### LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIPEME Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado

ABP Associação Brasileira de Psiquiatria

ABRAÇO Associação Brasileira Comunitária e de Pais na Prevenção ao uso de Drogas

AIDS /SIDA Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APA (American Psychiatry Association) Associação Americana de Psiquiatria

ASA Ações à Saúde do Acadêmico

BDZ Benzodiazepínico

CEAD Conselho Estadual Antidrogas

CEBRID Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CID Classificação Internacional de Doenças

CONEN Conselho Estadual de Entorpecentes

COPRED Comissão de Programas Educativos de Prevenção ao uso indevido de Drogas

CSAT Center for Substance Abuse Treatment

DMT Dimetiltriptilina

DSM Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais

DST Doença Sexualmente Transmissível
HIV Vírus da Imunodeficiência Humana
LSD Dietilamida do Ácido Lisérgico
MDMA Metilenodioxidometanfetamina

NEPAD Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao uso de Drogas

NIDA National Institute for Drug Abuse
OMS Organização Mundial de Saúde
PNAD Política Nacional Antidrogas
SED Secretaria de Estado de Educação

SPSS Statistical Package Social Sciences
UCDB Universidade Católica Dom Bosco

UDI Usuário de Droga Injetável

UNESCO Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNESP Universidade Estadual de São Paulo UNIFESP Universidade Federal de São Paulo

USP Universidade de São Paulo WHO World Health Organization

# LISTA DE NOTAÇÕES

dp desvio-padrão

 $\chi^2$  teste do qui-quadrado

p valor de p

GL graus de liberdade

### LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição das freqüências simples e relativas do consumo das drogas, e as
categorias de usuários, entre 1026 estudantes universitários da UCDB67
Tabela 2: Distribuição das freqüências simples e relativas do consumo das drogas, na vida,
entre universitários da UCDB segundo o sexo
Tabela 3: Distribuição das freqüências simples e relativas ao consumo de drogas, na vida,
entre estudantes universitários da UCDB, segundo a faixa etária69
Tabela 4: Distribuição das freqüências simples e relativas do consumo de drogas, na vida,
entre estudantes universitários da UCDB, segundo a classe social70
Tabela 5: Distribuição das freqüências simples e relativas do recebimento de orientação na
família e o uso de drogas, na vida, entre estudantes universitários da UCDB71
Tabela 6: Distribuição das freqüências simples e relativas do consumo de drogas, na vida,
entre estudantes universitários da UCDB, segundo a orientação recebida na
escola
Tabela 7: Distribuição das freqüências simples e relativas do consumo de drogas, no ano,
entre estudantes universitários da UCDB, segundo o sexo
Tabela 8: Distribuição das freqüências simples e relativas do consumo de drogas, no ano,
entre estudantes universitários da UCDB, segundo a faixa etária74
Tabela 9: Distribuição das freqüências simples e relativas do consumo de drogas, no ano,
entre estudantes universitários da UCDB, segundo a classe social
Tabela 10: Distribuição das freqüências simples e relativas do consumo de drogas, no ano,
e entre estudantes universitários da UCDB, segundo a orientação recebida na
família
Tabela 11: Distribuição das freqüências simples e relativas do consumo de drogas, no ano,
entre estudantes universitários da UCDB, segundo a orientação recebida na
escola
Tabela 12: Uso de tabaco na vida em relação ao sexo
Tabela 13: Uso de tabaco na vida em relação à faixa etária
Tabela 14: Uso de tabaco na vida em relação à classe social
Tabela 15: Valor do Qui-Quadrado entre as classes sociais para o uso de tabaco na vida 78

Tabela 16: Uso do tabaco no ano em relação ao sexo	79
Tabela 17: Uso do tabaco no ano em relação à faixa etária	79
Tabela 18: Valor do Qui-quadrado entre as faixas etárias para o uso de tabaco no ano	79
Tabela 19: Uso de tabaco no ano em relação à classe social	80
Tabela 20: Valor do Qui-quadrado entre as classes sociais para o uso de tabaco no ano	80
Tabela 21: Uso de tabaco no mês em relação ao sexo	81
Tabela 22: Uso de tabaco no mês em relação à faixa etária	81
Tabela 23: Uso de tabaco no mês em relação à classe social	81
Tabela 24: Valor do Qui-quadrado entre as classes sociais para o uso de tabaco no mês	82
Tabela 25: Uso de álcool na vida em relação ao sexo	82
Tabela 26: Uso de álcool na vida em relação à faixa etária.	83
Tabela 27: Uso de álcool na vida em relação à classe social	83
Tabela 28: Valor do Qui-quadrado entre as classes sociais para o uso de álcool na vida	83
Tabela 29: Uso de álcool no ano em relação ao sexo	84
Tabela 30: Uso de álcool no ano em relação à faixa etária	84
Tabela 31: Uso de álcool no ano em relação às classes sociais	84
Tabela 32: Valor do Qui-quadrado entre as classes sociais para o uso de álcool no ano	85
Tabela 33: Uso de álcool no mês em relação ao sexo	85
Tabela 34: Uso de álcool no mês em relação à faixa etária	85
Tabela 35: Uso de álcool no mês em relação à classe social	86
Tabela 36: Valor do Qui-quadrado entre as classes sociais para o uso de álcool no mês	86
Tabela 37: Uso de maconha na vida em relação ao sexo	86
Tabela 38: Uso de maconha na vida em relação à faixa etária	87
Tabela 39: Uso de maconha na vida em relação à classe social	87
Tabela 40: Valor do Qui-quadrado entre as classes sociais para o uso de maconha na v	ida87
Tabela 41: Uso de maconha no ano em relação ao sexo	88
Tabela 42: Uso de maconha no ano em relação à faixa etária	88
Tabela 43: Valor do Qui-quadrado entre as faixas etárias para o uso de maconha no an	o . 88
Tabela 44: Uso de maconha no ano em relação à classe social	89
Tabela 45: Uso de maconha no mês em relação ao sexo	89
Tabela 46: Uso de maconha no mês em relação à faixa etária	89
Tabela 47: Uso de maconha no mês em relação à classe social	90

Tabela 48: Uso de cocaína na vida em relação ao sexo	90
Tabela 49: Uso de cocaína na vida em relação à faixa etária	90
Tabela 50: Uso de cocaína na vida em relação à classe social	91
Tabela 51: Uso de cocaína no ano em relação ao sexo	91
Tabela 52: Uso de cocaína no ano em relação à faixa etária	91
Tabela 53: Uso de cocaína no ano em relação à classe social	92
Tabela 54: Uso de cocaína no mês em relação ao sexo	92
Tabela 55: Uso de cocaína no mês em relação à faixa etária	92
Tabela 56: Uso de cocaína no mês em relação à classe social	93
Tabela 57: Uso de anfetamínicos na vida em relação ao sexo	93
Tabela 58: Uso de anfetamínicos na vida em relação à faixa etária	93
Tabela 59: Uso de anfetamínicos em relação à classe social	94
Tabela 60: Uso de anfetamínicos no ano em relação ao sexo	94
Tabela 61: Uso de anfetamínicos no ano em relação à faixa etária	94
Tabela 62: Uso de anfetamínicos no ano em relação à classe social	95
Tabela 63: Uso de anfetamínicos no mês em relação ao sexo	95
Tabela 64: Uso de anfetamínicos no mês em relação à faixa etária	95
Tabela 65: Uso de anfetamínicos no mês em relação à classe social	96
Tabela 66: Uso de solventes na vida em relação ao sexo	96
Tabela 67: Uso de solventes na vida em relação à faixa etária	96
Tabela 68: Valor do Qui-quadrado entre as faixas etárias para o uso de solventes na vid	a 97
Tabela 69: Uso de solventes na vida em relação à classe social	97
Tabela 70: Valor do Qui-quadrado entre as classes sociais para o uso de solventes na vi	da97
Tabela 71: Uso de solventes no ano em relação ao sexo	98
Tabela 72: Uso de solventes no ano em relação à faixa etária	98
Tabela 73: Valor do Qui-quadrado entre as faixas etárias para o uso de solventes no ano	.98
Tabela 74: Uso de solventes no ano em relação à classe social	99
Tabela 75: Valor do Qui-quadrado entre as classes sociais para o uso de solvente no ano	o.99
Tabela 76: Uso de solventes no mês em relação ao sexo	. 100
Tabela 77: Uso de solventes no mês em relação à faixa etária	. 100
Tabela 78: valor do Qui-quadrado entre as faixas etárias para o uso de solvente no mês	. 100
Tabela 79: Uso de solventes no mês em relação às classes sociais	. 101

Tabela 80: Uso de ansiolíticos na vida em relação ao sexo	101
Tabela 81: Uso de ansiolíticos na vida em relação à faixa etária	101
Tabela 82: Uso de ansiolíticos na vida em relação às classes sociais	102
Tabela 83: Uso de ansiolíticos no ano em relação ao sexo	102
Tabela 84: Uso de ansiolíticos no ano em relação à faixa etária	102
Tabela 85: Uso de ansiolíticos no ano e a relação entre as classes sociais	103
Tabela 86: Uso de ansiolíticos no mês em relação ao sexo	103
Tabela 87: Uso de ansiolíticos no mês em relação à faixa etária	103
Tabela 88: Uso de ansiolíticos no mês em relação às classes sociais	104

# **SUMÁRIO**

APRESENTAÇÃO	17
1. INTRODUÇÃO	19
1.1 EPIDEMIOLOGIA: CONSUMO DE DROGAS NO BRASIL E A POLÍTICA	
NACIONAL ANTIDROGAS	20
1.1.1 DROGAS: DEFINIÇÃO, CLASSIFICAÇÃO E PADRÃO DE USO	24
1.1.2 CONSUMO DE DROGAS ENTRE ESTUDANTES DO BRASIL	
1.1.3 ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS E TENDÊNCIA DE USO DE DROGAS	35
1.2 DROGAS: CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS E ANTROPOLÓGICAS	38
1.2.1 DROGAS NA ADOLESCÊNCIA: FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO	41
1.3 PREVENÇÃO: MODELOS E POSSIBILIDADES DE APLICAÇÃO	45
1.3.1 NÍVEIS E PAPÉIS DA PREVENÇÃO	49
1.3.2 EDUCAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA: PROGRAMAS DE PREVENÇÃO	52
2. OBJETIVOS	55
2.1. OBJETIVO GERAL	56
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	56
3. MATERIAL E MÉTODOS	58
4. RESULTADOS	
4.1 TABELAS E ANÁLISES	67
4.2 COMPARAÇÃO DO USO DE DROGAS ENTRE GRUPOS	77
4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA	104
5. DISCUSSÃO	105
6. CONCLUSÃO	114
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
ANEXOS	125

### **APRESENTAÇÃO**

A experiência sistemática com o ensino de técnicas preventivas ao uso indevido de drogas, na coordenação da Comissão de Programas Educativos de Prevenção (COPRED/SED), da Secretaria de Estado de Educação de Mato Grosso do Sul, no Conselho Estadual de Entorpecentes (CONEN), atualmente Conselho Estadual Antidrogas (CEAD/MS) e na direção de instituição filantrópica que atende aos dependentes de drogas (Associação Brasileira Comunitária e dos Pais na Prevenção ao Abuso de Drogas – ABRAÇO (MS), leva naturalmente um educador ao grande desafio que constitui o envolvimento com as ações preventivas ao uso indevido de substâncias psicoativas, em geral (GASPARINI, 1988).

O assunto Drogas e Prevenção é sedutor e dá muito entusiasmo a possibilidade da elaboração de um Projeto de Prevenção. De fato, constata-se na prática do dia-a-dia, a prevalência do uso de álcool e outras drogas no meio estudantil, sendo necessário o levantamento da situação local sobre o uso de drogas entre estudantes, no caso, de Iº e IIº graus. Expondo sobre o público-alvo desta pesquisa para a Reitoria da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, no início do Mestrado, em 1999, quando se solicitou a devida autorização para a aplicação dessa pesquisa na Universidade, foi sugerida a troca dos escolares de Iº e IIº graus para os estudantes universitários da mesma Instituição (UCDB). Essa proposta veio ao encontro das metas futuras de implantação de um programa de prevenção sobre uso de drogas nesta Universidade, uma vez que já se programava o projeto "Prevenção e Qualidade de Vida", inserido no Programa ASA (Ações à Saúde do Acadêmico) que se iniciava na UCDB. Com essa pesquisa realizada entre os estudantes universitários, dados importantes darão subsídios à estruturação de projetos de Educação Preventiva no âmbito das drogas, visando mudança de atitudes de risco no meio sócio-educativo, com destaque na qualidade de vida.

Estudantes universitários são considerados grupo especial de investimento científico no país, particularmente devido às funções que deverão exercer na sociedade em futuro próximo (ANDRADE et al., 1997). Em contrapartida, é este mesmo grupo jovem que está vulnerável aos fatores de risco, diante do contexto socioeconômico, com o uso das

drogas, principalmente as lícitas, bem amparadas pelas propagandas de bebidas alcoólicas, cigarro e medicamentos.

Essa atividade inicial, diagnóstica, segundo Bucher (1992), é a melhor estratégia para desenvolver um programa de prevenção de drogas e, em conseqüência, diminuir ou evitar seu uso em dada população. Programas de intervenção preventiva, qualquer que seja o seu teor, só terão possibilidade de êxito havendo conhecimento prévio das realidades em um determinado meio, com as implicações sócio-demográficas da população pesquisada, possibilitando uma visão racional da situação (CARLINI et al., 1990).

Este estudo não tem a pretensão de esgotar todas as possibilidades a respeito do tema "Droga", abrangente e complexo. Pretende-se determinar o índice de prevalência do uso de álcool e outras drogas entre os estudantes universitários da UCDB, para que este material possa ser analisado em discussão proveitosa, dando oportunidades a novas pesquisas e ações preventivas em favor da Educação e da Saúde. É relevante para fornecer subsídios a um Programa de Prevenção sobre drogas na Universidade, com uma diretiva psicossocial aos estudantes, para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos adequados a uma vida individual e coletiva de forma saudável.

# 1. INTRODUÇÃO

# 1.1 EPIDEMIOLOGIA: CONSUMO DE DROGAS NO BRASIL E A POLÍTICA NACIONAL ANTIDROGAS

O uso não médico de substâncias psicoativas pelos jovens brasileiros é um problema antigo e preocupante. No entanto, não existem trabalhos epidemiológicos precisos e abrangentes que forneçam dados para um diagnóstico nacional da situação (ALMEIDA FILHO et al., 1991; BONATES et al., 1991; CARLINI-COTRIM, 1987).

O objetivo da Epidemiologia é auxiliar na redução dos agravos à saúde e, para isto, tenta conhecer melhor a distribuição das doenças, ou seja, sua freqüência nos segmentos da população mais proporcionalmente afetados (segundo faixa etária, sexo, estado civil, renda, local de moradia, nível de instrução, situação ocupacional, história da doença atual e patológica pregressa). Segundo Passos (2002, p. 104-105), "É essencial que sejam gerados dados corretos e representativos da realidade que pretendem descrever para garantir a adequação das conclusões e políticas públicas a serem implementadas".

Nos últimos anos, a necessidade de estruturação de políticas públicas adequadas e racionais, fundamentadas em quadro confiável da nossa realidade, tem estimulado a realização de pesquisas entre a população estudantil do Brasil. Tal fato se aplica pela relativa facilidade de acesso organizado a essa população, mas também pelo questionável pressuposto de que seria, a juventude, o segmento da população que mais urgentemente estaria necessitando de intervenções nesse campo (CARLINI-COTRIM et al., 1993).

Segundo a *World Health Organization* (WHO, 1980), um dos fatores que torna o indivíduo mais propenso a usar drogas é o crescimento da oferta e o fácil acesso às drogas, associado à falta de informações adequadas, a uma saúde comprometida, à insatisfação com sua qualidade de vida e a uma personalidade deficientemente integrada (GALDURÓZ et al., 1997).

Entre as décadas de 1980 e 1990, alargou-se a expansão do narcotráfico e sua estruturação como crime organizado em situação transnacional, devido ao processo de globalização. Ao lado disso, o Brasil não só se intitulou corredor e rota por onde passava a droga, para ser exportada aos Estados Unidos e aos países da Europa; a partir daí o nosso

país transformou-se em um promissor mercado consumidor de drogas (VAISSMAN, 2002).

Desde a década de 1970 até aproximadamente o final de 1990, o Brasil possuía uma política de controle do uso indevido de drogas, mais direcionadas à repressão, envolvendo vários poderes do Estado e o Ministério da Justiça, com o extinto Conselho Federal de Entorpecentes – CONFEN, que se desdobrava sob a forma de Conselhos Estaduais e Municipais de Entorpecentes.

Com a criação da Secretaria Nacional Antidrogas e do Sistema Nacional Antidrogas, em 1998, do Gabinete Institucional de Segurança da Presidência da República, volta-se a atenção para traçar a política de redução de demanda de drogas, com as estratégias de prevenção, repressão, tratamento, reinserção social e redução de danos.

A Política Nacional Antidrogas (PNAD), no Brasil, passa a ter vigência em 2001, priorizando as diretrizes da Redução da Demanda, ao invés das ações, até então, repressivas e de segurança. Os Conselhos se denominam Municipais e Estaduais Antidrogas, formando a rede nacional para incentivar as quatro dimensões da ação antidrogas: Prevenção – Repressão – Tratamento, Recuperação, Reinserção Social – Redução de Danos.

A Redução de Danos é uma orientação do Programa de Doença Sexualmente Transmitida (DST)/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), aprovada em 1988 pelo Ministério da Saúde que encabeçou os programas de trocas de seringa, como forma de minimizar o risco de contaminação pelo Virus da Imunodeficiência Humana (HIV) em usuário de droga injetável (UDI), como também dos vírus B e C de hepatite, esta última podendo ser incapacitante e fatal.

Polemizada, no início da sua implantação, pela situação da troca de seringa ao usuário de droga injetável, contaminado com HIV, como incentivo ao consumo de substância psicoativa, atualmente tem se revelado uma política efetiva na saúde pública brasileira, que apresenta um dos mais avançados programas de prevenção da AIDS.

Segundo Vais sman (2002, p. 22),

No que toca à distribuição de casos na população brasileira no período de 1980-2001 observa-se que a contaminação pela via sexual ocupava o primeiro lugar com 53,3% e a contaminação pelo usuário de drogas injetáveis - UDI, vinha em segundo com 18,3%. No entanto, em decorrência da política de redução de danos e pela implantação e implementação de vários programas de trocas de seringas no país para os

UDI, houve uma redução altamente significativa passando de 3444 casos novos em 1991 i.e. 25,5% para 1768 i.e. 12,7% em 2000-2001; enquanto que a via sexual praticamente aumentou de 56,6% na década 1980-1990 para 67,2% nos mesmos anos.

O Brasil até 2001 ressentiu-se da ausência de dados nacionais sobre o consumo de drogas, lícitas e ilícitas, em todo o seu território, tendo levantamentos específicos e regionais, sobretudo de consumo entre estudantes.

A Secretaria Nacional Antidrogas viabilizou o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, de setembro a dezembro de 2001, com a assessoria do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID/UNIFESP - para a execução do levantamento, envolvendo 300 pessoas de todo o país, nessa pesquisa. O objetivo principal desse levantamento, em nível nacional, foi estimar a prevalência do uso ilícito de drogas, de álcool, de tabaco e o uso não médico de medicamentos psicotrópicos, além de esteróides anabolizantes. Esse estudo foi feito nas 107 cidades do Brasil, nas quais a população é superior a 200.000 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE,1995; os dados finais correspondem à Região do país.

Esse levantamento em Campo Grande, teve um coordenador e três aplicadores, em 4 setores censitários, com 24 entrevistas para cada setor. Toda a coleta de dados foi realizada em aproximadamente 35 dias, nas entrevistas domiciliares, respeitando os précritérios estabelecidos. A amostragem foi enviada ao CEBRID para leitura óptica dos dados, elaboração dos resultados finais e publicação, que aconteceu em 2002. Cidades do Centro-Oeste: Brasília, Anápolis,Goiânia, Campo Grande, Cuiabá e Várzea Grande, com os dados referentes ao uso na vida (fez uso pelo menos uma vez na vida):

USO NA VIDA: segundo Carlini; Galduróz et al., 2002, p. 192.

	no	vida	10/- 1
1 30	111	VIIIA	1 /01
000		, 100	( , , ,

Álcool	60,5	Xaropes (codeína)	2,5
Tabaco	34,0	Estimulantes	1,7
Maconha	5,0	Cocaína	1,4
Orexígenos	4,8	Merla	0,8
Solventes	4,6	Esteróides	0,6
Opiáceos	4,2	Crack	0,4
Benzodiazepínicos	2,7	Anticolinérgicos	0,2

Barbitúricos 0,1 Alucinógenos e Heroína ---

DEPENDENTES: % Região Centro-Oeste e I Levantamento Domiciliar/2001

### Dependência:

Álcool	10,4
Tabaco	9,0
Maconha	0,9

### DADOS ESPECÍFICOS DAS 107 CIDADES DO BRASIL:

### % de uso na vida (9 drogas mais usadas)

Álcool	68,7
Tabaco	41,1
Maconha	6,9
Solventes	5,8
Orexígenos	4,3
Benzodiazepínicos	3,3
Cocaína	2,3
Xaropes (codeína)	2,0
Estimulantes	1,5

### % DE DEPENDENTES:

### Dependência:

Álcool	11,2
Tabaco	9,0
Benzodiazepínicos	1,1
Maconha	1,0
Solventes	0,8
Estimulantes	0,4

A situação geográfica do Estado de Mato Grosso do Sul é uma área de risco com 1580 km de fronteira seca com o Paraguai e a Bolívia, já considerada rota internacional do narcotráfico, com fácil acesso às drogas na medida em que favorece o intenso trânsito

clandestino de substâncias psicoativas e de precursores nos dois sentidos das divisas territoriais (CONEN-MS, 1995).

A propósito, foi idealizado pela Secretaria Nacional Antidrogas e realizado em 2002 o "Projeto de Integração de Municípios Fronteiriços nos Programas de Redução da Demanda de Drogas", com a estreita colaboração de cinco países: Argentina, Bolívia, Brasil, Paraguai e Uruguai, beneficiando uma população aproximada de 615 mil pessoas. O Estado de Mato Grosso do Sul foi contemplado com dois municípios envolvidos: Corumbá e Ponta Porã, onde seis etapas desse Projeto mobilizaram as comunidades dessas cidades e dos países vizinhos, respectivamente, Bolívia e Paraguai, com suas cidades fronteiriças, nas ações preventivas ao uso de drogas. Foram desenvolvidas pesquisas de tendências de uso de substâncias psicoativas, nas escolas e hospitais; ministrados cursos de capacitação para professores e líderes comunitários, de ambos os países, e fórum de debates para a população participar com suas propostas. A partir desse evento, os Conselhos Municipais Antidrogas das cidades envolvidas, elaboraram o Plano Municipal Antidrogas, com a política da Redução da Demanda.

A participação direta na elaboração e execução desse Projeto de Fronteiras, como membro do Grupo Técnico Brasil e Bolívia, certifica, conforme Uchôa et al. (2002, p. 85).

Ao contrário do que se observa nos projetos (ou operações) relacionados à redução de oferta, realizados por colaboração internacional, nos quais o público-alvo é sempre o narcotraficante, o projeto que aqui estamos tentando se concentra na redução da demanda, cujo público-alvo é a sociedade, a maior vítima das drogas.

### 1.1.1 DROGAS: DEFINIÇÃO, CLASSIFICAÇÃO E PADRÃO DE USO

Ao longo do tempo, as palavras empregadas para descrever a droga, têm passado por importantes modificações. Na Grécia Antiga, a droga denominada **pharmakon** tinha duplo significado: remédio e veneno.

Segundo Nicastri (2002), a droga, por si só, não é boa nem má. Muitas substâncias são usadas para produzirem efeitos benéficos (como o tratamento de doenças), sendo consideradas medicamentos. Mas existem outras que provocam malefícios à saúde, os

venenos ou tóxicos; deve-se levar em conta que uma mesma substância pode ter a função de medicamento, em algumas situações, ou como tóxico, em outras.

Atualmente, a definição de droga, promovida pela Organização Mundial de Saúde – OMS, é qualquer substância natural ou sintética que, administrada por qualquer via no organismo, afete sua estrutura ou função. A droga é mais propriamente denominada substância psicoativa ou psicotrópica, porque atua sobre o cérebro, modifica seu funcionamento e altera as sensações, o grau de consciência ou outras funções psicológicas e comportamentais. Nem todas as substâncias psicoativas têm a capacidade de provocar dependência; entretanto, substâncias aparentemente inofensivas e presentes em muitos produtos de uso doméstico podem ter essa capacidade.

As substâncias listadas pela Classificação Internacional de Doenças, 10<sup>a</sup> Revisão (CID-10,1993), em seu Capítulo V (Transtornos Mentais e de Comportamento) incluem:

- álcool;
- opióides (morfina, heroína, codeína, diversas substâncias sintéticas);
- canabinóides (maconha);
- sedativos ou hipnóticos (barbitúricos, benzodiazepínicos);
- cocaína;
- outros estimulantes (incluindo a cafeína);
- alucinógenos;
- tabaco:
- solventes voláteis.

Em meados de 1950 a OMS, catalogou o uso dessas substâncias que conduzem à dependência como doença, pois elevam de forma dramática a morbidade e a mortalidade nas populações. Conforme Sucar (2002), é importante observar o processo de adoecer, pois há um tempo para a doença se estabelecer no indivíduo. Inicialmente, o uso da droga é experimental, depois ocasional, habitual e, por fim, a síndrome de dependência. O quadro clínico varia conforme a substância usada, a dosagem, a duração do uso, o tempo transcorrido desde a última dose, a presença ou ausência de tolerância e/ou comorbidade psiquiátrica ou clínica.

A classificação das drogas é fundamental para se compreender o seu desenvolvimento, seus mecanismos de ação e efeitos.

Quanto à origem, as drogas se classificam em:

- Naturais: algumas plantas contêm drogas psicoativas, sendo esta matériaprima utilizada diretamente como droga ou extraída e purificada. Alucinógenos como o cogumelo e a trombeteira, são consumidos em forma de chá, e exemplos desse grupo;
- 2. Semi-sintéticas: são resultados de reações químicas realizadas em laboratório nas drogas naturais. É o caso da maconha, da cocaína/pasta de coca/"crack", do tabaco e do álcool. Algumas delas são produzidas em escala industrial como as bebidas alcoólicas e o cigarro;
- 3. Sintéticas: são produzidas, somente, por manipulações químicas em laboratório e não dependem, para sua fabricação, de substâncias vegetais ou animais como matéria-prima. Como exemplos, a dietilamida do ácido lisérgico-LSD e o *Ecstasy*; na categoria de droga sintética incluem-se também os calmantes e os barbitúricos, fabricados pela indústria farmacêutica com finalidade médica.

Existem várias classificações das drogas, desenvolvidas por vários autores, quanto aos mecanismos de ação no sistema nervoso central. Baseada na compreensão de como as drogas produzem os respectivos efeitos, esta classificação do pesquisador francês Chaloult (1971) é muito simples e didática:

- 1. Depressores: promovem uma redução das atividades cerebrais e uma diminuição do ritmo de suas ações e das funções orgânicas de modo geral; como consequência dessa ação, há uma tendência de ocorrer uma diminuição da atividade motora, da reatividade à dor e da ansiedade, sendo comuns um efeito euforizante inicial e um aumento de sonolência, posteriormente (principais exemplos: álcool, barbitúrico, ansiolítico, opióide, solvente ou inalante);
- 2. Estimulantes: aumentam a velocidade do processo cerebral, o que traz como conseqüências um estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos (principais exemplos: cocaína/"crack"/pasta de coca, anfetamina, nicotina e cafeína).
- 3. **Perturbadores:** provocam alterações no funcionamento cerebral, que resultam em vários fenômenos psíquicos anormais, entre os quais, delírios e

alucinações (daí essas drogas receberem, por vezes, a denominação alucinógenas). Em linhas gerais, define-se alucinação como uma percepção sem objeto, ou seja, a pessoa vê, ouve ou sente algo que realmente não existe. Delírio, por sua vez, pode ser definido como um falso juízo da realidade, ou seja, o indivíduo passa a atribuir significados anormais aos eventos que ocorrem à sua volta. "Esse tipo de fenômeno ocorre de modo espontâneo em certas doenças mentais denominadas psicoses, razão pela qual essas drogas também são chamadas psicotomiméticas" (NICASTRI, 1996, p. 34), (principais exemplos: maconha, LSD (dietilamida do ácido lisérgico), cogumelo (psilocibina), jurema (*Mimosa hostilis*, que sintetiza a dimetiltriptilina ou DMT) e o caapi e a chacrona (Banisteriopsis caapi e Psychotryia virides, respectivamente, plantas utilizadas conjuntamente sob a forma de uma bebida que é ingerida no ritual do Santo Daime ou Culto da União Vegetal e várias outras seitas). Segundo Nicastri (1996), essas drogas citadas são consideradas como alucinógenos primários, pois produzem seus efeitos psíquicos em doses que praticamente não alteram qualquer outra função no organismo. Outras drogas, por sua vez, somente são capazes de induzir efeitos alucinógenos em doses que afetam de maneira importante outras funções, sendo consideradas alucinógenos secundários, no caso, os anticolinérgicos. São diversas substâncias derivadas de plantas ou sintetizadas em laboratório, produzindo efeitos sobre o psiquismo quando utilizadas em grandes doses, provocando alterações de funcionamento em diversos sistemas biológicos (principais exemplos: plantas do gênero Datura, conhecidas como trombeteira, saia branca, que produzem atropina e escopolamina; também certos medicamentos como o tri-hexafenidil, a diciclomina e o biperideno). É interessante destacar a classificação do Ecstasy, produzido a partir de uma substância chamada metilenodioxidometanfetamina (MDMA), proibido no Brasil e em outros países a partir de 1985. É uma substância alucinógena, mas que guarda semelhança com as anfetaminas, apresentando também propriedades estimulantes (SUCAR, 2002).

As drogas, em relação aos aspectos legais, podem ser classificadas em lícitas e ilícitas:

- Lícitas ou legais são as substâncias comercializadas livremente, de forma legal, podendo ou não estar submetidas a algum tipo de limitação de sua comercialização, como a bebida alcoólica, tabaco (venda proibida a menores), ou alguns medicamentos que só podem ser adquiridos sob prescrição médica especial. O álcool, o tabaco e a cafeína são as drogas lícitas mais conhecidas e de uso praticamente universal; a legalidade do álcool e do tabaco no Brasil é restrita a indivíduos com idade superior a 18 anos, e em alguns Estados há regulamentação de lei, também, para a cola de sapateiro (solvente).
- Ilícitas ou ilegais são aquelas cuja produção, comercialização e consumo são considerados crime, sendo proibidos por leis específicas, como a maconha, o haxixe, a cocaína/"crack"/pasta de coca, a LSD, o Ecstasy, o lança-perfume).

Os efeitos das drogas no sistema nervoso central podem ser classificados em:

- Efeitos agudos: sintomas de curta duração, que ocorrem durante o uso da droga;
- Efeitos crônicos: sintomas de longa duração, que ocorrem depois do uso da droga, em geral, após uso prolongado.

Os efeitos das drogas também podem ser separados em:

- Efeitos somáticos: sintomas que se manifestam no organismo;
- Efeitos psíquicos: sintomas que se manifestam na mente.

Alguns usuários de drogas se acostumam aos efeitos de determinadas substâncias, precisando aumentar sucessivamente a dose para obter o efeito desejado – isto é conhecido como **tolerância**. Esse estado leva o indivíduo a consumir cada vez mais a substância psicoativa ou a recorrer a substâncias diferentes, para obter o efeito desejado. A tolerância não ocorre para todos os efeitos da droga; o usuário pode aumentar a quantidade de droga consumida, chegando a doses que seriam letais para usuários ocasionais (FRANÇA; HOFFMANN; ODO, 2002).

A **dependência** caracteriza-se pela necessidade de repetidas doses para o usuário sentir-se bem ou para evitar sensações ruins. Ela se define por um conjunto de sintomas

cognitivos, comportamentais e psicológicos que indicam o prejuízo no controle do uso, mesmo tendo conhecimento das consequências adversas.

Segundo a definição da OMS, de 1993, **Síndrome de Dependência** trata-se de um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou uma classe de substâncias passa a ser uma prioridade para o indivíduo. As principais preocupações estão relacionadas à droga: como conseguir, onde usar, com quem usar, e outras. Entre os fenômenos fisiológicos, a tolerância e a abstinência são os mais importantes desta definição, no entanto, não podem ser considerados necessários ou suficientes para o diagnóstico da dependência. Para a OMS, na 10<sup>a</sup> Revisão da Classificação Internacional da Doença (CID-10), uma pessoa só pode ser considerada dependente, se o seu nível de consumo incorrer em pelo menos três dos sintomas abaixo, entre os seis critérios, ocorrendo conjuntamente e de forma repetida, nos últimos doze meses, que antecedem o diagnóstico (DUARTE & MORIHISA, 2002, p. 71):

- forte desejo ou compulsão para consumir a substância;
- comprometimento da capacidade de controlar o início, término ou níveis de uso, evidenciado pelo consumo frequente em quantidades ou períodos maiores que o planejado ou por desejo persistente ou esforços infrutíferos para reduzir ou controlar o uso;
- estado fisiológico de abstinência quando o uso é interrompido ou reduzido, como evidenciado pela síndrome de abstinência característica da substância ou pelo uso desta ou similar para aliviar ou evitar tais sintomas;
- evidência de tolerância aos efeitos, necessitando de quantidades maiores para obter o efeito desejado ou estado de intoxicação ou redução acentuada destes efeitos com o uso continuado da mesma quantidade;
- preocupação com o uso, manifestado pela redução ou abandono das atividades prazerosas ou de interesse significativo por causa do uso ou do tempo gasto em obtenção, consumo e recuperação dos efeitos;
- uso persistente, a despeito de evidências claras de conseqüências nocivas, evidenciadas pelo uso continuado quando o sujeito está efetivamente consciente (ou espera-se que esteja) da natureza e extensão dos efeitos nocivos.

Muitos usuários se mantêm dependentes, mesmo quando os efeitos das drogas não são mais prazerosos, ou não respondem às necessidades psíquicas do indivíduo. A **síndrome de abstinência** se caracteriza por um conjunto de sintomas desagradáveis que se manifestam quando o usuário suspende total ou parcialmente o uso de uma droga, consumida há algum tempo. Alguns fatores contribuem para isso: tipo de droga, a personalidade do indivíduo, quantidade de droga usada e o tempo de uso.

O uso de drogas, de acordo com a OMS pode ser classificado (GALDUROZ; NOTO; CARLINI, 1997):

- uso na vida quando a pessoa fez uso de qualquer substância psicoativa, pelo menos uma vez na vida; pode se considerar, uso experimental;
- uso no mês ou recente quando a pessoa utilizou droga(s) pelo menos uma vez nos trinta dias que antecederam à consulta;
- uso no ano, quando a pessoa utilizou droga(s) pelo menos uma vez nos doze meses que antecederam à consulta;
- uso frequente, quando a pessoa utilizou droga(s) seis ou mais vezes nos trinta dias que antecederam à consulta;
- uso de risco, padrão de uso ocasional, repetido ou persistente, que implica em alto risco, de dano futuro à saúde física ou mental do usuário, mas que ainda não resultou em significantes efeitos mórbidos orgânicos ou psicológicos;
- uso prejudicial, padrão de uso que já causa dano à saúde, físico e/ou mental.

Os padrões de uso foram bem definidos por Bertolote (1997), como se segue:

- uso experimental: simplesmente os primeiros episódios de uso, sem freqüência ou persistência;
- uso recreativo: uso em circunstâncias sociais ou relaxantes, sem implicações de outros problemas relacionados, embora haja os que discordem, opinando que, no caso da droga ilícita, não seja possível este padrão devido às implicações legais relacionadas;
- uso controlado: refere-se à manutenção de um uso regular, não compulsivo e que não interfere com o funcionamento habitual do indivíduo. Termo também controverso, pois se questiona se determinadas substâncias permitem tal padrão;

 uso social: pode ser entendido de forma literal como o uso em companhia de outras pessoas e de maneira socialmente aceitável, mas também é usado de forma imprecisa querendo indicar os padrões acima definidos.

Os termos "uso nocivo ou abuso" podem ser entendidos como um padrão de uso onde aumenta o risco de conseqüências prejudiciais para o usuário. Na CID-10 o termo "uso nocivo" é utilizado como aquele que resulta em dano físico ou mental. O termo "abuso" aparece no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM-IV*, definido de forma mais precisa e considerando também conseqüências sociais de uso problemático, na ausência de compulsividade e fenômenos como tolerância e abstinência (DUARTE & MORIHISA, 2002).

A Organização Mundial de Saúde recomenda, ainda, a seguinte classificação em relação às pessoas que podem utilizar substâncias psicotrópicas:

- não usuário nunca utilizou drogas;
- usuário leve utilizou drogas, mas no último mês, o consumo não foi diário ou semanal;
- usuário moderado utilizou drogas semanalmente, mas não diariamente, no último mês;
- usuário pesado utilizou drogas diariamente no último mês.

Os transtornos por uso de substâncias psicoativas, com todas as suas características e conseqüências biopsicossociais apresentam-se na atualidade como um grave problema de saúde pública.

#### 1.1.2 CONSUMO DE DROGAS ENTRE ESTUDANTES DO BRASIL

A disponibilidade da droga é um fator quase determinante na prevalência do consumo desta entre os adolescentes. Os jovens consomem o que está à mão, o mais disponível; eles querem obter o efeito, independente de que tipo seja (SCIVOLETTO & FERREIRA, 2002, p. 117).

As informações sobre consumo de substâncias psicoativas no Brasil, até há alguns anos, baseavam-se em estatísticas policiais ou hospitalares, dando destaque às drogas ilícitas e nenhum interesse ao sério problema do uso e abuso de drogas lícitas.

A preocupação com o uso de drogas psicotrópicas entre jovens estudantes é freqüente em várias partes do mundo. A magnitude desse uso pode ser verificada por meio de pesquisas epidemiológicas e com esses estudos se permite a estruturação de políticas públicas adequadas e racionais e são internacionalmente reconhecidas como úteis (GALDURÓZ, 1997).

Alguns estudos isolados e regionalizados, no Brasil, têm caracterizado a preocupação com o uso de drogas entre estudantes (ZANINI et al.,1977; COSTA et al., 1979; MURAD, 1979; BUCHER & TOTUGUI, 1987; CARLINI-COTRIM, 1987; PECHANSKY & SOIBELMAN, 1992; GALVÃO et al., 1993; MUZA & COSTA, 1993; SOUZA, 1996).

A mais abrangente sondagem de caráter nacional com estudantes de I e II graus, em quatro levantamentos nos anos de 1987, 1989, 1993 e 1997, foi realizada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID – Escola Paulista de Medicina. Segundo Galduróz et al. (1997), esses estudos foram realizados no sentido de configurar o diagnóstico e o perfil do uso de drogas entre estudantes, possibilitando a implantação de políticas preventivas adequadas, evitando-se distorções que surgem ne ste campo. Esses quatro levantamentos foram realizados em dez capitais brasileiras: Belém, Belo Horizonte, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Salvador, São Paulo e Rio de Janeiro, escolha essa por representarem a categoria de Regiões Metropolitanas, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 1992, com exceção ao Distrito Federal.

Esses levantamentos permitiram evidenciar as preferências de uso de drogas, pelos jovens estudantes, bem como estudar o padrão de uso de cada droga separadamente, além de tendências de aumentos, estabilidade ou diminuição de uso para cada droga, ao longo dos dez anos de pesquisa.

No caso, a síntese dos resultados obtidos (GALDURÓZ; NOTO; CARLINI, 1997, p. 15), para melhor visualização, e posterior comparação, desses levantamentos realizados no Brasil em dez anos: entre os estudantes de I e II graus pesquisados, o álcool (bebida alcoólica) é a droga de maior uso, muito à frente do segundo colocado, que é o tabaco, com as taxas de prevalência de uso freqüente (seis vezes ou mais no mês) para álcool e tabaco se mostrando altas, sendo 15% e 6,2% respectivamente.

Embora haja legislação específica na proibição de propagandas sobre o álcool, no rádio e na televisão, além da proibição da venda de bebidas alcoólicas a menores de dezoito anos de idade, quase ninguém respeita as leis nesses aspectos, sobressaindo o álcool como uma droga legalizada e seu consumo aceito pela sociedade.

Apesar da intensa campanha do Ministério da Saúde sobre os fabricantes de cigarros e nas campanhas preventivas sobre os riscos do seu uso, o tabaco mantém a segunda colocação no consumo entre os estudantes, com a tendência de uso equilibrado entre os sexos.

Os solventes ou inalantes, depois do álcool e do tabaco, sempre apareceram em maior prevalência de consumo, muito à frente da maconha, excetuando-se em Porto Alegre, onde esta última droga é mais consumida do que os solventes.

Só a maconha, embora apareça na ordem decrescente após o álcool, tabaco e solventes, no consumo entre os estudantes, mostra unanimidade de crescimento de uso em todas as dez capitais pesquisadas. O uso freqüente (uso de seis vezes ou mais ao mês) e o uso pesado (uso de vinte vezes ou mais ao mês) cresceram de maneira significante.

Na ordem de uso, surgem os medicamentos psicotrópicos, que podem causar dependência no uso não médico. Apesar do controle existente para a sua comercialização, estão entre as drogas mais consumidas os ansiolíticos, onde em nove capitais brasileiras, a prevalência se deu para o sexo feminino, com uma possível explicação dos pesquisadores, como um comportamento transmitido de mãe para filha.

Outros medicamentos são os anfetamínicos, de significativo consumo entre estudantes do sexo feminino, na explicação que poderia ser aventada da exigência social para a silhueta feminina, com o padrão de magreza.

O uso da cocaína está se popularizando entre os estudantes e bem distribuído nas dez capitais estudadas. O uso pesado (vinte vezes ou mais no mês) apresentou aumento de tendência de uso em oito capitais e, destacando outros indicadores estatísticos, como internações hospitalares e apreensões de cocaína feita pela Polícia Federal, os estudantes passam a fazer uso significativo dessa droga. O pó (cocaína propriamente dita) é mais usado e, com menos intensidade, produtos dela derivados: a pasta de coca (pasta-base), o "crack" e a "merla".

Outras drogas aparecem com reduzida prevalência de uso, algumas de forma setorializada como os anticolinérgicos e orexígenos, com tendência de crescimento em seu

uso em algumas capitais. Segundo os mesmos pesquisadores, essas substâncias são relegadas ao segundo plano nas campanhas de prevenção ao uso de drogas.

São as taxas de prevalência de uso frequente, excetuando-se álcool e tabaco: solventes (1,3%), maconha (1,1%) ansiolíticos (0,7%), anfetamínicos (0,7%) e cocaína (0,4%).

Conforme Silva (2002, p. 66), "Pesquisa recente da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO", veiculada no Jornal Zero Hora, de Porto Alegre, no dia 2 de julho de 2001, aponta: "Segundo os dados obtidos, 15% dos adolescentes do Rio e de Porto Alegre revelaram que usam ou usaram drogas ilícitas, como maconha, cocaína, "crack" e cola. Fortaleza, com 2%, é a capital onde menos alunos admitiram usar ou ter usado drogas ilegais. A pesquisa mostra que os alunos têm sua primeira experiência com drogas pouco antes dos quinze anos. O que mais impressionou os responsáveis pela pesquisa foi o fato de 4% dos estudantes entrevistados em Porto Alegre e 3% dos do Rio e Brasília terem revelado que já usaram drogas injetáveis". Esse levantamento foi realizado com 16,6 mil pessoas, incluindo professores e pais, onde se procurou, além das informações sobre consumo de drogas, também sobre comportamento sexual e o nível de informação sobre prevenção da AIDS e de DSTs, entre os jovens.

Um estudo em 1997, desenvolvido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao uso de Drogas – NEPAD – da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, avaliou 3.139 estudantes de I e II Graus, comparando uso experimental ao longo da vida com o uso habitual (últimos 30 dias). Álcool e tabaco foram as drogas de maior consumo, na vida (77,7% e 34,9% respectivamente), seguidas pela ordem: solventes (9,2%), tranqüilizantes (7,1%), maconha (6,3%) e cocaína (1,9%), todas com tendência significativa de diminuição no uso habitual. Segundo Marques e Cruz (2000), entre os fatores que estimulam o uso de drogas, os mais importantes são as emoções e os sentimentos associados a intenso sofrimento psíquico, como depressão, culpa, ansiedade exacerbada e baixa auto-estima. Os fatores de risco para o uso de drogas, incluem aspectos culturais, interpessoais, psicológicos e biológicos.

Um levantamento com 2.410 estudantes de I e II Graus se realizou em Pelotas, Rio Grande do Sul, em 1998, onde as substâncias mais consumidas, alguma vez na vida, foram: álcool (86,8%), tabaco (41,0%), maconha (13,9%), solventes (11,6%), ansiolíticos

(8,0%), anfetamínicos (4,3%) e cocaína (3,2%), concluindo alta, a prevalência de experimentação de drogas, em adolescentes escolares (TAVARES et al., 2001).

Em Florianópolis,Santa Catarina, foi realizada uma pesquisa com 478 estudantes de I e II Graus com prevalência do álcool na vida (86,8%), maconha (19,9%), solventes (18,2%) e anfetamínicos (8,4%). A chance das moças usarem remédios para emagrecer ou ficarem acordadas, foi o dobro da chance para os rapazes e, quanto ao uso de tranqüilizantes, quase o triplo. Os garotos tinham um risco quase duas vezes maior de uso de solvente do que as garotas (BAUS et al., 2002).

A importância da iniciativa de realizar pesquisa com jovens, dá-se pela observação, através de estudos de consumo de drogas nas diversas faixas etárias, de que a juventude é a parcela da população que está mais vulnerável ao seu uso, principalmente pelas características próprias da idade. Estudos demonstram que nessa faixa etária ocorre maior número de alterações comportamentais e problemas psicológicos, quando do uso de drogas (KANDEL et al, 1982). Além do que, quanto mais cedo as pessoas com problemas de drogas são assistidas, menos é o custo social e maior a possibilidade de que esta intervenção seja eficaz (HOLDER & BLOSE, 1986).

### 1.1.3 ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS E TENDÊNCIA DE USO DE DROGAS

A respeito do consumo de drogas pelos estudantes universitários, repete-se o mesmo panorama, sendo encontrados na literatura dados de prevalência de uso na vida (uso pelo menos uma vez na vida), das diversas substâncias psicoativas, com variações significativas de um estudo para outro (BRENES et al., 1986; CARVALHO, 1986; CURY, 1984; SILVA et al., 1985; MAGALHÃES et al., 1991).

Algumas pesquisas entre estudantes do ensino superior, entre 1974 e 1986, foram realizadas "com metodologias pouco confiáveis e, sobretudo, com instrumentos de colheita de dados (questionários e outros) não validados" (BUCHER, 1992, p. 14).

Somente a partir de 1986 as investigações passam a ser mais cuidadosas com as definições das amostras e do padrão de uso, tendo como instrumento um questionário elaborado pela Organização Mundial de Saúde e devidamente adaptado no Brasil, sendo o mesmo utilizado em nosso levantamento, com algumas complementações feitas pelo

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, CEBRID/Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP.

Dados publicados na Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria (MESQUITA; BUCARETCHI; CASTEL; ANDRADE, 1995), registram o consumo de diversas substâncias psicoativas, entre os universitários, variando a porcentagem do álcool de 2,2% a 82%; do tabaco com prevalência em torno de 35%; uso da maconha de 9,3% a 52%; dos solventes de 7,8% a 28% e do uso da cocaína, na porcentagem de 1,6% a 10%. Quanto aos medicamentos psicotrópicos de uso não médico, aparecem os tranqüilizantes de 2,9% a 25% e as anfetaminas de 2% a 17,1%.

Em relação à situação internacional, o quadro é bastante diferente dos dados nacionais. Pesquisas realizadas em vinte e três escolas médicas dos Estados Unidos constatou prevalências de uso na vida de 98% de álcool; a maconha com 66% e depois o tabaco com 55%; 32% de cocaína; 22% de anfetaminas e 19% tranqüilizantes (BRENES et al., 1986; CARVALHO, 1986; CURY, 1984; SILVA et al., 1985; MAGALHÃES et al., 1991).

Em 1990 foi feito o levantamento com estudantes universitários da faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São Paulo, excluindo-se álcool e tabaco, sendo relatado o maior percentual de consumo para os solventes, seguido por maconha, medicamentos prescritos, cocaína e alucinógenos (BOSKOVITZ et al., 1995).

Com o objetivo de um maior entendimento da situação de uso não médico de substâncias psicoativas em estudantes de Medicina do Brasil e a fim de subsidiar um programa de prevenção ao abuso de álcool e outras drogas para ser desenvolvido na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP, foram realizados levantamentos nos anos de 1991, 1992 e 1993, dando enfoque nos dados de comportamentos e atitudes frente ao uso de drogas, entre os estudantes desta faculdade. Nos três anos pesquisados os resultados indicam, quanto ao tipo de substância utilizada pelos estudantes, em ordem decrescente, das seguintes substâncias psicoativas: álcool, (85,5%), tabaco (19,8%), maconha (15,2%), solventes (13,3%) e tranqüilizantes (7,5%). A análise dos pesquisadores, referente aos últimos trinta dias (mês) e últimos doze meses (ano) de uso das drogas, nos três anos consecutivos de pesquisa, demonstra diferenças quanto à prevalência dessas substâncias, sugerindo algumas drogas, como tranqüilizantes, álcool e alguma outra droga, ser maior nos últimos anos do curso de Medicina (ANDRADE et al., 1995).

Um levantamento foi realizado entre 1994 e 1995 com estudantes universitários do 1º ao 6º ano de graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, comparada com outras oito escolas médicas paulistas, totalizando 3.725 pesquisados. Segundo Andrade et al. (1999), não houve diferenças estatisticamente significantes entre escolas e, no uso habitual (últimos 30 dias) a prevalência do uso de drogas para os estudantes de Botucatu foi a seguinte, com a variação entre outras escolas mostrada entre parênteses: álcool 50% (42-50%); tabaco 7% (7-13%); solventes 8% (7-12%); maconha 6% (6-16%); benzodiazepínicos (BZD) 3% (2-9%); cocaína 0,5% (0,2%-4%); anfetaminas 1% (0-1%). Os resultados indicam que o uso de drogas, em geral, foi favorecido por: a) ser homem; b) perder aulas sem razão e referir ou ter muito tempo livre nos finais de semana; e c) ter uma atitude favorável em relação ao uso de álcool e drogas.

As pesquisas realizadas nas universidades brasileiras indicam a importância e a necessidade dos programas de prevenção sobre drogas para os estudantes do curso superior (BORINI et al., 1989; ANDRADE et al., 1995; BOSKOVITZ et al., 1991). Com a predominância indiscutível do consumo de álcool, em todos os estudos, seguido do tabaco, solventes e medicamentos psicotrópicos, com variações conforme a faixa etária, leva-nos a concluir que os "programas de prevenção, por conseguinte, deverão insistir sobre o fato de que as drogas lícitas também são psicotrópicas, com mecanismos de ação semelhantes; deverão desenvolver ações não somente junto aos estudantes, mas também às famílias e à classe médica, no sentido de moralizar o uso indevido e as prescrições desnecessárias de medicamentos psicoativos [...]" (BUCHER, 1992, p. 22).

Instituições como a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1992) e pesquisadores (CARLINI et al., 1987), têm observado que a eficácia de programas de prevenção de drogas depende do conhecimento prévio das condições ambientais e a características sócio-demográficas da população-alvo e do seu padrão de consumo de drogas. São essas informações que irão definir o tipo de intervenção que deve ser realizada no campo da prevenção (primária, secundária ou terciária).

# 1.2 DROGAS: CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS E ANTROPOLÓGICAS

A evolução histórica registra o uso milenar das drogas em diversos contextos sociais: religioso, medicinal, místico, artístico, intelectual, militar, esportivo e outros. Sua ocorrência é caracterizada como um fenômeno cultural e todas as sociedades tiveram e têm as suas drogas, sejam lícitas ou ilícitas. Os limites entre as drogas lícitas (álcool, tabaco, solventes, medicamentos) e as drogas ilícitas (maconha, cocaína, heroína, LSD, "crack" e outras) não são absolutos, mas convencionais, arbitrários, sujeitos a relatividade cultural e histórica (BUCHER,1992).

Há quase que uma impossibilidade de separação conceitual bem definida do que seriam drogas ilícitas ou lícitas, uma vez que tal distinção não se prende, fundamentalmente, a critérios técnicos, cintíficos ou farmacológicos, pois estes apresentam amplas flutuações nos diversos contextos socioculturais (EDWARDS, 1981).

Enquanto em muitos países islâmicos o consumo de álcool é ilícito e severamente punido pelas leis do Corão, livro sagrado dos muçulmanos, o mesmo não acontece ao haxixe, cujo consumo é pelo menos tolerado. No Ocidente tais normas claramente se invertem (LIMA, 1997).

A legalidade ou não de uma substância, em um determinado contexto sociocultural, não é determinado pelos prejuízos que ela traz à saúde individual ou coletiva (pois todas trazem, se usadas de forma indevida), mas obedece a grandes interesses econômicos e políticos. É o caso das bebidas alcoólicas, do tabaco e dos medicamentos, cujo consumo é incentivado pela sociedade, apesar do pesado ônus econômico e social que acarreta a essa mesma sociedade.

A possibilidade de controlar sensações ampliou-se extraordinariamente na sociedade moderna, embora tenha existido desde épocas muito remotas. Mas, por que o homem usa drogas? Qual o sentido que a droga teve no passado e tem no presente para o homem?

Segundo Bucher (1989) a função da droga na vida das pessoas, através dos tempos, tem oscilado entre:

- procurar formas de transcendência, na tentativa de entrar em contato com forças sobrenaturais, através de experiências religiosas e místicas;
- superar a angústia existencial; fugir à consciência da mortalidade e transitoriedade; anestesiar a dor, o sofrimento;
- buscar o prazer.

O ser humano jamais, em qualquer cultura, viveu apenas a dimensão real do cotidiano. O sonho, a interpretação e a formação de imagens oníricas tiveram tal influência que todas as culturas desenvolveram formas de transcendências, sempre regulamentadas socialmente, em que o uso de drogas tinha o seu lugar bem definido. A substância psicoativa era privilégio de pitonisas, xamãs, vestais, sacerdotes, outras denominações desses magos que prediziam o futuro, que percebiam o mundo de uma forma diferenciada, para além do imediatamente conhecido na dimensão do possível.

A história do uso da coca (*Erythroxylon coca*) se origina desde 600 d.C., podendo ser ainda mais antiga. Segundo Milby (1988), a civilização inca, que dominava o que é hoje a Bolívia, Colômbia, Perú e Equador, embora acreditasse que a droga tinha origem divina e exaltava seu uso e cultivo, foi dizimada pelo uso da própria coca. Escavações arqueológicas revelaram múmias de índios sul-americanos enterrados com suprimentos de folhas de coca. Somente no século XIX é que foi isolada a cocaína, alcalóide obtido da folha da coca, sob a forma de pequenos cristais, a partir dos quais Niemann em 1859, determinou a fórmula química.

Sobre a <u>Cannabis sativa</u>, talvez a referência mais antiga data de 2.700 a.C., aproximadamente, onde um tratado chinês de farmacologia atribui o seu uso, a um imperador, sob a forma de medicamento (BRECHER, 1972). Desde a antiguidade, seus efeitos inebriantes eram conhecidos, como provam as beberagens cerimoniais dos sacerdotes indianos. No século XIX, os médicos ingleses da Índia, introduziram-na no continente europeu (BERGERET et al., 1991).

Foram encontrados escritos do cultivo da papoula (*Papaver Somniferum*) e do preparo do ópio em tábuas de argila deixadas pelos sumérios na Mesopotâmia, datados de 4.000 a 7.000 a.C., por vários especialistas, sob a forma de dois ideogramas, um representando uma planta e outro, a alegria. O ópio era o símbolo da planta da felicidade (BERGERET et al., 1991). O ópio foi usado na China como medicamento e, mais tarde, como substituto de alimentos em período de fome (MILBY, 1988).

Em todas as épocas os homens valeram-se de produtos para modificar sua consciência, explorar seu ego de maneira mais profunda e descobrir as fontes de uma felicidade verdadeira. Segundo Olievenstein (1984), até hoje as sociedades sempre deram um jeito para "digerir" o que as ameaçava e continuar sobrevivendo.

A história recente do uso de drogas na sociedade ocidental está vinculada ao fenômeno da Contracultura. O movimento *beat*, com particular impacto no mundo das artes, foi o precursor de uma transformação social que mobilizou, inicialmente, a juventude americana, paralelamente à guerra do Vietnã, com intensa repercussão em boa parte do mundo, especialmente entre os jovens europeus e latinos .

A originalidade da Contracultura residia no enfoque que dava ao aperfeiçoamento e liberdade individuais associadas às preocupações sociais mais ou menos sistemáticas. É nesse quadro que se desenvolveu um modo peculiar de uso de drogas.

Conforme Velho (1997), as substâncias psicoativas, nesse contexto, teriam um caráter liberador em face da repressão social, sendo contestadas, dessa forma, diferentes autoridades como a da família e a do Estado. A vida comunitária jovem rebelde tem como eixos a valorização de um erotismo assumido e uma liberdade sexual exaltada, criando um estilo de contestação como símbolo de reação ao consumismo da sociedade de massas.

A expressão mais conhecida desses valores foi o movimento *hippie*, com seus vários subgrupos e linhagens. O uso de marijuana, haxixe, maconha e variantes foi o pilar básico na relação do mundo *hippie* com as drogas. O LSD, os cogumelos e diversos tipos de alucinógenos também foram consumidos, permitindo diferentes tipos de combinações. De um modo geral, enfatizava-se o uso comunitário das drogas, onde se destacavam, no Brasil, a maconha e o LSD, tendo a primeira se disseminado entre as camadas médias jovens.

O uso de drogas no movimento *hippie* e na Contracultura, tanto no mundo em geral, como no Brasil, estava associado a uma bandeira pacifista com flores e música, onde as pessoas se dividiam entre o gosto pelos *Beatles*, por rock e também por canções e peças musicais de denúncia política, mais diretamente ligada à vivência brasileira. No contexto político-social, a cultura jovem dos anos sessenta queria se excluir do sistema social e político vigente, e criar um mundo novo, onde se pudesse ter novas formas de pensar, de se comportar, de sentir, de se relacionar com o mundo e com as outras pessoas.

Mas o "sonho acabou", os *hippies* emudeceram, sufocados pela sociedade capitalista que não podia permitir outro estado de consciência, que colocasse em risco os valores do sistema, como lucro e racionalismo. As drogas continuaram a fazer adeptos entre os jovens, agora com outros sentidos, não mais o revolucionário contestador, o "power flower" na vida comunitária; a busca da droga, na vida moderna, tem por característica a busca do prazer imediato.

Desta forma, diz Caldeira (1997), o abuso de drogas verificado nos últimos anos e suas conseqüências na vida do indivíduo e da sociedade, pode estar denunciando comportamentos funcionais e/ou reativos a determinadas situações vivenciadas.

Segundo Bucher (1995), esse fenômeno situa-se no centro dos conflitos da sociedade, produzido por ela e resultante dos seus modos desequilibrados e injustos de se organizar e se valorizar; não é um problema periférico, localizado apenas nos subúrbios ou entre os infratores da ordem pública.

O assustador crescimento da violência e desordem social, em geral, nos últimos vinte e cinco anos, sem dúvida, altera o quadro do período anterior, pois as drogas passam a se tornar o incentivo para o desenvolvimento de um tráfico incontido e do crime organizado, afetando a vida das nossas cidades e, de uma maneira geral, as relações sociais no Brasil (VELHO, 1997).

Os reflexos disso se propagam nas famílias e nas escolas que, desinformadas e com visões equivocadas sobre o fenômeno do abuso de drogas, tornam-se impotentes diante das manifestações de protesto e pedidos de ajuda de seus jovens. A isso tudo somam-se as pesquisas sobre o consumo de drogas, com os resultados indicando que o uso começa geralmente na adolescência e na juventude e vem ocorrendo em idade cada vez mais cedo (FREITAS, 2002).

# 1.2.1 DROGAS NA ADOLESCÊNCIA: FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO

Atualmente, considera-se a adolescência como um período de transformação que não é, obrigatoriamente, de transtorno, embora possam surgir problemas para alguns.Dessa forma, nem toda adolescência é problemática, e nem todo jovem recorre, necessariamente, à droga para aliviar seus conflitos e dificuldades. Essa diferença no modo de entender a

adolescência mostra que existem conceitos obscuros, sobre o que é, na verdade, viver essa etapa. É comum se ouvir afirmações sobre a adolescência que, na verdade, nada mais são do que mitos, que representam idéia falsa, sem correspondência na realidade. Grande parte dos problemas dos adolescentes não é conseqüência da adolescência, e sim, da sua realidade familiar e social (FREITAS, 2002).

Outro mito em relação à droga e a adolescência e juventude, é que o uso abusivo de droga é quase exclusivamente escolha da população masculina; atualmente, a população feminina é grandemente afetada. Outra idéia falsa é que as drogas sempre dão prazer, porém, elas podem causar sensações desagradáveis, sendo frequente se ver pessoas intoxicadas com bebidas alcoólicas ou outras substâncias psicoativas.

Qual é o motivo para um adolescente usar drogas? A questão é ampla e a resposta não é simples; não se conhece um motivo que, isolado, seja causador ou determinante de uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. A adolescência é um processo, na maioria das vezes, provocador de angústias e incertezas, levando o jovem a buscar sua própria identidade. Nesta busca, pode surgir como possibilidade de identificação, o uso de álcool e outras substâncias psicoativas. Para alguns adolescentes, o uso ocasional de drogas será apenas parte do seu processo de desenvolvimento, podendo parar quando do seu amadurecimento, sem a necessidade de um tratamento específico. Entretanto, outros jovens podem criar tolerância ao uso de drogas, mostrando características que indicam uso problemático e anormal, interrompendo o processo normal da adolescência e trazendo graves conseqüências, que, se não abordadas devidamente, permanecerão na vida adulta.

Alguns fatores favorecem o desenvolvimento da drogadependência: o tipo de droga, a disponibilidade, a busca do prazer, da emoção, da fuga da realidade, da alegria, a necessidade de pertencer e ser aceito pelo grupo de referência, de contestar a família e a sociedade, a onipotência juvenil, a baixa auto-estima, os hábitos familiares como o uso e o abuso de medicamentos sem prescrição médica, tabaco e/ou álcool, a perda de laços familiares, as mudanças constantes de residências com perda de vínculos de vizinhança, a violência urbana, a repetência ou o insucesso escolar, carência de necessidades básicas.

Segundo Lescher e Bedoian (2002), para o jovem, em geral, estar inserido neste mundo não é apenas, ir para a escola, ter moradia ou um trabalho. Os adolescentes denunciam que querem mais. Solicitam uma inserção cultural, em compartilhar de bens culturais e também do seu consumo.

Um pensar sobre o mundo e sobre si mesmo. Daí ser importante oferecer aos jovens, de todas as classes sociais, alternativas realmente interessantes, por educadores bem formados e conscientes da sua missão de extrema responsabilidade. É por isso que projetos coerentes com os desejos criativos dos jovens, conseguem aderência e respostas muito positivas. Percebe-se que o enfoque da droga vai ficando em segundo plano, à medida que sobressaem a autonomia e o crescimento pessoal.

Buzzi (1997), que estudou a orientação ética da juventude italiana de 15 a 29 anos de idade, procurou ver se os jovens adotam certos comportamentos, entre os quais o consumo de drogas, como socialmente criticável, se consideram, por sua vez, um fato admissível e se o colocariam em prática, isto é, procurou compreender as fronteiras para o desvio. O uso de drogas, segundo o autor, é percebido pelo jovem como uma escolha criticada pelas normas sociais, embora pessoalmente, nas normas individuais, consideremse mais tolerantes do que a sociedade em que vivem, o que mostra uma certa distância deles em relação ao padrão do que é legítimo pelo mundo adulto. A conclusão desse trabalho determina que a proximidade com as drogas é um fenômeno aberto a qualquer jovem, e que o uso ocasional de substâncias psicoativas não é mais marginal, transformando-se em experiência normal.

Na ação preventiva com os adolescentes e a juventude, em geral, tanto nas entrevistas de orientação, quanto em oficinas de prevenção para multiplicadores, o préteste aplicado responde, em sua maioria, que a onipotência juvenil isenta de riscos, o uso de droga, podendo experimentá-la sem comprometimentos; indica o controle sobre o uso de álcool, sendo possível parar o uso quando quiser, assim como a maconha, considerada por eles, como droga "leve", natural.

A OMS, em 1991, estabeleceu como fatores de risco: saúde deficiente, a ausência de conhecimentos do efeito das drogas, personalidade frágil e facilidade na obtenção das drogas.

O que existe, de fato, são situações de vida que favorecem ou que inibem o uso indevido de drogas. As que aumentam a probabilidade de uso de drogas são chamadas de fatores de risco e as que diminuem esta probabilidade se denominam fatores de proteção.

Esses fatores são condições que podem estar presentes no indivíduo, na família, na escola, entre os companheiros e na comunidade, não tendo caráter determinante. Eles simplesmente aumentam ou diminuem, em intensidade diferente, a probabilidade de uma

situação ocorrer ou mesmo se agravar. Os fatores de proteção e os fatores de risco devem ser considerados de forma conjunta e equilibrada entre o que constitui risco e o que oferece proteção para o jovem. Conhecer esses fatores contribui para mudar o curso de um acontecimento que poderia colocar um adolescente em risco.

Conforme Freitas (2002), os fatores presentes no indivíduo são de natureza genética, existencial, emocional, psicológica e comportamental. Pode-se falar em fatores de risco quando o jovem apresenta, entre outras, as seguintes características: é filho de pais dependentes de drogas; iniciou as atividades sexuais precocemente; tem propensão à depressão e ansiedade; teve experiência precoce com as drogas e apresentou comportamento contrário às normas e às regras na infância. A mesma autora confirma os fatores de proteção presentes quando o adolescente apresenta,entre outras, as æguintes características: é responsável e autoconfiante; tem condições intelectuais para a tomada de decisão; tem interesse pelos estudos e mantém relação afetiva de confiança com pais, professores, parentes ou outra pessoa capaz de dar orientação e apoio emocional. Esses fatores contribuem para afastar ou aproximar o jovem do consumo de drogas. Outro grupo de fatores está ligado à família, podendo-se dizer que o núcleo familiar se apresenta como fator de risco quando: os pais apresentam comportamento de abuso ou dependência de drogas; as relações entre os seus membros são conflituosas, pelo autoritarismo, ou excessivamente permissivas, sem o exercício da autoridade; entre pais e filhos, não existem diálogo e afetividade na comunicação; não existem critérios na aplicação de regras disciplinares; os pais não se interessam pelas atividades dos filhos e os pais são tolerantes quanto ao consumo de álcool e tabaco, podendo ser maus exemplos.

Os fatores de proteção estão presentes na família quando: existem laços significativos entre os seus membros; a educação formal é estimulada e valorizada; predomina o estilo compreensivo de vida sem autoritarismo ou permissividade; existe relação de confiança entre pais e filhos; os pais participam da vida dos filhos, dos seus sucessos e fracassos (FREITAS, 2002).

Uma outra categoria de fatores é a que diz respeito ao grupo de colegas ao qual o jovem está pertencendo. Destacam-se os seguintes fatores de risco entre os colegas: o contato freqüente com colegas que apresentem comportamento transgressor; tempo ocioso e influência de colegas usuários de álcool e outras drogas. Os fatores de proteção, por sua vez, são: a participação em grupos com objetivos sociais ou comunitários; o envolvimento

em atividades antidrogas; a aceitação de autoridade situada fora de seu grupo, seja na comunidade, seja na escola ou na família.

É preciso lembrar que as formas de relacionamento e convivência entre as pessoas precisam ser respeitadas, mesmo pelos jovens. Embora a adolescência seja um período dito de rebeldia, o comportamento transgressor tem limites. Por sua vez, o envolvimento do jovem em atividades sociais, artísticas, culturais, esportivas, religiosas e de ajuda comunitária, são fatores de proteção.

## 1.3 PREVENÇÃO: MODELOS E POSSIBILIDADES DE APLICAÇÃO

Os especialistas e estudiosos das questões relativas ao uso de drogas acreditam que a melhor alternativa educativa é a prevenção. Prevenir quer dizer preparar, chegar antes, dispor com antecipação; do latim *praevenire* significa: vir antes, tomar a dianteira, evitar ou impedir que algo aconteça. Em relação às drogas, pressupõe uma série de medidas utilizadas para impedir ou pelo menos reduzir o consumo abusivo das substâncias psicoativas (SILVESTRE, 1992).

Os que atuam na área, vêm acompanhando a mudança do enfoque na chamada Educação Preventiva, a partir dos modelos históricos de prevenção (NOWLIS, 1975, p. 82), iniciado pelo jurídico-moral, com o discurso repressor, onde só as drogas ilícitas oferecem riscos ao indivíduo. Depois surge o modelo da saúde pública, com a problemática da droga não mais considerada uma questão da lei, mas como um problema médico; o produto, entretanto, continua a ocupar o destaque principal.

O modelo psicossocial, desenvolvido a partir dos anos cinqüenta, traz uma mudança importante, destacando no primeiro plano o indivíduo, como agente ativo, e responsável, do consumo de drogas. Segundo Zago (1988), na nossa sociedade voraz, o indivíduo é induzido a experimentar e absorver uma série imensa de produtos para se sentir como parte dela., e para ter uma identidade social, precisa estar inserido no processo de produção-criação de novas necessidades pela mídia-consumo para ser alguém. E os pais, na nossa sociedade de consumo, têm incorporado a idéia fundamental de que dar tudo materialmente ao filho, basta para cumprir o seu dever. Toda essa forma de ser é determinada pela ideologia, que, pelas idéias, crenças, valores e padrões de conduta

determinados pela classe dominante à dominada, fazem tal conjunto ideológico parecer natural e verdadeiro.

Observando o nosso sistema educacional, percebe-se que ensinamentos e técnicas são simplesmente passados ao educando sem qualquer avaliação crítica. Assim, o verdadeiro sentido de educar, que é desenvolver o espírito crítico e criador, é substituído por um aprendizado mecânico, objetivando suprir e aumentar a mão-de-obra. E nesse contexto, o papel dos meios de comunicação de massa, principalmente, a televisão, é criar ou facilitar o aparecimento de novas necessidades. Chega-se ao ponto de ser influenciado à automedicação indiscriminada, retroalimentando o universo ideológico, daí, os comportamentos, o uso de álcool, os modismos, conforme determina a mídia. Nessa situação, os mais vulneráveis são as crianças e os jovens, os consumidores por excelência, por imposição.

. Outro modelo, o sociocultural, acentua a complexidade e a variação do fator contexto: são os padrões sociais que definem o uso e os usuários de drogas, o que destaca a relatividade cultural de qualquer tipo de consumo.

O fenômeno dependência se constitui a partir de três elementos: a droga, o indivíduo e o contexto sociocultural, em que se realiza esse encontro entre indivíduo e a droga. As dependências de drogas ilícitas encontram-se mais propensas aos preconceitos da sociedade, pois não apenas o excesso é proibido, mas o seu uso tende a ser condenado e patologizado (SILVEIRA, 2002).

A resposta repressiva, muitas vezes, é a única disponível, apregoada pelas autoridades como a mais eficaz e sustentada por amplas faixas da população, por constituir o fruto do desamparo e da impotência sentidos pelos cidadãos, diante das manifestações emergentes deste consumo (BUCHER, 1992).

A ausência de programas sistêmicos de prevenção nas escolas brasileiras evidencia o interesse da sociedade mais voltado para as medidas repressivas, se direcionando quanto à produção, especulando o uso e tráfico de drogas, em detrimento de investir na educação preventiva, no intuito de formar a responsabilidade e consciência crítica na condução da própria vida e destino do indivíduo. Essa omissão, além de provocar males físicos, morais e emocionais no indivíduo, traz grandes custos ao Estado.

Portanto, o objetivo da prevenção, no que diz respeito ao consumo de substâncias psicoativas, é procurar que os componentes de uma dada população não abusem de drogas

e, por consequência, não causem danos sociais relacionados a este abuso, nem prejuízos, de toda ordem, que daí possam advir. O uso de drogas é, ao mesmo tempo, um problema social e pessoal (MESQUITA et al., 1996).

Segundo Scivoletto et al. (2002), um programa de prevenção deve ser individualizado, adequando-se à linguagem da comunidade e sua população-alvo, levando-se em conta os seus valores e as suas idéias.

Uma campanha preventiva pressupõe a adoção de uma atitude responsável quanto ao uso de substâncias psicoativas e a adoção de uma forma de vida saudável, nos exemplos das campanhas de acidentes de trânsito e o uso de álcool e outros psicotrópicos ou nas campanhas de redução da violência e o uso e comércio de drogas, provocando reflexos na diminuição de incidência de doenças relacionadas ao consumo de drogas (por exemplo, AIDS, DSTs, hepatites), entre outras, na atual prevenção da redução de danos.

A prevenção moderna enquadra-se dentro da complexidade psicossocial e cultural do fenômeno **droga.** 

No modelo psicossocial de prevenção, o indivíduo não é visto como vítima de um ataque de um agente externo, como um vírus, por exemplo, mas como agente de uma relação droga-indivíduo-sociedade (MESQUITA et al., 1996, p. 135).

Neste mesmo enfoque, propõe-se a prevenção iniciada nos primeiros anos de vida do indivíduo, baseada em relações familiares sadias, no decurso da vida dos jovens e dos adultos, possibilitando a sua auto-realização, sua auto-estima, o desenvolvimento do senso da responsabilidade e da tolerância às frustrações, com uma posição crítica no dia-a-dia.

Dessa forma, a ação preventiva não é exclusividade dos especialistas, mas pulverizada na responsabilidade social de educadores, pais, profissionais da saúde, do serviço social, da justiça e de toda a comunidade (SILVESTRE, 1992, p. 8).

É essencial na educação preventiva, o manejo de abordagens construtivas e psicopedagógicas, levando-se em conta a personalidade do indivíduo, as dinâmicas da família e as pressões sociais, bem como o acesso às drogas, compondo-se assim o modelo tríplice e complexo da drogadependência (indivíduo-meio ambiente e a droga).

Segundo Bucher (1992, p. 139), para que uma idéia de prevenção seja bem sucedida e encontre receptividade em seu público-alvo,

[...] é fundamental que as suas ações sejam norteadas por idéias construtivas, por valores humanos claramente pensados e enunciados, por

objetivos baseados em uma concepção humana do humano do homemem suma, por balizes bem definidas que levem em conta as características psicológicas e sociais do ser humano sobre o qual se quer 'intervir'.

A informação científica é importante, como parte de um processo educacional preventivo, porém, só ela, reduz a discussão a um campo específico de química ou outra ciência, permanecendo na soberania do racional. Segundo Aratangy (1998), o jovem, mesmo respeitando o saber científico, se distancia do conhecimento dos efeitos da droga, pois está longe de se reduzir a isso, pois acima de tudo é uma questão emocional, e não racional.

A informação, embora seja benéfica, não é condição suficiente para a eficácia do programa de prevenção. "Não basta falar que o uso de drogas pode fazer mal à saúde- se bastasse essa informação, médicos não seriam fumantes" (TANAKA et al., 2002, p. 288).

Por sua vez, muitos professores, pais e outras pessoas que se colocam na linha de frente da prevenção, ainda estão arraigados aos mecanismos antiquados, simplistas, ditos da prevenção ao uso indevido de drogas, com informações baseadas no medo, nas "frases de efeito", repetidas mas não fundamentadas, como "a droga mata", de tal forma que o jovem questiona porque os colegas que ele conhece, já não morreram, se continuam usando drogas.

E a mídia repete, em campanha nacional, a frase "diga não às drogas", em um gestual de imagem como se a mão do jovem tivesse a força de paralisar tão difícil epidemia social, quando na realidade, sabemos das dificuldades de um adolescente resistir às pressões do grupo, mediante suas características individuais já apontadas nos fatores de risco. Um depoimento ilustra bem esse tipo de informação não adequada, aqui relatada pelo apresentador de televisão e músico, Luiz Fernando Duarte, conhecido como Thunderbird, em sua entrevista para a revista Veja (26 jul. 2000, p. 121). O adolescente em sua "síndrome normal" (ABERASTURY; KNOBEL, 1985), usa da sua onipotência, curiosidade e necessidade de grupo, entre outras características, comumente, usando cigarro e álcool. Portanto, há um fascínio pela transgressão, vivida atualmente na experimentação da droga, a começar pelo primeiro cigarro de maconha, principalmente, quanto mais proibitiva for a sociedade.

Segundo Morihisa e Scivoletto (2002), os comportamentos de risco estão presentes na adolescência e vêm associados a sentimentos de grandiosidade e "onipotência juvenil", quase sempre acompanhados, também, de negação do potencial de morte inerente

a esses comportamentos que coloca os jovens, muitas vezes, em situações de maior gravidade, envolvendo o uso de substâncias.

O discurso preventivo, dirigido ao adolescente, não funciona, citando Aratangy (1998), usando apenas a soberania do racional, na substituição do emocional, que o toca, bem de perto. A repensar, na proposta preventiva, a discussão a um curso de moral e religião, definindo o bem e o mal como se fossem absolutos, ou mesmo palestras pontuais e isoladas,não contextualizadas, como se fossem a orientação sobre drogas.

A educação preventiva sobre as drogas, dita orientação na família e na escola, passa da dimensão informativa, não se tornando suficiente, para a esfera formativa, com o enfoque voltado à estruturação de novos estados de desejos e expansão para a liberdade humana (LORENCINI JR, 1998).

A prevenção ao uso e abuso de drogas, pelos seus objetivos, aproxima-se bastante da promoção da saúde, da saúde ideal. Ela convida a trabalhar o seu desenvolvimento integral de forma mais harmoniosa, através da prática pessoal em todos os instantes da vida, na linha de desenvolver todo o potencial que a vida humana tem (BUCHER, 1992, p. 134).

# 1.3.1 NÍVEIS E PAPÉIS DA PREVENÇÃO

De acordo com os objetivos que se pretende atingir e com as características da população-alvo, a prevenção ao uso de drogas se classifica em três diferentes níveis:

1) Prevenção Primária: intervenção junto à população antes do primeiro contato com a droga; seu objetivo é impedir ou retardar o início do uso de substâncias psicoativas.

Segundo Mesquita et al. (1996, p. 137), o papel da prevenção primária é de promover o bem estar individual e favorecer a dinâmica harmoniosa da sociedade. Dos objetivos intermediários dessa prevenção, se configura a formação de hábitos adequados para atender as pessoas que têm dificuldades em gerenciar a impulsividade, a depressão ou o estresse, podendo ter uma tendência a se refugiarem no consumo de drogas. Levando-se em conta que os indivíduos são capazes de administrar estes elementos, se possibilitam a ver caminhos para se saírem bem de situações conflitantes para satisfazerem suas necessidades.

Esse sub-objetivo consiste, portanto, em ajudar a pessoa a identificar rapidamente as situações potencialmente problemáticas; a reconhecer e classificar informações pertinentes ao problema; a delimitar uma seqüência de ações razoáveis; a prever as conseqüências destas ações e a avaliar essas conseqüências.

Estas habilidades têm como efeito o aumento da auto-estima, já que o consumo de drogas foi relacionado com baixa estima, nos estudos de Kandel, Peele, Cormier e Rochon (CORMIER et al., 1991).

O uso de álcool e outras substâncias psicoativas tem aumentado no Brasil e em outros países, representando um crescimento dos problemas psicológicos, físicos e sócio-culturais, decorrentes do abuso e dependências de drogas. Cada país tem adotado a sua própria estratégia no enfrentamento destes problemas e no Brasil a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) está à frente da Política Nacional Antidrogas (PNAD), sendo a grande incentivadora dos programas de prevenção com o objetivo da Redução da Demanda.

2) Prevenção Secundária: intervenção que ocorre após o primeiro contato da população com a droga; seu objetivo é evitar a progressão do uso e minimizar os prejuízos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas. Esta prevenção é definida como intervenção especializada, endereçada àqueles que já manifestaram sinais de uma certa dificuldade com as drogas, em razão de um uso indevido. Todo incidente ligado a este tipo de consumo, não é em si um sinal de dependência, nem de uma patologia.

Entretanto, a intervenção neste momento é importante para a pessoa que está vulnerável de se tornar dependente. Os objetivos específicos da prevenção secundária: influenciar atitudes em uma determinada direção; a modificação de comportamentos; o desenvolvimento de habilidades de forma a reduzir e a modificar a tendência do uso indevido de drogas e o gerenciamento da vida pessoal de modo a aumentar o nível de satisfação da pessoa.

Segundo Nicastri e Andrade (1997), quando na análise de diversos estudos na área, o consumo de substâncias psicoativas pode ser tanto causa, conseqüência, ou somente estar associado a outros quadros psiquiátricos. Há relatos nos últimos anos que parcelas consideráveis de pacientes psiquiátricos apresentam uso de substâncias psicoativas em comorbidade. Por sua vez, populações de usuários de drogas também demonstram uma prevalência significativa de sintomatologia psicopatológica, até então não considerada

(ROUNSAVILLE et al., 1982; KHANTIZIAN et al., 1985; WOODY et al., 1985; KOSTEN et al., 1988; ROSS et al., 1988; REGIER et al., 1990).

Quatro hipóteses podem auxiliar na compreensão desse duplo diagnóstico:

- a) distúrbio mental primário e abuso de substâncias subsequente;
- b) abuso de substâncias primário e consequências psicopatológicas;
- c) duplo diagnóstico primário, ou seja, não há uma relação causal entre as duas condições observadas, mas apenas uma ocorrência coincidente de ambas;
- d) e, por fim, situações de etiologia comum, isto é, um mesmo fator causal para ambas as patologias (abuso de substâncias e outro distúrbio psiquiátrico) (NICASTRI et al., 1997, p. 51).
- 3) Prevenção Terciária: intervenção realizada após a instalação de transtornos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas; seu objetivo é evitar ou minimizar as complicações decorrentes do uso abusivo de drogas. Importante lembrar que, atualmente, considera-se como objetivo do tratamento não apenas a abstinência da droga usada, mas, também, a reinserção do indivíduo na sociedade (TANAKA et al., 2002).

Outro aspecto a ser considerado é, em alguns casos, como no uso de drogas injetáveis (UDI), a redução de danos associados ao consumo de drogas já é uma vitória importante (NIDA,1998).

Desde sua criação, seguindo-se ao fim da Segunda Guerra Mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS), tem desempenhado um papel fundamental na formulação das definições de saúde pública referentes a alcoolismo e farmacodependências. A diferenciação entre dependência física e dependência psicológica, muito utilizada por profissionais da saúde, foi abandonada pela OMS, substituída pelo termo síndrome de dependência.

Uma característica descritiva central da síndrome de dependência é o desejo de consumir drogas psicoativas, álcool ou tabaco. Pode haver evidência de que o retorno ao uso da substância, após um período de abstinência, leve a um reaparecimento mais rápido de outros aspectos da síndrome do que o que ocorre com indivíduos não dependentes.

### 1.3.2 EDUCAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA: PROGRAMAS DE PREVENÇÃO

Segundo Noto e Formigoni (2002), nos últimos anos, com estudos avançados nos campos psicológico e social, o conceito de saúde foi sendo rediscutido e ampliado. Da mesma forma, foi ampliado também o debate em relação ao uso abusivo e dependência de drogas, levando-se em consideração a valorização de outros aspectos além dos médicos.

Dessa forma, novas perspectivas para a compreensão do uso pesado e da dependência de drogas estão ao nosso alcance, graças a esse debate amplo e integrado, das áreas de Psicologia, Medicina e Sociologia, com enfoques mais adequados às reais necessidades da população, e abrindo mais o leque de interação, com outras áreas envolvidas com o tema, como Educação e Direito.

Conforme Scivoletto e Ferreira (2002), nos Programas de Prevenção o uso de drogas deve ser discutido dentro de um contexto amplo de saúde, onde os indivíduos se responsabilizem por si mesmos. O Programa de Prevenção deve adequar-se à linguagem da população-alvo, onde existe diferenciação entre programas voltados para escolas públicas e os direcionados às instituições privadas. E, entre estas, consideram-se os costumes e os referenciais adotados pela comunidade escolar.

Existem muitas maneiras de prevenir o uso de drogas na instituição escolar. A intenção é substituir o enfoque repressor pelo de orientação aos jovens. A experiência no campo preventivo na escola confirma a necessidade da capacitação dos profissionais que atuam no Programa de Prevenção, que sejam os próprios educadores a realizar essa ação e que o Programa seja sistêmico, com o envolvimento de toda a comunidade escolar, inclusive os pais dos alunos.

É indiscutível a exigência de programas de tratamento especialmente desenvolvidos para faixas etárias mais jovens, uma vez que as necessidades desta população são diferentes das dos adultos. Os jovens se mostram mais preocupados com fatos presentes como vida familiar, na escola ou com os amigos, do que com possíveis comprometimentos físico-psíquicos que as substâncias psicoativas possam acarretar (MORIHISA et al., 2002).

Atualmente, os objetivos no tratamento dos adolescentes incluem a mudança global no estilo de vida, desde a abstinência de qualquer substância psicoativa, desenvolvimento de atitudes, valores e comportamentos sociabilizantes, até o

desenvolvimento de aptidões direcionadas a uma melhora das relações interpessoais e do desempenho acadêmico e vocacional (BUKSTEIN, 1995).

Com esse levantamento sobre a tendência do uso de substâncias psicoativas entre os estudantes universitários, incentivou-se a implantação do Projeto "Prevenção e Qualidade de Vida", associado ao Projeto "Ações à Saúde do Acadêmico" - ASA - a partir de 2000, na Universidade Católica Dom Bosco.

As ações preventivas desse Programa de Prevenção são apoiadas em cinco pontos básicos, que se interagem: conhecimento científico; educação afetiva; oferta de alternativas ao uso de drogas; educação para a saúde e modificação das condições de ensino.

Na prevenção primária, são oferecidas oficinas aos acadêmicos interessados, com informações sobre as substâncias psicoativas de modo científico e imparcial, para que estes jovens possam tomar decisões conscientes e bem fundamentadas sobre as drogas, se tornando agentes multiplicadores na Instituição e na comunidade. Estas informações são mescladas com o modelo de educação afetiva, tratando da auto-estima, a capacidade de lidar com a frustração e a ansiedade, a habilidade de interagir em grupo e a capacidade de resistir às pressões dos pares.

O período letivo é aproveitado com palestras, filmes, debates, no caso, prevenção de acidentes e uso de álcool e outras substâncias psicoativas, com a participação de autoridades e especialistas convidados, ou na apresentação de Seminários e Fórum de Debates, em parceria com órgãos governamentais e não-governamentais.

No ponto da modificação das condições de ensino, a proposta do Programa de Prevenção realizada, incentiva o investimento dos acadêmicos em projetos de prevenção sobre o uso de drogas, na orientação adequada à sua formação, fato que não se manifestava, sobretudo por total desconhecimento ou preconceitos.

A questão da relação professor-aluno é motivada para a atenção voltada a alguma perda de interesse no desempenho escolar ou outro motivo de conflito para o acadêmico.

Na prevenção secundária, o professor tem o apoio do Projeto ASA (Ações à Saúde do Acadêmico), onde o estudante deve ser encaminhado, merecendo a atenção psicopedagógica, e quando necessário, os pais também passam pelo atendimento. Busca-se mostrar que a preocupação é com a saúde, de uma forma geral, e não apenas com a droga. Há o atendimento e orientação psicoeducacional, para as situações que possam perturbar o acadêmico em sua vida estudantil, valorizando a qualidade de vida. O acadêmico busca o

atendimento de forma voluntária ou pelo encaminhamento dos docentes e, na entrevista inicial, cria-se um clima de acolhida e empatia com o universitário.

Dentro de um profissionalismo ético, todo caso atendido, está sob a responsabilidade do Programa de Prevenção, buscando-se uma maior integração com todos os setores da Instituição, na visão multiprofissional. Quando se faz necessário um atendimento por outro profissional, se realiza o encaminhamento devido.

O Programa, pela sua eficiência e impacto, é uma realidade positiva, em um processo com base na Educação para a Saúde, a médio e a longo prazo. A própria seqüência de desenvolvimento do Programa e a possibilidade de redimensionamento das ações, que se possa ampliar mais, faz motivar outras Instituições de Ensino Superior a implantarem os seus Programas de Prevenção.

2. OBJETIVOS

#### 2.1. OBJETIVO GERAL

Detectar a prevalência do uso de drogas lícitas e ilícitas entre os estudantes universitários de graduação da Universidade Católica Dom Bosco - UCDB.

#### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

#### 2.2.1. Classificar os indivíduos em dois grupos:

- a) Usuários de drogas.
- b) Não-usuários.

#### 2.2.2 Dividir os usuários de drogas, conforme a OMS, em:

- a) Uso na vida: fez uso pelo menos 1 vez na vida;
- b) Uso no ano: fez uso pelo menos 1 vez, nos últimos 12 meses;
- c) Uso frequente no mês: fez uso 6 ou mais vezes nos últimos 30 dias;
- d) Uso pesado no mês: fez uso 20 ou mais vezes nos últimos 30 dias.

#### 2.2.3 Classificar, os usuários de drogas, conforme a OMS, em:

- 2.2.3.1 Usuário leve: fez uso, mas no último mês, o consumo não foi diário ou semanal;
- 2.2.3.2 Usuário moderado: fez uso semanalmente, mas não diariamente, no último mês;
- 2.2.3.3 Usuário pesado: utilizou drogas diariamente no último mês.

# 2.2.4 Classificar os usuários de drogas quanto ao uso e à possibilidade de comprometimento físico-mental e a síndrome de dependência, segundo a OMS:

- 2.2.4.1 Uso leve: sem prejuízo;
- 2.2.4.2 Uso ocasional: tendência ao aumento de consumo com uso freqüente;
- 2.2.4.3 Uso de risco: o uso pesado que implica em alto risco, com tendência à dependência.

# 2.2.5. Comparar os grupos de usuários quanto às variáveis:

- a) Idade, gênero, situação socioeconômica (da ABIPEME, classes: A, B, C, D e E), com orientação preventiva na escola e na família.
- 2.2.6. Comparar os quatro grupos de usuários de drogas com o de nãousuário às variáveis citadas.

# 3. MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada na Universidade Católica Dom Bosco, UCDB, na cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, em novembro de 1999. A população-alvo foi composta por 6.393 sujeitos, de 29 cursos de graduação da Instituição, assim distribuídos: Período matutino: Pedagogia, Terapia Ocupacional, Turismo, Nutrição, Filosofia, Psicologia, Zootecnia, Biologia, Matemática, Engenharia da Computação, Engenharia Sanitária e Ambiental, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Direito, Comunicação Social. Período noturno: Direito, Letras, História, Geografia, Serviço Social, Ciências Econômicas, Ciências Contábeis, Pedagogia, Educação Física, Administração de Empresas, Administração-Comércio Exterior, Administração de Cooperativas, Empresas Rurais e Comunicação Social.

A escolha da Instituição, para se realizar a pesquisa, foi sugestão da própria Reitoria, tendo como objeto de mestrado, o levantamento com os estudantes universitários. Foi fornecida uma Declaração da Reitoria da Universidade Católica Dom Bosco, autorizando a pesquisa na Instituição, uma vez que esse levantamento obedece aos critérios éticos deste estudo (Anexo 1).

Este estudo foi epidemiológico, analítico, de corte transversal (seccional) e comparativo. Foi levada em consideração a ocorrência do mesmo fenômeno nos grupos amostrados, com o fim de analisar as possíveis tendências de uso das drogas lícitas e/ou ilícitas e suas semelhanças, entre as diversas variáveis independentes.

Inicialmente, foi feito um contato com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID – Universidade Federal de São Paulo, solicitando o instrumento para a aplicação da pesquisa, uma vez que este questionário foi amplamente usado em levantamentos entre estudantes, no Brasil, por aquele Centro de Informações.

No cadastro inicial, os cursos foram codificados e seu quantitativo levantado através da seguinte fonte e coleta: Centro de Processamento de Dados (CPD) da UCDB.

O estudo foi feito por amostragem estratificada de 20%, criando-se assim subpopulações proporcionais aos 29 cursos. Essas subpopulações foram compostas novamente por estratos correspondentes aos semestres nos quais os sujeitos se inseriam. A escolha da amostra probabilística obedeceu ao critério aleatório simples. Optou-se por sortear a amostra, uma vez que dessa forma todos os estratos e substratos têm a mesma probabilidade de pertencer à amostra, cujo tamanho fixado é proporcional ao estrato (curso), que compõe a população, e também proporcional ao substrato (semestre). Não

houve a preocupação de estabelecer proporcionalidade entre turnos, considerando que nesse estágio da pesquisa, o objetivo foi detectar nos estratos a prevalência de uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, indistintamente do período ou curso, uma vez que não há hipótese de que, em um dos turnos, poderia haver maior prevalência. O número de sujeitos por semestre foi selecionado através da Tabela de números aleatórios (CRESPO, 1998).

De início, foi realizado um estudo-piloto do questionário, para se verificar o tempo necessário para preenchimento do questionário, dúvidas e dificuldades que poderiam ser encontradas pelos respondentes e outras observações necessárias para posterior ajuste na aplicação do instrumento. Para tal, escolheu-se aleatoriamente oito estudantes universitários voluntários, de diferentes cursos, e a aplicação se deu em uma sala de aula, sem a presença de nenhum professor, com a orientação da autora e mais um aplicador treinado. Após a avaliação do estudo-piloto, foram definidas as estratégias para a aplicação dos questionários a 1.279 sujeitos. Desse total foram aplicados 1.050 questionários, pelas dificuldades encontradas, em alguns cursos, pelo expediente dos alunos, em laboratório ou pesquisa de campo, mas sem comprometer a representatividade de todos os cursos. Desse número aplicado, foram inutilizados 24 questionários, devido aos pré-critérios para invalidar a tabulação, nos seguintes casos: 3 questionários respondidos e invalidados pela resposta afirmativa para a questão 13 (droga "fictícia") e mais 21 questionários respondidos e invalidados, com mais de três questões em branco, o que totalizou uma amostragem final de 1.026 respondentes.

Posteriormente, foi feito o tratamento estatístico da tabulação dos dados, através do Programa *Statistical Package Social Sciences* (SPSS) *Base 8.0 for Windows*, onde as variáveis do questionário foram cruzadas, a fim de verificar a prevalência da tendência do uso de drogas, em alguma das variáveis.

As variáveis escolhidas, com a finalidade de se aprofundar o estudo na tendência do uso de drogas lícitas e ou ilícitas, foram: idade, sexo, classe socioeconômica, além de verificar se os usuários receberam orientação preventiva na escola e/ou na família. Para análise estatística das características sociais, utilizou-se o Teste Qui-Quadrado para Tendência, com nível de significância em 5,0%; para se comparar as classes sociais, agruparam-se os níveis socioeconômicos em (A+B) e (C+D+E), na comparação entre não-usuários e usuários.

O questionário utilizado (Anexo 2), é uma adaptação do instrumento proposto pela Organização Mundial de Saúde-OMS e desenvolvido pela *Research and Reporting Project on the Epidemiology of drug Dependence-WHO*, apresentado no documento *A Methodology for Student Drug-Use Survey* (SMART et al., 1980).

No Brasil, foi adaptado por Carlini-Cotrim et al. (1993), e também utilizado nos levantamentos realizados pelo CEBRID, nos anos de 1987, 1989, 1993 e 1997, entre estudantes brasileiros. A primeira parte desse questionário é constituída pelas perguntas 1 a 17 e trata do uso não-médico de substâncias psicoativas. Apresenta uma forma repetitiva, com a maioria das perguntas com 4 ou 5 itens, com o preenchimento rotineiro; porém, esta é a proposta sugerida pelo documento da Organização Mundial de Saúde-OMS (SMART et al., 1980). Em relação às substâncias de pequena prevalência em nosso meio, optou-se por perguntas mais curtas, no caso, as questões 10 e 11, por exemplo. Nesta primeira parte, a pergunta 13 diz respeito à inclusão de drogas fictícias, visando detectar os estudantes que fantasiam seu consumo de drogas, como uma tendência entre adolescentes que valorizam positivamente o uso de psicotrópicos. Quando o estudante afirmava ter consumido uma droga fictícia, seu questionário era anulado.

A segunda parte do questionário trata de dados sociodemográficos, composta pelas categorias SEXO e FAIXAS ETÁRIAS e pelas perguntas 18 e 19.Estas duas perguntas são uma adaptação da escala socioeconômica da ABIPEME (Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado), que se baseia em itens de consumo e no grau de escolaridade do responsável pela família, para a classificação em classes A, B, C, D e E, conforme a pontuação obtida nas respostas (ABIPEME, 1978; SCHERB, 1979). Esta classificação tem como conceito básico, discriminar as pessoas socioeconomicamente mediante informações sobre sua escolaridade e a posse de determinados "itens de conforto", tais como: televisor, geladeira, rádio, automóvel e empregados domésticos. É levado em conta o número de bens possuídos, item por item, ao invés de simplesmente atribuírem-se pontos, conforme a presença ou ausência de cada item. A soma dos pontos obtidos vai incluir a pessoa entrevistada nas classes A, B, C, D ou E, conforme os critérios abaixo:

Item	Não tem	1	2	3	4	5	6 ou mais
TV	0	2	4	6	8	10	12
Rádio	0	1	2	3	4	5	6
Banheiro	0	2	4	6	8	10	12
Automóvel	0	4	8	12	16	16	16
Empregada	0	6	12	18	24	24	24
Aspirador	0	5	5	5	5	5	5
Máquina de lavar	0	2	2	2	2	2	2

Obs: Os pontos estão no corpo da tabela.

Instrução do Chefe da Família	Pontos
Analfabeto/primário incompleto	0
Primário completo/ginasial incompleto	1
Ginasial completo/colegial incompleto	3
Colegial completo/superior incompleto	5
Superior completo	10

#### Classificação

Classe	Pontos
A	35 ou mais
В	21 a 34
C	10 a 20
D	5 a 9
E	0 a 4

Por exemplo: o sujeito possui 1 televisão, 3 rádios, 1 automóvel, 1 aspirador e 1 máquina de lavar. Ele não tem empregada e sua casa tem 2 banheiros. X tem nível superior incompleto.

Assim, X tem a seguinte pontuação: 2 + 3 + 4 + 5 + 2 + 0 + 4 + 5 = 25

X é classificado na classe B.

A escolha dessa escala deu-se por três motivos: a) a necessidade de se utilizar indicadores simples, passíveis de serem informados até por crianças (estudantes), através de questionários de autopreenchimento; b) a escassez de propostas, no âmbito acadêmico, a esse respeito e c) a seriedade com que o estudo da ABIPEME foi conduzido.

Na terceira parte estão as questões opcionais adotadas no levantamento de 1993, com as perguntas 21 a 31, para alunos de maior graduação, procurando associar o comportamento de usar drogas com os valores associados ao consumo abusivo e casual de diversas substâncias.

Finalmente, além das questões já citadas, foram incluídas mais onze questões sobre o uso de álcool, por esta ser a droga de maior consumo, em todos os estudos sobre o assunto, muito adiante da segunda colocada. As últimas perguntas (43 a 47) tratam do relacionamento do aluno com os pais (GALDURÓZ et al., 1997).

É um questionário fechado, de autopreenchimento e sem identificação pessoal do aluno. A sua aplicação se deu em sala de aula, de forma coletiva e voluntária, após o sorteio, dando-se ao aluno a liberdade de devolvê-lo em branco. Foi colocada uma urna à frente da sala de aula para a devolução de todos os questionários, garantindo-se assim o anonimato.

Segundo Carlini-Cotrim e Barbosa, (1993), a aplicação deste tipo de questionário, baseado no auto-relato, apresenta um problema de validade dos dados, situação essa ainda não resolvida pela comunidade científica internacional (SMART et al, 1980), (HARRISON, 1992). Na realidade, como saber se o estudante está realmente relatando a verdade? Para responder a essa questão seria necessário validar o questionário antes de usá-lo, isto é, de modo muito simplificado, comparar os resultados obtidos no questionário com medidas externas já validadas do mesmo fenômeno. Só que estas medidas, para consumo de drogas, ainda não existem, pois trata-se de um hábito ilegal e preconceituoso, o que faz com que o usuário, quase sempre, se cuide para não deixar vestígios do seu comportamento. Diante disso, é preciso atentar para o que significa trabalhar com um questionário não validado, ou seja, fazer uso de muita cautela na interpretação dos seus resultados. Conforme Carlini-Cotrim et al. (1993), estes questionários medem o relato do consumo de drogas e não o consumo em si. Dessa forma, quando uma pesquisa que utilize esse instrumento em discussão, detecta um aumento ou diminuição do uso de drogas, é preciso considerar seriamente duas hipóteses: a primeira é que, realmente, o uso de drogas tenha se alterado na população estudada; e a segunda é que o relato do uso de drogas tenha mudado, mas não necessariamente o seu uso. Prevêem-se os casos falsos negativos. Pode-se supor que as pessoas fiquem mais à vontade, para relatar um comportamento, quando a sociedade apresenta uma certa tolerância e abertura para

aceitá-lo; entretanto, podem ficar bastante resistentes para confessá-lo, quando a sociedade em que vive, pune e estigmatiza ao extremo o seu comportamento. Porém, estas considerações, não devem passar desânimo aos pesquisadores, achando que as limitações devido à falta de validação, comprometem a importância de se fazer pesquisas nesse campo. As comunidades européia, canadense, norte-americana e latino-americana usam questionários de autopreenchimento e baseiam suas políticas públicas nesses achados (GALDURÓZ et al., 1997).

A pesquisa não apresentou riscos à população estudada e poderá trazer muitos benefícios, não só à Instituição, pela implantação de programa preventivo, como também aos estudantes universitários e à comunidade, como um todo, nas ações de saúde preventiva, dentro de uma visão de qualidade de vida.

4. RESULTADOS	

Para uma melhor compreensão, as tabelas com os resultados foram estruturadas da seguinte forma:

- NÚMERO: correspondeu aos resultados obtidos na amostra estudada, os quais foram utilizados para a realização dos testes estatísticos;
- PORCENTAGEM GERAL: correspondeu à porcentagem obtida em função do total da amostra, refletindo a porcentagem inferida com relação à população-alvo da pesquisa;
- PORCENTAGEM NO ESTRATO: correspondeu à porcentagem em cada uma das categorias em que a amostra pode ser estratificada, incluindo as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, nível socioeconômico), e ainda, se receberam orientação na família e/ou na escola; estas Tabelas deram subsídios para a interpretação dos testes estatísticos aplicados.

A apresentação dos resultados desse levantamento será através de:

- 1) Tabelas e Análises, com a distribuição das freqüências simples e relativas do consumo das drogas, na vida e no ano, em relação: às categorias de usuários, sexo, faixa etária, classe social, se recebeu ou não a orientação na família e/ou na escola.
- 2) As Tabelas na Comparação do uso de drogas entre grupos: apresentam a tendência de uso das diversas drogas em relação ao sexo, à idade e à classe social, utilizando-se o Teste  $\chi^2$  para Tendência, com nível de significância em 5,0%.

#### 4.1 TABELAS E ANÁLISES

A tabela 1 apresenta o uso dos diferentes tipos de drogas em relação aos padrões de uso.

Tabela 1: Distribuição das freqüências simples e relativas do consumo das drogas, e as categorias de usuários, entre 1026 estudantes universitários da UCDB.

	USO														
	Na Vida		No	Ano	No	Mês	Freqüente		Uso pesado						
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	c <b>2</b>	GI	р		
Tabaco	440	42,88	278	27,09	62	6,04	31	3,31	98	9,55	63,668	4	<0,0001		
Álcool	951	92,69	879	86,30	453	44,15	146	14,23	97	9,45	123,49	4	<0,0001		
Maconha	162	15,79	61	5,94	19	1,85	6	0,58	8	0,78	32,994	4	<0,0001		
Cocaína	27	2,63	6	0,58	2	0,19	1	0,10	-	-	4,842	3	0,1837		
<b>Anfetamínicos</b>	101	9,84	47	4,58	5	0,49	3	0,29	15	1,46	19,432	4	0,0006		
Solventes	170	16,57	66	6,42	14	1,36	1	0,10	7	0,68	38,162	4	<0,0001		
<b>Ansiolíticos</b>	89	8,67	48	4,68	12	1,17	1	0,10	5	0,49	17,547	4	0,0015		
Anticolinérgicos	11	1,07	3	0,29	1	0,10	-	-	1	0,10	1,643	3	0,6498		
<b>Barbitúricos</b>	19	1,85	8	0,78	3	0,29	-	-	1	0,10	2,398	3	0,4941		
Ópio	6	0,58	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Xaropes	4	0,39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Alucinógenos	29	2,83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		

Observou-se diferenças significativas (p < 0,0500) no caso do uso das drogas, em relação às categorias: Tabaco, Álcool, Maconha, Anfetamínicos, Solventes e Ansiolíticos.

As drogas mais utilizadas, na vida, pelos estudantes, pela ordem, foram: álcool, tabaco, solventes, maconha, anfetamínicos e ansiolíticos. O álcool é a droga de maior consumo, na vida, no ano e no mês, seguido pelo tabaco. As drogas menos utilizadas foram os barbitúricos, anticolinérgicos, ópio e xaropes. O uso, na vida, de alucinógenos atingiu 2,83% e de cocaína 2,63%. Os universitários que relataram uso freqüente (seis vezes ou mais no mês) de drogas tiveram o álcool (14,23%) e o tabaco (3,31%) como as drogas mais utilizadas. O uso pesado (vinte vezes ou mais no mês) teve o tabaco (9,55%), o álcool (9,45%) e os anfetamínicos (1,46%) como as drogas mais utilizadas.

O decréscimo das freqüências do consumo das drogas, desde o uso na vida, em direção ao uso pesado, pode indicar que, para a grande maioria dos universitários pesquisados, o uso de drogas foi apenas experimental ou ocasional.

A seguir, a tabela 2 apresenta o uso dos diferentes tipos de drogas na vida em relação ao sexo do usuário.

Tabela 2: Distribuição das freqüências simples e relativas do consumo das drogas, na vida, entre universitários da UCDB segundo o sexo.

			S	SEXO					
	Masculino (283)			inino 39)		ntificado 04)			
	N	%	N	%	N	%	c <b>2</b>	GI	р
Tabaco	130	45,94	270	42,25	40	38,46	0,6630	2	0,7180
Álcool	271	95,76	587	91,86	93	89,42	0,2210	2	0,8952
Maconha	57	20,14	93	14,55	12	11,54	2,4720	2	0,2906
Cocaína	8	2,83	18	2,82	1	0,96	1,0520	2	0,5908
<b>Anfetamínicos</b>	17	6,01	72	11,27	12	11,54	2,0240	2	0,3636
Solventes	60	21,20	91	14,24	19	18,27	1,3640	2	0,5056
<b>Ansiolíticos</b>	11	3,89	73	11,42	5	4,81	5,0540	2	0,0799
Anticolinérgicos	6	2,12	5	0,72	-	-	0,6900	2	0,4061
<b>Barbitúricos</b>	6	2,12	11	1,72	2	1,92	0,0420	2	0,9794
Ópio	4	1,41	2	0,31	-	-	0,7030	2	0,4016
Xaropes	2	0,71	2	0,31	-	-	0,1570	2	0,6921
Alucinógenos	14	4,95	13	2,03	2	1,92	1,9910	2	0,3695

Entre a variável sexo, não houve diferenças estatisticamente significantes. Observase uma tendência de aumento no uso, na vida, de ansiolíticos (11,42%) para o sexo feminino.

Observa-se a proximidade nas taxas percentuais de uso para cocaína, entre homens (2,83%) e mulheres (2,82%). No uso de tabaco, se detecta um percentual semelhante entre homens (45,94%) e mulheres (42,25%), bem como para o álcool, (95,76%) para homens e (91,86%) para mulheres.

A tabela 3 a seguir mostra o uso das diferentes drogas na vida, em relação às faixas etárias.

Tabela 3: Distribuição das freqüências simples e relativas ao consumo de drogas, na vida, entre estudantes universitários da UCDB, segundo a faixa etária.

				Ida	de						
		a 19 49)	20 a 24 (474)			a 29  22)		ı mais 44)			
	N	%	N	%	N	%	N	%	c <b>2</b>	GI	р
Tabaco	111	44,58	220	46,41	41	33,61	55	38,19	2,561	3	0,4644
Álcool	241	96,79	441	93,04	110	90,16	126	87,5	0,518	3	0,9149
Maconha	40	16,06	91	19,20	11	9,02	17	11,81	4,341	3	0,2269
Cocaína	5	2,01	14	2,95	4	3,28	3	2,08	0,466	3	0,9263
Anfetamínicos	15	6,02	46	9,70	13	10,66	24	16,67	5,438	3	0,1424
Solventes	93	37,35	182	38,40	47	38,52	40	27,78	2,268	3	0,5186
Ansiolíticos	15	6,02	41	8,65	12	9,84	20	13,89	3,352	3	0,3405
Anticolinérgicos	1	0,40	8	1,69	-	-	2	1,39	0,786	2	0,6751
Barbitúricos	2	0,80	11	2,32	1	0,82	4	2,78	1,865	3	0,6008
Ópio	-	-	5	1,05	1	0,82	-	-	0,028	1	0,8664
Xaropes	1	0,40	2	0,42	-	-	1	0,69	0,104	2	0,9492
Alucinógenos	6	2,41	20	4,22	-	-	3	2,08	0,914	2	0,6330

Na comparação entre as faixas etárias, e o uso de drogas, na vida, não houve diferenças estatísticas significantes.

Destaca-se uma tendência de diminuição de uso de drogas, na faixa de 30 anos ou mais, com exceção de anfetamínicos, ansiolíticos e barbitúricos.

A seguir a tabela 4, apresenta o uso dos diferentes tipos de drogas, na vida, em relação à classe social (ABIPEME).

Tabela 4: Distribuição das freqüências simples e relativas do consumo de drogas, na vida, entre estudantes universitários da UCDB, segundo a classe social.

	CLASSE SOCIAL														
	A (241)		B (363)		С	C (330)		E (92)							
	N	%	N	%	N	%	N	%	c <b>2</b>	GI	р				
Tabaco	136	56,43	155	42,70	128	38,79	19	20,65	16,462	3	0,0009				
Álcool	231	95,85	341	93,94	305	92,42	74	80,43	1,604	3	0,6584				
Maconha	63	26,14	56	15,43	41	12,42	2	2,17	20,788	3	0,0001				
Cocaína	8	3,32	11	3,03	7	2,12	1	1,09	1,271	3	0,7361				
Anfetamínicos	35	14,52	33	9,09	24	7,27	9	9,78	2,819	3	0,4204				
Solventes	67	27,80	70	19,28	30	9,09	3	3,26	23,882	3	<0,0001				
Ansiolíticos	29	12,03	25	6,89	28	8,48	7	7,61	1,781	3	0,6190				
Anticolinérgicos	3	1,24	6	1,65	1	0,30	1	1,09	0,896	3	0,8264				
<b>Barbitúricos</b>	8	3,32	6	1,65	4	1,21	1	1,09	1,752	3	0,6255				
Ópio	1	0,41	1	0,28	3	0,91	1	1,09	0,675	3	0,8792				
Xaropes	-	-	1	0,28	2	0,61	1	1,09	1,33	3	0,7220				
Alucinógenos	10	4,15	14	3,86	4	1,21	1	1,09	3,181	3	0,3645				

Entre as classes sociais e o uso de drogas, na vida, houve diferença estatisticamente significante, indicando maior uso na classe A, de tabaco (56,43%), solventes (27,80%) e maconha (26,14%).

Houve tendência de diminuição no uso, na vida, nas classes sociais (D+E) das seguintes drogas: tabaco, álcool, maconha, cocaína, solventes, alucinógenos e barbitúricos.

A tabela 5 apresenta o recebimento de orientação na família em relação ao uso de drogas na vida.

Tabela 5: Distribuição das freqüências simples e relativas do recebimento de orientação na família e o uso de drogas, na vida, entre estudantes universitários da UCDB.

	Recebeu Orientação na Família														
		ão :03)	Sim (772)		Não	lembro (48)	Em	Branco (3)							
	N	%	N	%	N	%	N	%	c <b>2</b>	GI	р				
Tabaco	182	89,66	339	43,91	19	39,58	-	-	26,681	2	<0,0001				
Álcool	182	89,66	718	93,01	48	100,00	1	33,33	35,907	3	<0,0001				
Maconha	40	19,70	117	15,16	6	12,50	-	-	1,679	2	0,4319				
Cocaína	10	4,93	16	2,07	1	2,08	-	-	1,795	2	0,4075				
Anfetamínicos	29	14,29	68	8,81	4	8,33	-	-	2,093	2	0,3512				
Solventes	28	13,79	137	17,75	5	10,42	-	-	1,925	2	0,3820				
Ansiolíticos	14	6,90	70	9,07	4	8,33	1	33,33	33,305	3	<0,0001				
Anticolinérgicos	3	1,48	7	0,91	1	2,08	-	-	0,459	2	0,7947				
Barbitúricos	6	2,96	12	1,55	1	2,08	-	-	0,462	2	0,7938				
Ópio	2	0,98	3	0,39	1	2,08	-	-	1,279	2	0,5274				
Xaropes	1	0,49	2	0,26	1	2,08	-	-	2,082	2	0,3530				
Alucinógenos	10	4,93	18	2,33	1	2,08	-	-	1,600	2	0,4493				

Observa-se uma diferença estatisticamente significante entre os que não receberam orientação, receberam orientação e não se lembram se receberam orientação na família, em relação ao tabaco, álcool e ansiolíticos. O maior uso de tabaco (89,66%) apresenta-se entre os que não receberam orientação, do álcool (100%) entre os que não se lembram e, dos ansiolíticos (9,07%), os que receberam orientação na família.

A tabela 6 apresenta o recebimento de orientação na escola em relação ao uso de drogas na vida.

Tabela 6: Distribuição das freqüências simples e relativas do consumo de drogas, na vida, entre estudantes universitários da UCDB, segundo a orientação recebida na escola.

	Recebeu Orientação na Escola														
		lão 109)	-	Sim 871)	Não lembro Em Branco (43) (3)		c <sup>2</sup>	GI	р						
Tabaco	45	41,28	374	42,94	21	48,84	-	-	0,712	2	0,7005				
Álcool	95	87,16	813	93,34	40	93,02	1	33,33	0,266	2	0,8757				
Maconha	23	21,10	127	14,58	12	27,91	-	-	4,192	2	0,1229				
Cocaína	7	6,42	17	1,95	3	6,98	-	-	2,97	2	0,2265				
Anfetamínicos	9	8,26	83	9,53	9	20,93	-	-	7,544	2	0,0230				
Solventes	23	21,10	138	15,84	9	20,93	-	-	0,926	2	0,6293				
Ansiolíticos	6	5,50	71	8,15	11	25,58	1	33,33	18,201	2	0,0001				
Anticolinérgicos	2	1,83	8	0,92	1	2,33	-	-	0,604	2	0,7395				
Barbitúricos	2	1,83	16	1,84	1	2,33	-	-	0,082	2	0,9600				
Ópio	1	0,92	4	0,46	1	2,33	-	-	1,535	2	0,4641				
Xaropes	-	-	3	0,34	1	2,33	-	-	3,56	2	0,1687				
Alucinógenos	7	6,42	21	0,23	1	2,33	-	-	6,621	2	0,0365				

Constata-se diferença estatisticamente significante entre os que não receberam, os que receberam e os que não se lembram de ter recebido orientação sobre drogas, na escola.

O maior uso de ansiolíticos (25,58%) apresenta-se nos que não se lembraram se receberam orientação, e onde houve uma tendência de aumento de uso de anfetamínicos(20,93%). Entre os que não receberam orientação na escola, houve uma tendência de crescimento de uso de alucinógenos (6,42%), na vida.

A tabela 7 apresenta o uso dos diferentes tipos de drogas no ano em relação ao sexo do usuário.

Tabela 7: Distribuição das freqüências simples e relativas do consumo de drogas, no ano, entre estudantes universitários da UCDB, segundo o sexo.

	Sexo													
		Masculino (639)		Feminino (283)		ntificado 04)								
	N	%	N	%	N	%	c <b>2</b>	GI	р					
Tabaco	84	29,68	169	26,45	25	24,04	0,599	2	0,7411					
Álcool	246	86,93	546	85,45	87	83,65	0,063	2	0,9689					
Maconha	25	8,83	31	4,85	5	4,81	1,731	2	0,4209					
Cocaína	2	0,71	4	0,63	-	-	0,005	1	0,9449					
Anfetamínicos	7	2,47	35	5,48	5	4,81	1,174	2	0,5559					
Solventes	25	8,83	32	5,01	9	8,65	1,239	2	0,5381					
Ansiolíticos	7	2,47	39	6,10	2	1,92	2,951	2	0,2287					
Anticolinérgicos	2	0,71	1	0,16	-	-	0,348	1	0,5554					
Barbitúricos	2	0,71	6	0,94	-	-	0,032	1	0,8579					

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes em relação ao uso de drogas, no ano, entre os sexos masculino e feminino.

Observa-se a similaridade percentual no uso de álcool, no ano, entre o sexo masculino (86,93%) e o sexo feminino (85,45%).

A tabela 8 apresenta o uso das diferentes drogas no ano, em relação às faixas etárias.

Tabela 8: Distribuição das freqüências simples e relativas do consumo de drogas, no ano, entre estudantes universitários da UCDB, segundo a faixa etária.

	Idade											
	17 a 19 (249)		20 a 24 25 a 29 (474) (121)				u mais 44)					
	N	%	N	%	N	%	N	%	c <b>2</b>	GI	р	
Tabaco	77	30,92	148	31,22	27	22,31	214	18,06	4,977	3	0,1735	
Álcool	223	89,56	412	86,92	99	81,82	112	77,78	0,986	3	0,8045	
Maconha	20	8,03	37	7,81	2	1,65	1	0,69	10,131	3	0,0175	
Cocaína	2	0,80	4	0,84	-	-	-	-	0,001	1	0,9751	
Anfetamínicos	10	4,02	25	5,27	3	2,48	8	5,56	1,365	3	0,7137	
Solventes	23	9,24	37	7,81	2	1,65	-	-	5,219	2	0,0736	
Ansiolíticos	11	4.42	25	5,27	6	4,96	5	3,47	0,412	3	0,9377	
Anticolinérgicos	-	-	2	0,42	-	-	1	0,69	0,066	1	0,7977	
Barbitúricos	1	0,40	6	1,27	-	-	1	0,69	0,499	2	0,7792	

Na relação das faixas etárias e o uso de drogas, no ano, houve diferença estatisticamente significante, onde estudantes na faixa de 17-19 anos fizeram maior uso de maconha (8,03%) do que as outras faixas etárias; nessa mesma faixa etária, houve tendência de aumento de uso para solventes (9,24%).

A tabela 9 apresenta o uso dos diferentes tipos de drogas, no ano, em relação à classe social (ABIPEME).

Tabela 9: Distribuição das freqüências simples e relativas do consumo de drogas, no ano, entre estudantes universitários da UCDB, segundo a classe social.

	Classe Social													
		Α		В		С		)+E						
	(2	(241)		(363)		(330)		92)						
	Ν	%	Ν	%	N	%	Ν	%	c <b>2</b>	GI	р			
Tabaco	98	40,66	99	27,27	68	20,61	13	14,13	15,040	3	0,0018			
Álcool	224	92,95	322	88,71	271	82,12	62	67,39	4,540	3	0,2087			
Maconha	22	9,13	22	6,06	16	4,85	1	1,09	6,280	3	0,0988			
Cocaína	-	-	4	1,10	1	0,30	1	1,09	0,508	2	0,7758			
<b>Anfetamínicos</b>	21	8,71	17	4,68	7	2,12	2	2,17	6,521	3	0,0888			
Solventes	28	11,62	25	6,89	12	3,64	1	1,09	10,656	3	0,0137			
<b>Ansiolíticos</b>	13	5,39	10	2,75	22	6,67	3	3,26	2,236	3	0,5249			
<b>Anticolinérgicos</b>	-	-	2	0,55	-	-	1	1,09	0,178	1	0,6733			
<b>Barbitúricos</b>	5	2,07	1	0,28	-	-	1	1,09	1,501	2	0,4720			

Observa-se diferença estatisticamente significativa, com os maiores usuários de tabaco (40,66%) e solventes (11,62%) na classe A.

A tabela 10 apresenta o recebimento de orientação no ano em relação ao uso das diferentes drogas.

Tabela 10: Distribuição das freqüências simples e relativas do consumo de drogas, no ano, e entre estudantes universitários da UCDB, segundo a orientação recebida na família.

	Recebeu Orientação na Família													
	Não (180)		Sim (795)			lembro 47)	Em	Branco (4)						
	Ν	%	N	%	Ν	%	Ν	%	c <b>2</b>	GI	р			
Tabaco	50	27,78	216	27,17	12	25,53	-	-	1,101	2	0,9508			
Álcool	162	90,00	669	84,15	43	91,49	3	75,00	1,970	3	0,5787			
Maconha	16	8,89	40	5,03	5	10,64	-	-	2,013	2	0,3655			
Cocaína	2	1,11	3	0,38	1	2,13	-	-	1,281	2	0,5271			
Anfetamínicos	11	6,11	34	4,28	2	4,26	-	-	0,462	2	0,7936			
Solventes	10	5,56	52	6,54	4	8,52	-	-	0,662	2	0,7183			
<b>Ansiolíticos</b>	6	3,33	39	4,91	2	4,26	1	25,00	34,857	3	< 0,0001			
Anticolinérgicos	-	-	2	0,25	1	2,13	-	-	1,485	1	0,2230			
<u>Barbitúricos</u>	41	22,78	201	25,28	10	21,28	1	25,00	0,459	3	0,9277			

Observa-se uma diferença estatisticamente significante entre os estudantes que receberam orientação, sendo os maiores usuários de ansiolíticos (4,91%), no ano.

A tabela 11 apresenta o recebimento de orientação no ano em relação ao uso de drogas na vida.

Tabela 11: Distribuição das freqüências simples e relativas do consumo de drogas, no ano, entre estudantes universitários da UCDB, segundo a orientação recebida na escola.

	Recebeu Orientação na Escola													
	N	lão	S	im	Não lembro Em Branco			3ranco						
	(1	09)	(8	(870)		(43)		(4)						
	Ν	%	Ν	%	Ν	%	Ν	%	c <b>2</b>	GI	р			
Tabaco	31	28,44	234	26,90	13	30,23	-	-	0,195	2	0,9072			
Álcool	86	78,90	751	86,32	39	90,70	3	75,00	1,823	3	0,6099			
Maconha	4	3,67	53	6,09	4	9,30	-	-	2,511	2	0,2850			
Cocaína	1	0,92	3	0,34	2	4,65	-	-	5,554	2	0,0622			
<b>Anfetamínicos</b>	5	4,59	37	4,25	5	11,63	-	-	5,088	2	0,0786			
Solventes	6	5,50	57	6,55	3	6,98	-	-	0,183	2	0,9127			
<b>Ansiolíticos</b>	3	2,75	39	4,48	5	11,63	1	25,00	27,995	3	<0,0001			
Anticolinérgicos	-	-	2	0,23	1	2,32	-	-	1,713	1	0,1906			
Barbitúricos	-	-	7	0,80	1	2,32	-	-	0,741	1	0,3895			

Constata-se uma diferença estatisticamente significante nos estudantes que não se lembram de ter recebido orientação, na escola, onde houve o maior uso de ansiolíticos (11,63%). Nessa mesma categoria, foi observada tendência de aumento de uso de anfetamínicos (11,63%) e cocaína (4,65%).

## 4.2 COMPARAÇÃO DO USO DE DROGAS ENTRE GRUPOS

As tabelas seguintes apresentam a tendência do uso de TABACO NA VIDA entre universitários da UCDB, em relação ao sexo, em relação à faixa etária, e em relação à classe social.

Tabela 12: Uso de tabaco na vida em relação ao sexo

	Sim		Não					
1. Sexo	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	P
Masculino	130	45,94	153	54,06	283	0,276	1	0,5992
Feminino	270	42,25	369	57,75	639	-	-	-
Total	400	-	522	-	922	-	-	-

Na relação entre sexo e porcentagem de estudantes que fizeram uso de tabaco na vida, a análise estatística não mostrou diferença significativa.

Tobolo 12.	Han d	la tahaaa	no	wide	am	ralação	à	faixa atária
Tabela 15.	USO U	ie tabaco	Ha	viua	em	reração	а	faixa etária

	Sim		Não					
2. Idade	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
17 – 19	111	44,58	138	55,42	249	4,656	3	0,1988
20 - 24	220	46,41	254	53,94	474	-	-	-
25 - 29	40	33,06	81	66,94	121	-	-	-
30 ou +	55	38,19	89	61,81	144	-	-	-
Total	426	-	562	-	988	-	-	-

A análise estatística mostrou não haver diferença significativa entre as faixas etárias, quanto ao uso de tabaco na vida.

Tabela 14: Uso de tabaco na vida em relação à classe social

	Sim		Não					
3. Classe social	N	%	N	%	total	$\chi^2$	GL	P
A	136	56,43	105	43,57	241	23,853	3	<0,0001
В	155	42,70	208	57,30	363	-	-	-
C	128	38,79	202	61,21	330	-	-	-
(D+E)	21	22,83	71	77,17	92	-	-	-
total	440	-	586	-	1026	-	-	-

Há diferença significante entre as classes sociais quanto ao uso do tabaco na vida, levando-se à investigação em quais classes se dá a diferença.

Tabela 15: Valor do Qui-Quadrado entre as classes sociais para o uso de tabaco na vida

Classes	$\chi^2$	Gl	p
A e B	3,89	1	0,0468
A e C	6,238	1	0,0125
A e (D+E)	23,594	1	<0,0001
B e C	0,317	1	0,5737
B e (D+E)	8,961	1	0,0028
C e (D+E)	5,974	1	0,0145

Observando-se os valores para o Qui-quadrado entre as classes sociais, constata-se que há diferenças entre as classes A e B; A e C; A e (D+E); e B e (D+E), onde se pode afirmar que o uso foi maior na classe A sobre as classes B, C, (D+E). A classe B usou mais tabaco na vida que a classe (D+E), e na Classe C foi maior que na classe (D+E). Não houve diferença significante entre as classes B e C.

As tabelas seguintes apresentam a tendência do uso de TABACO NO ANO entre universitários da UCDB, em relação ao sexo, em relação à faixa etária, e em relação à classe social.

Tabela 16: Uso do tabaco no ano em relação ao sexo

	Sim		Não					
1. Sexo	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	P
Masculino	84	29,68	199	70,32	183	0,258	1	0,6112
Feminino	169	26,45	470	73,55	639	-	-	
Total	253	-	669	-	922	-	-	-

Na relação entre sexos e uso no ano de tabaco, a análise estatística não mostrou diferença significante para os sexos.

Tabela 17: Uso do tabaco no ano em relação à faixa etária

	Sim		Não					
2. Idade	N	%	N	%	total	$\chi^2$	GL	p
17 – 19	77	30,92	172	69,08	249	10,163	3	0,0172
20 - 24	148	31,22	326	68,78	474	-	-	-
25 - 29	27	22,31	94	77,69	121	-	-	-
30 ou +	21	14,58	123	85,42	144	-	-	-
Total	273	-	715	-	988	-	-	-

Entre as faixas etárias, a análise estatística mostrou diferença significante no uso, levando a uma investigação entre as faixas etárias.

Tabela 18: Valor do Qui-quadrado entre as faixas etárias para o uso de tabaco no ano

Classes	$\chi^2$	Gl	p
17 – 19 e 20 - 24	0,002	1	0,9634
17 – 19 e 25 -29	1,898	1	0,1683
17 –19 e 30 ou mais	7,592	1	0,0058
20 – 24 e 25 - 29	2,025	1	0,1547
20 – 24 e 30 ou mais	7,841	1	0,0051
25 – 29 e 30 ou mais	1,986	1	0,1587

Analisando os resultados encontrados, constatam-se diferenças entre as faixas 17-19 anos e 30 anos ou mais e 20-24 anos e 30 anos ou mais, onde se observa que a faixa etária 17-19 anos usou mais tabaco no ano que a faixa etária 30 anos ou mais.

Na faixa etária 20-24 anos o uso foi maior do que na faixa etária 30 anos ou mais. Não houve diferença significante entre as outras faixas etárias.

Tabela 19: Uso de tabaco no ano em relação à classe social

	Sim		Não					
3. Classe social	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
A	98	40,66	143	59,34	241	20,233	3	0,0002
В	99	27,27	264	72,73	363	-	-	-
C	68	20,61	262	79,39	330	-	-	-
(D+E)	13	14,13	79	85,87	92	-	-	-
Total	278	-	748	-	1026	-	-	-

Na relação do uso de tabaco no ano e classes sociais, a análise estatística mostrou diferença, o que leva a uma investigação entre as classes.

Tabela 20: Valor do Qui-quadrado entre as classes sociais para o uso de tabaco no ano

Classes	$\chi^2$	Gl	p
A e B	3,997	1	0,0456
A e C	9,459	1	0,0021
A e (D + E)	17,693	1	0,0000
B e C	1,218	1	0,2698
B e (D + E)	5,259	1	0,0218
C e (D + E)	1,463	1	0,2265

Analisando os valores do Qui-quadrado entre as classes sociais, observam-se as diferenças entre as classes A e B; A e C; A e (D+E) e B e (D+E), podendo-se afirmar que a classe A fez maior uso de tabaco no ano se comparada com as classes B, C e (D+E).

A classe B fez maior uso se comparada com a classe (D+E).

Não houve diferença no uso entre as classes sociais B e C e entre as classes sociais C e (D+E).

As tabelas seguintes apresentam a tendência do uso de TABACO NO MES entre universitários da UCDB, em relação ao sexo, em relação à faixa etária, e em relação à classe social.

Tendência do uso de TABACO NO MÊS entre universitários da UCDB.

Tabela 21: Uso de tabaco no mês em relação ao sexo

	Sim		Não					
1. Sexo	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
Masculino	62	22,22	217	77,78	279	0,408	1	0,5230
Feminino	118	18,58	517	81,42	635	-	-	-
Total	180	-	734	-	914	-	-	-

Na relação entre os sexos e uso de tabaco no mês não houve diferença significante.

Tabela 22: Uso de tabaco no mês em relação à faixa etária

	Sim		Não					
2. Idade	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
17 – 19	50	20,08	199	79,92	249	3,139	3	0,3707
20 - 24	101	21,63	366	78,37	467	-	-	-
25 - 29	21	17,36	100	82,64	121	-	-	-
30 ou +	18	12,68	124	87,32	142	-	-	-
Total	190	-	789	-	979	-	-	-

A análise estatística mostrou não haver diferença significante entre as faixas etárias e o uso de tabaco no mês.

Tabela 23: Uso de tabaco no mês em relação à classe social

	Sim		Não					
3. Classe social	N	%	N	%	total	$\chi^2$	GL	p
A	64	27,00	173	73,00	237	11,792	3	0,0081
В	70	19,44	290	80,56	360	-	-	-
C	52	15,85	276	84,15	328	-	-	-
(D + E)	8	8,79	83	91,21	91	-	-	-
total	194	-	822	-	1016	-	-	-

Na relação classes sociais e uso de tabaco no mês, a análise estatística mostrou diferença, o que leva a uma investigação entre as classes.

Tabela 24: Valor do Qui-quadrado entre as classes sociais para o uso de tabaco no mês

Classes	$\chi^2$	Gl	p
A e B	1,603	1	0,2055
A e C	3,692	1	0,0547
A e (D + E)	11,285	1	0,0008
B e C	0,443	1	0,5055
B e (D + E)	4,678	1	0,0305
C e (D + E)	2,307	1	0,1288

Observando os valores encontrados, constatam-se diferenças quanto ao uso de tabaco no mês. Se comparadas as classes A e (D+E), nota-se que a classe A usou mais que a classe (D+E); percebe-se também diferença entre as classe B e (D+E), sinalizando maior uso na classe B. Não houve diferença da classe A para a B e a C; também não houve diferença da classe B para a C e desta para a classe (D+E).

As tabelas seguintes apresentam a tendência do uso de ÁLCOOL NA VIDA entre universitários da UCDB, em relação ao sexo, à faixa etária, e à classe social.

Tabela 25: Uso de álcool na vida em relação ao sexo

	Sim		Não					
1. Sexo	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
Masculino	271	95,76	12	4,24	283	0,916	1	0,3385
Feminino	587	92,59	47	7,41	634	-	-	-
Total	858	-	59	-	917	-	-	-

Na relação entre os sexos e uso de álcool na vida, a análise estatística não mostrou diferença significativa.

Tabela 26:	Uso	de álco	ol na	vida em	relação	à	faixa etária	a.

	Sim		Não					
2. Idade	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
17 – 19	241	96,79	8	3,21	249	5,690	3	0,1277
20 - 24	441	93,83	29	6,17	470	-	-	-
25 - 29	109	90,08	12	9,92	121	-	-	-
30 ou +	126	88,73	16	11,27	142	-	-	-
Total	917	-	65	-	982	-	-	-

Entre as faixas etárias e o uso de álcool na vida, não se comprovou diferença significante.

Tabela 27: Uso de álcool na vida em relação à classe social

	Sim		Não					
3. Classe social	N	%	N	%	total	$\chi^2$	GL	p
A	231	97,06	7	2,94	238	20,267	3	0,0001
В	341	94,46	20	5,54	361	-	-	-
C	305	92,71	24	7,29	329	-	-	-
D + E	74	80,43	18	19,57	92	-	-	-
total	951	-	69	-	1020	-	-	-

Observa-se diferença estatisticamente significante no uso de álcool na vida, entre as classes sociais, o que leva a investigar a relação entre as classes.

Tabela 28: Valor do Qui-quadrado entre as classes sociais para o uso de álcool na vida

classes	$\chi^2$	Gl	p
A e B	0,832	1	0,3616
A e C	1,949	1	0,1626
A e (D + E)	13,844	1	0,0002
B e C	0,255	1	0,6135
B e (D + E)	8,965	1	0,0028
C e (D + E)	6,485	1	0,0109

Analisando os resultados, observa-se que há diferença entre as classes A e (D+E), as classes B e (D+E) e as classes C e (D+E). Constata-se que a classe A fez maior uso que a classe (D+E); a classe B usou mais o álcool na vida que a classe (D+E) e a classe C fez mais uso que a classe (D+E). Não houve diferença entre a classe A com a B e a C; também não houve diferença entre as classes B e C.

As tabelas seguintes apresentam a tendência do uso de ÁLCOOL NO ANO entre universitários da UCDB, em relação ao sexo, em relação à faixa etária, e em relação à classe social.

Tabela 29: Uso de álcool no ano em relação ao sexo

	Sim		Não					
1. Sexo	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
Masculino	246	88,81	31	11,19	277	0,270	1	0,6036
Feminino	546	86,39	86	13,61	632	-	-	-
Total	792	-	117	-	909	-	-	-

A relação entre os sexos e uso de álcool no ano não mostrou diferença significante.

Tabela 30: Uso de álcool no ano em relação à faixa etária

	Sim		Não					
2. Idade	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
17 – 19	223	89,92	25	10,08	248	3,647	3	0,3022
20 - 24	414	88,46	54	11,54	468	-	-	-
25 - 29	99	83,90	19	16,10	118	-	-	-
30 ou +	112	81,75	25	18,25	137	-	-	-
Total	848	-	123	-	971	-	-	-

A análise estatística não mostrou diferença entre uso de álcool no ano e as faixas etárias.

Tabela 31: Uso de álcool no ano em relação às classes sociais

	Sim		Não					
3. Classe social	N	%	N	%	total	$\chi^2$	GL	p
A	224	93,72	15	6,28	239	26,086	3	<0,0001
В	322	90,70	33	9,30	355	-	-	-
C	271	83,13	55	16,87	326	-	-	-
(D+E)	62	69,66	27	30,33	89	-	-	-
Total	879	-	130	-	1009	-	-	-

Pela análise estatística, observa-se que há diferença significante entre o uso de álcool no ano e as classes sociais, o que leva a investigar as relações entre as classes.

Tabela 32: Valor do Qui-quadrado entre as classes sociais para o uso de álcool no ano

Classes	$\chi^2$	Gl	p
A e B	0,635	1	0,4256
A e C	5,479	1	0,0193
A e (D + E)	19,342	1	<0,0001
B e C	2,519	1	0,1125
B e (D + E)	13,92	1	0,0002
C e (D + E)	5,026	1	0,0002

Acompanhando os resultados, nota-se que há diferenças entre as classes A e C; classes A e (D+E); classes B e (D+E) e ainda entre as classes C e (D+E), sendo que a classe A fez maior uso que a classe social C e maior que a classe (D+E).

A classe B fez maior uso que a classe (D+E); a classe C usou mais que a classe (D+E). Entre as classes A e B e B e C não houve diferença.

As tabelas seguintes apresentam a tendência do uso de ÁLCOOL NO MÊS entre universitários da UCDB, em relação ao sexo, em relação à faixa etária, e em relação à classe social.

Tabela 33: Uso de álcool no mês em relação ao sexo

	Sim		Não					
1. Sexo	N	%	N	%	total	$\chi^2$	GL	p
Masculino	221	78,09	62	21,91	283	5,446	1	0,0196
Feminino	401	63,05	235	36,95	636	-	-	-
Total	622	-	297	-	919	-	-	-

Há diferença estatisticamente significante quanto ao uso de álcool no mês, entre os sexos, com maior uso de álcool para o sexo masculino.

Tabela 34: Uso de álcool no mês em relação à faixa etária

	Sim		Não					
2. Idade	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
17 – 19	177	71,08	72	28,92	249	2,579	3	0,4611
20 - 24	325	69,15	145	30,85	470	-	-	-
25 - 29	76	62,81	45	37,19	121	-	-	-
30 ou +	90	62,50	54	37,50	144	-	-	-
Total	668	-	316	-	984	-	-	-

Na relação faixa etária e uso de álcool no mês, não houve diferença significativa.

TD 1 1 27	T T	1 /1 1	1 ^	1 ~	•	1 ' 1
Tabala 45.		ർമ വിഗവ	I no mac	am ralacan	0	Clacca cocial
1 40514 .3.7.	0.50 (	いた みにしい	1 110 11168	CIII ICIACAO	а	classe social
1 400 0144 0 0 1				<b></b>	•••	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •

	Sim		Não					
3. Classe social	N	%	N	%	total	$\chi^2$	GL	p
A	188	78,01	53	21,99	241	23,604	3	<0,0001
В	264	72,73	99	27,27	363	-	-	-
C	200	61,35	126	38,65	326	-	-	-
D + E	44	47,83	48	52,17	92	-	-	-
total	696	-	326	-	1022	-	-	-

A análise estatística mostrou diferença significante entre uso de álcool no mês e classes sociais, o que leva a investigar a relação entre as classes.

Tabela 36: Valor do Qui-quadrado entre as classes sociais para o uso de álcool no mês

Classes	$\chi^2$	Gl	p
A e B	0,751	1	0,3862
A e C	6,569	1	0,0104
A e (D + E)	19,52	1	0,0000
B e C	2,93	1	0,0869
B e (D + E)	12,948	1	0,0003
C e (D + E)	3,687	1	0,0548

Analisando os resultados, observam-se diferenças entre as classes A e C, classes A e (D+E) e ainda entre as classes B e (D+E), notando-se que a classe A fez maior uso que as classes C e (D+E); não houve diferença entre as classes A e B.

A classe B usou mais que a classe (D+E); não houve diferença entre as classes B e C e entre C e (D+E).

As tabelas seguintes apresentam a tendência do uso de MACONHA NA VIDA entre universitários da UCDB, em relação ao sexo, em relação à faixa etária, e em relação à classe social.

Tabela 37: Uso de maconha na vida em relação ao sexo

	Sim		Não					
1. Sexo	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
Masculino	57	20,21	225	79,79	282	1,058	1	0,3038
Feminino	93	14,69	540	85,31	633	-	-	-
Total	150	-	765	-	915	-	_	-

Na relação entre os sexos e uso de maconha na vida, não houve diferença significativa.

TD 1 1 20	TT 1	1	• 1	1	~	· c ·	
Tabela 3X1		maconha n	ว หนดว	em rela	രവ	a taiva	etaria
Tabela 38:	USU UC	macomia n	a viua	ciii icia	çao a	a raina	Ctarra

	Sim		Não					
2. Idade	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
17 – 19	40	16,19	207	83,81	247	5,882	3	0,1175
20 - 24	91	19,36	379	80,64	470	-	-	-
25 - 29	10	8,33	110	91,67	120	-	-	-
30 ou +	17	11,81	127	88,19	144	-	-	-
Total	158	-	823	-	981	-	-	-

A análise estatística mostrou não haver diferença entre as faixas etárias e uso de maconha na vida.

Tabela 39: Uso de maconha na vida em relação à classe social

	Sim		Não					
3. Classe social	N	%	N	%	total	$\chi^2$	GL	p
A	63	26,25	177	73,75	240	24,228	3	:0,0001
В	56	15,56	304	84,44	360	-	-	-
C	41	12,50	287	87,50	328	-	-	-
(D + E)	2	2,20	89	97,80	91	-	-	-
total	162	-	857	-	1019	-	-	-

Entre as classes sociais, observa-se que há diferença significante.

.

Tabela 40: Valor do Qui-quadrado entre as classes sociais para o uso de maconha na vida

Classes	$\chi^2$	Gl	p
A e B	3,456	1	0,0630
A e C	6,052	1	0,0139
A e (D + E)	23,702	1	<0,0001
B e C	0,388	1	0,5330
B e (D + E)	11,03	1	0,0009
C e (D + E)	7,79	1	0,0053

Observa-se que há diferenças entre as classes A e C, classes A e (D+E), classes B e (D+E) e ainda entre as classes C e (D+E), onde se constata que a classe A fez maior uso que as classes C e (D+E); entre as classes A e B não houve diferença. A classe B usou mais que a classe (D+E) e a classe C fez maior uso que a classe (D+E). Não houve diferença entre as classes B e C.

As tabelas seguintes apresentam a tendência do uso de MACONHA NO ANO entre universitários da UCDB, em relação ao sexo, em relação à faixa etária, e em relação à classe social.

Tabela 41: Uso de maconha no ano em relação ao sexo

	Sim		Não					
1. Sexo	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
Masculino	25	8,93	255	91,07	280	1,254	1	0,2627
Feminino	31	4,91	601	95,09	632	-	-	-
Total	56	-	856	-	912	-	-	-

Na relação entre os sexos e uso de maconha no ano, a análise estatística mostrou não haver diferença significativa entre os sexos.

Tabela 42: Uso de maconha no ano em relação à faixa etária

	Sim		Não					
2. Idade	N	%	N	%	total	$\chi^2$	GL	p
17 – 19	20	8,10	227	91,90	247	10,679	3	0,0136
20 - 24	37	7,89	432	92,11	469	-	-	-
25 - 29	2	1,67	118	98,33	120	-	-	-
30 ou +	1	0,71	139	99,29	140	-	-	-
Total	60	-	916	-	976	-	-	-

A análise estatística mostrou diferença significativa entre o uso de maconha no ano e as faixas etárias.

Tabela 43: Valor do Qui-quadrado entre as faixas etárias para o uso de maconha no ano

Classes	$\chi^2$	Gl	p
17-19 e 20-24	0,003	1	0,9563
17-19 e 25-29	4,449	1	0,0349
17-19 e 30 ou mais	6,485	1	0,0109
20-24 e 25-29	4,25	1	0,0392
20-24 e 30 ou mais	6,264	1	0,0123
25-29 e 30 ou mais	0,0392	1	0,5313

Constatam-se diferenças significativas entre as faixas etárias 17-19 anos e 25-29 anos; 17-19 anos e 30 anos ou mais; 20-24 anos e 25-29 anos e ainda 20-24 anos e 30 anos ou mais, onde a faixa etária compreendida entre 17-19 anos usou mais maconha no ano que as faixas etárias de 25-29 anos, e de 30 anos ou mais. Não houve diferença entre 17-19 anos e

20-24 anos. A faixa etária de 20-24 anos fez maior uso que as faixas etárias de 25-29 anos e de 30 anos ou mais. Não mostrou diferença significante entre 25-29 anos e 30 anos ou mais.

Tabela 44: Uso de maconha no ano em relação à classe social

	Sim		Não					
3. Classe social	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
A	22	9,24	216	90,76	238	6,741	3	0,0806
В	22	6,20	333	93,80	355	-	-	-
C	16	4,91	310	95,09	326	-	-	-
(D + E)	1	1,09	91	98,91	92	-	-	-
Total	61	-	950	-	1011	-	-	-

Na relação das classes sociais e o uso da maconha no ano, a análise estatística não mostrou diferença significativa.

As tabelas seguintes apresentam a tendência do uso de MACONHA NO MÊS entre universitários da UCDB, em relação ao sexo, à faixa etária, e à classe social.

Tabela 45: Uso de maconha no mês em relação ao sexo

	Sim		Não					
1. Sexo	N	%	N	%	Total	$c^2$	GL	p
Masculino	13	4,63	268	95,37	281	0,54	1	0,4625
Feminino	17	2,68	617	97,32	634	-	-	-
Total	30	-	885	-	915	-	-	-

Na relação entre os sexos e uso de maconha no mês, não houve diferença estatisticamente significante.

Tabela 46: Uso de maconha no mês em relação à faixa etária

	Sim		Não					
2. Idade	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
17 – 19	10	4,03	238	95,97	248	6,638	3	0,0844
20 - 24	21	4,46	450	95,54	471	-	-	-
25 - 29	1	0,83	119	99,17	120	-	-	-
30 ou +	0	0,00	142	100,00	142	-	-	-
Total	32	-	949	-	981	-	-	-

Na relação entre idade e uso de maconha no mês, a análise estatística mostrou que não houve diferença.

CD 1 1 47	TT	1 1	^	1	~	<b>\</b> 1	1	
Tabela 47.	LISO	de maconha	no mes	em rel	acao :	മല	lacce (	വേദി
raucia +/.	$\circ$	uc macomia	no mes		açao a	a C	iasse i	ociai

	Sim		Não					
3. Classe social	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
A	16	6,69	223	93,31	239	5,985	3	0,1123
В	8	2,21	354	97,79	362	-	-	-
C	8	2,43	321	97,57	329	-	-	-
(D + E)	1	1,12	88	98,88	89	-	-	-
total	33	-	986	-	1019	-	-	-

Entre as classes sociais e o uso de maconha no mês, observa-se que não houve diferença.

As tabelas seguintes apresentam a tendência do uso de COCAÍNA NA VIDA entre universitários da UCDB, em relação ao sexo, à faixa etária, e à classe social.

Tabela 48: Uso de cocaína na vida em relação ao sexo

	Sim		Não					
1. Sexo	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
Masculino	8	2,83	275	97,17	283	0,0	1	1,0000
Feminino	18	2,83	618	97,17	636	-	-	-
Total	26	-	893	-	919	-	-	-

A análise estatística mostrou que não houve diferença significativa entre os sexos e o uso de cocaína na vida, com total igualdade de porcentagens entre os sexos.

Tabela 49: Uso de cocaína na vida em relação à faixa etária

	Sim		Não					
2. Idade	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
17 – 19	5	2,02	242	97,98	247	0,48	3	0,9233
20 - 24	14	2,95	460	97,05	474	-	-	-
25 - 29	4	3,31	117	96,69	121	-	-	-
30 ou +	3	2,10	140	97,90	143	-	-	-
Total	26	-	959	-	985	-	_	-

Na relação entre as faixas etárias e o uso de cocaína na vida, observa-se que não houve diferença.

TD 1 1 FO	TT 1	,	• 1	1 ~		1	
Tabala 500		cocaina na	vida am	ralacan	0 0	lacca c	100101
Tabela 50:	USO UE	COCama na	viua ciii	iciacao	a c	iasse s	sociai

	Sim		Não					
3. Classe social	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
A	8	3,33	232	96,67	240	1,293	3	0,7309
В	11	3,03	352	96,97	363	-	-	-
C	7	2,13	322	97,87	329	-	-	-
D + E	1	1,10	90	98,90	91	-	-	-
total	-	-	-	-	-	-	-	-

A análise estatística mostrou que não houve diferença significante entre as classes sociais e o uso de cocaína na vida.

As tabelas seguintes apresentam a tendência do uso de COCAÍNA NO ANO entre universitários da UCDB, em relação ao sexo, à faixa etária, e à classe social.

Tabela 51: Uso de cocaína no ano em relação ao sexo

	Sim		Não					
1. Sexo	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
Masculino	2	0,71	280	99,29	282	0,005	1	0,9447
Feminino	4	0,63	630	99,37	634	-	-	-
Total	6	-	910	-	916	-	-	-

Entre os sexos e o uso de cocaína no ano, não houve diferença significativa.

Tabela 52: Uso de cocaína no ano em relação à faixa etária

	Sim		Não					_
2. Idade	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
17 – 19	2	0,81	246	99,19	248	1,669	3	0,6439
20 - 24	4	0,85	466	99,15	470	-	-	-
25 - 29	0	0,00	120	100,00	120	-	-	-
30 ou +	0	0,00	144	100,00	144	-	-	-
Total	6	-	976	-	982	-	-	-

A relação entre faixas etárias e uso de cocaína no ano, não mostrou diferença significante.

TD 1 1 70	TT	1 /			1 ~	<b>\</b>	1	. 1
Tabela 53.	I I CO	de cocaina	$a n \cap an c$	\ Am rA	Iacan.	20	lacce coc	191
Tabela 53:	$\circ$	uc cocami	a no anc		iaçao	ac	iasse suc	ıaı

	Sim		Não					
3. Classe social	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
A	0	0,00	240	100,00	240	1,535	3	0,6743
В	4	1,11	357	98,89	361	-	-	-
C	1	0,30	327	99,70	328	-	-	-
(D + E)	1	1,10	90	98,90	91	-	-	-
total	6	-	1014	-	1020	-	-	-

A análise estatística mostrou que não houve diferença significativa para o uso de cocaína no ano, em relação às classes sociais.

As tabelas seguintes apresentam a tendência do uso de COCAÍNA NO MÊS entre universitários da UCDB, em relação ao sexo, à faixa etária, e à classe social.

Tabela 54: Uso de cocaína no mês em relação ao sexo

	Sim		Não					
1. Sexo	N	%	N	%	Total	$c^2$	GL	p
Masculino	1	0,35	282	99,65	283	0,002	1	0,9607
Feminino	2	0,31	637	99,69	639	-	-	-
Total	3	-	919	-	922	-	-	-

A relação entre os sexos e uso de cocaína no mês, indica que não houve diferença significativa.

Tabela 55: Uso de cocaína no mês em relação à faixa etária

	Sim		Não					
2. Idade	N	%	N	%	Total	$\chi^2$	GL	p
17 – 19	0	0,00	249	100,00	249	1,893	3	0,5949
20 - 24	3	0,63	471	99,37	474	-	-	-
25 - 29	0	0,00	121	100,00	121	-	-	-
30 ou +	0	0,00	144	100,00	144	-	-	-
Total	3	-	985	-	988	-	-	-

Entre as faixas etárias e o uso de cocaína no mês, não se mostrou diferença significante.

Tabela 56: Uso de cocaína no mês em relação à classe social

	Sim		Não					
3. Classe social	N	%	N	%	Total	$\chi^2$	GL	p
A	0	0,00	241	100,00	241	2,004	3	0,5716
В	2	0,55	361	99,45	363	-	-	-
C	0	0,00	330	100,00	330	-	-	-
D + E	1	1,09	91	98,91	92	-	-	-
total	3	-	1023	-	1026	-	-	-

A análise estatística mostrou não haver diferença significativa entre o uso de cocaína no mês e as classes sociais.

As tabelas seguintes apresentam a tendência do uso de ANFETAMÍNICOS NA VIDA entre universitários da UCDB, em relação ao sexo, à faixa etária, e à classe social.

Tabela 57: Uso de anfetamínicos na vida em relação ao sexo

	Sim		Não					
1. Sexo	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
Masculino	17	6,03	265	93,97	282	1,755	1	0,1853
Feminino	72	11,30	565	88,70	637	-	-	-
Total	89	-	830	-	919	-	-	-

Na relação entre os sexos e o uso de anfetamínicos na vida, a análise estatística mostrou não haver diferença significativa entre os sexos.

Tabela 58: Uso de anfetamínicos na vida em relação à faixa etária

	Sim		Não					
2. Idade	N	%	N	%	total	$\chi^2$	GL	p
17 – 19	15	6,07	232	93,93	247	6,354	3	0,0956
20 - 24	46	9,70	428	90,30	474	-	-	-
25 - 29	13	10,74	108	89,26	121	-	-	-
30 ou +	24	16,78	119	83,22	143	-	-	-
Total	98	-	887	-	985	-	-	-

Entre as faixas etárias e o uso de anfetamínicos na vida, não houve diferença.

Tabela 59: Uso de anfetamínicos em relação à classe social

	Sim		Não					
3. Classe social	N	%	N	%	total	$\chi^2$	GL	p
A	35	14,64	204	85,36	239	3,207	3	0,3607
В	33	9,11	329	90,89	362	-	-	-
C	24	7,29	305	92,71	329	-	-	-
(D + E)	9	9,89	82	90,11	91	-	-	-
total	101	-	920	-	1021	-	-	-

A análise estatística mostrou não haver diferença significativa entre o uso de anfetamínicos na vida e as classes sociais.

As tabelas seguintes apresentam a tendência do uso de ANFETAMÍNICOS NO ANO entre universitários da UCDB, em relação ao sexo, à faixa etária, e à classe social.

Tabela 60: Uso de anfetamínicos no ano em relação ao sexo

	Sim		Não					
1. Sexo	N	%	N	%	total	$\chi^2$	GL	p
Masculino	7	2,51	272	97,49	279	1,169	1	0,2796
Feminino	35	5,51	600	94,49	635	-	-	-
Total	42	-	872	-	914	-	-	-

Entre os sexos e o uso de anfetamínicos no ano, não houve diferença significante.

Tabela 61: Uso de anfetamínicos no ano em relação à faixa etária

	Sim		Não					
2. Idade	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
17 – 19	10	4,02	239	95,98	249	1,443	3	0,6954
20 - 24	25	5,34	443	94,66	468	-	-	-
25 - 29	3	2,50	117	97,50	120	-	-	-
30 ou +	8	5,59	135	94,41	143	-	-	-
Total	46	-	934	-	980	-	-	-

Na relação das faixas etárias e o uso de anfetamínicos no ano, não houve diferença.

TD 1 1 (A II 1	C	1	~ \	1 ' 1
Tabela 67. Lico de	antetaminicos no	and em relad	വവ	Clacce cocial
Tabela 62: Uso de	anicianimicos no	and thi itia	vao a	Ciasse social

	Sim		Não					
3. Classe social	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
A	21	8,75	219	91,25	240	6,815	3	0,0780
В	17	4,75	341	95,25	358	-	-	-
C	7	2,13	321	97,87	328	-	-	-
D + E	2	2,20	89	97,80	91	-	-	-
total	47	-	970	-	1017	-	-	-

A análise estatística mostrou não haver diferença entre o uso de anfetamínicos no ano e as classes sociais.

As tabelas seguintes apresentam a tendência do uso de ANFETAMÍNICOS NO MES entre universitários da UCDB, em relação ao sexo, à faixa etária, e à classe social.

Tabela 63: Uso de anfetamínicos no mês em relação ao sexo

	Sim		Não					
1. Sexo	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
Masculino	4	1,43	275	98,57	279	0,404	1	0,5250
Feminino	17	2,71	611	97,29	628	-	-	-
Total	21	-	886	-	907	-	-	-

Na relação entre os sexos e uso de anfetamínicos no mês, não houve diferença significativa.

Tabela 64: Uso de anfetamínicos no mês em relação à faixa etária

	Sim		Não					
2. Idade	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
17 – 19	4	1,62	243	98,38	247	4,607	3	0,2030
20 - 24	12	2,57	455	97,43	467	-	-	-
25 - 29	0	0,00	118	100,00	118	-	-	-
30 ou +	6	4,26	135	95,74	141	-	-	-
Total	22	-	951	-	973	-	-	-

Entre as faixas etárias e o uso de anfetamínicos no mês, a análise estatística não mostrou diferença.

OD 1 1 65	TT 1 C / / '	^	1 ~	\ 1 ' 1
Tabela 65.	Uso de anfetamínicos	no mes em	relacan	a classe social
rabera ob.	Uso de anicialinicos	no mes em	iciação	a classe social

	Sim		Não					
3. Classe social	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
A	11	4,58	229	95,42	240	2,732	3	0,4348
В	5	1,41	349	98,59	354	-	-	-
C	5	1,55	318	98,45	323	-	-	-
(D + E)	2	2,20	89	97,80	91	-	-	-
Total	23	-	985	-	1008	-	-	-

Não houve diferença entre as classes sociais e o uso de anfetamínicos no mês.

As tabelas seguintes apresentam a tendência do uso de SOLVENTES NA VIDA entre universitários da UCDB, em relação ao sexo, à faixa etária, e à classe social.

Tabela 66: Uso de solventes na vida em relação ao sexo

	Sim		Não					
1. Sexo	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
Masculino	60	21,51	219	78,49	279	1,752	1	0,1856
Feminino	91	14,33	544	85,67	635	-	-	-
Total	151	-	763	-	914	-	-	-

Entre os sexos e uso de solventes na vida, não houve diferença significante.

Tabela 67: Uso de solventes na vida em relação à faixa etária

	Sim		Não					
2. Idade	N	%	N	%	total	$\chi^2$	GL	p
17 – 19	35	14,06	214	85,94	249	11,266	3	0,0104
20 - 24	106	22,60	363	77,40	469	-	-	-
25 - 29	15	12,40	106	87,60	121	-	-	-
30 ou +	9	6,38	132	93,62	141	-	-	-
Total	165	-	815	-	980	-	-	-

Na relação entre as faixas etárias e o uso de solventes na vida, houve diferença estatísticamente significante.

Tabela 68: Valor do Qui-quadrado entre as faixas etárias para o uso de solventes na vida

Faixa etária	$\chi^2$	Gl	p
17 – 19 e 20 - 24	2,436	1	0,1186
17 – 19 e 25 -29	0,120	1	0,7290
17 –19 e 30 ou mais	3,214	1	0,0730
20 – 24 e 25 - 29	3,603	1	0,0577
20 – 24 e 30 ou mais	10,617	1	0,0011
25 – 29 e 30 ou mais	2,130	1	0,1445

Analisando os resultados encontrados, constata-se diferença entre as faixas etárias 20-24 anos e 30 anos ou mais, observando-se que a faixa etária 20-24 anos fez maior uso de solventes na vida que a faixa de 30 anos ou mais. Nas outras faixas etárias não houve diferença.

Tabela 69: Uso de solventes na vida em relação à classe social

	Sim		Não					
3. Classe social	N	%	N	%	total	$\chi^2$	GL	P
A	67	28,03	172	71,97	239	28,323	3	<0,0001
В	70	19,39	291	80,61	361	-	-	-
C	30	9,20	296	90,80	326	-	-	-
D + E	3	3,26	89	96,74	92	-	-	-
total	170	-	848	-	1018	-	-	-

Entre as classes sociais e o uso de solventes na vida houve diferença significativa.

Tabela 70: Valor do Qui-quadrado entre as classes sociais para o uso de solventes na vida

classes	$\chi^2$	Gl	р
A e B	2,063	1	0,1509
A e C	11,702	1	0,0006
A e (D + E)	23,245	1	<0,0001
ВеС	4,238	1	0,0395
B e (D + E)	12,954	1	0,0003
C e (D + E)	3,020	1	0,0822

Observando os valores para o Qui-quadrado entre as classes sociais, constata-se que há diferenças. Pode-se afirmar que a classe A fez maior uso de solventes na vida que as classes C e (D+E). A classe B fez mais uso que as classes C e (D+E).

Não houve diferenças entre as classes A e B e entre as classes C e (D+E).

As tabelas seguintes apresentam a tendência do uso de SOLVENTES NO ANO entre universitários da UCDB, em relação ao sexo, à faixa etária, e à classe social.

Tabela 71: Uso de solventes no ano em relação ao sexo

	Sim		Não					
1. Sexo	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
Masculino	25	9,09	250	90,91	275	1,221	1	0,2691
Feminino	32	5,08	598	94,92	630	-	-	-
Total	57	-	848	-	905	-	-	-

A análise estatística não mostrou diferença significativa para uso de solventes no ano, entre os sexos.

Tabela 72: Uso de solventes no ano em relação à faixa etária

	Sim		Não					
2. Idade	N	%	N	%	total	$\chi^2$	GL	p
17 – 19	23	9,24	226	90,76	249	13,825	3	0,0032
20 - 24	37	7,96	428	92,04	465	-	-	-
25 - 29	2	1,71	115	98,29	117	-	-	-
30 ou +	0	0,00	139	100,00	139	-	-	-
Total	62	-	908	-	970	-	-	-

Há diferença significante nas faixas etárias, para uso de solventes no ano, levando a investigar em quais faixas etárias se dá a diferença.

Tabela 73: Valor do Qui-quadrado entre as faixas etárias para o uso de solventes no ano

Faixa etária	$\chi^2$	Gl	p
17-19 e 20- 24	0,104	1	0,7468
17-19 e 25-29	5,478	1	0,0193
17-19 e 30 ou mais	9,688	1	0,0019
20-24 e 25-29	4,245	1	0,0394
20-24 e 30 ou mais	8,290	1	0,0040
25-29 e 30 ou mais	1,725	1	0,1891

Analisando os valores do Qui-quadrado entre as faixas etárias, observa-se que há diferenças entre as faixas etárias 17-19 anos e 25-29 anos; entre 17-19 anos e 30 anos ou mais; entre 20-24 anos e 25-29 anos e entre 20-24 anos e 30 anos ou mais. A faixa de 17-19 anos fez mais uso de solventes no ano do que a faixa entre 25-29 anos e mais do que a faixa entre 25-29 anos e mais do que a faixa entre 25-29 anos e mais do que a faixa entre 25-29 anos e mais do que a faixa de 30 anos ou mais.

Não houve diferenças entre as faixas etárias de 17-19 anos e 20-24 anos e entre 25-29 anos e 30 anos ou mais.

Tabela 74:	Uso de	solventes	no	ano	em	relação	à	classe	social

	Sim		Não					
3. Classe social	N	%	N	%	total	$\chi^2$	GL	p
A	28	11,86	208	88,14	236	11,591	3	0,0089
В	25	7,00	332	93,00	357	-	-	-
C	12	3,68	314	96,32	326	-	-	-
(D + E)	1	1,12	88	98,88	89	-	-	-
total	65	-	942	-	1008	-	-	-

Na relação do uso de solventes no ano e as classes sociais, a análise estatística mostrou diferença estatísticamente significativa.

Tabela 75: Valor do Qui-quadrado entre as classes sociais para o uso de solvente no ano

Classes	$\chi^2$	Gl	p
A e B	1,383	1	0,2396
A e C	4,669	1	0,0307
A e (D + E)	9,503	1	0,0021
B e C	1,090	1	0,2964
B e (D + E)	4,438	1	0,0351
C e (D + E)	1,399	1	0,2399

Analisando os resultados encontrados, constatam-se diferenças entre as classes sociais A e C; A e (D+E) e B e (D+E), observando-se que a classe A fez maior uso de solventes no ano que as classes C e (D+E). A classe B usou mais solventes no ano que a classe (D+E).

Não houve diferenças entre as classes A e B; B e C e C e (D+E).

As tabelas seguintes apresentam a tendência do uso de SOLVENTES NO MÊS entre universitários da UCDB, em relação ao sexo, à faixa etária, e à classe social.

Tabela 76: Uso de solventes no mês em relação ao sexo

	Sim		Não					
1. Sexo	N	%	N	%	Total	$c^2$	GL	p
Masculino	9	3,20	272	96,80	281	0,340	1	0,5598
Feminino	12	1,90	619	98,10	631	-	-	-
Total	21	-	891	-	912	-	-	-

Entre os sexos e o uso de solventes no mês, não houve diferença significante.

Tabela 77: Uso de solventes no mês em relação à faixa etária

	Sim		Não					
2. Idade	N	%	N	%	Total	$\chi^2$	GL	p
17 – 19	12	4,84	236	95,16	248	9,238	3	0,0263
20 - 24	10	2,13	459	97,87	469	-	-	-
25 - 29	0	0,00	119	100,00	119	-	-	-
30 ou +	0	0,00	142	100,00	142	-	-	
Total	22	-	956	-	978	-	-	-

Entre as faixas etárias, houve diferença significante para o uso de solventes no mês.

Tabela 78: valor do Qui-quadrado entre as faixas etárias para o uso de solvente no mês

Faixa etária	$\chi^2$	Gl	p
17-19 e 20-24	1,092	1	0,2961
17-19 e 25-29	4,960	1	0,0259
17-19 e 30 ou mais	4,960	1	0,0259
20-24 e 25-29	2,153	1	0,6060
20-24 e 30 ou mais	2,153	1	0,6060
25-29 e 30 ou mais	0,000	1	1,000

Analisando os resultados, observa-se que há diferenças entre as faixas etárias 17-19 anos e 25-29 anos e entre 17-19 anos e 30 anos ou mais. Observa-se que a faixa de 17-19 anos fez maior uso que 25-29 anos e maior uso que a faixa de 30 anos ou mais.

Não houve diferenças entre as faixas etárias de 17-19 anos e 20-24 anos; de 20-24 anos não houve diferenças para 25-29 anos e para 30 anos ou mais.

Tabela 79: Uso de solventes no mês em relação às classes sociais

	Sim		Não					
3. Classe social	N	%	N	%	Total	$c^2$	GL	p
A	8	3,35	231	96,65	239	1,303	3	0,7284
В	7	1,94	353	98,06	360	-	-	-
C	6	1,84	320	98,16	326	-	-	-
D + E	1	1,11	89	98,89	90	-	-	-
total	22	-	993	-	1015	-	-	-

Entre as classes sociais e o uso de solventes no mês, a análise estatística mostrou não haver diferença.

As tabelas seguintes apresentam a tendência do uso de ANSIOLÍTICOS NA VIDA entre universitários da UCDB, em relação ao sexo, à faixa etária, e à classe social.

Tabela 80: Uso de ansiolíticos na vida em relação ao sexo

	Sim		Não					
1. Sexo	N	%	N	%	total	$\chi^2$	GL	p
Masculino	11	3,90	271	96,10	282	4,030	1	0,0447
Feminino	73	11,46	564	88,54	637			
Total	84		835		919			

Há diferença estatisticamente significante quanto ao uso de ansiolíticos na vida, entre os sexos, sendo que o sexo feminino fez maior uso de ansiolíticos, que o sexo masculino.

Tabela 81: Uso de ansiolíticos na vida em relação à faixa etária

	Sim		Não					
2. Idade	N	%	N	%	total	$\chi^2$	GL	p
17 – 19	15	6,02	234	93,98	249	3,965	3	0,2653
20 - 24	41	8,67	432	91,33	473	-	-	-
25 - 29	12	9,92	109	90,08	121	-	-	-
30 ou +	20	14,18	121	85,82	141	-	-	-
Total	88	-	896	-	984	-	-	-

A análise estatística não mostrou diferença na relação entre o uso de ansiolíticos na vida e as faixas etárias.

Tabela 82: Uso de ansiolíticos na vida em relação às classes sociais

	Sim		Não					
3. Classe social	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
A	29	12,03	212	87,97	241	1,902	3	0,5931
В	25	6,93	336	93,07	361	-	-	-
C	28	8,51	301	91,49	329	-	-	-
(D + E)	7	7,69	84	92,31	91	-	-	-
total	89	-	933	-	1022	-	-	-

Não houve diferença significativa entre classes sociais e uso de ansiolíticos na vida.

As tabelas seguintes apresentam a tendência do uso de ANSIOLÍTICOS NO ANO entre universitários da UCDB, em relação ao sexo, à faixa etária, e à classe social.

Tabela 83: Uso de ansiolíticos no ano em relação ao sexo

	Sim		Não					
1. Sexo	N	%	N	%	total	$\chi^2$	GL	p
Masculino	7	2,48	275	97,52	282	1,603	1	0,2055
Feminino	39	6,11	599	93,89	638	-	-	-
Total	46	-	874	-	920	-	-	-

Entre os sexos e o uso de ansiolíticos no ano, não houve diferença significativa.

Tabela 84: Uso de ansiolíticos no ano em relação à faixa etária

	Sim		Não					
2. Idade	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
17 – 19	11	4,42	238	95,58	249	0,410	3	0,9382
20 - 24	25	5,28	448	94,72	473	-	-	-
25 - 29	6	4,96	115	95,04	121	-	-	-
30 ou +	5	3,52	137	96,48	142	-	-	-
Total	47	-	938	-	985	-	-	-

Não houve diferença na relação entre uso de ansiolíticos no ano e as faixas etárias.

Tabela 85: Uso de ansiolíticos no ano e a relação entre as classes sociais

	Sim		Não					
3. Classe social	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
A	13	5,42	227	94,58	240	2,331	3	0,5066
В	10	2,77	351	97,23	361	-	-	-
C	22	6,67	308	93,33	330	-	-	-
D + E	3	3,26	89	96,74	92	-	-	-
total	48	-	975	-	1023	-	-	-

Não houve diferença significativa entre as classes sociais e o uso de ansiolíticos no ano.

As tabelas seguintes apresentam a tendência do uso de ANSIOLÍTICOS NO MÊS entre universitários da UCDB, em relação ao sexo, à faixa etária, e à classe social.

Tabela 86: Uso de ansiolíticos no mês em relação ao sexo

	Sim		Não					
1. Sexo	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	P
Masculino	4	1,42	277	98,58	281	0, 171	1	0,6791
Feminino	14	2,20	622	97,80	636	-	-	-
Total	18	-	899	-	917	-	-	-

Não houve diferença significante, entre os sexos e o uso de ansiolíticos no mês.

Tabela 87: Uso de ansiolíticos no mês em relação à faixa etária

	Sim		Não					
2. Idade	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	P
17 – 19	5	2,01	244	97,99	249	3,168	3	0,3664
20 - 24	7	1,49	462	98,51	469	-	-	-
25 - 29	5	4,13	116	95,87	121	-	-	-
30 ou +	1	0,70	142	99,30	143	-	-	-
Total	18	-	964	-	982	-	-	-

Entre as faixas etárias e o uso de ansiolíticos no mês, não houve diferença significativa.

	Sim		Não					
3. Classe social	N	%	N	%	total	$c^2$	GL	p
A	2	0,83	238	99,17	240	2,250	3	0,5222
В	4	1,11	357	98,89	361	-	-	-
C	9	2,74	319	97,26	328	-	-	-
(D + E)	3	3,30	88	96,70	91	-	-	-
Total	18	_	1002	_	1020		_	_

Tabela 88: Uso de ansiolíticos no mês em relação às classes sociais

Na relação entre as classes sociais e o uso de ansiolíticos no mês, não houve diferença significativa.

## 4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi utilizado o teste do  $\chi^2$  para Tendência, na interpretação dos resultados, com o nível de significância fixado em 0,05, conseqüentemente, o intervalo de confiança corresponde a 95%, para detectar possíveis associações entre algumas variáveis pesquisadas e uso de drogas. Este teste, bem como medidas nele baseadas, somente identifica a existência de alguma dependência entre as variáveis, ficando a interpretação a cargo do interessado. Entretanto, a estatística fornece outras técnicas e testes que podem ajudar a investigação sobre possíveis fatores intercorrentes no uso de drogas. A quantidade de variáveis e a complexidade do problema justificam, no caso, o uso de um modelo multivariado que busque entender o efeito conjunto de muitas variáveis.

É possível expandir os resultados para o conjunto da população pesquisada a partir dos pesos amostrais (probabilidade de sorteio) e, neste caso, deve-se estimar os coeficientes de variação para se ter uma idéia dos limites superiores dos erros cometidos. Nesta circunstância, cada estimativa deve vir acompanhada ou do seu coeficiente de variação ou do intervalo de confiança, e não faz sentido apresentar as tabelas com os dados dos estudantes pesquisados desde que expandir significa fazer com que cada respondente passe a representar um certo número de estudantes.

## 5. DISCUSSÃO

É importante destacar que, nesta pesquisa, estimou-se o uso de drogas, incluindo-se o álcool e o tabaco, apenas pelo relato dos estudantes universitários, não significando diagnóstico de dependência a essas drogas. A partir de questionários de autopreenchimento e não contando com a presença do profissional treinado para esse fim, é impossível fazer esse diagnóstico (GALDURÓZ & ANDREATINI, 1992).

Análise específica do uso de drogas:

5.1 Prevalência do Uso de Drogas segundo as Categorias de Usuários: uso na vida, no ano, no mês, uso freqüente e uso pesado.

Neste estudo, foi constatada a maior prevalência no uso de drogas lícitas, com o álcool sendo a droga de maior uso na vida (92,69%), seguido pelo tabaco (42,88%), assemelhando-se a outros trabalhos (MARQUES; CRUZ, 2000; GALDURÓZ et al, 1977; TAVARES et al., 2001; CARLINI et al., 2001). O uso freqüente (seis vezes ou mais ao mês), de álcool (14,23%) e de tabaco (3,31%), e o uso pesado (vinte vezes ou mais ao mês), de álcool (9,45%) e de tabaco (9,55%), indicaram tendência de aumento de uso, com risco.O uso pesado de qualquer droga psicoativa é preocupante, pois é o caminho mais curto à dependência (GALDURÓZ & ANDREATINI,1992), e no I Levantamento Domiciliar no Brasil (CARLINI et al., 2001), a estimativa de dependentes de álcool foi de 11,2% e de tabaco 9,0%. No último levantamento epidemiológico realizado pelo CEBRID, entre estudantes de 1° e 2° graus, foi detectada a prevalência significativa de uso freqüente de álcool (15%) e de tabaco (6,2); houve crescimento de uso pesado de álcool, em oito capitais brasileiras, das dez pesquisadas (GALDURÓZ et al.,1997).

Plasschaert et al., (2002), em um estudo epidemiológico entre acadêmicos de duas escolas de odontologia, em Amsterdam, registraram o uso de álcool na vida (95%), no último mês (88%) e o uso de tabaco no mês (24%). Realizou-se um estudo com 2.410 estudantes em Pelotas, Rio Grande do Sul, em 1988 (TAVARES et al., 2001), onde foram indicadas as substâncias psicoativas mais consumidas na vida, sendo o álcool (86,8%) e o tabaco (41%). Com 478 estudantes em Florianópolis, Santa Catarina, foi realizado um levantamento epidemiológico com prevalência maior do álcool (86,8%) na vida (BAUS et al., 2002). A Universidade do Rio de Janeiro, pelo seu Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao uso de Drogas-NEPAD, realizou um estudo em 1997 com 3.139 estudantes de 1º e 2º graus, detectando-se o álcool (77,7%) e o tabaco (34,0%), como sendo as drogas de maior consumo na vida (MARQUES & CRUZ, 2000).

Na University of Hong Kong (ABDULLAH et al., 2002), realizou-se uma pesquisa com 1.197 estudantes de Medicina, e o uso de álcool na vida mostrou uma prevalência de

61,0% e o tabaco 13,0%. Na Croácia, pelo levantamento da University School of Medicine, Zagreb, 50% dos universitários fizeram uso de álcool, na vida e 29% usaram tabaco (TRKULJA et al., 2003). Nestes estudos epidemiológicos foram destacadas as duas drogas de maior consumo, o álcool e o tabaco, com os maiores percentuais de uso, na vida, com destaque para os universitários aqui pesquisados, apenas com prevalência maior, de álcool na vida (95%), para Amsterdam.

Excetuando-se álcool e tabaco, as drogas mais utilizadas, neste estudo, pela ordem, foram: solventes (16,57%), maconha (15,79%), anfetamínicos (9,84%) e ansiolíticos (8,67%). No Brasil, o uso de drogas, em geral, é uma questão de saúde pública, como os dados epidemiológicos mostram (MAGALHÃES,1991; MESQUITA et al.,1995; BOSKOVITZ et al., 1995; ANDRADE et al., 1999).

O consumo de substâncias psicoativas entre universitários da cidade de São Paulo, apresenta prevalência semelhante à dos alunos de I e II graus, quanto ao uso experimental e esporádico. Magalhães et al. (1991), detectaram, entre estudantes universitários, como na pesquisa realizada com alunos da Faculdade de Medicina de São Paulo, que as drogas mais utilizadas na vida foram, em ordem decrescente, álcool (82%), tabaco (39%), solventes (28%), maconha (26%), medicamentos prescritos (17%) e cocaína (10%). Essa pesquisa, com estudantes de Medicina, assemelhou-se à realizada com os estudantes universitários da UCDB, pela ordem decrescente de uso das drogas.

Porém, com exceção do álcool e do tabaco, os universitários desta pesquisa usaram menos solventes, maconha, medicamentos prescritos e cocaína. Andrade et al. (1995), concluíram, em um estudo sobre a prevalência de uso de drogas, com alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, de 1991 a 1993, em ordem decrescente, nos últimos doze meses, o consumo das seguintes substâncias: álcool (85,5%), tabaco (19,8%), maconha (15,2%), solventes (13,3%) e tranqüilizantes (7,5%), sugerindo que o uso de tranqüilizantes, alguma droga e álcool é maior nos últimos anos do curso de Medicina. Neste estudo, as taxas percentuais de uso, nos últimos doze meses, mostraram menor uso do que os universitários de São Paulo, com exceção do tabaco (27,09%) e do álcool (86,30%).

Com 1.268 universitários de São José do Rio Preto, São Paulo, realizou-se uma pesquisa em 1990, sobre uso de drogas e, excluindo-se álcool e tabaco, o maior percentual de consumo, na vida, foi para solventes (45%), seguido por maconha (18,8%), medicamentos prescritos (11%), cocaína (10%) e alucinógenos (1,8%) (BOSKOVITZ et al., 1995). Com esses percentuais de usuários, permanece a mesma consideração de menor uso de drogas, em geral, para os universitários da pesquisa aqui realizada, com exceção dos alucinógenos

(2,83%). Um levantamento epidemiológico foi realizado entre 1994 e 1995 com universitários do 1º ao 6º ano de graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp, São Paulo, comparada com outras oito escolas médicas paulistas (total de 3.725 alunos), na prevalência do uso de drogas na vida, com os percentuais e a variação entre outras escolas mostrada entre parênteses: álcool 84% (80-92%); tabaco 33% (35-46%); solventes 30% (25-38%); maconha 17% (17-31%); tranqüilizantes (BZD) 14% (8-16%); anfetaminas 6% (4-16%); cocaína 3% (3-7%) (KERR-CORRÊA et al., 1999). Comparando-se com este estudo, destaca-se, ainda, o maior uso de álcool e tabaco para os universitários desta pesquisa, como também o maior uso de anfetamínicos. O percentual de 30%, detectado para o uso de solventes nas escolas citadas, substância mais utilizada do que a maconha (17%), é considerado um dado diferente da literatura mundial e nacional, nos levantamentos entre universitários (KERR-CORRÊA et al., 1999).

Segundo o Boletim CEBRID (48-2003), o Brasil se destaca no consumo de solventes, na vida, sendo uma questão de saúde pública. Neste estudo, foi detectado que 16,57% dos universitários fizeram uso de solventes, na vida e, no Brasil, 13,8% dos estudantes de I e II graus, consumiram essa substância psicoativa. Nos padrões de uso, nesta pesquisa, houve tendência de diminuição de uso (ano/mês), os alucinógenos com uso na vida, 2,83% e a cocaína 2,63%. A prevalência do uso de cocaína, no ano (0,58%) e no mês (0,19%), possibilita questionamento, pelos índices maiores detectados em outros estudos, no país, se popularizando entre os estudantes como foi verificado na pesquisa do CEBRID, com tendência de aumento no seu uso pesado em oito capitais brasileiras (GALDURÓZ et al., 1997). Leva-se em conta ser esta região fronteiriça, com fácil acesso a essa substância psicoativa, onde a pasta de coca tem um preço acessível e, na prática clínica, é uma das drogas de maior consumo nesta cidade. Isso predispõe a três hipóteses: a) o usuário sentir dificuldade em confessar o uso dessa droga, considerada ilícita e "não leve" como a maconha; b) se as apreensões de cocaína foram mais intensificadas, na época, deixando escasso o produto, ou c) se realmente houve diminuição no uso de cocaína, no último ano e mês da pesquisa efetuada.

Estudantes espanhóis entre 14 e 18 anos consomem cada vez mais maconha e cocaína (ESPINÓS, 2003), conforme a quinta pesquisa bienal do Plano Nacional sobre Drogas, entrevistando 25.770 estudantes de 567 escolas públicas e particulares da Espanha, em 2002; o consumo de cocaína passou de 2,2% para 3,1%, em relação aos dados de 2000. A prevalência do uso de maconha é significativa, com 22% de consumidores habituais, com a concepção dos jovens de 18 anos que fumar maconha é mais saudável que fumar cigarros.

Magalhães et al. (1991), analisam sobre os estudantes que provaram maconha, com a formação de sub grupo, com características distintas; o uso de maconha, em particular entre os universitários paulistanos, é predominantemente social e recreativo.

No levantamento do CEBRID, para estudantes de I e II graus, embora a maconha apareça em segunda ou terceira posições, houve aumento de tendência de uso na vida e esta unanimidade de crescimento de uso em todas as dez capitais, só foi observada para a maconha. As hipóteses levantadas: ou as pessoas diminuíram seus medos em confessar o uso, que sempre foi elevado ou, de outra forma, realmente cresceu o uso entre os jovens estudantes (GALDURÓZ et al., 1997).

Roig e Thomaz (1992, p. 82) estudam a "leveza" da maconha como um dos maiores, mais perigosos e infundados mitos sobre o uso de drogas, quando dito por usuários; porém, quando considerada "leve" por um profissional de saúde, "deve ser chamado de grave imperícia profissional". Os autores lembram que o uso, abuso e indução massiva da maconha, em um organismo em condições de funcionamento fisiológico (homeostase), a somatória de qualquer tipo e quantidade de substância afetará o fisiologismo, sendo prejudicial ao organismo. Vale lembrar a necessidade e a importância dos programas de prevenção, adequados à realidade, para preencher a desinformação e quebrar os mitos existentes na população.

As drogas menos utilizadas, na vida, nesta pesquisa, foram: os barbitúricos (1,85%); anticolinérgicos (1,07%); ópio (0,58%) e xaropes (0,39%). O afunilamento das freqüências dos usuários leves e moderados, desde o uso na vida, em direção ao uso pesado, indica que para a grande maioria dos universitários pesquisados, o uso de drogas foi experimental, ocasional e sem risco. Uma minoria dos estudantes fez uso regular de solventes, maconha, anfetamínicos e ansiolíticos. Com relação ao álcool e tabaco, são as drogas com uso de risco, com tendência de uso pesado e percentuais mais elevados de uso na vida, comparados a outros estudos citados. Esta realidade desperta para as estratégias preventivas no sentido de evitar que muitos estudantes universitários passem a fazer uso freqüente da droga, e a grande maioria não inicie o seu uso, exercendo os seus próprios mecanismos de proteção.

# 5.2 A relação entre o uso de drogas e os sexos.

A literatura, de modo geral, mostra que os homens fazem maior uso de drogas, principalmente, as ilícitas (BARNES, 1979; MORTON, 1987; GALDURÓZ et al., 1994). Nesta pesquisa, em geral, não foram detectadas diferenças estatiscamente significativas quanto ao uso de drogas e os sexos, salvo um maior uso, na vida, de ansiolíticos, (11,42%)

entre as mulheres, e nos homens, maior uso de álcool (78,09%) no mês. A análise de um estudo epidemiológico realizado com 799 estudantes da University of the North, África do Sul, mostrou que as mulheres usaram menos tabaco e maconha do que os homens, e fizeram maior uso de estimulantes do que eles (PELTZER et al., 2002).

Como nos levantamentos realizados pelo CEBRID, com estudantes brasileiros, as mulheres usaram mais drogas lícitas, em forma de medicamentos. Uma hipótese possível seria a própria "educação" e modelos transmitidos pela família e a sociedade, em função do modismo e da vida agitada que exigem mulheres "magras e calmas" (GALDURÓZ et al., 1997). Entre os estudantes da Unesp, em pesquisa sobre consumo de drogas, não apresentou diferença estatisticamente significante entre o número de homens e mulheres que fizeram uso de tranquilizantes; porém, as mulheres iniciaram o uso mais precocemente (entre 17 e 20 anos) que seus colegas, que o fazem mais nos anos finais do curso, portanto, com mais de 21 anos. Elas também usam os ansiolíticos de forma mais intensa, semanalmente, enquanto os rapazes os usam mais esporadicamente, ou seja, uma vez/mês ou menos (KERR-CORRÊA et al., 1999).

A pesquisa em Florianópolis, Santa Catarina, com estudantes de 1º e 2º graus, mostrou chances de risco no uso de drogas, e nas mulheres, o dobro de chance para o uso de remédios para emagrecer ou ficarem acordadas; para o uso de tranqüilizantes, foi quase o triplo de chance mais que os homens. Eles tinham um risco quase duas vezes maior de uso de solventes do que as mulheres (BAUS et al., 2002). Inúmeras teorias foram propostas para explicar a relação entre a mulher e o consumo de tranqüilizantes. O *National Institute for Drug Abuse*-NIDA, nos Estados Unidos, realizou uma pesquisa buscando relacionar questões ligadas ao gênero e ao consumo de drogas. Viu-se, então, que a farmacologia das drogas tranqüilizantes revela uma afinidade muito grande de seus metabólitos para com a gordura do corpo (CSAT, 1994). Dessa forma, os ansiolíticos têm, no organismo da mulher, condições propícias para se manterem em atividade durante mais tempo do que no organismo do homem (AQUINO,1997). Importante é estar transmitindo à mulher, a orientação necessária sobre os agravos à saúde, no uso de drogas em geral e, principalmente, no uso regular de álcool e tabaco, semelhante ao homem, para que ela tenha a consciência crítica diante de sua realidade biopsicossocial.

# 5.3 – A relação entre o uso de drogas e as faixas etárias.

Neste estudo, foram detectadas diferenças estatisticamente significativas em relação às faixas etárias e o uso de drogas, com o consumo maior nas faixas etárias mais jovens. Os

solventes tiveram a maior prevalência de uso, no ano e no mês, entre as faixas etárias de 17-19 anos mais que 25 anos acima; uso na vida, a faixa de 20-24 anos fez maior uso de solventes que 30 anos ou mais. A maconha e o tabaco têm seu maior uso, no ano, entre os jovens de 17-19 anos; os universitários de 20-24 anos fizeram maior uso de maconha e tabaco do que a faixa de 25 anos acima.

Boskovitz et al. (1995), verificaram em uma amostra de 1.268 estudantes universitários de São José do Rio Preto, percentuais de usuários de substâncias psicoativas, na vida, constatando o maior uso de solventes e maconha entre 20 a 29 anos.

Em estudo epidemiológico com 796 estudantes de Medicina da Universidade de São Paulo, verificou-se que a idade do primeiro uso de cada substância, o álcool e o tabaco foram os que apresentaram maior índice de experimentação, entre 10 e 14 anos de idade (44% e 33% respectivamente). Entre 15 e 19 anos, as substâncias mais experimentadas foram a maconha (60%) e os inalantes/solventes (54%). O tabaco e as anfetaminas indicaram um índice significativo de experimentação, ambos com 43%. Acima de 20 anos de idade, as substâncias mais experimentadas foram os tranqüilizantes (44%), seguidas das anfetaminas (35%). É importante ressaltar que dos 17-18 anos acima, em geral, está a faixa etária de ingresso à vida universitária (MESQUITA et al., 1995).

# 5.4 O uso de drogas e as classes sociais (ABIPEME).

Na relação do uso de algumas drogas com as classes sociais, houve diferenças estatisticamente significantes, como o álcool, o tabaco e os solventes, na vida, ano e mês, e na maconha, no uso na vida. Os maiores usuários, na vida, de tabaco (56,43%), de solventes (27,80%) e de maconha (26,14%) são da classe social A, como também no uso, no ano, de tabaco (40,66%) e de solventes (11,62%).

A literatura internacional mostra que, nos países em desenvolvimento, os estudos têm indicado uma relação positiva entre o uso de solventes e o baixo nível socioeconômico (MEDINA-MORA et al., 1978; COHEN, 1979; STREICH et al., 1981; SARINANA et al., 1982; BEAUVAIS, 1988). Entretanto, neste estudo, pode-se constatar que o uso de solventes, entre universitários, não mostrou prevalência entre os menos favorecidos socialmente.

# 5.5 – Uso de drogas e a orientação na família e na escola.

Entre as várias situações de orientação: se receberam, não receberam, ou não se lembram de ter recebido orientação, na família, sobre uso de drogas, na vida, foram destacados os maiores usuários de tabaco (89,66%), para os que não receberam orientação;

entre os que receberam orientação, se encontraram os maiores usuários de ansiolíticos (9,07%) e o maior uso de tabaco (100,00%) para os que não se lembraram de ter recebido orientação na família. Em relação ao uso de drogas, no ano, os maiores usuários de ansiolíticos (4,91%) estavam entre os que receberam orientação na família. Quanto ao uso de drogas na vida, e a orientação na escola, com as mesmas categorias, os maiores usuários de ansiolíticos (25,58%) e anfetamínicos (20,93%) estavam entre os que não se lembravam de ter recebido orientação na escola; entre os que não receberam orientação, se encontravam os maiores usuários de alucinógenos (6,42%). Sobre a orientação na escola e/o uso de drogas no ano, nas mesmas categorias, os maiores usuários de ansiolíticos (11,63%) estavam entre os estudantes que não se lembravam de ter recebido orientação; reste mesmo grupo estavam os usuários com tendência de aumento de uso para anfetamínicos (11,63%) e cocaína (4,65%).

Barcellos et al. (1997), relataram como o convívio com consumidores de anfetamínicos e outros medicamentos psicotrópicos, na família ou entre amigos, mostra-se fator de risco para o consumo dessas substâncias. Dá oportunidade para considerar que a melhor orientação, ainda é o exemplo. Galduróz et al. (1997), em estudo epidemiológico com estudantes brasileiros, constataram que 45,3% tinham os solventes em casa e 52,5% disseram que o local de uso era na própria moradia.

A maioria (95%) dos estudantes do curso de medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp, em pesquisa realizada, considerou que o alcoolismo é um problema de saúde, mas menos de 25% recorreram a amigos, livros e aos pais, quando tiveram dúvidas sobre as drogas. No entanto, quando o problema era sério, os alunos procuravam a mãe, em primeiro lugar, e o pai, em segundo, seguido pelos amigos, irmãos e namorado/a. Raramente procuravam um professor (KERR-CORRÊA et al.,1999).

Por julgar importante a prevenção, é necessário discutir esses dados, sobre orientação na família e na escola, em relação ao uso de drogas, onde surgem dúvidas, uma vez que não se têm maiores parâmetros de avaliação, quanto à qualidade dessa orientação.

Mesmo sendo possível comparar os resultados, com outros levantamentos idênticos, ficaria a interrogação se esta questão quantitativa, tem a abrangência de resposta para tão complexa subjetividade. A orientação preventiva citada por Bucher (1993), entendida no sentido mais amplo de preparo para uma vida saudável, é fundamentada na transmissão de valores, de responsabilização pessoal, de capacitação para a autonomia e opções acertadas, levando sempre em conta a integração social.

No questionário aplicado nesta pesquisa, após a questão 31, havia um espaço em branco, para algum comentário que o entrevistado quisesse dar, onde foram registrados alguns

depoimentos, entre os quais, sobre orientação na família e na escola. Essas contribuições descritivas podem ampliar a visão da realidade social, aferindo qualitativamente no levantamento quantitativo, pela própria complexidade da drogadependência, que, segundo Bernard e López (1994) não se conhecem as causas do uso e abuso de drogas ou seja, porque umas pessoas experimentam e outras não, porque algumas delas continuam a usar e outras param, porque algumas chegam à dependência e outras não. Segundo os autores, o que se sabe é que o consumo de drogas é um fenômeno multifatorial, biopsicossocial, que elas se propagam por grupos de amigos (já que nunca um estranho inicia o outro), e está relacionado à predisposição hereditária, às relações interpessoais, sociais e familiares e à disponibilidade das drogas.

# 6. CONCLUSÃO

Comprovou-se, nesse estudo, o uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, por estudantes universitários, dentro da realidade social brasileira, comprovada em outros estudos aqui relatados e discutidos. Com a prevalência de uso maior para as drogas lícitas, álcool e tabaco, e uso ocasional para solventes , maconha e medicamentos psicotrópicos, comprova-se a necessidade de uma atenção preventiva, junto a essa população. Kandel e Davies (1996), relatam sobre o prejuízo na capacidade de processar novas informações, juntamente com as alterações na capacidade de concentração e retenção, podendo prejudicar o desempenho escolar e o rendimento final de muitos adolescentes que fazem uso de álcool e outras drogas. Os mesmos autores comentam sobre o uso de drogas podendo afetar a adolescência no desenvolvimento de funções sociais e o estabelecimento de relações interpessoais.

Confirmou-se o uso mais significativo de drogas, nas faixas etárias mais jovens, visto como parte do processo de desenvolvimento de alguns adolescentes, podendo cessar com seu amadurecimento sem a necessidade de um tratamento específico. Entretanto, outros jovens mostram características que indicam uso problemático e de risco, interferindo no processo normal da adolescência e trazendo sérias conseqüências que, se não forem abordadas, poderão permancer na vida adulta. O Programa de Prevenção para os jovens, é diferente da dos adultos, onde se deve enfocar, além da abstinência de substâncias psicoativas, áreas como atividades escolares e profissionalizantes, dúvidas vocacionais e relacionamentos sociais, fundamentais para o desenvolvimento normal do processo da adolescência (MORIHISA & SCIVOLETTO, 2002). Nesse estudo, destacou-se o uso de drogas entre homens e mulheres, não havendo diferenças estatísticamente significantes nesta relação, exceto para uso de ansiolíticos no ano, com maior uso no sexo feminino, e de álcool, no mês, entre os homens, sendo necessário conhecer os efeitos específicos do álcool e outras drogas nas mulheres, sobretudo na gestação, com forte impacto no diagnóstico e tratamento (ZILBERMAN,2002). Os resultados parecem , ainda, destacar, quando as drogas são discriminadas, uma certa tolerância ao uso ocasional e recreativo de álcool, maconha e solventes, e a condenação às chamadas drogas pesadas e ilegais, como a cocaína e "crack".

O uso de drogas pelos jovens é visto como uma forma de escapar dos problemas sociais e pessoais, como pressões, frustrações, mercado de trabalho e outros. Isso requer a intervenção nas condições sociais que facilitam o hábito do uso, organizando grupos culturais e esportivos, grupos de jovens para discutir seus problemas, promovendo projetos de instrução profissional. Procura-se dar informações científicas e imparciais sobre drogas para que os jovens possam tomar suas próprias decisões: melhorar a auto-estima e o autoconhecimento, lidar com a ansiedade, melhorar a relação com os colegas e resistir às

pressões do grupo. Os jovens precisam participar mais de atividades de cooperação e solidariedade entre eles, no exercíco da responsabilidade social.

Esta pesquisa não teve a pretensão de responder a tão abrangente questão do uso de drogas entre estudantes universitários, mas se colocou , comparativamente, com outros estudos epidemiológicos, na análise da realidade lo cal, para implementação de um programa de prevenção e qualidade de vida, na instituição. Por ser um problema social e de saúde pública, se requer um amplo programa , com a abordagem multidisciplinar e o envolvimento de toda a comunidade docente e discente.

São necessárias novas e constantes pesquisas, locais, regionais e nacionais, visando traçar o diagnóstico e o perfil do uso de substâncias psicoativas, entre estudantes universitários, e permitindo a implantação de políticas preventivas mais adequadas, nesta área.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDULLAH, A. S.; FIELDING, R.; HEDLEY, A. J. Patterns of cigarette smoking, alcohol use and other substance use among Chinese university of Hong Kong. **Am J Addict** 11(3) 235-46, United States, Summer, 2002.

ALMEIDA-FILHO, N.; SANTANA; PINTO, I. M.; CARVALHO-NETO, J. A. Isthere are epidemic of drug misuse in Brazil? A review of the epidemiologic evidence (1977-1988). **International Journal of the Addictions,** 26:355-369, 1991.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 ed. Washington. DC., 1994.

AQUINO, M. T. A mulher e a droga:motivação para o uso, efeitos diferenciados, tratamento e possibilidades de prevenção. In: BAPTISTA, M.; INEM, C. **Toxicomanias-abordagem multidisciplinar.** Rio de Janeiro: Sette Letras, 1997.

ARATANGY, L. R. O desafio da prevenção. In: AQUINO, T. G. **Drogas na escola- alternativas teóricas e práticas.** São Paulo: Summus, 1998.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Informação e documentação** – **referências** – **elaboração**. NBR 6023. Rio de Janeiro, ago. 2002. 24 p.

Infor	mação e docu	mentação – ci	itações em doc	cumentos – ap	resentação. 1	NBR
10520. Rio de	e Janeiro, ago.	2002. 7 p.				

\_\_\_\_\_. **Informação e documentação – trabalhos acadêmicos – apresentação**. NBR 14724. Rio de Janeiro, ago. 2002. 6 p.

BALDWIN JR et al. Substance use among senior medical students a survey of 23 medical schools. **JAMA**, 265:2074-2078, 1991.

BARCELLOS, A P. et al. Padrão de consumo de anfetaminas entre universitários. **Revista Psiquiatria**, Porto Alegre, 19(3): 161-9, 1991.

BARNES,G.E. Solvent abuse: a review. **International Journal the Addictions-**14: 1-26, 1979.

BAUS,J; KUPER.E.; PIRES,M. Prevalência e Fatores de Risco Relacionados ao Uso de Drogas entre Escolares. **Revista Saúde Pública**, 36 (1), 40-46, 2002.

BEAUVAIS,F. Social and Psychological characteristics of inhalant abusers. In: ARIF,A E; GRANT,M; NAVARATNAM,V. Abuse of volatile solvents and inhalants; papers presented at W.H.O. advisory meeting. International Monograph series 1, 1988.

BERGERET, J.; LEBLANC, L. (Org.). **Toxicomanias** – uma visão multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

BERNARD, I.S.; LÓPEZ, A R. Conceptos básicos en drogodependencias. In: IGLESIAS, E.B.; BERNARD, I.S.; LÓPEZ, A R. (coords). **Drogodependencias; introducción.** Universidade de Santiago de Compostela, Universitária,1994.

BERTOLOTE, J. M. Glossário de termos de Psiquiatria e Saúde Mental da CID-10 e seus derivados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BOLETIM CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas 48, São Paulo, abr./mai./jun. 2003.

BONATES, P. et al. Dados epidemiológicos sobre drogas no Brasil. In: **Drogas em debate.** Vitória: Prefeitura de Vitória, 1992. (Mimeo)

BOSKOVITZ, E. O et al. Uso de drogas entre estudantes universitários em São José do Rio Preto. In: **Rev Psiquiat. Clin.,** São Paulo, 22(3) 87-23, 1995.

BUCHER, R. Drogas e drogadição no Brasil. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

BUCHER,R. **Drogas – O que é preciso saber para prevenir.** São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, IMEP, 1993.

BUKSTEIN, O.G. Adolescent substance abuse-assessment, prevention and tratment. New York: Wiley, Interscience,1995.

BUZZI, C. Transgressão, desvio e droga. **Revista Brasileira de Educação**, n. 5-6, São Paulo, ANPED, 1997.

CALDEIRA, Z. F. Prevenção ideal versus prevenção impossível. In: BAPTISTA, M; INEM, C. **Toxicomanias-abordagem multidisciplinar.** Rio de Janeiro: Sette Letras, 1997.

CARLINI, E. A; CARLINI-COTRIM, B.; SILVA-FILHO, A. R. Sugestões para programas de prevenção ao abuso de drogas no Brasil. **Revista ABP**, São Paulo, APAL, 17: 41-46, 1995.

CARLINI, E. A; GALDURÓZ, J. C.; NOTO, A. R; NAPPO, S. A. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil.** São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2002.

CARLINI-COTRIM, B. Dados sobre o consumo de drogas por adolescentes no Brasil. **Revista ABP**, São Paulo, APAL, 9:99-102, 1987.

CARLINI-COTRIM, B.; BARBOSA, M. T. **Pesquisas epidemiológicas sobre o uso de drogas entre estudantes:** um manual de orientações gerais. São Paulo: CEBRID, 1993.

CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE TREATMENT (CSAT). Pratical approaches in the treatment of women who abuse alcoholand other drugs.Rockville: U.S. Departament of Health and Human Services Center for Substance Abuse Treatment, 1994.

CHALOULT, L. Vers une nouvelle classification des drogues toxicomanogênes. **Toxicomanies**, 4:371-375, 1971.

CHARBONNEAU, P. E. A família – renascem os valores. In: **Valores.** Que Valores? São Paulo: ALMED, 1984.

COHEN,S-Inhalants and solvents. In: BESCHER,G.; FRIEDMAN, A. Youth drug abuse problems, issues and treatment. Lexington Books, 1979.

CONSELHO ESTADUAL DE ENTORPECENTES-CONEN/MS. I Plano Estadual Integrado de Prevenção ao uso Indevido de Drogas (1995-1998). Campo Grande: Secretaria de Estado de Justiça-MS, 1995.

CORMIER, D.; BROCH, U. S.; BERGEVIN, J. **Prévention Primaire et Sécondaire de la Toxicomanie.** Canadá: Editions du Méridien, 1991.

DUARTE, C. E.; MORIHISA, R. S. Como diferenciar os tipos de uso e os sistemas classificatórios. In: SENAD/USP. **Aspectos Básicos do Tratamento das Dependências Químicas.** Brasília: USP/GREA – SENAD, 2002. V. I.

EDWARDS,G.; ARIF, A. Los problemas de la droga en el contato sociocultural. In: **Cuadernos de Salud Publica**, Genebra: OMS, n. 73, 1981.

ESPINÓS,D. Aumenta consumo de maconha e cocaína entre estudantes espanhóis. **Jornal El País,** SANTANDER, 2003.

FRANÇA, M.; HOFMANN, M. C. C. L.; ODO, S. A. Glossário Geral de termos comuns para a prática diária de tratamento de usuários de álcool e drogas ilícitas. In: **Aspectos Básicos do Tratamento das Dependências Químicas.** Brasília: USP/GREA, SENAD, 2002. V.II

FREITAS, C. C. As drogas na adolescência. In: SENAD/USP. **Informações Preventivas sobre drogas.** Florianópolis: UFSC, 2002.

GALDURÓZ, J. C. F. Estudo revela aumento na experimentação de drogas entre jovens brasileiros. São Paulo: Revista MIND 15, 1998.

GALDURÓZ, J. C. F. et. al. **Tendências do uso de drogas no Brasil:** síntese dos resultados obtidos sobre o uso de drogas entre estudantes do 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 1997.

GALDURÓZ, J. C. F.; ANDREATINI, R. Avaliação inicial. In: FORMIGONI, M. L. O. S. A intervenção breve na dependência de drogas: a experiência brasileira. São Paulo: Contexto, 1992.

GALDURÓZ, J. C. F.; FIGLIE, N. B.; CARLINI, E. A. Repressão às drogas no Brasil: a ponta do iceberg? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 43(7) 367-71, 1994.

GALDURÓZ, J. C.; NOTO, A. R.; CARLINI, E. A. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º Graus em 10 capitais brasileiras. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 1997.

GASPARINI, H. D. **Ações preventivas aos males da droga:** na escola, na família, na comunidade. 2. ed. Campo Grande: Ruy Barbosa, 1988.

GUARDAVA até as pontas. Veja, p. 121, 26 de julho de 2000.

HOLDER, H. D.; BLOSE, J. O. Alcoholism treatment and health care utilization and costs. JAMA 256:1456-1460. In: **Revista ABP-APAL**, São Paulo, 19: 53-59, 1997.

KANDEL, D.B.; DAVIES, M. High school students who use crack and other drugs. **Archives of General Psychiatry**, 53: 71-80, 1996.

KANDEL, D. B.; YAMAGUCHI, K.; CHEN, K. Stages of progression in drug involuement from adolescent to adulthood other evidence for the gateway theory. Journal of Studies on Alcohol 53.44-457. **Revista ABP-APAL**, São Paulo, 19: 53-59, 1997.

KERR-CORRÊA et al. Uso de álcool e drogas por estudantes de Medicina da Unesp. In: **Revista ABP-APAL,** São Paulo, v. 21, n. 2, 1999.

LESCHER, A. D.; BEDOIAN, G. Dependências de drogas – uma dimensão social. In: SENAD/USP. **Aspectos Básicos no Tratamento das Dependências Químicas.** Brasília: SENAD/USP, 2002. v. I.

LIMA, E. S. Existe um paradigma epidemiológico para o estudo do fenômeno drogadição? In: BAPTISTA, M.; INEM, C. (Org). **Toxicomanias-abordagem multidisciplinar.** Rio de Janeiro, Sette Letras, 1997.

LORENCINI JUNIOR, A- Enfoque contextual das drogas: aspectos biológicos, culturais e educacionais. In: AQUINO, J. G. (Org.). **Drogas na Escola**. São Paulo: Summus, 1998.

MAGALHÃES, M. P.; BARROS, S.; SILVA, M. T. A. Uso de drogas entre universitários: a experiência com maconha como fator delimitante. **Revista ABP-APAL**, São Paulo, 13(3) 97, 1991.

MARQUES, A. C. P. R.; CRUZ, M. S. O adolescente e o uso de drogas. **Revista Brasileira Psiquiatria.** 22:32-36, 2000.

MARTINS, I. As drogas na atualidade. In: SENAD/USP. **Informações preventivas sobre drogas.** 2. ed. Brasília: SENAD, 2002.

MASUR, J.; CARLINI, E. A. **Drogas** - subsídios para uma discussão. São Paulo: Brasiliense, 1989.

MEDINA-MORA, M. E.; SCHNAAS, L.; TERROBA, G.; ISOARD, Y.; SUAREZ, C. Epidemiology of inhalants use in Mexico. In: SHARP, C. W.; CARROL, I. T. Voluntary inhalation of industrial solvents. National Institute on Drug Abuse, 1978.

MESQUITA, A. M. et al. Prevenção ao abuso de álcool e outras drogas. In: ANDRADE, A. G. et al. (Org.). **Atualização em prevenção e tratamento.** São Paulo: Loyola, 1996.

MESQUITA, A. M. et al. Estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: uso de substâncias psicoativas em 1991. **Revista ABP-APAL**, São Paulo, 17(12) 47-54, 1995.

MILBY, J. B. **A dependência de drogas e seu tratamento**. Trad. de Silvio Morato de Carvalho. São Paulo: Pioneira, 1988.

MORIHISA, R. S. et al. Conceitos básicos no tratamento de adolescentes usuários de drogas. In: SENAD/USP. **Aspectos Básicos no Tratamento das Dependências Químicas.** Brasília: USP/SENAD, 2002. v. II.

MORTON,H.G. Occurence and treatment of solvent abuse in children and adolescents. **Pharmacology and Therapeutics,** 33: 449.69, 1887.

MUZA,G. M.; BETTIOL, H.; MUCCILLO, G. et al. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto/SP (Brasil) - Prevalência de uso por sexo, idade e tipo de substância. **Revista Saúde Pública.** (31), 1977.

NICASTRI, S. A classificação das drogas psicotrópicas. In: ANDRADE, A. G. et al. **Atualização em prevenção e tratamento.** São Paulo: Loyola, 1996.

NICASTRI, S. Drogas: classificação e efeitos no organismo. In: LED/UFSC. **Homogeinização de conhecimentos para conselheiros.** Brasília: SENAD, 2002.

NICASTRI,S.; FERREIRAP.E. Cocaína: lendas, história e abuso. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, (23),-2, 96-99, 2001.

OLIEVENSTEIN, C. A droga- drogas e toxicômanos. São Paulo: Brasiliense, 1984.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **CID-10 – critérios diagnósticos para pesquisas.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Trad. de Dorgival Caetano, Maria Lúcia Domingues e Marco Antonio Marcolin. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Reagindo aos problemas das drogas e do álcool na comunidade.** São Paulo: Santos, 1992.

PASSOS, S. R. L. Conceitos básicos de epidemiologia aplicada ao uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas. In: LED/UFSC. **Homogeneização para conhecimentos de conselheiros.** Brasília: SENAD, 2002.

PELTZER,K.; MALAKA,D.W.; PHASWANA,N. Sociodemographic factors, religiosity, academic performance, and substance use among first-year university students in South Africa. **Journal Psychol Rep**; 91 (1): 105-13, 2002 Aug. United States.

PLASSCHAERT, A. J.; HOOGSTRATEN, J.; EMMERIK, B. J. Van (The use of psychoative remedies by dental students). **Journal Ned Tijdschr Tandheelkd,** 109(4): 142-7, 2202, Apr. Netherlands.

ROIG, P. M.; THOMAZ, H. **Drogas:** atuação e recuperação – mitos e verdades. São Paulo: Empório do Livro, 1999.

SANTANA, V. S.; ALMEIDA FILHO, N. Aspectos epidemiológicos do alcoolismo. In: RAMOS, S. P.; BERTOLOTE, J. M. (Org.). **Alcoolismo Hoje.** 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

SCHERB, O. Novo critério de classificação sócio-econômica. BANAS: 28-29, 1979.

SCHUCKIT, M. **Abuso de álcool e drogas** – uma crientação clínica ao diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

SCIVOLETTO, S.; FERREIRA, R. C. A prevenção ao uso indevido de drogas na escola. In: SENAD/USP. Formação de multiplicadores de informações preventivas sobre drogas. Brasília: SENAD, 2002.

SILVA, R. O. A questão das drogas - a experiência brasileira da área da infância e da juventude. In: LED/UFSC. **Homogeneização de conhecimentos para conselheiros.** Brasília: SENAD, 2002.

SILVEIRA, D.X. Dependências: de que estamos falando, afinal? In: **Aspectos Básicos do Tratamento das Dependências Químicas.** Brasilia: USP/SENAD, 2002. v . II

SILVESTRE, R. M. Subsídios para um programa de prevenção primária e secundária ao uso indevido de drogas. Brasília: UnB, 1992.

SMART, R. G. et al. Methodology for student drug use surveys. **WHO off set Publication.** Genebra, 1980.

STREICH, H.; GABOW, P.; MOSSA, A; KONO, D.; KAEHNY, W. Syndromes of toluene sniffing in adults. **Annals of Internal Medicine**, 94: 758-62, 1981.

SOUZA, D.P.O. *O perfil epidemiológico do uso de drogas entre estudantes de 1 e 2 graus da rede estadual de ensino no espaço socilamente organizado de Cuiabá-1995*. Cuiabá,1996. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Mato Grosso.

Cuiabá,1996. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Mato Grosso.

SUCAR, J. M. As drogas e seus efeitos. In: LED/UFSC. **Informações preventivas sobre drogas**. Brasília: SENAD, 2002.

TANAKA, A. S.; ANDRADE, A. G. Trabalhando com prevenção na comunidade ou na instituição. In: SENAD/USP. Formação de multiplicadores de informações preventivas sobre drogas. Brasília: SENAD, 2002.

TAVARES, B. F.; BERIA, J. H.; LIMA, M. S. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. **Revista Saúde Pública**, 35: 2 p. 150-158, 2001

TRKULJA,V.; ZIVCEC,Z.; CUK,M.; LACKOVIC,Z. Use of psychoative substances among Zagreb university medical students: follow-up study. **Journal Croat Med J.,** Croatia, 44(1); 50-8, feb. 2003.

UCHÔA, P. R. M.; COSTA, M. D. B. Projeto piloto de integração de municípios fronteiriços. In: SENAD/UFSC. **Homogeneização de conhecimentos para conselheiros estaduais e municipais antidrogas.** Brasília: UFSC/SENAD, 2002.

VAISSMAN, M. A Política nacional antidrogas: uma visão epidemiológica. In: SENAD/USP. **Aspectos Básicos do Tratamento das Dependências Químicas.** Brasília: USP/SENAD, 2002. v. I.

VELHO, G. Drogas e construção social da realidade. In: BAPTISTA, M.; INEM, C. **Toxicomanias** – abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Sette Letras, 1997.

ZAGO, J. A. **Drogas** – condições psicossociais da dependência. São Paulo: Ícone, 1988.

ZILBERMAN, M.L. Tratamento de Populações específicas: Mulheres. In: SENAD/USP. **Aspectos Básicos do Tratamento das Dependências Químicas.** Brasília: USP/SENAD, 2002. v . II