



## *A DROGA VAI À ESCOLA?*

Unidade Curricular: Dissertação

Docente: Doutora Adelaide Malainho

Discente:

Vanessa Ferraz n.º3844

Instituto Politécnico de Beja  
3º Ano de Serviço Social  
2009/2010

# *A DROGA VAI À ESCOLA?*

Unidade Curricular: Dissertação

Docente: Doutora Adelaide Malainho

Discente: Vanessa Ferraz n.º3844

*"As drogas me  
deram asas para  
voar, depois me  
tiraram o céu..."*

*John Lennon*



# ÍNDICE

Introdução	4
1. Reflexão sobre os conceitos base (educação formal, adolescência, drogas)	10
2. A procura da identidade na adolescência	14
2.1 A Crise da Tendência Grupal	15
2.2 Crise da Sexualidade	15
2.3 Evolução psicológica do adolescente	16
3. Estudo acerca dos tipos e efeitos das Drogas	18
3.1 O que são Drogas?	18
3.2 Níveis de dependência	18
3.3 As Alterações provocadas pelas Drogas no Sistema Nervoso Central	22
3.4 Os efeitos do consumo de drogas na Saúde	23
4. Motivos que levam ao uso de drogas (no contexto escolar)	28
4.1 Motivações Internas	28
4.2 Motivações Externas	29
4.3 Ambiente Escolar	29
5. O papel do Assistente Social de prevenção ao consumo de drogas em contexto educativo	31
5.1 Factores de Risco	32
5.2 Factores de Protecção	33
Conclusão	37
Bibliografia	43

## INTRODUÇÃO

Após ponderar acerca de vários assuntos, o tema escolhido para realizar a dissertação foi o “O Consumo de Drogas pelos jovens em Contexto Educativo”, devendo-se a escolha deste tema à preocupação e interesse que existe acerca desta temática. A razão de ter circunscrito a investigação aos jovens deve-se ao facto de ser nesta faixa que geralmente o consumo se inicia. O Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) afirma:

*Analisar o uso de drogas entre jovens é muito importante por várias razões. Primeiramente, a maioria das pessoas começa a usar drogas durante sua juventude e é entre os jovens que as actividades de prevenção às drogas têm maior incidência...* (Relatório Mundial sobre Drogas de 2009, 2009:15)

A opção pelo contexto educativo deve-se ao facto de ter contacto directo com o mesmo, por via do estágio curricular que decorreu no Centro de Formação Profissional. A razão pela qual relaciono o consumo de drogas ao meio educativo deve-se por este ser considerado um dos locais privilegiados para a educação e formação dos jovens, mas por vezes é utilizado como meio de consumo ou tráfico. Porém há que ter em conta que este meio é pouco abordado e relacionado com o uso de drogas, pois usualmente os contextos que se relacionam mais com os consumos são os espaços lúdicos, tais como festas ou bares, “*o consumo destas substâncias pode ter lugar em situações de lazer, de festas, nos concertos/festivais...*” (Naia, 2007:25)

Assim, com este tema pretende-se esclarecer quais as razões que levam os jovens a consumir e porque o fazem num espaço privilegiado de educação como a escola. Júlio Aquino no seu livro acerca de “*Drogas na Escola: Alternativas Teóricas e Práticas*” sustenta que:

*A escola em nosso mundo é o lugar que temos privilegiado como o espaço educativo para as novas gerações. Aos olhos da sociedade a ‘invasão’ das drogas nesse lugar ‘privilegiado’ tem significado um imenso descontrolo social...* (Aquino, 1998:72)

Outro dos motivos relaciona-se com o facto de o estágio curricular ter como local o Centro de Formação Profissional de Beja, e este ser constituído por formandos essencialmente jovens. Considero a fase da adolescência um

objecto de estudo interessante e que pretendo desenvolver, visto que é uma etapa especial na vida do Homem.

A escola é um dos principais agentes de socialização do adolescente, onde este desenvolve a capacidade de estabelecer relações, a percepção da experiência sensorial e das necessidades pessoais, a auto-estima, a confiança, as competências de comunicação e a identidade. Porém, também é um espaço onde o uso de drogas está em crescimento. Wânier Ribeiro (2005) destaca que “... o consumo de drogas ilícitas aumentava na sociedade (...) na escola as evidências ao problema.” (2005:12)

É uma questão interessante também pelo facto de se relacionar com a área da saúde. Existe um elo de ligação com o uso de drogas, na medida que estas constituem um grave problema de saúde pública e com sérias consequências pessoais e sociais.

Quanto à **pertinência desta questão para o Serviço Social** há que ter em conta que o seu objectivo é promover a mudança social, lidar com questões inerentes ao bem-estar social e as relações humanas, tendo em conta a defesa e a expansão dos direitos humanos e da justiça social.

De acordo com a Federação Internacional de Assistentes Sociais:

*“o serviço social tem sido, desde a sua criação, uma actividade de defesa dos Direitos Humanos, tendo por princípio base o valor intrínseco de cada ser humano e como um dos seus principais objectivos a promoção de estruturas sociais equitativas, capazes de oferecer às pessoas segurança e desenvolvimento, ao mesmo tempo que defendem a sua dignidade.”*

Na formação base do assistente social é importante fortalecer a dimensão ética comprometida com os direitos humanos, para que estes profissionais desenvolvam capacidades de respeito dos direitos cívicos, políticos e culturais dos cidadãos. (Branco, 1996:49)

A toxicodependência é uma realidade social que afecta um grande número de pessoas em todo o mundo.<sup>1</sup> As acções de prevenção são essencialmente dirigidas para os adolescentes, considerados como um grupo de risco neste campo. Quando o consumo de drogas é feito de forma abusiva e

---

<sup>1</sup>Consultado em <http://www.cpihts.com/PDF02/Carina%20Luis.pdf> (dia 15 de Maio)

sem noção das consequências, pode resultar num grave problema que pode reflectir-se posteriormente na vida do jovem.

Sendo o Assistente Social, um agente de mudança e de socialização, tem também o seu papel profissional para intervir nesta área, pois uma das suas finalidades é contribuir na resolução de problemas sociais, identificando novas pesquisas para o Serviço Social e possibilitar a reconstrução das práticas sociais.

Deste modo, o Serviço Social pode através do acompanhamento e tratamento do toxicodependente mediar a relação entre estes e a sociedade, promovendo a sua reintegração. O Serviço Social trabalha na reinserção social do indivíduo, que é fundamental na política de combate ao consumo de drogas.

Na relação entre os comportamentos de risco e o Serviço Social há duas áreas centrais de actuação. A área da educação, onde os trabalhadores sociais integravam o trabalho social escolar através de "... equipas interprofissionais de carácter psicopedagógico ... funções ponte entre a criança, a família, a escola e a comunidade... ". (Ander-Egg, 1995:29) e a área da Saúde que é:

*Uma das áreas de maior e mais antiga implantação do trabalho social ... a saúde passou a ser considerada não apenas como um problema físico biológico, e sim como resultante de uma relação dialéctica do indivíduo com o seu meio ambiente... (Ander-Egg, 1995:27)*

Assim, tendo em conta que o Assistente Social é um regulador de conflitos e um mediador, também ele é um elemento essencial na equipa de prevenção à toxicodependência. Estes profissionais têm a competência não só de ajudar mas também de informar e capacitar os indivíduos no sentido de informar as pessoas que precisam de apoio e orientação.

Para a realização de uma investigação é necessária a construção de uma pergunta de partida, constituindo o primeiro passo de toda a investigação. Neste sentido, a pergunta de partida é:

*"De que forma o contexto educativo formal, nomeadamente a escola, pode influenciar o jovem a consumir drogas?"*

Relativamente ao propósito desta dissertação, o objectivo geral é estudar em que medida o contexto educativo pode influenciar um indivíduo a consumir drogas, articulando os conceitos de adolescência, de escola e de consumo de drogas. De acordo com Júlio Aquino “*Uma das questões mais atuais mais quentes envolvendo a juventude é a presença aparentemente inusitada de drogas na escola.*” (Aquino, 1998:72) Relativamente aos objectivos específicos pretendo abordar o conceito de educação formal, a construção da identidade na adolescência, definir o que são Drogas, quais os tipos, as classificações existentes e os efeitos do seu consumo na Saúde, as motivações que levam ao consumo de drogas na escola e qual o papel do Assistente Social de prevenção e reinserção em relação ao consumo de drogas em contexto educativo.

Para uma melhor visualização deste estudo decidi elaborar a sua **estrutura**, o que irá facilitar a compreensão da sua realização.

#### Introdução

1. Reflexão sobre os conceitos base
  - ✓ Educação Formal
  - ✓ Adolescência
  - ✓ Drogas
2. A procura da identidade na adolescência
  - 2.1 A Crise da Tendência Grupal
  - 2.2 Crise da Sexualidade
  - 2.3 Evolução psicológica do adolescente
3. Estudo acerca dos tipos e efeitos das Drogas
  - 3.1 O que são Drogas?
  - 3.2 Níveis de dependência
  - 3.3 Os efeitos do consumo de drogas na Saúde
  - 3.4 As Alterações provocadas pelas Drogas no Sistema Nervoso Central
4. Motivos que levam ao uso de drogas (no contexto escolar)
  - 4.1 Motivações Internas
  - 4.2 Motivações Externas
  - 4.3 Ambiente Escolar

## 5. O papel do Assistente Social de prevenção ao consumo de drogas em contexto educativo

### 5.1 Factores de Risco

### 5.2 Factores de Protecção

Conclusão

Bibliografia

Ao se iniciar um trabalho é fundamental que se procure incrementar os seus conhecimentos. Para tal e tendo em consideração que este é um estudo unicamente teórico, a metodologia aplicada foi a **Pesquisa e Análise Bibliográfica e Documental**. Para isso procede-se a uma pesquisa através da análise de outros trabalhos que já foram produzidos e estabelecem-se analogias ou diferenças com o trabalho que se quer desenvolver, pois é provável que o assunto já tenha sido estudado ou tratado por outra pessoa, nem que seja uma parte dele ou de forma indirecta. (cf. Quivy & Campenhoudt, 1992:48)

De acordo com António Gil, a pesquisa social é um processo que permite a aquisição de novos conhecimentos, através da utilização da metodologia científica de modo formal e sistemático. (cf. Gil, 1987:43) Quivy e Campenhoudt consideram que “... a recolha de dados preexistentes (...) é aqui considerada como um verdadeiro método de investigação.” (Quivy & Campenhoudt, 1992:202)

Quando se faz referência à pesquisa bibliográfica “...só estão em causa documentos escritos.” (Albarello *et al.*, 1997:32) Seguindo esta perspectiva António Gil (1987) debruça-se sobre esta questão afirmando que este tipo de pesquisa desenvolve-se essencialmente com suporte em material que já foi produzido, como livros e artigos científicos. “*Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas.*” (Gil, 1987:71)

A pesquisa documental tem semelhanças com a pesquisa bibliográfica, a diferença reside na natureza das fontes.

*“...pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores (..) a pesquisa documental vale-se de materiais que não*

*receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objectivos da pesquisa.” (Gil, 1987:73)*

Albarello segue esta ideia afirmando que apesar da pesquisa documental ter por base o que já foi produzido “...*pode, no entanto, contribuir para produzir materiais empíricos novos...*” (Albarello *et al.*, 1997:31)

Estes dois tipos de pesquisa divergem apenas nas fontes, pois na pesquisa bibliográfica as fontes são constituídas principalmente por material localizado em bibliotecas, enquanto na pesquisa documental as fontes são muito mais diversificadas e dispersas.

Segundo Luc Albarello, a pesquisa documental define-se como uma técnica de recolha e averiguação dos dados, “...*visa o acesso às fontes pertinentes, escritas ou não, e, a esse título, faz parte integrante da heurística da investigação.*” (Albarello *et al.*, 1997:30) Outra definição de análise documental é dada por Chaumier como sendo “*uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar num estado ulterior, a sua consulta e referência.*” (Chaumier *in* Bardin, 1988:45) Esta técnica de investigação pode ser complementada com outras técnicas de investigação, tais como a observação, o inquérito, a análise de conteúdo ou a investigação-acção. (cf. Albarello *et al.*, 1997:30)

## 1. REFLEXÃO SOBRE OS CONCEITOS BASE

Partindo da temática central desta investigação foram identificadas três “palavras-chaves” consideradas pertinentes e que será realizada uma breve abordagem, para que se definirem alguns eixos a desenvolver posteriormente.

### ✓ **Educação Formal**

A educação é uma concepção que tem vindo a ser desenvolvido ao longo dos séculos por diversos sociólogos, como por exemplo o sociólogo francês Émile Durkheim (1978) considera que o conceito de educação vai evoluindo com o passar do tempo e, por isso, acredita que a educação é um facto social. Este autor entende educação como sendo:

A acção exercida pelas gerações adultas, sobre as gerações que não se encontrem ainda preparada para a vida social, tem por objectivo suscitar e desenvolver, na criança, certo número de estados físicos intelectuais e morais, reclamados pela sociedade política. (Durkheim, 1978:41)

De acordo com a Declaração Universal dos Direitos do Homem a educação e a formação técnica e profissional é indispensável e deve estar acessível a todos.

"Toda a pessoa tem direito à educação. A educação deve ser gratuita, pelo menos a correspondente ao ensino elementar fundamental. O ensino elementar é obrigatório. O ensino técnico e profissional deve ser generalizado; o acesso ao ensino superior deve estar aberto a todos em plena igualdade, em função do seu mérito." (artigo 26º)

Antigamente a educação não estava ao dispor de todas as classes sociais, *“a educação formal só estava ao dispor dos poucos que tivessem tempo e dinheiro para a mesma.”* (Giddens, 2001:495) pois o futuro de muitos indivíduos dependia do trabalho e dos hábitos que eram transmitidos pelos mais velhos. Porém, ocorreu o sistema educativo desenvolveu-se devido a industrialização e a expansão urbana e esta realidade sofreu alterações. Actualmente, nos países desenvolvidos *“... praticamente toda a gente sabe ler e escrever a um nível básico.”* (Giddens, 2001:495)

A cada contexto da vida de um indivíduo, seja familiar, escolar ou cultural, correspondem vários agentes educativos que o educam ao longo dela.

No que diz respeito aos sectores do universo educativo, estes repartem-se em três tipos: formal, não formal, informal. (cf. Sanvisens, 1992:339) Na **educação formal** o protótipo é a escola, “...*la escuela como institución más paradigmática.*” (Sanvisens, 1992.339) Ou seja, é a instrução concedida no ensino escolar institucionalizado progressivo e hierarquicamente estruturado. Este tipo de ensino engloba a formação inicial equivalente a educação básica, a educação secundária, a educação superior e a educação profissional. (cf. Carmo, 2001:244) A principal competência da educação escolar é a aprendizagem formal e a socialização articulada com as normas de conduta social, moral e de cidadania.

Por sua vez, a **educação não formal** corresponde a situações potencialmente educativas, mesmo que pouco ou nada organizadas ou estruturadas, é salientada pela flexibilidade de horários, programas e locais, pensados para determinados públicos e situações. (cf. Canário, 2007:211) “*A aprendizagem de coisas que não são ensinadas, ou seja, que não obedecem aos requisitos do modelo escolar...*” (Canário, 2007:210) Esta educação engloba a educação cívica e comunitária que se relaciona com a democracia, a solidariedade, a diversidade cultura, a educação familiar e a educação para a mudança que está relacionada com as artes, o ambiente, o consumo ou a saúde. (Carmo, 2001:244) A educação não formal e a educação informal são tipos de educação que são utilizadas para definir “...*la educación generada fuera de la escuela; esto es, el sector del universo educativo restante del estrictamente escolar.*” (Sanvisens, 1992.338) deste modo, a **educação informal** é “...*el juego espontáneo...*” (Sanvisens, 1992.339) que se traduz pela instrução parental, experiência quotidiana ou interação com o grupo de pares. (Sanvisens, 1992:340)

### ✓ **Adolescência**

Adolescência provém do latim “*adolescere*” que corresponde a crescer, desenvolver-se, tornar-se jovem. (cf. Silva, 2004:25) A adolescência é uma fase de transição, onde é reforçado os valores adquiridos na infância com o início de uma nova etapa mais madura. É uma fase marcante na vida de todos.

A adolescência é para o indivíduo um difícil período de transição entre o mundo da infância e o de adulto. É uma passagem obrigatória e natural,

que tende para uma maior autonomia e realização pessoal, bem como para a integração social. (Braconnier, 1999:129)

Quanto à definição do **período de adolescência** não existe um consenso na sua determinação. Daniel Sampaio (1991) sustenta que “*não é fácil de determinar exactamente o início e muito menos o fim deste período.*” (1991:51) Anete Blefari realça que apesar do período da adolescência não ser algo bem definido:

“...varia de cultura para cultura e vem abrangendo períodos cada vez maiores, podendo se estender até os 22 anos ou mais, idade na qual considera-se que o indivíduo seja capaz de estabelecer sua identidade pessoal.” (Blefari, 2003:1)

Especificamente define-se o fenómeno relacionado com as mudanças físicas como puberdade e, o fenómeno psicológico, de adolescência. Mas não se pode falar em adolescência sem referir as mudanças que ocorrem na ordem biológica, cognitiva, psicológica e social do indivíduo.

### ✓ Drogas

Segundo o “Manual de Prevenção do Uso de Drogas para Mediadores” da Associação Humanidades o **conceito de droga**, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é “...*toda a substância que, introduzida no organismo, provoca alterações no seu funcionamento, modificando uma ou mais das suas funções.*” (s/d:3) Desta forma entende-se que é toda a substância, natural ou sintética, que pode alterar o funcionamento do organismo ou do espírito. As drogas, enquanto substâncias, podem ser lícitas, como o álcool e o tabaco, ou ilícitas, como a heroína, a cocaína ou opiáceos. Grande parte das drogas ou substâncias psicoactivas começaram por ter uma aplicação “curativa” ou médica. Nesse sentido, a sua descoberta e utilização pode-se enquadrar no progresso científico em termos gerais.

Historicamente o Homem tem demonstrado uma certa curiosidade por algum tipo de droga “...*ele busca a imortalidade, o prazer e o saber, através do uso de drogas.*” (Bucher, 1988:1) O mesmo autor afirma ainda que cada sociedade assume diferentes posições perante o uso de drogas, mas pode-se verificar que dentro de uma cultura a aceitação de uma droga pode ser alterada com o tempo “...*uma sociedade considera as drogas um mal a ser eliminado,*

*outra as toma como um bem, um meio privilegiado de expressão de sensibilidade e sabedoria...” (Bucher, 1988:4)*

É também fundamental fazer-se uma distinção entre drogas psicoactivas e drogas psicotrópicas. De acordo com a nomenclatura da OMS (1981), na Revista IMESC *“Drogas Psicotrópicas – o que são e como agem”*:

- i. Drogas Psicoactivas *“são aquelas que alteram comportamento, humor e cognição”*. (Revista IMESC, 2001:11) Estas são drogas que actuam directamente no Sistema Nervoso Central.
- ii. Drogas Psicotrópicas *“são aquelas que agem no Sistema Nervoso Central produzindo alterações de comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora sendo, portanto, passíveis de auto-administração.”* (Revista IMESC, 2001:11) São então estas que geralmente conduzem a dependência.

Richard Bucher suporta que as substâncias psicotrópicas ilícitas, vulgarmente conhecidas como consumo de drogas, são produtos químicos que alteram o Sistema Nervoso Central provocando momentos temporários de prazer, euforia, ou sensações de alívio do medo, da dor ou de frustrações. (cf. Bucher, 1988:9)

*“A qualidade e a intensidade das alterações produzidas pelas drogas psicotrópicas dependem de vários fatores, tais como:*

- ↳ *O tipo de droga (suas características farmacológicas);*
- ↳ *A quantidade utilizada;*
- ↳ *As características pessoais do utilizador;*
- ↳ *As expectativas em relação aos efeitos da droga;*
- ↳ *As circunstâncias nas quais ocorre o uso.”* (Bucher, 1988:10)

## 2. À PROCURA DA IDENTIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Durante a fase da adolescência há uma constantemente posição de “Ser ou não ser?”, como a famosa questão de Hamlet, por isso é que se costuma dizer que o adolescente vive sempre numa *crise de identidade*. Esta pergunta é frequente ao longo desta fase, onde existem dúvidas relativamente às escolhas da vida e, principalmente, com as questões da identidade social, sexual e pessoal.

A identidade é uma unidade de personalidade interna que é inerente a vida de um indivíduo desde o seu nascimento. Em cada fase da sua vida, o indivíduo vai desenvolvendo o autoconhecimento, o que implica descobrir as suas particularidades biológicas, psicológicas e sociais. Daniel Sampaio (1994) afirma que “*é uma fase da vida – etapa de desenvolvimento, merecedora de uma atenção especial...*” (in Silva, 2004:26)

Anete Blefari no artigo “Adolescência, Família e Drogas” afirma que “*a adolescência é como um segundo parto: o filho nasce da família para entrar na sociedade*” (2003:1) A mesma autora realça que apesar do período da adolescência não ser algo bem definido:

“...varia de cultura para cultura e vem abrangendo períodos cada vez maiores, podendo se estender até os 22 anos ou mais, idade na qual considera-se que o indivíduo seja capaz de estabelecer sua identidade pessoal.” (Blefari, 2003:1)

Existe um conjunto de características típicas da fase da adolescência, mas que podem ser sujeitas a alterações conforme o ambiente sociocultural do indivíduo, terminando com o estabelecimento da identidade pessoal:

- ↪ A procura de si mesmo e da sua identidade;
  - ↪ A necessidade de pertencer a um grupo
  - ↪ O desenvolvimento do intelecto e da fantasia
  - ↪ Crises religiosas
  - ↪ O modo como vive o tempo
  - ↪ A sexualidade
  - ↪ Uma maior atitude de reivindicar
  - ↪ Necessidade de haver uma independência progressiva dos pais
  - ↪ Variações de humor
- (cf. Blefari, 2003:1)

## 2.1 A Crise da Tendência Grupal

Se durante a infância os modelos a seguir eram os pais, na fase da adolescência vão ser os jovens da mesma idade e os grupos de pares. Há então uma necessidade desesperada de pertencer a um grupo social, assim para que o jovem consiga construir a sua própria identidade sente a necessidade de interagir com os iguais, ou seja, “... *de desenvolver este sentimento de identidade no próprio interior do grupo de amigos...*” (Braconnier, 1999:129) De acordo com Bucher (1988) a tendência grupal nesta fase é muito forte, o adolescente quase que pertence mais ao grupo do que à família. “*Muitas vezes, para se fazer parte de um determinado grupo é necessário usar, ou pelo menos já ter feito uso de algo que é aceito e valorizado naquele contexto.*” (Bucher, 1988:28)

Nesta etapa da sua vida o jovem raramente identifica-se com os próprios pais, tem tendência a revoltar-se contra o seu domínio e intromissão na sua vida particular, separando a sua identidade da identidade dos seus progenitores. Deste modo, o adolescente procura delinear a sua própria identidade, sem ter apenas as orientações dos pais, mas contando particularmente com as relações que constrói com o grupo social no qual está inserido, principalmente o grupo de amigos.

“É uma passagem obrigatória e natural, que tende para uma maior autonomia e realização pessoal, bem como para uma integração social. Esta integração constitui para o jovem uma preocupação, e ele tem a necessidade de ter confiança nas suas capacidades como agente e interveniente social.” (Braconnier, 1999:129)

## 2.2 Crise da Sexualidade

De acordo com Daniel Sampaio “*a formação da identidade sexual decorre com avanços e recuos, sendo na fase final da adolescência (...) que se atinge uma identidade sexual fixa e a formação do carácter...*” (Sampaio, 1991:56) Esta é uma das crises mais preocupantes e profundas do adolescente, a sexualidade. Nesta fase o jovem desenvolve-se em três níveis essenciais:

- 1) Nível Biológico: há um aumento de actividade hormonal que vai provocar a puberdade. O corpo modifica-se e passa a ter uma forma mais adulta.

- 2) Nível Psíquico: A vontade de independência aumenta, levando o jovem a ganhar mais autonomia e atribuindo a si mesmo mais responsabilidade
- 3) Nível Afectivo: Surge o descobrimento de novas emoções e sentimentos, tal como o amor pela outra pessoa.

### 2.3 Evolução psicológica do adolescente

De acordo com Ana Mateus Silva (2004) a emergência da adolescência como uma fase do desenvolvimento humano foi influenciada por acontecimentos sociais e culturais. A adolescência pressupõe a construção e o desenvolvimento intelectual, psicosexual e psicossocial.

**Erikson** *in* Tomlinson (1984) engloba a adolescência no desenvolvimento psicossocial, ele não considera que no final da adolescência a identidade esteja totalmente formada, e assim considera oito idades no desenvolvimento do ciclo de vida, desde o nascimento até à morte.”...*Erik Erikson há intentado describir los estadios de la personalidad a lo largo de todo el ciclo vital...*” (Tomlinson, 1984:283)

Peter Tomlinson (1984) sustenta que Erikson enquadra a puberdade e a adolescência na quinta crise deste desenvolvimento: Identidade vs Confusão de Papéis. (cf. Tomlinson, 1984:284) A adolescência tem uma posição de destaque na teoria de Erikson, principalmente porque ele considera o período particularmente decisivo na formação da identidade. Para ele, esta crise incorpora elementos das outras, sendo a conclusão das crises anteriores e uma antecipação das três que se seguirão. Nesta fase o jovem procura encontrar um sentido para o seu “eu”, incluindo o papel que ele terá na sociedade onde está inserido, mas raramente a crise de identidade é totalmente resolvida na adolescência, questões sobre a identidade podem surgir durante toda a vida. (cf. Tomlinson, 1984:283)

Também para Sigmund **Freud** o desenvolvimento humano é explicado pela evolução da psicosexualidade, “...*consideraba que los impulsos humanos son, en general, de dos clases: sexuales y agresivos...*” (Tomlinson, 1981:66). Para ele, a criança desde que nasce, procura obter prazer que é sempre de carácter sexual de forma auto-erótica, só a partir da adolescência começa a dirigir a sua sexualidade para outra pessoa, como forma de obter prazer. As ideias de Freud geraram muitas controvérsias, principalmente pela

importância que ele dava às crianças, na sua teoria. (cf. Tomlinson, 1984:69) O estudo de Freud divide-se em cinco estádios, encaixando a adolescência na fase de latência “...entre los siete y ocho años, en el que disminuyen las urgências libidinosas.” (Tomlinson, 1984:282) e na fase genital que compreende a puberdade até à fase adulta, onde há uma maturação da sexualidade, ressurgindo os impulsos sexuais. (cf. Tomlinson, 1984:282) Freud via a adolescência como um “...período turbulento e os adolescentes como imprevisíveis, inconstantes e atormentados.” (Silva, 2004:25)

Outro autor foi **Piaget** que se refere à adolescência quando estudou o desenvolvimento intelectual do indivíduo. Este divide-se em quatro estádios, onde a adolescência se situa no período das operações formais, “...segundo Piaget (1949), ocorre entre os 11-12 anos e os 14-15 anos.” (Silva, 2004:32) Para este autor educar é adaptar o indivíduo ao seu meio ambiente, defendendo que a estruturação do ensino deve estar associada ao desenvolvimento psicológico. (Ramalho, 1995:21) Para este autor, o jovem pensa de um modo abstracto, enquanto na infância tenta-se compreender o mundo tal como ele é, na adolescência à consciência do mundo tal como ele pode ser. Durante o período das operações formais há uma construção de raciocínios hipotético-dedutivos, onde deduz as conclusões apenas por hipóteses, sem recorrer a uma observação do real e, um egocentrismo intelectual. Piaget admite que o “...desenvolvimento dos diversos estádios não está determinado a priori, no que diz respeito à idade e aos conteúdos de pensamento...” (Ramalho, 1995:22) É necessário compreender que o desenvolvimento das crianças acontece com diferentes ritmos e processos.

### 3. ESTUDO ACERCA DOS TIPOS E EFEITOS DAS DROGAS

#### 3.1 O que são Drogas?

O termo droga nasceu de uma palavra holandesa, “*droog*”, que significa folha seca, isto porque antigamente os medicamentos eram praticamente todos à base de vegetais.<sup>2</sup> Nos dias de hoje, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define droga como “...*toda a substância que, introduzida no organismo, provoca alterações no seu funcionamento, modificando uma ou mais das suas funções.*” (Associação Humanidades, s/d:3) Desta forma entende-se que é toda a substância, natural ou sintética, que pode alterar o funcionamento do organismo ou do espírito.

Podemos identificar três factores sempre presentes: o indivíduo, a substância e o meio envolvente. Bergeret sustenta “...*o fenómeno da droga como um encontro não fortuito entre um determinado indivíduo, com uma determinada substância, num determinado contexto.*” (Bergeret in Fugas & Marques, 1990:11)

As drogas podem ser classificadas em dois tipos: lícitas e ilícitas. O primeiro tipo é vendido legalmente, abrangendo o álcool e o tabaco, porém o seu consumo não é permitido ao adolescente, com menos de 16 e 18 anos respectivamente. Inclui também o chá, o café e os inalantes, que só são ilegais se o seu propósito é o uso para “ficar intoxicado”.

O outro tipo são as drogas ilícitas, que são substâncias proibidas de posse e consumo para qualquer pessoa. Nas drogas ilícitas estão incluídas a maconha, a cocaína, o LSD (ácido lisérgico), plantas alucinógenas e opiáceos, também ainda se pode referir as substâncias adquiridas por prescrição médica, como os tranquilizantes.<sup>3</sup>

#### 3.2 Níveis de Dependência

De acordo com o portal da Ciência Viva, o termo *dependência* é, segundo a Classificação Internacional de Doenças, CID-10 (Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10), um conjunto de acontecimentos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, que fazem com que

---

<sup>2</sup> [http://oficina.cienciaviva.pt/~pw020/g/page\\_inici.htm](http://oficina.cienciaviva.pt/~pw020/g/page_inici.htm) - consultado a 1 Maio de 2010

<sup>3</sup> <http://www.textosedro.kit.net/drogaseadolescencia.htm> - consultado a 1 de Maio de 2010

uma substância alcance uma importância muito maior do que outros valores que antes possuíam.<sup>4</sup> É um comportamento caracterizado pelo abuso e falta de limite entre o sujeito e a substância. Deste modo pode-se considerar que existem várias dependências desde à cocaína, ao álcool, aos medicamentos, aos alucinógenos, ao fumo, a comida, ao açúcar, ao café, ao jogo, à televisão e mesmo ao trabalho e ao sexo.<sup>5</sup>

Um indivíduo é considerado dependente de drogas ou álcool quando “...se torna muito difícil, ou até impossível, deixar de tomar essas substâncias, sem ajuda de outrem...” (Grupo Consultivo da OMS, 1989:5). O conceito de toxicodependente pode ser definido como o indivíduo que está dependente física e psicologicamente duma dada substância. O indivíduo passa a viver apenas com e para a droga. (cf. Fugas & Marques, 1990:15)

Porém nem todos os consumidores são toxicodependentes, também existem consumidores ocasionais que são os indivíduos que têm contactos casuais com determinadas substâncias, não havendo dependência. O uso ocorre sem que “...afete ou modifique as relações afetivas, escolares e sociais em geral.” (Bucher, 1988:14) Também existem os consumidores habituais que são os indivíduos que possuem uma dependência psicológica, procurando o consumo apenas em determinadas situações, como festas ou fins-de-semana. (cf. Fugas & Marques, 1990:14)

Em relação às drogas, a dependência pode ser de dois tipos:

### ➤ Dependência Física

Esta dependência ocorre quando o organismo já se habituou fisiologicamente ao consumo de uma substância. Segundo Richard Bucher é um “...estado fisiológico modificado, resultante da adaptação do organismo a um uso continuado de determinada droga psicotrópica.” (Bucher, 1988:10)

O mesmo autor defende que existem três factores característicos deste tipo de dependência:

- ✎ O mecanismo farmacológico de tolerância;
- ✎ A compulsão em conseguir o produto de qualquer forma;
- ✎ A síndrome de abstinência.

---

<sup>4</sup> [http://oficina.cienciaviva.pt/~pw020/g/page\\_inici.htm](http://oficina.cienciaviva.pt/~pw020/g/page_inici.htm)- consultado a 1 de Maio de 2010

<sup>5</sup> <http://www.textosedro.kit.net/drogaseadolescencia.htm> - consultado a 1 de Maio de 2010

(cf. Bucher, 1988:11)

Quando há uma interrupção ou diminuição acentuada do consumo, a pessoa pode se sentir doente (Grupo Consultivo da OMS, 1989:5) quando esta situação acontece, verifica-se os sintomas característicos da síndrome de **abstinência** específicos da substância em causa. “...*adaptando-se ao ‘estado de droga’ de tal forma que, quando esta é retirada, surge um quadro de alterações físicas que denominamos ‘síndrome de abstinência’.*” (Bucher, 1988:10)

A síndrome de abstinência não ocorre da mesma forma para todos os tipos de drogas e detecta-se por perturbações físicas que ocorrem num determinado período de tempo, com um padrão específico. “...*a reação que se observa quando um indivíduo entra em abstinência pela morfina é diferente da reação de um indivíduo que entra em abstinência pelo álcool...*” (Bucher, 1988:10) este síndrome consiste em sintomas principalmente fisiológicos mas também psicológicos que ocorrem devido às células nervosas terem ficado habituadas à administração de grandes quantidades de neurotransmissores artificiais e o corpo acostumado à presença da substância, reage à modificação.<sup>6</sup>

### ➤ **Dependência Psíquica**

Um indivíduo que tome regularmente um tipo de droga sente um “...*desejo intenso de continuar a consumi-la.*” (Grupo Consultivo da OMS, 1989:6) Este tipo de dependência ocorre devido “...*aos efeitos que elas produzem (...)* Outro fator é o significado que a droga toma no universo do indivíduo, que espaço preenche, a que expectativa atende.” (Bucher, 1988:11) O indivíduo sente a necessidade de atingir um melhor nível de actividade ou uma sensação de bem-estar superior, recorrendo por isso de forma quase sistemática ao seu consumo. Mas quando não consegue obter a substância sente uma falta, desconforto e vazio. (cf. Fugas & Marques, 1990:13)

Após um uso continuado de uma determinada droga, o consumidor sente a necessidade de usar quantidades de drogas cada vez elevadas, para conseguir obter os mesmos efeitos. Esta necessidade de usar quantidades maiores é denominada de **Tolerância**. É a forma como o corpo se adapta a

---

<sup>6</sup> [http://oficina.cienciaviva.pt/~pw020/g/page\\_inici.htm](http://oficina.cienciaviva.pt/~pw020/g/page_inici.htm)

presença de uma determinada substância. “*Varia de indivíduo para indivíduo e pressupõe um gradual aumento das doses a fim de se obter os mesmos efeitos.*” (Fugas & Marques, 1990:14) É de salientar que o consumo cada vez mais elevado de certas drogas podem atingir montantes que atingem a dose letal. (cf. Bucher, 1988:12), ou seja, a **Overdose**. Esta é uma certa quantidade de substância consumida que acaba por ser suficiente para matar o indivíduo. Este depende da tolerância, pois se um indivíduo tem um organismo que ainda não desenvolveu a tolerância, uma pequena quantidade pode ser fatal, enquanto para outro indivíduo que já desenvolveu a tolerância, o seu organismo precisa de maiores quantidades até chegar à overdose. (cf. Bucher, 1988:12)

É fundamental fazer-se uma distinção entre drogas psicoactivas e drogas psicotrópicas. De acordo com a nomenclatura da OMS (1981), na Revista IMESC “*Drogas Psicotrópicas – o que são e como agem*”:

iii. Drogas Psicoactivas “*são aquelas que alteram comportamento, humor e cognição*”. (Revista IMESC, 2001:11) Estas são drogas que actuam directamente no Sistema Nervoso Central. Estas substâncias psicoactivas começam por ter uma aplicação “curativa” ou médica, porém alguns indivíduos acabam por utilizá-las abusivamente com fins não medicinais.

iv. Drogas Psicotrópicas “*são aquelas que agem no Sistema Nervoso Central produzindo alterações de comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora sendo, portanto, passíveis de auto-administração.*” (Revista IMESC, 2001:11) São então estas que geralmente conduzem a dependência., mas o seu uso não é reprovado pela medicina.

J. Masur afirma que “*as drogas psicotrópicas atuam principalmente no cérebro. Deriva daí a denominação psicotrópica: tropismo ou atracção pela mente*” (Masur in Bucher, 1988:15) Richard Bucher suporta que as substâncias psicotrópicas são produtos químicos que alteram o Sistema Nervoso Central provocando momentos temporários de prazer, euforia, ou sensações de alívio do medo, da dor ou de frustrações. (cf. Bucher, 1988:9)

nível de intensidade das alterações que as drogas provocam no organismo de uma pessoa, depende de vários factores tal como o tipo de droga quanto às suas características farmacológicas, a quantidade que é utilizada, as particulares de cada utilizador, as expectativas que existem em relação aos efeitos e, por fim, as circunstâncias em que ocorre o consumo. (cf. Bucher, 1988:10)

### 3.3 Os Efeitos das Drogas no Sistema Nervoso Central

Em termos gerais as drogas psicotrópicas podem ser classificadas em três grandes categorias, dependendo dos seus efeitos no Sistema Nervoso Central.

#### ➤ Depressoras da Actividade do Sistema Nervoso Central

São substâncias que diminuem a actividade do nosso cérebro, deprimindo o funcionamento do mesmo. (Bucher, 1988:16) A pessoa que faz uso deste tipo de drogas costuma apresentar características de apatia e lentidão. Alguns exemplos deste tipo de substâncias são:

- ↳ Álcool
- ↳ Soníferos
- ↳ Inalantes ou solventes
- ↳ Opiáceos naturais (morfina, pó de ópio, codeína) sintéticos e semi-sintéticos (heroína, metadona)

#### ➤ Estimulantes da Actividade do Sistema Nervoso Central

O segundo grupo de drogas psicotrópicas são as que “...*alteram o funcionamento do cérebro no sentido de deixar mais ativado. Aumentam assim o estado de alerta e a atenção e suprimem o sono e a fadiga* ” (Bucher, 1988:20), ou seja, estimulam o funcionamento fazendo com que a pessoa aumente a energia, com falta de apetite e sem sono. Alguns exemplos deste tipo de substâncias são:

- ↳ Cafeína
- ↳ Anfetaminas
- ↳ Cocaína

### ➤ **Perturbadoras da Actividade do Sistema Nervoso Central**

Estes tipos de drogas provocam os mesmos efeitos das drogas depressoras e estimulantes, mas alterna ou simultaneamente.<sup>7</sup> Este grupo é constituído por aquelas drogas alucinógenas que “...*nem aceleram nem diminuem a atividade do cérebro, mas a ‘perturbam’.*” (Bucher, 1988:21) Modificam qualitativamente a actividade do nosso cérebro, passando a funcionar fora do normal e a actividade cerebral fica perturbada. Estas substâncias podem ser vegetais ou sintéticas, tais como:

- ↪ Mescalina,
- ↪ Cannabis
- ↪ Psilocibina
- ↪ Alucingénios (LSD e êxtase)
- ↪ Beladona

### **3.4 Os Efeitos do Consumo de Drogas na Saúde**

É necessário compreender que a ligação do homem com as drogas pode trazer malefícios em várias áreas da sua vida. A Organização Mundial de Saúde define saúde como “...*um bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade.*” (Natário, 1997:19) Há que ter em conta que todos os recursos têm um limite e a saúde é um recurso da vida que não deve ser tomada como garantida, em 1986 na Carta de Ottawa, especificou-se que saúde era,

“...um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida.”<sup>8</sup>

Contudo a saúde não pode ser vista apenas como a ausência de doença, mas também “...*vinculada a um contexto mais amplo, onde se incluem condições de vida, trabalho e relações sociais.*” (Bucher, 1988:50) Deve ser

---

<sup>7</sup> Consultado em <http://www.cpihts.com/PDF02/Carina%20Luis.pdf> (dia 2 de Junho de 2010)

<sup>8</sup> Retirado de site: [http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec\\_Ottawa.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Ottawa.htm) - Consultado a 03/06/2010

enquadrada num contexto mais abrangente e com uma maior amplitude conceptual centrada, essencialmente, em três pressupostos:

- a) A saúde não se reduz a uma situação de ausência de doença,
- b) A saúde engloba condições físicas, mas também psicológicas e sociais,
- c) A saúde é um estado relativo, não pode ser considerado como um estado certo (cf. Negreiros, 1998:20)

Alguns dos problemas de saúde relacionados com os adolescentes, associam-se aos seus comportamentos, interações com o meio envolvente e mudanças sociais radicais às quais estes são altamente vulneráveis, como o consumo de substâncias psicoactivas. (cf. Luís *et al*, 2006:14)

O consumo de drogas, nos dias de hoje, é considerado um problema grave de saúde pública, nos países desenvolvidos. Este é um problema que continua a ocupar um lugar de destaque no conjunto das preocupações que dizem respeito à saúde dos jovens.

Assistindo-se a um elevado consumo de substâncias psicoactivas e alterações nos padrões de consumo que, sem dúvida, representam uma ameaça à saúde, bem-estar e qualidade de vida dos adolescentes. Ainda mais sendo a adolescência uma das fases que mais facilmente se consegue ser saudável e se considera um período favorável à promoção de comportamentos de saúde. (cf. Lima & Vinagre, 2006:74)

Quanto a especificidade do efeito, esta vai variar conforme o tipo de droga usada, mas também da personalidade do utilizador e do ambiente social em que a droga é consumida. (cf. Grupo Consultivo da OMS, 1989:7) Assim, os seus efeitos variam conforme a concentração e o modo como é absorvida no organismo. Quanto mais concentrada a droga, maior o efeito que produz.

Em relação aos efeitos da cannabis na saúde, o seu consumo prejudica os pulmões podendo adquirir doenças relacionadas com o sistema respiratório, como a sinusite, inflamações nos brônquios e traqueia, causando tosse crónica. Há que considerar também que o consumo desta substância enfraquece a coordenação motora e retarda os movimentos reflexivos. Outra das substâncias ilícitas que prejudicam gravemente a saúde é a cocaína, esta pode causar insónia, problemas arteriais, trombozes ou estados depressivos. Quando a cocaína é aspirada destrói a mucosa interna do nariz, causando

dores de cabeça, nariz escorrendo e hemorragias nasais. Se for injectada corre-se o risco da contaminação de determinadas doenças.

Por sua vez, algumas drogas que causam euforia, como o ecstasy aumenta a temperatura, podendo chegar aos 42 graus ou, também, causar impotência sexual, mas também o LSD pode em casos mais extremos originar distúrbio psicótico crónico. Quanto aos solventes ou inalantes podem provocar irritação ocular, diarreia ou lesões neurológicas. O álcool, a droga mais consumida em Portugal, ao nível da saúde atinge todos os tecidos do organismo, provocando várias complicações físicas e psíquicas. Outra droga depressora é a heroína, que o seu consumo abusivo origina emagrecimento extremo, queda de pressão sanguínea, apatia ou estados depressivos.

Os indivíduos que consomem estas substâncias têm um maior risco de contrair determinadas doenças “*infecções, especialmente da pele, do sistema respiratório e do tracto urinário são problemas habituais.*” (Grupo Consultivo da OMS, 1989:7)

# QUADRO 1: SÍNTESE DE ALGUMAS DROGAS ILÍCITAS

10

	Nome	Outras denominações	Origem	Modos de administração mais frequentes	Tolerância	Dependência		Efeitos		
						Psíquica	Física	Uso habitual	Sobredosagem (overdose)	A longo prazo
Depressoras do Sistema Nervoso Central	Opiáceos (ex.: heroína)	“Cavalo” “Pó” “Castanha”	Morfina	Injectada, fumada ou sniffada	Sim	Grande	Grande	- Alívio da dor - Alívio da ansiedade - Euforia e extremo bem-estar - Promove a confiança	- Depressão dos Centros Respiratórios - Edema pulmonar - Se não houver assistência rápida, a morte	- Anorexia, emagrecimento e desnutrição - Impotência, frigidez sexual ou esterilidade. - Demência e confusão. - Infecções (hepatites, Sida)
	Benzodiazepinas	“Serenais” “Drunfos”	Sintética	Oral	Sim	Sim	Rara	- Elimina a ansiedade e a tensão muscular - Sonolência	- Sonolência - Visão enevoada - Vertigens - Paragem respiratória - Morte	- Emagrecimento - Ansiedade - Irritabilidade - Agressividade - Depressão com risco de suicídio
	Álcool	“Birita” “Mel” “Pinga” “Cerva”	Diversas	Oral	Sim	Sim	Sim	- Provoca desinibição e euforia - Perda da capacidade de reacção	- Náuseas - Dor de cabeça - Tonturas - Agressividade - Diminuição da capacidade de concentração, e dos reflexos - Coma alcoólico	- Doenças graves como, cirrose no fígado - Diminuição da actividade cerebral - Afecta não só a saúde como as relações sociais e familiares.
Estimulantes do Sistema Nervoso Central	Anfetaminas	“Speed’s” “Pastilhas” “Anfetas”	Sintética	Oral ou injectada	Grande	Grande	Nula ou possível	- Aumento da vigília - Excitação/euforia - Diminuição do apetite	- Agitação e hiperactividade - Irritabilidade - Insónia - Psicose anfetamínica	- Alimentação deficiente - Insónia - Agressividade - Alucinações - Psicose anfetamínica
	Ecstasy		Substância sintética do tipo anfetamina	Oral, injectado ou inalado	Sim	Sim	Nula	- Auto-confiança - Euforia e energia - Maior força muscular - Diminuição da fadiga, sono, fome, sede ou frio	- Secura da boca e desidratação - Reacções de ansiedade - Problemas cardíacos ou renais - Pânico	- Emagrecimento - Irritabilidade - Delírios paranóides (ex. sensação de ser perseguido) - Descoordenação motora - Flashback e insónias

Perturbadoras do Sistema Nervoso Central	Cocaína	“Coca” “Branca” “Neve” “Gulosa”	Folha de coca	Injectada, inalada ou oral (crack)	Sim	Grande	Sim, se injectada	- Excitação - Autoconfiança - Capacidade de concentração e de memorização - Irritabilidade	- Reacção ansiosa aguda - Irritabilidade - Depressão - Alucinações - Psicose cocaínica	- Perfuração do septo nasal - Falta de apetite - Problemas respiratórios, cardiovasculares, neurológicos e psicológicos
	Cannabis	“Haxe” “Broca” “Charro” “Chamon” “Chocolate”	“Cannabis Sativa”	Fumada ou oral	Grande	Grande	Nula ou possível	- Euforia - Elimina a ansiedade - Sensação de bem- estar - Desinibição	- Descoordenação motora - Paranóia - Taquicardia	- Debilitação - Síndrome amotivacional
	Alucionogéneos (ex. LSD <sup>9</sup> )	“Ácido” “Trip” “Selo”	Sintética	Oral	Sim	Baixa	Nula	- Alterações das percepções, principalmente, visuais - Pânico - Alucinações - Flashback	- Ansiedade - Pânico - “Bad trip” <sup>10</sup> - Alucinações - Tremores - Psicose	- Alteração da percepção - Crises psicóticas com delírios e alucinações - Flashbacks
	Solventes voláteis (ex. colas e benzina)	“Cola” “Gasolina” “Benzina”	Sintética	Inalados	Sim	Grande	Nula	- Estimulação psicológica - Alucinações auditivas e visuais, marcadas pela orientação de espaço e tempo	- Ataxia, por vezes asfixia - Morte	- Danos cerebrais, hepáticos e da medula óssea - Morte súbita por arritmia cardíaca

**Fonte:** “Consumo Ilícito de Drogas” de Carlos Fugas e Ana Paula Marques (1990); *Tudo sobre Drogas – Emoções Perigosas* de Mark Miller (1989) e o Site: <http://www.cpihts.com/PDF02/Carina%20Luis.pdf>

<sup>9</sup> “Dietelamida do ácido lisérgico”

<sup>10</sup> “Má Viagem” - o consumidor tem sensação intensa de pânico, desorientação, distorções do próprio corpo, delírios paranóides e taquicardia que podem durar até cerca de 2 dias

## 4. MOTIVOS QUE LEVAM AO USO DE DROGAS (NO CONTEXTO ESCOLAR)

Daniel Sampaio (1993) afirma que a droga é um fenómeno que costuma ser visto como isolado e que ataca alguns jovens, e outros menos jovens, “...*não resisto a provocar perguntando se será a droga que agarra as pessoas ou se não serão estas que se agarram a ela?*” (Sampaio, 1993:161)

Será então identificado as motivações que levam ao consumo de drogas, dividindo-as em dois grupos, mas que por vezes não são fáceis de serem dissociadas uma da outra: as *motivações internas*, que depende da personalidade do individuo e, as *motivações externas*, dependente dos factores socioculturais. (cf. Bucher, 1988:33)

### 4.1 Motivações Internas

Como já foi referido as causas internas do adolescente que o podem levar ao consumo de drogas relaciona-se com a formação da sua personalidade. O uso de determinadas substâncias pode fazer parte dos questionamentos do adolescente, onde ele põe todos à prova, desde os pais até ele mesmo.

“A droga pode funcionar como uma forma de transgredir as normas, de pôr à prova a capacidade de os pais dizerem não, de contestar o mundo dos adultos, indo de encontro aos princípios e aos valores destes.” (Bucher, 1988:29)

Numa fase em que o adolescente tenta superar as suas curiosidades e procura novas experiências, a droga pode ser o objecto perfeito e proibido para satisfazer esses desejos. (Lomba, Mendes e Relva, 2006:17) “*Encontramos nesses grupos a busca de uma identidade e de uma pertença do adolescente...*” (Moisseeff in Gammer e Cabié, 1999:109)

Anteriormente já se falou que um dos aspectos importantes da adolescência é a crise da tendência grupal, onde por vezes a droga, nestes grupos é um método de coesão. (cf. Bucher, 1988:36) “*A droga pode funcionar como uma forma de o adolescente afirmar-se como igual dentro do seu grupo.*” (Bucher, 1988:28)

Também Menezes (2000) defende que o início do uso de drogas, lícitas ou ilícitas, ocorre quase sempre por interferência do grupo de pares que é para o jovem um grande ponto de referência, um espaço de aprendizagem e a busca de identidade. As drogas surgem como um recurso de socialização, facilitam a entrada no grupo e a integração com os pares. (Lomba, Mendes e Relva, 2006:17)

## 4.2 Motivações Externas

Abordar-se o consumo de drogas como algo que depende exclusivamente das características individuais é um erro, pois para se perceber este fenómeno é necessário compreendê-lo dentro da rede complexa de relações que a envolve, ou seja, não só o indivíduo como também o contexto sociocultural.

A nossa sociedade pode ser caracterizada como um meio consumista e, por vezes, não damos importância suficiente sobre os efeitos do consumo de certas substâncias, “...como o café (*cafeína*), o cigarro (*nicotina*) e as bebidas alcoólicas (*álcool*).” (Bucher, 1988:34) A realidade é que a nossa sociedade, segundo Richard Bucher é:

“...cada vez mais pragmática, insensível, competitiva, consumista e individualista é uma sociedade que favorece o uso de drogas, sendo que este uso não se restringe a uma certa classe social ou a determinada faixa de idade e sim que toma um carácter generalizado. (Bucher, 1988:48/49)

Outras dos factores associados a este tipo de motivações é a curiosidade que as drogas podem suscitar por poderem causar estados de prazer, o que pode aliciar alguns jovens, “...elas (as drogas) *propiciam um prazer intenso, que pode ser sentido como forma de contato com a dimensão cósmica.*” (Bucher, 1988:35) Ainda este autor sustenta que a curiosidade é uma qualidade instintiva do ser humano e que a adolescência é o período em que o indivíduo está mais propenso a novas experiências e riscos. (cf. Bucher, 1988:34)

## 4.3 Ambiente Escolar

Um outro contexto que normalmente é associado aos comportamentos relacionados com a saúde dos adolescentes é o meio escolar. A escola

geralmente é vista como um factor de protector dos comportamentos de risco, mas também pode ser propiciador destes, dependendo de vários factores. (Zaff *et al.* In Naia, 2007:25)

De acordo com Feijão e Lavado (2004), o consumo de substâncias ilícitas em Portugal tem vindo a crescer percentualmente em jovens em idade escolar, onde muitos deles já experimentaram drogas ou consome-as esporádica ou habitualmente. (Naia *et al.*, 2007:24) A droga é um problema que não está directamente relacionada nem com a idade nem com o estrato social, “A droga prolifera hoje, de um modo geral, em todas as camadas sociais, mas aparece, principalmente, nos estudantes de escolas e universidades e no meio de trabalhadores desempregados. (Fernandes, 1990:252)

Segundo Luís (2006) há quem aponte a escola como estando na génese da delinquência juvenil, indicando principalmente duas causas: “...a sua incapacidade para fazer face ao papel de socialização e o insucesso escolar e as condutas desviantes que lhes estão associadas.” (Luís *et al.*, 2006:36) A incapacidade de conseguir atingir um nível mínimo de aproveitamento, cria frustração por parte dos jovens e um sentido de repulsa por parte da escola. O facto de o jovem se sentir rotulado como falhado pode baixar-lhe a auto-estima, havendo tendência para se agruparem uns com os outros, criando um clima de exclusão e onde a delinquência pode progredir. (cf. Luís *et al.*, 2006:36)

Segundo Carole Gammer e Marie-Christine Cabié (1999), a toxicodependência na adolescência torna-se diferente da toxicodependência na idade adulta. Isto porque existem vários factores que divergem,

“...quer quanto à forma de consumir quer quanto aos produtos utilizados e ao prognóstico. Este jovens pertencem a grupos organizados em subculturas de grupo unidos pela droga (em especial a *cannabis*).” (Moisseeff *in* Gammer e Cabié, 1999:109)

Tal como foi referido na citação, na adolescência grande parte dos jovens que consomem drogas optam pela *cannabis*, não só pelo seu fácil acesso mas também por ser considerada uma droga “leve”. Como sustenta Gammer e Cabié (1999) “A droga mais difundida entre os adolescentes é a *cannabis*. Circula com extrema facilidade em todos os grupos de jovens, quer na cidade quer no campo.” (Moisseeff *in* Gammer e Cabié, 1999:109)

## 5. O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NA PREVENÇÃO DO CONSUMO DE DROGAS EM CONTEXTO EDUCATIVO

Um dos objectivos deste ponto é elucidar acerca da prevenção, por isso e antes de mais, é necessário esclarecer o que é a prevenção.

Prevenção é um nível de intervenção técnico-científico e, em sentido geral, pode entender-se como um processo activo de implementação de iniciativas tendentes a modificar e melhorar a formação integral e a qualidade de vida dos indivíduos, fomentando competências pessoais e sociais, no sentido da promoção da saúde e bem-estar das populações.

(Sousa *et al*, 2007:80)

De acordo com Carina Luís, “a prevenção é um conceito relativamente recente, que surge associado aos fundamentos conceptuais da saúde mental.” (Luís, 2006:38) Conforme a sabedoria popular afirma “mais vale prevenir do que remediar”, no fundo é isso que a prevenção pretende.

Conforme indica Ferreira (2000) os principais destinatários das acções de prevenção têm sido em grande maioria os adolescentes e os jovens. Pois é durante a adolescência, em particular no início da adolescência, que o indivíduo se encontra mais vulnerável, podendo mais facilmente iniciar-se no consumo de drogas. Há quem afirme que os adolescentes representam, devido às suas mudanças biopsicossociais que caracterizam este período do desenvolvimento humano, um grupo de risco. Deste modo, a prevenção no âmbito da toxicodependência, esta tenta reduzir a procura de substâncias psicoactivas, é um processo de implementação de iniciativas que visam a mudança e a melhoria da formação e da qualidade de vida dos indivíduos. (cf. Luís, 2006:38) Como tal, os esforços preventivos e de promoção da saúde são prioritariamente dirigidos para esta faixa etária (cf. Negreiros *in* Torres e Ribeiro, 2000:7)

Qualquer indivíduo ou técnico que actue no sentido de prevenir o abuso de drogas, deve estrutura-se na distinção entre factores de risco e factores de protecção. (Negreiros *in* Torres e Ribeiro, 2000:10)

## 5.1 Factores de Risco

São definidos como factores de risco “... *certas situações, circunstâncias ou características individuais que estão associadas a uma maior probabilidade de consumir drogas.*” (Negreiros *in* Torres e Ribeiro, 2000:10) Os factores de risco articulam as dimensões da personalidade e as influências do contexto social. “*Diversos estudos, conduzidos ao longo dos últimos 20 anos, permitiram identificar uma série de factores de risco em relação ao abuso de drogas.*” (Negreiros *in* Torres e Ribeiro, 2000:10)

Relativamente aos factores de risco para o uso de drogas, estes dividem-se em quatro tipos: culturais, interpessoais, psicológicos e biológicos. Seguidamente serão apresentados num quadro, as características inerentes a cada um dos factores.

**Quadro 2:** Factores que influenciam ao uso de drogas

Biológicos	Factores Culturais
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Susceptibilidade biológica ao abuso de drogas</li> <li>✓ Vulnerabilidade psico-fisiológica aos efeitos das drogas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Existência de leis ou normas sociais favoráveis ao uso de drogas</li> <li>✓ Pobreza</li> <li>✓ Desorganização da comunidade</li> </ul>
Psicológicos	Interpessoais
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Insucesso escolar</li> <li>✓ Má adaptação escolar</li> <li>✓ Rebeldia</li> <li>✓ Atitudes favoráveis ao uso de drogas</li> <li>✓ Consumo precoce de drogas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Historial de drogas na família</li> <li>✓ Atitudes familiares positivas em relação ao uso de drogas</li> <li>✓ Práticas educativas pobres ou incoerentes</li> <li>✓ Conflitos ou rupturas familiares</li> <li>✓ Rejeição do grupo de pares</li> <li>✓ Associação a indivíduos que usam droga</li> </ul>

**Fonte:** adaptado de Newcomb (1995) – (Negreiros *in* Torres e Ribeiro, 2000:11)

Como está explícito nos exemplos do quadro, há ainda outros factores de risco relacionados com contextos exteriores à família, como a escola e o grupo de pares que podem igualmente aumentar a probabilidade de consumo de drogas. Deste modo, as motivações para o consumo de drogas mais mencionadas são o insucesso escolar, os comportamentos agressivos persistentes na sala de aula e a ligação do adolescente a amigos que apresentam comportamentos desviantes. (cf. Negreiros *in* Torres e Ribeiro, 2000:12)

...as perspectivas teóricas predominantes sobre o consumo de drogas convergem na ênfase que atribuem à noção de múltiplos factores de risco os quais são descritos como estabelecendo entre si relações dinâmicas de influência recíproca. (Negreiros *in* Torres e Ribeiro, 2000:12/13)

É importante referir que o início do consumo de drogas pelos jovens não se deve apenas a um factor mas é a consequência de diversos factores.

## 5.2 Factores de Protecção

Pelo contrário, os factores individuais e sociais que reduzem a probabilidade de consumo de drogas designam-se de “factores de protecção”. (cf. Lomba, Mendes e Relva, 2006:18) Garmezy citado por Negreiros agrupou os factores de protecção em três categorias: a) diferenças individuais, como, por exemplo, uma elevada auto-eficácia; b) atributos familiares e; c) circunstâncias extrafamiliares. (*in* Torres e Ribeiro, 2000:14)

Um dos factores considerados de protecção aos comportamentos de risco é a escola, se o estudante tiver uma forte ligação a ela comprova-se um melhor estado de saúde e uma menor tendência para usar estas substâncias, contrariamente aos que têm uma ligação mais fraca. (cf. Bonny *et al.* *In* Naia, 2007:25) “*Estes jovens passam mais tempo (...) em actividades relacionadas com a escola, incluindo os trabalhos da escola e actividades extracurriculares, o que lhes deixa pouco tempo para actividades delinquentes.*” (Naia, 2007:25/26)

Assim sendo, os factores de protecção mais importantes relativamente ao consumo de drogas nas escolas incluem: bom aproveitamento escolar, envolvimento activo das famílias nas questões e problemas relacionados com a

vida dos seus filhos e uma forte ligação do jovem não só à família, como à escola (cf. Negreiros *in* Torres e Ribeiro, 2000:14)

Em relação aos factores de risco e de protecção podemos resumir que os factores de protecção servem como uma espécie de escudo ou força contrária em relação aos factores de risco (Negreiros *in* Torres e Ribeiro, 2000:13) Assim, por exemplo se,

“...apresenta problemas de aproveitamento escolar (factor de risco) mas tem um ambiente familiar estável e equilibrado a quem recorre nas situações de aflição (factor de protecção), o impacto negativo do factor de risco seria, nesta situação fictícia, consideravelmente diminuído ”

(Negreiros *in* Torres e Ribeiro, 2000:13)

Botella (2000) sustenta também que a presença de determinados factores de protecção poderá limitar ou neutralizar os efeitos dos factores de risco a que está exposta a pessoa. (cf. *in* Lomba, Mendes e Relva, 2006:17)

Caplan (1980) refere que a prevenção pode distinguir-se em três tipos:

- ↳ **Prevenção Primária** – intervenção que é realizada antes do aparecimento do problema, pretende impedir o surgimento desse problema no futuro;
- ↳ **Prevenção Secundária** – localização e tratamento do problema, reduzindo ou parando com o processo de consumo que ainda se encontra numa fase inicial;
- ↳ **Prevenção Terciária** – Tratamento e reabilitação da pessoa diagnosticada com o problema.

(cf. Luís, 2006:39)

Quanto à sua operacionalização, intervenção preventiva actua em três níveis de estratégias:

- ↳ **Prevenção Universal** – para toda a população em geral, partindo da ideia que todos os indivíduos partilham o mesmo risco, apesar do nível de risco variar de indivíduo para indivíduo. Pretende-se deter ou retardar o uso e abuso das substâncias psicoactivas;
- ↳ **Prevenção Selectiva** – dirigida para grupos específicos, avaliando-se o grau de risco do grupo conforme alguns factores de risco que podem ser determinados pela idade, sexo, historial familiar ou meio em que se insere;

↳ **Prevenção Indicada** – para indivíduos com características específicas indicadas como de risco, tendo como objectivo a redução dos primeiros consumos, da frequência e o retardar do início do abuso.

(cf. Sousa *et al*, 2007:82/83)

Em relação à intervenção do assistente social, o seu objectivo é a mudança social. O assistente social, qualquer que seja o tipo de intervenção que faz, pretende produzir modificações numa determinada situação-problema, com o objectivo de oferecer aos indivíduos maior bem-estar e qualidade de vida.

O Serviço Social visa promover condições de atendimento às necessidades humanas básicas de subsistência e participação. Segundo Ander-Egg (1995), as funções do Serviço Social podem ser funções compartilhadas, de dois tipos:

↳ **Implementador de Políticas Sociais** – realização de actividades, visando sempre os direitos sociais reconhecidos pela Constituição e as leis. Tem em conta a distribuição de bens e prestação de serviços para assistência, socorro, prevenção, reabilitação e/ou promoção, que é preciso implementar em contacto directo com os utentes.

↳ **Educador Social e Animador-Promotor**, trata-se duma função necessária à prática do Serviço Social. Consiste em incentivar e gerar acções que potenciem o desenvolvimento de indivíduos, grupos e comunidades, fornecendo condições para a participação activa da população na solução dos próprios problemas.

(cf. Ander-Egg, 1995:47/48)

Cada caso é um caso, porém na maioria das intervenções do assistente social, este começa por elaborar um diagnóstico e definir os objectivos de acção, através da realização de uma análise das realidades do problema sobre o qual se quer intervir e das suas causas. Depois do diagnóstico, proceder-se-á a um levantamento de todos os recursos para que se possa desenvolver a acção, ou seja, planificar, organizar e aplicar. Por último, realizar uma avaliação que acompanha o conjunto do procedimento.

Um programa de intervenção utilizado é o programa comunitário de prevenção do abuso de drogas, neste tipo de abordagem, os esforços estão

dirigidos para uma integração das diferentes componentes de intervenção, envolvendo a família, escola, comunidade e meios de comunicação social. (cf. Negreiros *in* Torres e Ribeiro, 2000:27)

Luís (2006) sustenta que a escola deve ser vista como um local privilegiado não só de educação como de prevenção, pois a prevenção das toxicodependências em meio escolar tem inúmeras vantagens, entre as quais o facto de a escola ser um dos principais agentes de socialização, juntamente com a família. A prevenção escolar deve conseguir evitar que os jovens não consumam drogas ou pelo menos retardar o consumo destas.

Em conclusão para prevenção da droga é necessário “...educação *sadia, via ajustada de princípios da realidade e ambiente de compreensão, quer no lar, quer no meio social.*” (Fernandes, 1990:276) Pois a redução das drogas passam por medidas preventivas, e não por acções repressivas, que apenas levará o individuo a se isolar.

Gammer e Cabié (1990) afirmam que se o consumo de certas substâncias aparecer durante a adolescência há maior facilidade em ser remediado, pois maior parte dos jovens consumidores não se tornam toxicodependentes. “*De uma forma geral, existe uma possibilidade de mudança mais rápida e mais fácil nos adolescentes toxicodependentes do que nos adultos jovens.*” (Moisseeff *in* Gammer e Cabié, 1999:109)

## CONCLUSÃO

Neste ponto pretende-se efectuar uma retrospectiva das principais linhas de pensamento que foram abordadas ao longo do trabalho, bem como responder à questão de partida: **De que forma o contexto educativo formal, nomeadamente a escola, pode influenciar o jovem a consumir drogas?**

Assim, esta dissertação teve como tema O consumo de drogas pelos jovens em contexto educativo, considerando que este é um estudo unicamente teórico, a metodologia aplicada na sua elaboração foi a Pesquisa e Análise Bibliográfica e Documental.

Antes de se iniciar o desenvolvimento dos pontos definidos na estrutura do trabalho realizou-se uma pequena reflexão acerca de três conceitos inerentes ao tema. O primeiro conceito foi a educação, que segundo Émile Durkheim (1978) é um conceito que vai evoluindo com o passar do tempo e, por isso, acredita que a educação é um facto social. Abordou-se ainda a educação formal, não formal e informal, porém para este tema importa essencialmente a educação formal que é a instrução concedida no ensino escolar institucionalizado progressivo (cf. Carmo, 2001:244) e a educação informal que é representada pela instrução parental, experiência quotidiana ou interacção com o grupo de pares. (Sanvisens, 1992:340) Outro conceito indispensável é o de adolescência, que de acordo com Braconnier é *“...um difícil período de transição entre o mundo da infância e o de adulto. É uma passagem obrigatória e natural, que tende para uma maior autonomia e realização pessoal, bem como para a integração social.”* (Braconnier, 1999:129) Ou seja, é considerado o período da vida em que o individuo passa por mais mudanças e transformações. Relativamente ao último conceito a que se deu ênfase foi o de droga, que segundo a Organização Mundial de Saúde é *“...toda a substância que, introduzida no organismo, provoca alterações no seu funcionamento, modificando uma ou mais das suas funções.”* (Associação Humanidades, s/d:3) Ou seja, é toda a substância, natural ou sintética, que pode alterar o funcionamento do organismo ou do espírito

Quanto ao desenvolvimento da dissertação em si, começou-se por compreender a procura da identidade durante a adolescência fazendo uma referência à crise de identidade que ocorre nesta fase, esta expressão que foi

utilizada “crise de identidade” emergiu das descrições realizadas por Erik Erikson em que “...o processo de formação de identidade implica, especificamente, episódios de crise de identidade.” (Weiner, 1995:5)

Daniel Sampaio considera a adolescência uma etapa do desenvolvimento que vai desde as alterações psicológicas e biológicas até à idade em que um sistema de valores e crenças se formam. (cf. Sampaio, 1991:51) Um aspecto importante da adolescência é a tendência grupal, que nesta fase é muito forte, há uma necessidade “... de desenvolver este sentimento de identidade no próprio interior do grupo de amigos...” (Braconnier, 1999:129) Outra das crises mais preocupantes é a sexualidade, que conforme Daniel Sampaio “a formação da identidade sexual decorre com avanços e recuos, sendo na fase final da adolescência (...) que se atinge uma identidade sexual fixa e a formação do carácter...” (Sampaio, 1991:56)

A adolescência pressupõe a construção e o desenvolvimento psicológico que se estudou através de Erikson, Freud e Piaget. O desenvolvimento psicossocial de Erikson não considera que no final da adolescência a identidade esteja totalmente formada, questões sobre a identidade podem surgir durante toda a vida. (cf. Tomlinson, 1984:283). A adolescência tem uma posição de destaque na teoria de Erikson, principalmente porque ele considera o período particularmente decisivo na formação da identidade, (idem, ibidem) Já Freud enquadrava o desenvolvimento humano pela evolução da psicosexualidade, “...consideraba que los impulsos humanos son, en general, de dos clases: sexuales y agresivos...” (Tomlinson, 1981:66). Freud via a adolescência como um “...período turbulento e os adolescentes como imprevisíveis, inconstantes e atormentados.” (Silva, 2004:25) Por fim, Piaget refere-se à adolescência quando estudou o desenvolvimento intelectual do indivíduo, este autor afirma que é necessário compreender que o desenvolvimento acontece com diferentes ritmos e processos.

Assim, a procura da identidade subentende que “...os adolescentes mais velhos e os jovens adultos alcançam uma compreensão bastante clara e estável acerca do tipo de pessoas que são, daquilo em que acreditam e do que querem fazer das suas vidas.” (Weiner, 1995:5)

Daniel Sampaio afirma que “*hoje todos nos confrontamos com a droga. Ouvimos falar. Sabemos de alguém que consome.*” (Sampaio, 1993:163) Entende-se por droga toda a substância, natural ou sintética, que pode alterar o funcionamento do organismo ou do espírito. Podemos identificar três factores sempre presentes: o indivíduo, a substância e o meio envolvente. (cf. Bergeret *in* Fugas & Marques, 1990:11)

Realizou-se uma distinção sobre o que é um toxicodependente, um consumidor habitual e um consumidor ocasional. Mas após um estudo aprofundado da matéria entendeu-se que maioria dos consumidores em meios escolares não é toxicodependente, mas sim consumidores ocasionais, ou seja, indivíduos que têm contactos casuais com determinadas substâncias, não havendo dependência. O uso ocorre sem que “*...afete ou modifique as relações afetivas, escolares e sociais em geral.*” (Bucher, 1988:14) Também existem os consumidores habituais que são os indivíduos que possuem uma dependência psicológica, procurando o consumo apenas em determinadas situações, como festas ou fins-de-semana. (cf. Fugas & Marques, 1990:14)

Classificaram-se as substâncias psicotrópicas em três grandes categorias, dependendo dos seus efeitos no Sistema Nervoso Central, depressoras, estimulantes ou perturbadoras. Existem determinadas drogas que provocam uma dependência psíquica ou física, sendo que a primeira é um comportamento caracterizado pelo abuso e falta de limite entre o sujeito e a substância, enquanto a segunda é um “*...estado fisiológico modificado, resultante da adaptação do organismo a um uso continuado de determinada droga psicotrópica.*” (Bucher, 1988:10) O indivíduo sente a necessidade de atingir um melhor nível de actividade ou uma sensação de bem-estar superior, recorrendo por isso de forma quase sistemática ao seu consumo.

Alguns dos problemas de saúde relacionados com os adolescentes, associam-se aos seus comportamentos, interações com o meio envolvente e mudanças sociais radicais às quais estes são altamente vulneráveis, como o consumo de substâncias psicoactivas. (cf. Luís *et al*, 2006:14)

Realizou-se ainda um quadro sinóptico onde se enunciaram as diferentes drogas, as suas denominações “populares”, a sua origem, os meios de administração, a tolerância à droga, a dependência e os seus efeitos.

Relativamente às motivações que levam um adolescente a consumir drogas, nomeadamente em contexto escolar, dividiu-se em dois grupos, as motivações internas e as motivações externas. Quanto às causas internas relaciona-se com a formação da sua personalidade. O uso de determinadas substâncias pode fazer parte dos questionamentos do adolescente, onde ele põe todos à prova, desde os pais até ele mesmo. (cf. Bucher, 1988:29) Por outro lado, a noção de consumo de drogas como algo que depende exclusivamente das características individuais é um erro, pois para se perceber este fenómeno é necessário compreendê-lo no meio que o envolve, ou seja, não só o indivíduo como também o contexto sociocultural.

A droga é um problema social que não é influenciado nem pela idade nem pelo estrato social, *“A droga prolifera hoje, de um modo geral, em todas as camadas sociais, mas aparece, principalmente, nos estudantes de escolas e universidades e no meio de trabalhadores desempregados.* (Fernandes, 1990:252) Com este estudo ainda se apurou que a droga mais consumida pelos jovens é a cannabis, como sustenta Gammer e Cabié (1999) *“A droga mais difundida entre os adolescentes é a cannabis. Circula com extrema facilidade em todos os grupos de jovens, quer na cidade quer no campo.”* (Mousseff *in* Gammer e Cabié, 1999:109)

Frasquilho (1996) afirma que se a adolescência é um período complexo do desenvolvimento humano e de considerável risco, para o consumo de substâncias psicoactivas, devido às suas características psicológicas, também não é menos verdade, de que constitui um período muito favorável a intervenções significativas para a prevenção (cf. Carvalho et al., 2007:32) De acordo com Carina Luís, *“a prevenção é um conceito relativamente recente, que surge associado aos fundamentos conceptuais da saúde mental.”* (Luís, 2006:38) É também um nível de intervenção técnico-científico e um processo activo de implementação de iniciativas tendentes a modificar e melhorar um indivíduo. A prevenção deve ser estruturada na distinção entre factores de risco e factores de protecção. (Negreiros *in* Torres e Ribeiro, 2000:10) sendo que factores de risco são *“... certas situações, circunstâncias ou características individuais que estão associadas a uma maior probabilidade de consumir drogas.”* (Negreiros *in* Torres e Ribeiro, 2000:10) Os factores de risco para o uso de drogas dividem-se em quatro tipos: culturais, interpessoais, psicológicos

e biológicos. Pelo contrário, os factores individuais e sociais que reduzem a probabilidade de consumo de drogas designam-se de “factores de protecção”. (cf. Lomba, Mendes e Relva, 2006:18)

Assim sendo, os factores de protecção mais importantes relativamente ao consumo de drogas nas escolas incluem: bom aproveitamento escolar, envolvimento activo das famílias nas questões e problemas relacionados com a vida dos seus filhos e uma forte ligação do jovem não só à família, como à escola (cf. Negreiros *in* Torres e Ribeiro, 2000:14) Deste modo, uma das responsabilidades do assistente social neste âmbito é mobilizar esforços na implementação de programas que contribuam para a diminuição dos Factores de Risco e para a promoção dos Factores de Protecção associados ao uso e abuso de substâncias psicoactivas.

Em relação à intervenção do assistente social, o seu objectivo é a mudança social. O assistente social, qualquer que seja o tipo de intervenção que faz, pretende produzir modificações numa determinada situação-problema, com o objectivo de oferecer aos indivíduos maior bem-estar e qualidade de vida.

Depois de resumido cada ponto da dissertação, pode-se concluir que os objectivos iniciais estipulados foram alcançados com êxito. E, desta forma, respondendo a questão de partida, de que forma o jovem pode ser influenciado, começo por afirmar que um dos pontos essenciais é o grupo de pares onde por vezes a droga, nestes grupos é usada como um método de coesão. (cf. Bucher, 1988:36) Pois, as drogas podem aparecer como um recurso de socialização, facilitam a entrada no grupo e a integração com os pares. (Lomba, Mendes e Relva, 2006:17) Com esta investigação podemos também aferir que é durante a adolescência, principalmente no início, que o indivíduo está mais vulnerável, podendo mais facilmente iniciar-se no consumo de drogas. (Negreiros *in* Torres e Ribeiro, 2000:7) Quanto ao meio escolar, este é geralmente visto como um factor protector dos comportamentos de risco, mas também pode ser propiciador destes, dependendo de vários factores. (Zaff *et al.* *In* Naia, 2007:25)

De um modo geral, os factores que influenciam o jovem consumir são a curiosidade por novas experiências e sensações, a procura de prazer e diversão, desejo de testar limites e transgredir regras, a pressão dos pares, o

desafio à autoridade, o desejo de afirmação e a informação incorrecta ou ausência de informação. (cf. Associação Humanidades, s/d:9) É importante referir que o início do consumo de drogas pelos jovens não se deve apenas a um factor mas á consequência de diversos factores que se influenciam entre si.

A dissertação aponta como factores de risco ao consumo de drogas pelos adolescentes, outros contextos sem ser a família como a escola e o grupo de pares que podem igualmente aumentar a probabilidade de consumo de drogas. Deste modo, as motivações para o consumo de drogas por parte dos mais novos são o insucesso escolar, os comportamentos agressivos persistentes na sala de aula e a ligação do adolescente a amigos que apresentam comportamentos desviantes. (cf. Negreiros *in* Torres e Ribeiro, 2000:12)

Segundo Carole Gammer e Marie-Christine Cabié (1999), a toxicoddependência na adolescência torna-se diferente da toxicoddependência na idade adulta. (1999:109) Com o estudo que foi realizado compreendi que maioria dos adolescentes em idade escolar que consomem acaba por não se tornarem toxicoddependentes, logo o tipo de acção que deve existir é mais no sentido da prevenção do que tratamento ou reinserção. *“Os adolescentes que são consumidores do tipo ocasional ou social raramente carecem de tratamento. De uma maneira característica eles param de usar drogas de modo próprio ou consomem-nas raramente...”* (Weiner, 1995:417/418)

Luís (2006) sustenta que a escola deve ser vista como um local dirigido não só para a educação como para a prevenção, pois esta quando ocorrida em meio escolar tem inúmeras vantagens, como o facto de a escola ser um dos principais agentes de socialização, conjuntamente com a família. Assim, a escola deverá prevenir situações de risco, informando e motivando a população no sentido de evitar as drogas. Deste modo, o assistente social deve ter um papel de minimização dos factores de risco e maximização dos factores de protecção, procurando incutir nos jovens modos de vida saudável isentos de droga.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 📖 ALBARELLO, Luc; DIGNEFFE, Françoise; HIERNAUX, Jean-Pierre; MAROY, Christian; RUQUOY, Danielle; SAINT-GEORGES, de Pierre (1997) *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*, Coleção Trajectos, Lisboa, Gradiva – Publicações Lda;
- 📖 AQUINO, Júlio Groppa (1998), *Drogas na Escola – alternativas teóricas e práticas*; Summus Editorial, 2ª Edição
- 📖 BARDIN, Laurence (1988) *Análise de Conteúdo*, Lisboa, Edições 70;
- 📖 BRACONNIER, Alan; (1999) *O Guia da Adolescência – Á procura da identidade*; (2º Vol.), Prefácio Edição, Lisboa;
- 📖 BUCHER, Richard (1988), *As Drogas e a Vida: uma abordagem psicossocial*; CORDATO – Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicómanos; EPU; São Paulo;
- 📖 CANÁRIO, Rui (2007) *A Educação em Portugal (1986-2006) – alguns contributos de investigação*; Editorial do Ministério da Educação
- 📖 CARMO, Hermano; (2001) *Problemas Sociais Contemporâneos*; Universidade Aberta;
- 📖 DURKHEIM, Émilie; (1984) *Sociologia, Educação e Moral*; Rés Editora, São Paulo;
- 📖 FERNANDES, Evaristo (1990) *Psicologia da Adolescência e da Relação Educativa*; Edições ASA, Porto
- 📖 FUGAS, Carlos; Marques, Ana Paula (1990) *Consumo Ilícito de Drogas*; Gabinete de Planeamento e Coordenação do Combate à Droga;
- 📖 GAMMER, Carole; CABIÉ, Marie-Christine (1999) *Adolescência e Crise Familiar*, Climepsi Editores, Lisboa
- 📖 GIDDENS, Anthony; (2001) *Sociologia*; Ed. Fundação Calouste Gulbenkian, 5ª Edição, Lisboa;
- 📖 GIL, António Carlos (1987) *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*, São Paulo, Editorial Atlas S.A
- 📖 LOMBA, Lurdes; MENDES, Fernando; RELVAS, João (2006) *Novas Drogas e Ambientes Recreativos*; Lusociências – Edições Técnicas e Científicas;

- 📖 NATÁRIO, Adriano *et al.* (1997) *A saúde dos portugueses*; Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, Lisboa
- 📖 QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van (1992) *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva – Publicações;
- 📖 RIBEIRO, Wânier (2005) *Drogas na Escola – Prevenir educando*; São Paulo; Annablume Editora
- 📖 SAMPAIO, Daniel (1991) *Ninguém Morre Sozinho – adolescente e suicídio*; Editorial Caminho, Lisboa
- 📖 SAMPAIO, Daniel (1993) *Vozes e Ruídos – Diálogos com Adolescentes*; Editorial Caminho, Lisboa;
- 📖 SOUSA, Ângelo; PINTO, Augusto; SAMPAIO, Daniel; NUNES, Emília; BAPTISTA, M.<sup>a</sup> Isabel; MARQUES, Paula (2007) *Consumo de Substâncias Psicoactivas e Prevenção em Meio Escolar*, Editores DGIDC, DGS e IDT
- 📖 SILVA, Ana Mateus (2004), *Desenvolvimento de Competências Sociais nos Adolescentes*; Lisboa, Climepsi Editores
- 📖 SANVISENS, Alejandro (1992) *Introducción a la Pedagogia*; Editorial Barcanova, Barcelona
- 📖 TOMLINSON, Peter (1984) *“Psicologia Educativa”*, Edições Pirâmide, Madrid
- 📖 WEINER, Irving (1995) *Perturbações psicológicas na adolescência*; Fundação Calouste Gulbenkian; Lisboa

## WEBGRAFIA:

- 🔗 <http://www.unodc.org/>
- 🔗 <http://www.cpihts.com/PDF02/Carina%20Luis.pdf>
- 🔗 [http://oficina.cienciaviva.pt/~pw020/g/page\\_inici.htm](http://oficina.cienciaviva.pt/~pw020/g/page_inici.htm)
- 🔗 <http://www.textosedro.kit.net/drogaseadolescencia.htm>
- 🔗 [http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec\\_Ottawa.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Ottawa.htm)

## DOCUMENTOS/ARTIGOS CONSULTADOS:

- 📖 Associação Humanidades (s/d) “*Manual de Prevenção do Uso de Drogas para Mediadores*”; Caminho II; 1ª Edição
- 📖 BLEFARI, Anete (2003) “*Adolescência, Família e Drogas*”,
- 📖 CARLINI, Elisaldo et al. (2001) Revista IMESC “*Drogas Psicotrópicas – o que são e como agem*”, nº3 ; pp. 9 – 35;
- 📖 CARVALHO, A et al. (2007) “*Caracterização do consumo de substâncias psicoactivas numa população escolar*” in Revista Toxicodependências; Edição IDT, número 3;
- 📖 Grupo consultivo da OMS (1989) “*Problemas de toxicodependência e de alcoolismo – manual destinado a operadores comunitários de saúde com linhas de orientação para monitores*”; Organização Mundial de saúde Genebra; Lisboa
- 📖 LIMA, Maria Luísa; VINAGRE, Maria da Graça (2006) “Consumo de álcool, tabaco e droga em adolescentes: experiências e julgamentos de risco” in *Psicologia, Saúde & Doenças*, pp. 73-81
- 📖 LUÍS, Carina; SANTANA, Paula; SANTOS, Patrícia (2006) Relatório “*O Agir do Assistente Social em Projectos de Prevenção Primária da Toxicodependência na Adolescência*”; CPIHTS
- 📖 NAIA, Ana; SIMÕES, Celeste; MATOS, Margarida (2007) “*Consumo de substâncias na adolescência*” in Revista Toxicodependências; Edição IDT, número 3;
- 📖 RAMALHO, J.P. (1995) “*Pensar a educação a partir de Piaget – possíveis implicações pedagógicas da sua teoria*”, Revista Ler Educação, nº13
- 📖 Relatório Mundial sobre Drogas de 2009; Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC)