

Comportamentos de consumo de haxixe e saúde mental em adolescentes: Estudo comparativo (*)

ANA SOFIA SILVA (**)

ALBERTO AFONSO DE DEUS (***)

1. INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase onde diversas escolhas se apresentam ao jovem e, onde se joga a sua futura identidade e identificação sexual. Num mundo de incertezas e de (re)definições constantes, ela traduz-se por uma vivência de angústia, de medo e de incerteza, face às mudanças, quer físicas, quer psíquicas, que ocorrem sistematicamente e a uma velocidade alucinante, que o adolescente tem muitas vezes dificuldade em acompanhar.

Nesta etapa, o adolescente sente a necessidade de se confrontar, de experimentar limites, mesmo de os transgredir, constituindo estes um espaço de conquista e de afirmação, que deve ser vivido individualmente e em grupo. O desejo de ter ex-

periências novas coexiste com o sentimento de invulnerabilidade (que procura esconder a vulnerabilidade) e com o desejo de testar tais limites.

Há assim uma intensa necessidade de investir a realidade externa, de procurar um “território” longe do colo parental, que não mais satisfaz totalmente. Surge então o grupo de pares, seres diferentes, mas iguais, que se ajudam mutuamente nesta fase de conquista. Este grupo passa então a ter uma importância muito grande e, tudo se faz para se ser aceite no seu seio, para não se ser banido.

O grupo, embora contribua para a necessária separação do parental, do infantil, constitui também um dos maiores factores de risco para a adolescência. Falamos, não só mas também, dos comportamentos de iniciação ao consumo de drogas, comportamentos estes que podem pôr em causa a saúde dos adolescentes.

As razões para estes comportamentos são múltiplas, encontrando-se entre elas a aprovação do grupo, a procura de alívio ou evasão do desconforto vivido com os conflitos intra e/ou interpessoais, e a oposição e/ou desafio aos adultos.

Quanto maior for o nível de saúde mental do adolescente, mais se espera que este seja capaz de arranjar estratégias saudáveis de lidar com a

(*) Artigo baseado na Monografia de Licenciatura em Psicologia do primeiro autor, sob orientação do segundo autor. Qualquer questão relativa ao artigo deve ser dirigida para sofia-silva@netcabo.pt

(**) Psicóloga.

(***) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

ansiedade, com a angústia e com a fragilização decorrente do processo pelo qual está a passar, permitindo-lhe canalizar estes sentimentos para algo construtivo e criativo, que lhe assegure um crescimento saudável.

A presença destas estratégias ou mesmo o seu sucesso, dependerá da história de vida de cada jovem, da dor mental maior ou menor associada às suas relações primordiais. Se estas relações falharam ou foram insuficientes, a fragilização neste período do desenvolvimento terá um tom ainda mais acentuado, com uma conseqüente exacerbação dos sentimentos negativos associados, podendo haver o recurso a objectos de substituição, no sentido de procurar um espaço de ilusão onde o alívio desses sentimentos é possível.

O haxixe é, junto das camadas mais jovens, a substância ilícita mais consumida e com um início de consumo em idades cada vez mais precoces (F.M.H., 1998; I.D.T., 2001).

Apelidada por muitos como “leve”, como se não tivesse efeitos negativos, e sendo aceite como um “mal menor” pela sociedade actual, o haxixe é hoje em dia cada vez mais vulgar e vulgarizado em meios tão preocupantes como as escolas. Parece ter-se tornado, em conjunto com o álcool, um modo de socialização do grupo de pares, uma espécie de mediador da relação Eu-Outro, estando presente nos hábitos quotidianos de muitos adolescentes.

Estes novos hábitos têm conseqüências no desenvolvimento dos jovens, podendo colocar em risco a sua saúde e bem-estar. Deste modo revelou-se pertinente averiguar o que poderá levar a estes comportamentos de consumo de haxixe, nomeadamente qual o peso que determinadas variáveis têm, no início e na manutenção do consumo desta droga.

Perante isto, o objectivo deste estudo consistiu em fazer uma avaliação da situação acerca dos comportamentos de consumo de haxixe em adolescentes inseridos em meio escolar (ensino básico e secundário), estudar a influência de certas variáveis no início e na manutenção desse consumo (idade, situação familiar, expectativas e grau de influência do grupo de pares) e avaliar a existência ou não de relações entre este consumo e a saúde mental do adolescente.

1.1. *A Problemática da Saúde na Adolescência*

A partir de meados do século XX dá-se uma profunda alteração nas causas de mortalidade e morbidade, com as principais causas de doença a deixarem de ser organismos patogénicos que, introduzidos no organismo hospedeiro provocavam doenças, para passarem a ser o comportamento humano (Ribeiro, 1998).

Começou-se então a exigir intervenções diferentes das adoptadas até essa altura, passando as pessoas a ter um papel cada vez mais activo na saúde e na doença. De objectos passivos, passaram a ser consideradas como elementos activos e decisivos no processo de adoecer ou de ser saudável, fazendo emergir conceitos fundamentais acerca da relação entre comportamento e saúde e comportamento e doenças.

O organismo humano está em entropia ou em desordem e, através das propriedades que são próprias dos sistemas vivos, tende a organizar-se e a reconstruir-se, para novamente entrar em desordem. «A vida é um desequilíbrio à procura de equilíbrio, ou, se quisermos, um equilíbrio instável», como nos diz Coimbra de Matos (2002, p. 180). Assim, ao considerar a saúde do ponto de vista do desenvolvimento humano, dois processos assumem uma posição importante: os processos de desequilíbrio (que se referem à estimulação que o organismo deve receber) e os processos homeoréticos ou heterostáticos (reações adaptativas).

Para explicar o equilíbrio dinâmico inerente ao comportamento e desenvolvimento de sistemas mais complexos, Waddington (1968) propôs o conceito de homeoesia (que defendia a ideia de um fluxo constante) e Selye (1974) o de heterostasia, definindo-a como o estabelecimento de um novo estado de equilíbrio, alcançado por força de acções que estimulam e aumentam as capacidades, de maneira a elevar o nível de resistência do organismo. Estes conceitos vêm substituir o de homeostasia, que defendia a ideia de um estado constante, revelando-se segundo os autores, insuficiente para dar explicação a tal equilíbrio (Ribeiro, 1998).

Alguns trabalhos têm demonstrado um interesse cada vez maior pelo estudo das capacidades adaptativas das pessoas face a condições adversas, isto é, a razão porque diferentes indiví-

duos reagem de modo diferente à mesma situação stressante e utilizam diferentes respostas adaptativas (Antonovsky, 1987; Friedman, 1991).

Na teorização acerca das relações entre factores psicológicos, psicossociais e saúde, aparece a noção de *stress* e a de *coping*. A primeira diz respeito aos factores do meio físico e social que exercem pressão sobre um indivíduo. A segunda diz respeito aos processos cognitivos conscientes usados por ele para manejar as ansiedades evocadas pelos desafios do meio envolvente (Geada, 1996).

Outros dos conceitos que emergiu foi o conceito de resiliência, termo originário da física e que pode ser descrito como a capacidade que cada indivíduo tem de resistir ao stress e às adversidades, aprendendo a geri-los da melhor forma, conseguindo efeitos positivos (Rutter, 1990; Wang, Reynolds, & Walberg, 1995).

A aprendizagem de estratégias para lidar com o stress, com os sentimentos negativos em geral (ansiedade, raiva, ira, etc.), bem como de estratégias de planeamento e de tomada de decisão, de resolução de problemas e gestão de conflitos e de aumento da capacidade de comunicação interpessoal, verbal e não verbal, é particularmente importante em períodos de transição como, e.g., na adolescência.

Nesta fase do desenvolvimento, as implicações de maior peso quanto à saúde estão relacionadas com as transformações biopsicossociais vivenciadas. O crescente desenvolvimento físico colide com as capacidades e características psicológicas, constituindo estas mudanças um factor de *stress* que exige a adaptação do adolescente.

Muitos comportamentos relevantes para a saúde são iniciados na adolescência, como a actividade sexual, as escolhas alimentares, a escolha de exercício físico, o consumo de tóxicos e a condução de veículos. E são tais comportamentos que mais contribuem para a mortalidade e morbidade nesta fase do desenvolvimento (Parcel, Muraskin, & Endert, 1988, cit. por Frásquilho, 1996).

Com a transição da família alargada para a família nuclear, e actualmente para a família monoparental, muitos adolescentes ficaram sem as necessárias orientações quanto ao modelo, ao afecto, à nitidez de limites e ao apoio geral que conduziu a uma exploração saudável de novos comportamentos (Macintyre, 1992, cit. por Frásquilho, 1996).

Promover a saúde tem a ver com a acessibilidade a estilos de vida saudáveis, reduzindo outros mais ligados ao risco de doença. Isto é sobretudo importante na adolescência, onde por vezes a adopção de estilos de vida saudáveis é vista como «cinzenta, aborrecida, desprestigiante, e desinteressante» ao passo que, e.g., os consumos, as velocidades e, em geral “transgredir”, é visto como excitante e fonte de prestígio social (Matos, Simões, Carvalhosa, Reis, & Canha, 2000).

Num estudo realizado por Green e Kreuter (1991) os autores tentaram identificar quais eram os comportamentos que os adolescentes percebiam como saudáveis e como problema. Concluíram que, para os adolescentes, comportamentos saudáveis eram a abstinência de drogas, o comportamento pró-social e o bem-estar pessoal, aparecendo o consumo de tóxicos, o comportamento anti-social e o sexo não protegido como comportamentos contrários à saúde.

Assim, verifica-se que apesar dos jovens estarem informados e saberem distinguir o que são comportamentos saudáveis e comportamentos prejudiciais, existe uma discrepância entre informação e adopção de comportamento. E, é aqui que fazem sentido medidas promocionais que ajudem os jovens a transformar os seus conhecimentos em práticas de saúde.

O processo de responsabilização sobre o próprio estado de saúde começa, como em geral todos os aspectos relacionados com o desenvolvimento pessoal, no seio da família, mas necessita de ser reforçado na escola, pois são estes os locais onde os jovens passam a maior parte do seu tempo (Graciani, Lasheras, Cruz, & Calero, 1998).

Com a entrada na adolescência opera-se uma mudança das figuras de relação, a qual tem também muita importância para a saúde. Os amigos passam a ter um papel muito mais significativo quando comparados às influências dos pais ou de outros adultos. Socialmente, existe também um acesso mais facilitado à droga, ao álcool, a veículos motorizados e a mais oportunidades, e por vezes até pressões para os utilizar, o que coloca os jovens em risco.

Segundo Frásquilho (1996), podem fazer-se três interpretações do conceito de risco na adolescência: a) riscos com consequências imediatas na adolescência (e.g., adopção de comportamentos perigosos, como o conduzir sob o efeito de álcool); b) riscos com consequências para o período pós-

-adolescência (e.g., a obesidade); c) riscos que incluem consequências tanto actuais como remotas (e.g., a gravidez).

Para a autora, a explicação das causas destes riscos, não esquecendo as que decorrem das características próprias da adolescência, está tanto nas características da personalidade e da percepção do ambiente (prazer do risco, ausência ou distorção da percepção de controlo sobre os acontecimentos), como noutras mais ligadas ao comportamento manifesto (não usar cintos de segurança) e ainda noutras derivadas do ambiente (maiores ou menores oportunidades para ter esses comportamentos de risco).

Aponta ainda como possíveis significados para este tipo de comportamentos de risco, uma forma de ser solidário com os companheiros, de ganhar a admiração do grupo, a confirmação pessoal da sua maioria, a oposição à autoridade do adulto, ou ainda mecanismos errados de lidar com a frustração e a ansiedade.

Em termos cognitivo-comportamentais, pode-se dizer que serão cognições distorcidas acerca do significado das situações e aprendizagens sucessivamente erradas.

Em termos dinâmicos, dir-se-á que traduzem defesas próprias da individuação adolescente.

1.2. *O Processo Adolescente*

Até há algum tempo atrás, o período da adolescência não era destacado como uma fase específica do desenvolvimento humano com características e vivências próprias. Os comportamentos dos adolescentes eram considerados desviantes e inscritos, ou no domínio da psicopatologia, ou das perturbações do comportamento. Somente a pouco e pouco e, à medida que se foi reconhecendo a importância e a especificidade deste período do desenvolvimento, se foram construindo modelos próprios para o seu estudo, tornando-se claro que durante esta fase, processos importantes ocorrem, não se assemelhando àqueles que ocorrem na criança ou no adulto (Dias, 1982; Marques, 1999).

Às mudanças fisiológicas e pulsionais, características deste período, junta-se um grande movimento intrapsíquico: o de estabelecer o sentimento de identidade (Erikson, 1959), libertando-se dos comportamentos, das maneiras de se re-

lacionar, dos prazeres e dos projectos construídos, elaborados e vividos no decurso da infância.

É assim um período caracterizado pela perda: perda dos objectos infantis, perda do refúgio materno/parental, sendo nesta perspectiva que alguns autores utilizaram o modelo do luto, estabelecido por Freud (1917/1968), para clarificar este processo.

Para Anna Freud (1965), o luto no momento da adolescência, seria o esforço de aceitação de um facto do mundo exterior – a perda do objecto investido – e a concomitante realização das mudanças necessárias no mundo interior, como seja o desinvestimento da libido do objecto perdido.

Por sua vez, Dias e Vicente (1984) referem que a perda dos objectos na adolescência leva a reacções de luto, que definem como regressões transitórias de tipo narcísico, pelo que consideram que toda a adolescência vista nesta óptica, deve ser considerada como uma depressão normal. Neste sentido, consideram quatro lutos obrigatórios no desenvolvimento adolescente: o luto pela fonte de segurança (luto do refúgio materno), o luto renovado do objecto edipiano (trata-se de desinvestir os aspectos edipianos dos pais, em presença deles mesmos), o luto do Ideal do Eu (o adolescente vai perder a imagem dos pais idealizados e onnipotentes, que constituem as fontes do Ideal do Eu) e o luto da bissexualidade.

Outras posições atribuíram o essencial dos processos que ocorrem na adolescência, à separação-individuação face ao parental e ao infantil, que leva à aquisição da autonomia (Blos, 1967; Jeammet, 1991; Fleming, 1993). Para tal é necessário um tempo que vai possibilitar a criação de novas estruturas, que irão conduzir a uma identidade e alteridade, as quais se constroem reciprocamente. Este processo adolescente ocorre por diferenciação e integração progressivas, organizando-se a partir das alterações e da maturação corporal, que faz emergir o Outro, saldando-se com a aquisição de uma escolha sexual definitiva, masculina ou feminina.

A adolescência é então vivenciada com dor, nos limites da ruptura, com difícil diferenciação entre o sujeito e o objecto, entre o dentro e o fora, entre o antigo e o novo. Neste processo há múltiplas mudanças que originam vivências de estranheza, de confusão e de desarmonia, vivências estas impostas pelo surgimento de um novo corpo, de novas sensações e de novos desejos.

Marques (1999) usou a noção de “mudança catastrófica” de Bion para descrever a força, violência, disruptividade e turbulência envolvidas no processo adolescente. Para a autora é a mudança catastrófica inerente a este processo que conduz ao crescimento, sendo mais ou menos vivida com facilidade e transformada, quanto a dor mental nela envolvida. Utiliza ainda o modelo das transformações do mesmo autor, para formular a actividade mental deste período, pois pensa que é através deste modelo que melhor se pode explicitar como é que, através do encontro, da comunicação, da relação e da ligação entre o sujeito e o objecto, e entre as experiências anteriores e as actuais, se criam novos objectos.

A transformação pubertária cria então um duplo desafio: por um lado, a necessidade de manter um sentimento de continuidade da existência num corpo em mudança e, por outro, a necessidade de integrar esta transformação no funcionamento psíquico.

Na adolescência propriamente dita, os problemas essenciais colocam-se ao nível do Outro, ao nível da possibilidade de perceber e representar o sexo oposto numa lógica de complementaridade de sexos, de integração do homossexual e do heterossexual, sem o que a escolha sexual definitiva não pode ocorrer. Porque o novo corpo se tornou melhor conhecido e controlado, o essencial joga-se agora no desejo e na necessidade de afirmar e experimentar esse corpo (Marques, 1999).

Nesta altura, os pais deixam de poder fornecer ao adolescente os modelos, as satisfações e os prazeres que até essa altura lhe tinham podido proporcionar, sentindo o jovem a necessidade de se afastar deles. De agora em diante, uma parte das satisfações só poderá vir do exterior.

A participação de um adolescente num grupo de jovens da mesma idade é saudável e desejada. Os grupos são um meio de troca de diferentes informações que cada um pode ter recolhido em situações familiares, pessoais, em actividades de tempos livres ou através de interesses individuais, tendo então oportunidade de as transmitir aos seus pares. É um meio de o adolescente poder exprimir a sua originalidade. Simultaneamente o grupo interpõe uma certa distância relativamente aos pais e permite ao jovem apreender as relações sociais necessárias do futuro adulto.

No entanto, o grupo de pares também constitui um dos factores de maior risco para a adoles-

cência, na medida em que funciona como uma caixa de ressonância, um amplificador potencial dos comportamentos desviantes, como e.g., dos comportamentos de consumo de substâncias: a necessidade para o jovem de fazer como os amigos, a fim de ser um membro de pleno direito do grupo, são um exemplo explicativo deste risco potencial (Braconnier & Marcelli, 2000).

Tal como Winnicott (1969) especificou, crescer é um acto agressivo e, se o adolescente tolera os momentos de sofrimento, poderá integrá-los e ultrapassá-los nos comportamentos de reparação, de sublimação ou de criação. Mas, pelo contrário, se o adolescente não pode tolerar estes momentos de sofrimento, em particular se estes o reenviam para períodos de sofrimento da primeira infância, corre então o risco de eliminar o mal-estar através de comportamentos do tipo de passagem ao acto. Voltar-se-á eventualmente para objectos de substituição, para esconder a percepção da sua necessidade de dependência.

Como alerta Matos (2002), um dos problemas de maior importância na psicologia e psicopatologia da juventude é a dificuldade de abandonar a posição anaclítica, ou seja, a condição de protecção e de satisfação das necessidades básicas com o mínimo de esforço pessoal. Com este conflito, pré-genital, pode-se correr o risco de uma regressão mais profunda, com o perigo da estruturação de mecanismos de recuperação oral-narcísica, como o sejam, as toxicomanias.

1.3. *Comportamentos Aditivos na Adolescência*

Vários factores estimularam e contribuíram para o desenvolvimento e interesse crescente pela investigação e estudo do consumo de drogas em amostras não clínicas, de adolescentes inseridos em meio familiar e escolar: a preocupação com a saúde e o bem-estar físico, o desenvolvimento da noção de saúde psicológica e, sobretudo, a necessidade da intervenção primária, como estratégia de intervenção mais eficaz, ao nível da toxicodependência (Fleming, Figueiredo, Vicente, & Sousa, 1988).

Perante o consumo de droga nos jovens, importa distinguir o tipo, a função e a sua repercussão na vida social e afectiva do sujeito. Figueiredo (2002) diferencia o consumidor de substâncias aditivas em: a) experimental, consome de-

vido à curiosidade, à influência de amigos ou por motivos contestatários; b) esporádico, consome normalmente com a finalidade de socialização ou recreação; c) habitual, que em geral está ligado a motivações de uso cultural, do círculo social, ou de faixas etárias onde o uso recreativo tem uma constância maior; d) abusivo, quando inicia um consumo intenso da substância, mas mantendo-se vinculado ao círculo social e tendo um controlo mínimo do uso e do seu estado psíquico; e) dependente, quando a substância e o seu uso passam a ocupar um espaço principal na vida do indivíduo, normalmente fazendo com que perca o interesse pelos aspectos sociais, com uma falta de motivação psicológica para outras situações não ligadas ao consumo ou obtenção da droga.

Actualmente, os critérios de diferenciação entre as drogas ditas leves e as drogas pesadas, não estão a identificar a perspectiva sanitária e o efeito psicofísico dessas substâncias, mas a possibilidade da sua utilização num convívio social que não interfere necessariamente na vida emocional, profissional, estudantil e psíquica da pessoa (Figueiredo, 2002).

O que está por detrás da designação de drogas leves são aquelas substâncias psicotrópicas que permitem uma maior flexibilidade no seu uso e experimentação, sem afectar os âmbitos de uma vida normal. Já as pesadas, corresponderiam àquelas que facilitam ou induzem o descontrolo do uso e o vício, seja pela própria substância em si, seja pela forma como é utilizada, promovendo e facilitando a marginalização do indivíduo do seu contexto social.

Assim, para uma população susceptível ao consumo de drogas, ou mesmo para o consumidor de drogas leves, este critério de classificação funciona como uma espécie de protecção, e alerta contra aquelas substâncias ou usos pesados, onde a pessoa terá possibilidade de perder mais facilmente o controlo da sua situação de uso (Figueiredo, 2002).

A adolescência deverá dar saída a estruturas bem definidas do ponto de vista económico, tónico e dinâmico. A toxicomania actua aqui como uma armadilha, impedindo pela luta contra a depressão dos objectos infantis, a aquisição de uma estrutura coerente – isto é, distanciando o fim da depressão normal da adolescência (Dias & Vicente, 1979).

Soulé (1974) liga o problema da toxicomania à pesquisa indefinida de um espaço transaccional, isto é, à área da ilusão. O tempo da depressão (a desilusão) é então adiado pela instalação da toxicomania, entendida como uma procura desse espaço transitivo onde a ilusão pode existir.

É também esta a opinião de Cordeiro (1975), que afirma que as noções de objecto transaccional de Winnicott e de objecto intermediário de relação, são essenciais à compreensão da etiopatogenia dos toxicómanos.

Por sua vez Diatkine (1974) integra a questão na dialéctica da adolescência, no que nela está implicado de mudança e de redistribuição de forças. O uso de drogas teria a sua inserção neste novo equilíbrio, dando importantes possibilidades à descarga directa e ao processo primário, às satisfações imediatas e elementares.

Fuller e Cavanaugh (1995) apontaram os factores de risco para o abuso de drogas: factores familiares (história familiar de alcoolismo ou uso de drogas, permissividade ou autoritarismo, conflitos familiares), problemas comportamentais (comportamento anti-social, negativismo, baixa adaptabilidade, impulsividade, agressividade), factores escolares (repetência precoce), amigos que usam drogas, história de abuso sexual e factores sociais (fácil acesso à drogas).

O papel das expectativas positivas e negativas nos efeitos do consumo de drogas, apesar de ser ainda pouco claro, parece também muito importante. As expectativas são adquiridas ao longo do processo de socialização, através do modelo que os pais fornecem, do grupo de pares, da experiência de vida do indivíduo e da exposição aos meios de comunicação social. Recentemente, as expectativas acerca dos efeitos do álcool têm sido consideradas como participantes na iniciação e na manutenção de padrões de consumo problemáticos (Christiansen & Goldman, 1983; cit. por Baldwin, 1993). Estes autores notaram que as expectativas prediziam os estilos de consumo adoptados mais tarde pelos adolescentes.

Um estudo realizado por Fonseca (1989) examinou a prevalência e o padrão do consumo de drogas em 250 adolescentes escolarizados, com idade de 15 anos, tentando explorar as relações entre o consumo de drogas e aspectos demográficos. Os resultados confirmaram que o uso experimental de drogas se tornou um comportamento normal e previsível nos adolescentes. Ve-

rificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os que usam e não usam drogas, no que respeita a alguns aspectos da experiência familiar e escolar, socialização, consumo de álcool, tabaco e medicamentos pelos pais, atitudes e opiniões face ao consumo de drogas.

Noutro estudo, este realizado por Fleming et al. (1988) em 994 adolescentes entre os 12 e os 19 anos, com o objectivo de caracterizar sociodemograficamente uma população de adolescentes não clínica, inserida em meio escolar e que fazia uso de drogas ilícitas, concluiu-se que a incidência do comportamento de consumo de drogas entre os adolescentes é relativamente baixa, sendo a cannabis a droga mais consumida. Neste estudo, o comportamento de consumo de droga esporádico do adolescente não perturbou o seu rendimento escolar e não se associou significativamente com a situação conjugal dos pais.

Ainda um outro estudo, levado a cabo pela Faculdade de Motricidade Humana em 1998, teve como objectivo desvendar as atitudes e comportamentos de saúde dos jovens portugueses em idade escolar. Foram inquiridos 6903 alunos do ensino regular, com idades entre os 11 e os 16 anos, e verificou-se que para a grande maioria a sua primeira experiência com a droga é feita entre os 13 e os 15 anos (66,0%). 6,4% experimentam-na entre os 6-9 anos e 18,1% entre os 10-12 anos. Os jovens referiram que as pessoas que consomem droga o fazem porque querem experimentar (64,2%), porque os seus amigos também consomem drogas (53,5%) e porque se sentem sós (52,8%) (Matos et al., 2000).

A deficiente capacidade de reparação tem as suas raízes no desenvolvimento infantil e é reactivada pelo processo adolescente normal, não esquecendo o papel patogénico dos factores familiares e sociais. Crumley (1982) afirma que a capacidade para lidar com o stress é assim diminuta e daí que o adolescente empreenda dolorosamente inúmeras manobras para contra-agir e evitar o mal-estar crescente, constituindo a ingestão de drogas um meio que anestesia a angústia e o desespero.

1.4. *O Consumo de Cannabis e as suas Consequências na Saúde dos Adolescentes*

A *cannabis* é a substância psicoactiva ilícita mais consumida universalmente. É uma planta

herbácea originária da Ásia Central, da família das *cannabaciae* e da ordem das *urticales*. Foi descrita em 1758 pelo naturalista sueco Karl von Linné sob a designação composta de *Cannabis Sativa*, que significa “cânhamo cultivado”, e tem sido largamente utilizada pelo homem ao longo de milhares de anos, quer pelas suas propriedades farmacológicas, como também por fornecer uma fibra útil para a tecelagem e as suas sementes serem um bom alimento para os pássaros (Valle, 1966; Grinspoon & Bakalar, 1993).

Ao longo dos séculos, a cannabis esteve sempre ligada quer à religião quer à medicina. Hoje ainda é considerada sagrada em algumas religiões de países da América Central e da Ásia. A primeira prova do uso medicinal da cannabis é um herbário publicado durante o reinado do imperador chinês Cheng Nung há 5000 anos. Antes de se disseminar na sociedade ocidental como uma droga recreativa, era usada como analgésico, antiespasmódico, sedativo, anestésico local e antidepressivo. Recomendava-se o seu uso em afecções tão diversas como reumatismo, malária, insónias ou dores menstruais (Grinspoon et al., 1993).

Em 100 anos de investigação foram obtidos a partir da resina do cânhamo indiano, 80 compostos, que constituem a família dos cannabinóides. Em 1896, os químicos ingleses Spivey-Wood e Eastenfield (cit. por Godot, 1992) isolaram o “cannabinol”. No ano de 1964, os trabalhos de Gaoni & Mechoulam (cit. por Richard & Senon, 1995), professores da Universidade Hebraica de Jerusalém, permitiram que o “Tetrahidrocannabinol” (THC) fosse isolado e que, consecutivamente, Isbell (1968) e Hollister (1970) pudessem provar que ele era o agente que induzia os efeitos psíquicos da planta.

A cannabis é hoje considerada sobretudo uma substância ansiolítica, que quando consumida em doses elevadas, num contexto particular, e em indivíduos predispostos, pode conduzir a manifestações alucinogénicas (Richard et al., 1995).

Há já alguns anos que duram as polémicas em seu torno. Apresentada por uns como perfeitamente inofensiva (Michka, 1993; Grinspoon et al., 1993), é vista por outros como eminentemente perigosa, tanto no plano individual, como social (Nahas, 1992).

Esta substância pode apresentar-se sob três formas (Grinspoon et al., 1993): a) erva ou marijuana

na: é uma mistura das extremidades da planta dessecadas e de grãos, e constitui o preparado de base menos rico em THC; b) haxixe: constituído por resina dessecada e comprimida, comercializado a retalho sob a forma de “tabletes”, protegidas da dessecação por uma prata e apresentando uma concentração de THC superior à da marijuana; c) óleo: é um líquido viscoso entre o negro e o castanho esverdeado, com um cheiro característico, e que resulta da extracção da resina através de um solvente orgânico, tratando-se do preparado mais rico em THC, que oscila entre os 25% e os 60%, consoante a sua proveniência e os cuidados observados na sua preparação.

O haxixe é mais usado nos países ocidentais, preparando-se com ele uma espécie de cigarro de fabrico artesanal, contendo uma mistura de tabaco e haxixe (sendo este previamente aquecido à chama de um isqueiro), enrolado em mortalhas e munido de um filtro muitas vezes fabricado com um cartão maleável (bilhete de autocarro ou de metro). É o chamado “charro”, que é fumado em inspirações longas, denominadas “passas”.

Segundo o DSM-IV, os critérios de diagnóstico da intoxicação por cannabis são: a) Toma recente de cannabis; b) Modificações comportamentais inadaptadas, por exemplo: euforia, ansiedade, desconfiança ou delírio persecutório, sensação de alongamento do tempo, alteração do discernimento, isolamento social; c) Pelo menos dois dos seguintes sintomas físicos aparecem duas horas após a tomada de cannabis: conjuntivas injectadas, estimulação do apetite, secura bucal, taquicardia; d) Não devido nem a perturbação física nem a qualquer perturbação mental.

Os efeitos iniciam-se por um sentimento de bem-estar acompanhado de euforia e risos despropositados ou por vezes, pelo contrário, por sedação ou mesmo letargia, falta de memória, dificuldade em efectuar operações mentais complexas, alterações sensoriais, diminuição das performances motoras e sensação de que o tempo se escoia com maior lentidão. Estes sinais estão, naturalmente, muito relacionados com a quantidade de droga consumida, com a personalidade de cada indivíduo e com o grau de tolerância ao produto.

A maioria das pessoas que usam cannabis apresentam algum tipo de efeito desagradável, além dos efeitos relaxantes da droga. Apesar disto, os consumidores toleram esses efeitos indesejáveis

e os próprios companheiros de consumo auxiliam com medidas gerais de apoio que se revelam suficientes. No entanto, algumas pessoas, principalmente aquelas com menor experiência com a droga, podem ficar muito ansiosas pelos seus efeitos, manifestando reacções semelhantes a um ataque de pânico (Miller & Branconnier, 1983).

A suspensão brusca do consumo de cannabis, num indivíduo que consome doses elevadas há muito tempo, induz sinais de carência actualmente bem caracterizados. Surgem cerca de 12 horas após a última toma de droga e intensificam-se durante 1 ou 2 dias, antes de desaparecerem espontaneamente num espaço de 3 a 5 dias. Estes sinais caracterizam-se por uma viva ansiedade, acompanhada de irritabilidade, agitação, insónia, anorexia e de uma alteração transitória do estado geral, que se traduz num síndrome semelhante a um episódio de gripe. No conjunto, os sinais fazem lembrar os resultantes da abstinência de consumo prolongado de benzodiazepinas (Richard et al., 1995).

O uso crónico da cannabis traz pelo menos os mesmos riscos do que o abuso de álcool (Weintraub, 1995). As duas substâncias produzem alteração da coordenação motora e comprometimento mental com relação à memória e à capacidade de planeamento intelectual. Este tipo de comprometimento aumenta os riscos de vários acidentes e do envolvimento em comportamentos de risco, como conduzir perigosamente, sexo sem protecção ou comportamentos anti-sociais.

Comparando o uso de cannabis com o uso de tabaco, a British Lung Foundation (cit. por Young, 2002) alerta que, apenas 3 cigarros de cannabis por dia causam os mesmos estragos nas vias respiratórias do que 20 cigarros normais, principalmente devido à maneira como os primeiros são fumados. O fumo é levado mais profundamente para os pulmões e é sustido numa média de 4 vezes mais tempo antes de ser exalado. O fumo da cannabis contém de 50% a 70% mais hidrocarbonetos carcinogénicos do que o fumo do tabaco. Produz igualmente altos níveis de uma enzima que transforma certos hidrocarbonetos na sua forma cancerígena, níveis estes que podem acelerar as mudanças que irão produzir células malignas.

Assim, quer o fumo do cigarro, quer o fumo da cannabis produzem efeitos adversos e distin-

tos nos seus consumidores, dentre eles os efeitos irritativos nos pulmões e os efeitos estimulantes tanto da nicotina como do THC, sendo as alterações cerebrais produzidas pela cannabis mais pronunciadas do que as provocadas pela nicotina (Young, 2002).

É um dado adquirido que o consumo crónico de cannabis altera as faculdades de memorização a curto prazo, de uma forma provavelmente reversível, mas a um ritmo muito lento. As perturbações persistem, em todo o caso, pelo menos durante seis semanas após uma desintoxicação controlada. Quanto mais tempo a cannabis for usada, mais afectadas ficarão as capacidades mentais. Este tipo de efeito é especialmente preocupante entre os adolescentes, dado que ainda estão numa fase de desenvolvimento físico e psíquico (Schwartz, 1990).

Foi descrito um síndrome amotivacional, frequentemente observado em adolescentes que eram consumidores crónicos de cannabis (Defer, 1992). Traduz-se por um declínio de interesse pelas actividades diárias em geral, um desinteresse existencial, acompanhado de défice mnésico constante e de embotamento afectivo e intelectual, sendo que o jovem não tem motivação para fazer nada a não ser consumir esta substância.

Existem algumas evidências de que a cannabis possa produzir, em consumidores crónicos e já predispostos, uma psicose aguda denominada “psicose cannábica” com os seguintes sintomas: confusão mental, perda da memória, delírio, alucinações, ansiedade, agitação. Porém, não há dados suficientes que provem que o seu uso possa gerar uma psicose crónica que perdure para além do período de intoxicação (Godot, 1992).

Uma das polémicas que gira em torno desta droga é a de saber se é correcto continuar a classificá-la como sendo uma droga ilícita mas leve, tal como o são o álcool e o cigarro, estas de uso lícito e diferenciá-la das drogas ditas pesadas, como a heroína e a cocaína. Segundo Figueiredo (2002), é muito difícil generalizar e categorizar as drogas entre leves e pesadas. Deve levar-se em conta os vários aspectos das situações: quem usa a droga, qual a droga usada, em que circunstâncias, a quantidade de droga. Para um dependente de qualquer tipo droga, a sua droga de consumo será o seu maior problema. A autora dá como exemplo um alcoólico, para o qual a cocaína não constitui um risco, sendo as consequências

do uso crónico do álcool demasiado severas para ser considerada uma substância leve.

Outra das polémicas é a utilização da cannabis para fins medicinais. O seu uso na medicina perdurou até ao século XX, quando a droga passou a ser consumida apenas para alterar o estado mental do consumidor. Na sua forma fumada, a cannabis não tem aceitação no meio médico. No entanto, o THC é fabricado numa pílula, disponível com receita médica e, em alguns hospitais norte-americanos e holandeses, pode ser assim encontrado para uso oral ou intravenoso. Actualmente é utilizado para tratar as náuseas e os vômitos que ocorrem em certos tratamentos do cancro e para ajudar os pacientes com SIDA a comer melhor e a manter o peso (Hollister, 1986).

Apesar disto, estudos em animais descobriram que o THC pode destruir as células imunitárias e tecidos do corpo que ajudam a proteger contra as doenças, aumentando assim a probabilidade destas ocorrerem. De acordo com os investigadores, são necessárias mais pesquisas sobre os efeitos secundários do uso da cannabis e dos seus potenciais benefícios, antes de ser utilizada com regularidade no meio médico (National Institute on Drug Abuse-NIDA, 2003).

Mais uma das polémicas acerca da cannabis é o facto desta ser vista como o início da escalada para drogas mais pesadas por parte de quem a consome. Estudos longitudinais com estudantes, sobre os seus padrões de consumo de drogas, mostram que muito poucos jovens usam outras drogas ilegais sem antes terem experimentado a cannabis (NIDA). Um sujeito que já usou cannabis está mais propenso a experimentar drogas ditas mais pesadas do que um sujeito que nunca experimentou. E isto deve-se não aos efeitos da cannabis em si, mas às circunstâncias: o indivíduo que usa cannabis tem contacto com pessoas que usam drogas e geralmente, que usam outras drogas, para além de frequentar locais de diversão onde faz parte consumi-las. Portanto, o grupo de amigos e os locais que o jovem frequenta, podem influenciar o início do uso de outras drogas. Os estudos mostram também que os adolescentes que começam a fumar cannabis muito cedo têm mais probabilidades de progredir para um uso crónico desta droga (NIDA).

Os adolescentes em geral correm mais riscos ao usar cannabis, pois estão em fase de formação física e psíquica, e o seu uso pode desviar o seu

desenvolvimento normal. Existe uma tendência natural, própria da idade, de manifestarem dificuldades de adaptação a um mundo em constante mudança. O uso de cannabis pode exacerbar tais dificuldades.

Como Fréjaville e Choquet (1977) alertam, se um jovem resolve os problemas normais da adolescência recorrendo a drogas, corre um sério risco de se tornar num adulto imaturo, voltando novamente a recorrer à droga sempre que se depare com um novo problema.

Uma observação baseada em várias experiências, é a de que é inútil tentar suscitar o medo nos jovens no que diz respeito aos malefícios das drogas. Tanto para o tabaco, como para o álcool e outras drogas, os destinatários da informação parecem pôr rapidamente em jogo os diversos mecanismos de defesa, tornando o empreendimento totalmente ineficaz, talvez porque a eventualidade dos desenlaces dramáticos descritos, parece muito distante e improvável ou talvez porque o emissor da mensagem é suspeito de vários motivos, tornando-se aquela duvidosa (Fréjaville et al., 1977; Carvalho, 1989; Figueiredo, 2002).

O consumo de haxixe tem vindo a ganhar cada vez maior número de adeptos junto aos estabelecimentos de ensino, e a este factor não é indiferente a descriminalização desse consumo, como afirma o Chefe do Núcleo de Investigação Policial da PSP/Porto, Comissário Neto. No último ano, a PSP notou uma tendência natural para evidenciar um circuito de haxixe junto das escolas, em particular do segundo ciclo e secundárias. Desde a descriminalização do consumo, encontrar jovens com haxixe é hoje praticamente banal (Pinto, 2003).

A maioria dos jovens fumam haxixe porque os amigos ou os irmãos o usam pressionando-os para experimentar. Outros jovens usam-no porque vêm pessoas mais velhas ou familiares a consumi-lo. Outros podem pensar que está na moda consumir haxixe porque ouvem músicas acerca dele ou o vêem na TV ou em filmes. Alguns adolescentes sentem que precisam dele e de outras drogas para os ajudar a escapar de problemas que têm em casa, na escola ou com os amigos (NIDA).

Já que o uso de haxixe pode afectar o pensamento e o julgamento, os consumidores embarcam muito facilmente em comportamentos de risco para a saúde como sejam relações sexuais

desprotegidas, expondo-se ao VIH e a doenças sexualmente transmissíveis, gravidez não desejada, condução de veículos sem cinto de segurança ou em grande velocidade.

Num estudo efectuado por Chabrol, Massot, Montovany, Chouicha & Armitage (2002) avaliou-se as ligações entre a frequência e os padrões do uso de haxixe e a dependência e as crenças ligadas ao seu uso, em 163 rapazes e 122 raparigas, com uma média de idades de 17,5 anos. 33% dos jovens preenchiem os critérios de dependência de cannabis. Expectativas de prazer ou alívio e crenças permissivas, reflectindo a percepção do uso de cannabis como sendo livre de riscos, foram altas nos consumidores e, particularmente, em sujeitos dependentes desta droga.

2. METODOLOGIA

2.1. *Participantes*

Os participantes neste estudo foram jovens adolescentes de ambos os sexos (55,7% do sexo masculino e 44,3% do sexo feminino), entre os 13 e os 17 anos de idade, que frequentavam entre o 8.º e o 10.º ano de escolaridade, em regime diurno e em ensino regular. A recolha dos questionários foi feita em escolas dos arredores de Lisboa, entre os meses de Abril e Junho de 2003, sendo o processo de selecção das turmas aleatório.

Foram recolhidos um total de 289 questionários, sendo que 37 constituíram o primeiro pré-teste, 25 o segundo pré-teste, e os restantes 227 a recolha definitiva. Destes 227, foram eliminados seis, sendo então o total de participantes considerado, 221.

2.2. *Tipo de Estudo*

Este estudo é um estudo descritivo, na medida em que foi composto por uma parte onde não se pretendeu explicar porque é que ocorrem determinados fenómenos, apresentando-se somente os resultados que se obtiveram. É também um estudo de comparação entre grupos, uma vez que comparamos resultados dentro do total de participantes. O método foi experimental natural (Ribeiro, 1999), sendo a variável manipulada, o con-

sumo de haxixe (consumidores *versus* não consumidores).

2.3. *Instrumentos*

Questionário sobre Comportamentos de Consumo de Haxixe

Para a realização deste estudo, e porque não foi encontrado qualquer instrumento que permitisse estudar as variáveis pretendidas, nomeadamente quanto aos comportamentos dos jovens adolescentes em relação ao consumo de haxixe, decidiu-se construir um questionário que permitisse aceder a tais comportamentos.

Tendo por base a adaptação para a população portuguesa do Questionário de Comportamentos de Consumo de Álcool, de Lowe, Foxcroft e Sibley (1993), feita por Trindade em 1999, surgiu o Questionário sobre Comportamentos de Consumo de Haxixe (Q.C.C.H.).

As questões especificamente relacionadas com o haxixe, foram criadas tendo por base a pesquisa bibliográfica efectuada. Todas as questões deste questionário são fechadas, com excepção dos itens 17, 20 e 24, onde se deu a possibilidade de enumeração de: outras razões para o consumo de haxixe por parte do jovem (item 17), outros locais de consumo (item 20) e outros motivos que levam os jovens em geral a consumirem haxixe (item 24). Nestes itens foram criadas categorias nas quais se encaixaram as respostas.

O questionário é composto por 4 partes. A primeira parte, que engloba os itens 1-12, pretendeu caracterizar os jovens, nomeadamente quanto ao sexo, idade, número de irmãos, situação familiar, situação escolar, situação face ao grupo de pares e situação face ao consumo de haxixe. Contém uma instrução de salto de modo a permitir que os jovens que responderam negativamente ao item 12 (que nunca consumiram haxixe) passassem directamente à parte III do questionário.

A segunda parte, respondida apenas pelos que afirmaram ter alguma vez consumido haxixe (itens 13-21), visou caracterizar tais comportamentos por parte dos jovens, nomeadamente quanto à idade da primeira experiência, frequência e quantidade de consumo, possíveis razões para esse consumo, pessoas com quem se consome, locais e alturas em que é consumido, e despiste de outras drogas tomadas em conjunto com o haxixe.

Numa terceira parte (item 22) pretendeu-se estudar quais as expectativas que os jovens, quer fossem ou não consumidores de haxixe tinham, acerca dos efeitos desta substância. Este item é composto por 9 alíneas, seis formuladas positivamente e as restantes negativamente. Estas alíneas são antecedidas pela frase: “*Qual é o grau de certeza que tens de ...*”. As respostas são efectuadas mediante a indicação de uma pontuação numa escala tipo Likert de 5 pontos, em que (1) está associado a nenhuma certeza e (5) a toda a certeza.

Pretendeu-se igualmente desvendar nesta terceira parte o modo como os jovens, quer sejam ou não consumidores, classificam o haxixe enquanto droga (item 23) e os motivos que encontram para explicar o consumo desta substância (item 24).

Finalmente a quarta parte só foi utilizada na fase preliminar da recolha dos dados (pré-teste), num número reduzido de alunos (n=62), sendo constituída por um espaço onde os jovens puderam fornecer os seus contributos, através da enunciação de eventuais erros que estariam presentes na construção dos itens do questionário ou da presença de itens que fossem percebidos como confusos e pouco claros, e através de sugestões de como poderíamos melhorá-lo. Esta parte final do questionário resultou da necessidade de tornar este instrumento o mais válido possível no que respeita à clareza e compreensão dos itens por parte dos adolescentes.

Inventário de Saúde Mental

Em conjunto com o Q.C.C.H. utilizou-se a adaptação portuguesa feita por Ribeiro (2001) do Mental Health Inventory (M.H.I.), o Inventário de Saúde Mental.

O M.H.I. começou a ser desenvolvido em 1975 como uma medida destinada a avaliar a saúde mental na população em geral, e não somente nas pessoas com doença mental. Foca sintomas psicológicos de humor, ansiedade e de perda de controlo sobre os sentimentos, pensamentos e comportamentos.

Este instrumento foi adaptado para a população portuguesa por Ribeiro (2001), numa amostra de 609 estudantes saudáveis, 53% do sexo feminino, com idades entre os 16 e os 30 anos. Os resultados mostraram uma consistência interna pelo Alfa de Cronbach de 0,80.

Assim, o Inventário de Saúde Mental é um questionário de auto-resposta, que inclui 38 itens distribuídos por cinco sub-escalas. Os itens permitem medir quer a dimensão positiva da saúde mental (bem-estar psicológico), através da soma dos itens das sub-escalas Afecto Positivo (11 itens) e Laços Emocionais (3 itens), quer a dimensão negativa (distress psicológico), pela soma dos itens das sub-escalas Ansiedade (10 itens), Depressão (5 itens), e Perda de Controlo Emocional/Comportamental (9 itens).

A resposta a cada item é dada numa escala ordinal de cinco posições (itens 9 e 28) ou seis posições (restantes itens). Parte dos itens são cotados de modo invertido (itens 1, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 17, 18, 22, 23, 26, 31, 34 e 37), sendo a nota total resultante da soma dos valores brutos dos itens que compõem cada sub-escala.

2.4. Procedimento

Depois de obtida a devida autorização por parte dos Conselhos Directivos das várias escolas, deu-se início à recolha dos dados. Numa primeira fase, e porque foi construído um questionário, procedeu-se a um pré-teste, ou seja, à aplicação do mesmo a 37 alunos, cujas características estavam dentro do pretendido para este estudo.

Os resultados deste pré-teste mostraram que havia alguns itens, que suscitavam dúvidas e confusão aos jovens, surgindo então a necessidade de alterar o questionário. Seguidamente, o novo questionário foi aplicado a outro grupo de jovens (n=25), cujas características eram também semelhantes às pretendidas para o estudo, não tendo surgido dúvidas nem confusões relativamente aos itens do questionário, decidindo então proceder-se ao início da recolha definitiva dos dados.

Esta foi feita no horário das aulas, de forma colectiva, nas turmas dos professores que se disponibilizaram a colaborar neste estudo. Depois de uma breve explicação aos alunos onde se pretendeu enquadrar o âmbito da investigação, foi pedida a sua colaboração e garantida a confidencialidade dos dados recolhidos. A aplicação conjunta do Questionário sobre Comportamentos de Consumo de Haxixe e do Inventário de Saúde Mental, demorou 25-30 minutos por turma. Após a recolha, estes instrumentos foram numerados aleatoriamente.

3. RESULTADOS

Como resposta à pergunta “**Já alguma vez consumiste haxixe?**” (item 12, Q.C.C.H.) verificou-se que a grande maioria dos participantes (81,9%) afirmou nunca ter consumido haxixe, havendo apenas 18,1% que diz ter alguma vez consumido esta droga.

Procedeu-se a uma análise descritiva das respostas à parte II do Q.C.C.H., pelo facto dos participantes que responderam a esta parte, já em algum momento das suas vidas terem consumido haxixe (n=40; 18,1%).

Assim, como respostas à pergunta “**Com que idade experimentaste pela primeira vez haxixe?**” (item 13) verificou-se que a maioria dos adolescentes experimentou esta droga pela primeira vez aos 13 anos (27,5%) e aos 14 anos (25,0%). Os restantes experimentaram-na pela primeira vez um pouco mais tarde: 17,5% aos 15 anos e 12,5% aos 16 anos. De salientar que 15% dos participantes afirmaram tê-la experimentado pela primeira vez aos 12 anos e 2,5% aos 11 anos.

Quanto à **frequência do consumo** de haxixe feita pelos adolescentes (item 14), a maioria referiu ter experimentado uma vez a droga, nunca mais tendo consumido (42,5%). Dos restantes, 27,5% afirmou só consumir em ocasiões especiais, 20,0% consome algumas vezes durante o mês e 10,0% consome mais do que uma vez por semana.

Relativamente à **quantidade de consumo** feita pelos adolescentes (item 15), a grande maioria (60,0%) afirmou não ter consumido na semana anterior à passagem do questionário. Dos restantes, 20,0% afirmou ter consumido uma ou duas vezes, 12,5% consumiu três ou quatro vezes e 7,5% afirma ter consumido mais do que cinco vezes na semana anterior.

Quando foi pedido aos adolescentes que **avaliassem essa quantidade de consumo** (item 16), 60,0% afirmou que na semana anterior o seu consumo foi nulo. Dos restantes, 20,0% avaliou o seu consumo na última semana como moderado, 10,0% avaliou-o como tendo sido grande, 7,5% como tendo sido ligeiro e 2,5% como tendo feito um consumo muito grande.

Relativamente às **razões que levaram estes adolescentes a consumirem haxixe**, estas foram dadas pelas respostas ao item 17 do Q.C.C.H.. Este item continha uma resposta aberta («Ou-

tras»), na qual foram criadas 7 categorias de resposta, de forma a permitir classificar as respostas dos jovens. Assim, a maioria (37,5%) deu outras razões para consumir haxixe, para além das que estavam presentes no questionário. As duas outras razões com maior percentagem de resposta (ambas 36,8%) apresentadas para o consumo de haxixe foram «Para experimentar» e «Porque é fixe/divertido». Das respostas que estavam presentes, 31,3% dos participantes afirmou que consome haxixe porque este os faz ficar relaxados, 14,6% afirmou que consome haxixe porque este os faz sentir mais próximo dos amigos, 10,4% consome haxixe porque este os faz sentir menos preocupados, 4,2% porque o haxixe os faz esquecer das dores e 2,1% porque o haxixe lhes faz melhorar a criatividade.

No que diz respeito às **peças com quem estes jovens consomem haxixe** (item 18), a grande maioria (62,0%) afirmou consumir haxixe na companhia dos amigos da sua idade, 20,0% afirmou consumir na companhia dos amigos mais velhos, 14,0% consome sozinho e 4,0% consome com os irmãos.

Relativamente ao **despiste de drogas tomadas em conjunto com o haxixe** (item 19), a grande maioria (67,4%) referiu que consome haxixe isoladamente. 25,6% dos jovens afirmou consumir haxixe e álcool e 7,0% diz consumir haxixe e outras substâncias. De referir que nenhum participante afirmou consumir haxixe associado com heroína ou cocaína.

Relativamente aos **locais escolhidos pelos jovens para o consumo de haxixe**, estes são dados pelo item 20 do questionário. Este item apresenta, tal como o item 17, uma resposta aberta (“Noutros Locais”) para a qual foram criadas 5 categorias para classificar as respostas dadas. Assim, a maioria destes adolescentes (51,0%) escolhe a rua como local para o consumo de haxixe. Dos restantes participantes, 20,4% escolhe a casa dos amigos, 12,2% escolhe a escola e 2,0% escolhe a sua própria casa. 14,3% dos participantes diz efectuar o consumo de haxixe noutros locais para além dos referidos no questionário: festas, concertos e campos de férias apareceram entre os locais mencionados pelos jovens.

Finalmente quanto à **altura do dia em que efectuam o consumo** (item 21), a maioria (60,4%) afirmou consumir haxixe à noite, quando sai com os amigos, 16,7% afirmou consumi-lo depois das

refeições principais, 12,5% antes de ir dormir e 10,4% diz consumi-lo de manhã antes de ir para a escola.

No que diz respeito aos resultados do item 22 da parte III do Q.C.C.H., referentes às **expectativas relativas aos efeitos do consumo de haxixe**, recorreu-se ao teste *t* de Student para Amostras Independentes, como forma de verificar a existência de diferenças entre os dois grupos (consumidores *versus* não consumidores).

Como se pode verificar, o teste *t* de Student revelou a existência de diferenças significativas para $p \leq 0,05$ entre os dois grupos nas seguintes questões: 22b, 22c, 22d, 22e, 22g e 22i (Tabela 1).

Assim, o grupo que consome haxixe, comparativamente com o que não consome, revelou maior certeza relativamente aos seguintes efeitos desta droga: a) o haxixe proporcionar maior descontração e conseqüentemente maior diversão com os amigos; b) o haxixe proporcionar menos nervosismo; c) o haxixe ser menos prejudicial à saúde do que o tabaco.

Por sua vez, o grupo que não consome haxixe revelou maior certeza sobre os seguintes efeitos: a) haver possibilidade de não realizar as tarefas que tenha para fazer se consumir haxixe; b) haver mal estar físico e psicológico poucas horas depois do consumo de haxixe; c) o haxixe ser prejudicial à saúde.

De seguida averiguou-se se os dois grupos diferiam no **modo como classificam o haxixe enquanto droga** (item 23 do Q.C.C.H.), tendo-se para tal recorrido ao teste Qui-Quadrado.

Verificou-se que a maioria dos adolescentes do grupo que consome haxixe classifica esta droga como uma droga leve, sendo que os restantes não a consideram sequer uma droga. No grupo que não consome, embora a maioria considere o haxixe uma droga leve, há uma grande percentagem a classificar esta droga como sendo pesada. O teste Qui-Quadrado revelou a existência de uma diferença significativa entre os dois grupos nesta questão (Tabela 2).

Comparou-se ainda os dois grupos nas respostas ao item 24 do Q.C.C.H., que pretendia revelar a **opinião dos jovens acerca dos motivos que levam ao consumo de haxixe**. A maioria dos adolescentes do grupo que consome haxixe referiu a “diversão” como o principal motivo que leva os jovens a consumir esta droga (55%). Outro dos motivos mais referidos foi “os amigos

TABELA 1
t de Student para Amostras Independentes: Comparação dos dois grupos nas questões do Q.C.C.H., relativas às expectativas sobre os efeitos do consumo de haxixe

	<i>t de Student para Amostras Independentes</i>		
	t	G1	p
Se uma pessoa consumir Haxixe é melhor aceite pelos amigos da sua idade?	,360	219	,719
Se uma pessoa consumir Haxixe há a grande possibilidade de não realizar as tarefas que tenha para fazer?	-3,876	219	,000
Se uma pessoa consumir Haxixe sente-se mais descontraído e assim pode divertir-se mais com os amigos?	4,585	219	,000
Se uma pessoa consumir Haxixe sente-se mal fisicamente e/ou psicologicamente, horas depois de o ter feito?	-6,894	219	,000
Se uma pessoa consumir Haxixe prejudica a sua Saúde?	-2,247	219	,026
Se uma pessoa consumir Haxixe é melhor aceite pelos amigos mais velhos?	-1,182	219	,239
Se uma pessoa consumir Haxixe sente-se menos nervosa?	3,807	219	,000
Se uma pessoa consumir Haxixe consegue estar mais à vontade com as pessoas do sexo oposto ao seu?	1,579	219	,116
Se uma pessoa consumir Haxixe está a prejudicar menos a sua saúde do que se consumir tabaco?	2,858	219	,005

TABELA 2
Teste Qui-Quadrado: Comparação dos dois grupos nas respostas ao item 23 do Q.C.C.H.

		Q23			Total
		É uma droga leve	É uma droga pesada	Não é uma droga	
GRUPO	Consumem Haxixe	29 72,5%		11 27,5%	40 100,0%
	Não Consumem Haxixe	96 53,3%	85 46,7%		181 100,0%
Total		125 56,8%	85 38,2%	11 5,0%	221 100,0%

$X^2 = 70,28; p = 0,000$

TABELA 3

Comparação dos dois grupos relativamente às variáveis reprovações escolares, anos de escolaridade onde se deram as reprovações e situação familiar

Variáveis	Grupo			
	Cons. Haxixe n=40		Não Cons. Haxixe n=181	
	Freq.	%	Freq.	%
Reprovações Escolares				
Não Reprovou	24	60,0%	141	77,9%
Reprovou 1 vez	9	22,5%	27	14,9%
Reprovou 2 vezes	4	10,0%	12	6,6%
Reprovou 3 vezes	2	5,0%	1	0,6%
Não Responde	1	2,5%	0	0,0%
Anos das Reprovações Escolares				
1.º ano	0	0,0%	1	1,9%
2.º ano	0	0,0%	0	0,0%
3.º ano	0	0,0%	1	1,9%
4.º ano	3	12,5%	9	16,6%
5.º ano	2	8,2%	7	13,0%
6.º ano	4	16,7%	6	11,0%
7.º ano	6	25,0%	11	20,4%
8.º ano	1	4,2%	12	22,2%
9.º ano	3	12,5%	1	1,9%
10.º ano	4	16,7%	5	9,2%
Não responde	1	4,2%	1	1,9%
Situação Familiar				
Vivem Juntos	22	55,0%	131	72,4%
Estão Separados	6	15,0%	16	8,8%
Estão Divorciados	10	25,0%	28	15,5%
Pai Faleceu	2	5,0%	5	2,8%
Mãe Faleceu	0	0,0%	1	0,5%
Ambos Faleceram	0	0,0%	0	0,0%

consumirem” (15%). Apenas 1 participante referiu “Problemas (pessoais/familiares)” como estando na base do consumo desta droga.

Contrastando com os resultados deste grupo, verificou-se que no grupo que não consome haxixe houve uma maior diversidade de respostas, não havendo um motivo que fosse, isoladamente, referido pela maioria dos adolescentes. Uma grande percentagem referiu os motivos “os amigos consumirem” (29,8%) e a “diversão” (17,1%), sendo de realçar que neste grupo o motivo “Problemas” foi mais referenciado do que no grupo que consome haxixe.

Quando comparados os dois grupos de participantes, relativamente à **variável Reprovações Escolares**, verificou-se que, embora a maioria dos jovens em ambos os grupos nunca tenha re-

provado, existe de uma forma geral, um maior número de reprovações no grupo de jovens consumidores. Este grupo de jovens apresentou, igualmente uma maior percentagem de reprovações no 9.º ano e no 10.º ano de escolaridade, quando comparado com o grupo de jovens não consumidores. Na **variável Situação Familiar** verificou-se existir uma maior percentagem de pais no grupo de consumidores que estão separados ou divorciados (Tabela 3).

Procedendo-se ao estudo estatístico sobre a influência de certas variáveis nos dois grupos, verificou-se que esta era estatisticamente significativa quanto à variável idade e quanto à variável grau de influência do grupo de pares nas decisões e/ou actos.

Assim, no que diz respeito à **variável idade**, o

TABELA 4
t de Student para Amostras Independentes: Comparação dos dois grupos relativamente à variável idade

	<i>t de Student para Amostras Independentes</i>		
	t	GI	p
Idade	2,735	219	,007

TABELA 5
t de Student para Amostras Independentes: Comparação dos dois grupos nas respostas à variável grau de influência do grupo de pares nas decisões e/ou actos

	<i>t de Student para Amostras Independentes</i>		
	t	GI	p
O11	2,042	219	,042

TABELA 6
t de Student para Amostras Independentes: Comparação dos dois grupos no Inventário de Saúde Mental

	<i>t de Student para Amostras Independentes</i>		
	t	GI	p
Nível de Saúde Mental	-1,611	219	,109
Ansiedade	-1,642	219	,102
Depressão	-1,621	219	,106
Perda de Controlo	-1,208	219	,228
Distress Psicológico	-1,644	219	,102
Afecto Positivo	-1,019	219	,309
Laços Emocionais	-1,324	219	,187
Bem Estar Psicológico	-1,196	219	,233

grupo que consome haxixe apresentou uma média de idades (15,45) superior à do grupo que não consome haxixe (14,98), revelando o teste *t* de Student que esta diferença é estatisticamente significativa (Tabela 4).

Quanto à **variável grau de influência do gru-**

po de pares nas decisões e/ou actos, verificou-se que no grupo que consome haxixe existia uma maior percentagem de participantes (20%) a referirem que o grupo tem muita influência nas suas decisões e/ou actos, comparativamente com o que se passava no grupo que não consome (7,7%).

A média do grupo que consome haxixe nesta questão foi mais elevada (2,80) do que a do grupo que não consome (2,50). O teste *t* de Student revelou a existência de uma diferença significativa entre os dois grupos (Tabela 5).

Finalmente, no que diz respeito ao Inventário de Saúde Mental, o teste *t* de Student não revelou para $p \leq 0,05$ a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o grupo que consome haxixe e o grupo que não consome haxixe em qualquer das suas sub-escalas (Tabela 6).

4. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Como afirma Ginzberg (1991) (cit. por Frasilho, 1996) a adolescência é um período crítico para intervenções com vista à promoção da saúde e para a adopção de estilos de vida saudáveis, sendo que a população em maior risco de consumo de drogas é a população escolar, sobretudo ao nível do ensino básico e secundário (Cordeiro, 1988).

Para Matos (2002) as dificuldades na desvinculação do objecto endogâmico e/ou a conquista e estabelecimento do laço com o objecto exogâmico, resumem as angústias e a dor do evoluir na adolescência. Afirma que compreendê-la é compreender o trabalho de luto, essencial ao crescimento psicoafectivo e ao desenvolvimento social.

Por sua vez Cordeiro (1988) cita dentre as defesas do adolescente contra a ansiedade de separação dos objectos de relação infantis, a deslocação da libido que a seu ver pode ser muito forte e conduzir a *actings*, cuja evolução irá depender essencialmente dos novos objectos de relação que o jovem possa encontrar. A via da toxicomania pode então ser vista, ou como um sintoma de crise individual ou social, ou como uma organização patológica da pessoa ou do grupo (Matos, 2002).

Baseando-nos na forma como Figueiredo (2002) diferencia o consumidor de substâncias adictivas quanto à frequência de consumo, pode-se dizer que neste estudo os jovens distribuíram-se da seguinte forma: 42,5% eram consumidores experimentais; 27,5% eram consumidores esporádicos; 20,0% eram consumidores habituais e 10,0% eram consumidores abusivos.

Os adolescentes têm uma intensa necessidade

de experimentar o novo. Isto faz parte integrante da mentalidade juvenil. Assim, e para a maioria destes adolescentes consumidores, o haxixe revelou ser mais uma experiência adolescente, que escolheram não continuar.

Aos que fazem um consumo esporádico pensamos que não é alheio o peso do grupo: as saídas à noite para festas ou concertos, que nesta altura do desenvolvimento são ocasiões especiais, porque muito desejadas e investidas, são momentos propícios para o incitamento por parte dos pares, ao consumo de haxixe, criando a expectativa de uma maior diversão em grupo. Cada um motivado pelas suas razões intrínsecas (das quais só poderemos enumerar as mais frequentes: conquistar a admiração dos amigos, intenso desejo de não ser posto à margem do grupo, desafio à autoridade parental), os jovens aventuraram-se.

Para os restantes, consumidores habituais e abusivos, o haxixe já se tornou um caminho. Fumando, embarcam na procura de um espaço transitivo, de ilusão (Soulé, 1974; Cordeiro, 1975), onde todo o mal-estar é eliminado, onde o não-pensar predomina. Por diversas razões individuais, o adolecer destes jovens parece ser mais disruptivo e desestabilizador, originando momentos regressivos, orais, em vez de progressivos.

Os motivos que movem os adolescentes consumidores na procura desta droga são diferentes e pessoais. No entanto, como se pôde verificar, temos um conjunto de razões que foram enumeradas pelos jovens e que estão ligadas: a) ou ao experimental, à curiosidade pelo que é novo (para experimentar – 36,8%); b) ou a uma procura de integração grupal (para me sentir mais próximo dos amigos – 14,6%) e consequente procura de diversão (porque é fixe/divertido – 36,8%); c) ou ao controlo da angústia decorrente da vivência de fragilização pela qual estão a passar (para relaxar – 31,3%; para me sentir menos preocupado – 10,4%; para esquecer as dores – 4,2%).

Estes resultados assemelham-se muito aos encontrados no estudo efectuado pela Faculdade de Motricidade Humana, em 1998, onde as razões enumeradas pelos jovens para o consumo de drogas ilícitas e as distribuições de respostas em termos de percentagem, são idênticas às por nós encontradas. Contrariam, no entanto, os resultados encontrados por Fonseca (1989), onde o aumento da criatividade e o aborrecimento aparecem

como sendo as razões que mais motivam os jovens a consumir drogas ilícitas.

A precocidade destas experiências é cada vez maior, como foi demonstrado pelo estudo de Fonseca (1989), onde a média das idades de início para o consumo de drogas era de 14,47 anos e pelo da Faculdade de Motricidade Humana em 1998, em que a faixa etária dos 13 aos 15 anos era dominante nestes comportamentos de início. Também neste estudo os resultados foram semelhantes: a idade dos 13-14 anos revelou-se como sendo a altura em que as primeiras experiências com o haxixe ocorrem.

Nesta faixa etária estão já em decurso muitas das mudanças físicas características do período pubertário (11-13 anos). Tal facto leva a uma fragilização do Eu, a uma vivência de desarmonia e de descontinuidade em relação ao corpo infantil, a que Dias (1995) chamou “asfixia do sentir”, vivido como uma “saturação do espaço onde não caibo”. Esta vivência obriga a um mobilizar de estratégias psicológicas necessárias para reelaborar as antigas representações e investimentos, que permitem fazer face aos novos desafios dados pela maturação.

Esta faixa etária revela ser igualmente o período de transição para a adolescência propriamente dita (14-18 anos), onde o Outro, adquire uma importância crescente, sendo à luz desta relação com os outros, companheiros iguais/diferentes, que o jovem (se) experimenta. É a altura da formação dos grupos, cujos interesses comuns são muitas vezes experiências evasivas nas quais se inclui o uso de drogas.

Os amigos adquirem um papel muito mais significativo à medida que o jovem avança neste período. Como os resultados deste estudo mostraram, para os consumidores de haxixe os pares exercem muito mais influência sobre as suas decisões, do que para o grupo que não consome esta droga. As razões para este facto variam de jovem para jovem, mas pensamos que fica claro que factores como a pressão grupal, o medo de ser banido do grupo, a necessidade de ser aceite pelos iguais, jogam aqui um papel fundamental no início e na manutenção de comportamentos de consumo de haxixe.

Esta substância banalizou-se no quotidiano de muitos adolescentes: para uns como mediador das suas relações (um pouco como o álcool), é a droga de grupo (Fréjaville et al., 1977). Os ami-

gos encontram-se para fumar ou fumam para se divertir em grupo. Para outros ela surge num nível mais primário como objecto de substituição que mascara a percepção da necessidade de dependência, funcionando como um objecto que pode ser controlado externamente pelo sujeito (Jeamet, 1991), donde mais seguro do que a sua realidade interna. Estes jovens parecem ser representados pelos nossos participantes que fazem um consumo sobretudo abusivo e solitário.

Pensamos que quer num caso, quer noutro, o haxixe aparece pela necessidade de construir uma realidade substitutiva pela frustração mais ou menos intensa com que o jovem vive a realidade concreta. Com recurso a ele, abre uma válvula de escape para a tensão interna, não se processando a elaboração dos conflitos, nem a utilização adaptada da energia interna.

Os riscos para a saúde que advêm destes comportamentos de consumo de haxixe são vários: aumento de problemas crónicos ao nível do aparelho respiratório, possível escalada para o consumo de outras drogas, pela convivência com grupos que as utilizam e incentivam, diminuição da capacidade de atenção e de concentração, da capacidade de memorização, com efeitos imediatos nas competências escolares.

Relativamente às expectativas face aos efeitos do consumo de haxixe, estas assumem papéis diferentes nos dois grupos de adolescentes, e contribuem para o facto de consumirem ou não consumirem haxixe.

O grupo de participantes que consome associou maior certeza quanto ao facto de o haxixe proporcionar maior descontração, o que lhes permite uma maior diversão com os amigos e maior certeza quanto ao haxixe proporcionar menos nervosismo. Estes resultados são concordantes com os obtidos pelo estudo de Chabrol et al. (2002), onde expectativas de prazer e alívio foram altas nos consumidores. Ao funcionar como uma substância depressora do Sistema Nervoso Central, com um efeito ansiolítico, o haxixe pode actuar frequentemente, induzindo uma sensação de relaxamento e de tranquilidade, um esquecimento momentâneo do mal-estar, com consequente facilitação da diversão.

Este grupo de participantes tem ainda a expectativa de que o haxixe é menos prejudicial à saúde do que o tabaco. Esta expectativa errónea dá ao adolescente consumidor uma espécie de

protecção, que lhe permite desculpabilizar o consumo. Na verdade o haxixe é mais nocivo do que o tabaco, quer devido ao modo como é fumado, quer pelos componentes que apresenta, quer ainda pelas alterações cerebrais produzidas.

Por sua vez, o grupo de participantes não consumidor teve maior certeza de haver possibilidades de não realizar tarefas se consumir haxixe e (ou devido a) haver mal-estar físico e psicológico depois de se consumir. Estas expectativas também protegem estes jovens, mas no sentido de os levar ao não consumo, por medo de se sentirem mal ou de comprometerem as suas actividades escolares. O haxixe é essencialmente para estes jovens uma droga e, como tal, perigosa e prejudicial à saúde.

Deste modo, também nos parece que o facto dos adolescentes se encontrarem ou não a consumir haxixe, poderá igualmente reforçar as suas expectativas face aos efeitos do consumo desta droga, contribuindo, no caso dos primeiros, para que se mantenham os consumos e, no caso dos segundos, para que estes não tenham início.

As diferenças encontradas nas expectativas vão ao encontro do modo como os jovens classificam o haxixe. Embora esta substância seja, para os não consumidores, sobretudo uma droga leve, há no entanto uma grande percentagem de jovens a considerá-lo como uma droga pesada. Pensamos que para este grupo, é secundário o facto de o haxixe ser uma droga leve ou pesada. É uma droga, e como tal, nociva.

Contrariamente, para o grupo de participantes consumidor, o haxixe é uma droga leve, nem sendo considerada uma droga para 27,5% dos jovens. Mais uma vez é notória a protecção e o controlo que sentem por detrás da denominação “leve”, como é notório também o facto desta droga ser de tal modo banal e vulgar dentro deste círculo de jovens, que deixou até de ser considerada uma droga. Estes resultados vão uma vez mais ao encontro dos encontrados por Chabrol et al. (2002), onde a percepção de que o haxixe era livre de riscos, foi alta nos consumidores.

O uso de todas as drogas durante a adolescência é particularmente nocivo e perigoso, não fazendo sentido continuar a distingui-las entre leves e pesadas. Ao facilitar a irrupção violenta e caótica do inconsciente, elas desencadeiam brechas importantes no sentimento de unidade e de integridade, que se acompanha do desapareci-

mento mais ou menos marcado dos limites do Eu. Este facto pode ser intensificado no período da adolescência. Pensamos que nos participantes deste estudo que fazem um uso habitual ou abusivo de haxixe, este dificilmente pode ser considerado uma droga leve, perante os riscos imediatos e a longo prazo que acarreta.

Como os teóricos das relações de objecto têm defendido (Mahler, 1971; Kohut, 1977; Fairbain, 1954), a meta principal do desenvolvimento psicológico humano consiste no evoluir de um estado inicial de dependência psicológica para um estado posterior de crescente autonomia e maturidade individual (Geadá, 1996).

Período de crise porque período de mudança, a adolescência situa-se entre duas eras do estatuto social do ser humano: a da dependência e a da independência. E é com o crescimento e adaptação harmónicos, que a adolescência normal se define: fazendo da crise, que angustia e deprime (pela inquietação do desconhecido para que se tende e pela tristeza da perda do passado infantil), um desenvolvimento em que o indivíduo se afirma e satisfaça, constituindo-a como um organizador psíquico. Se a droga pode encontrar um adolescente nesta crise normativa do luto, ela pode também eternizá-lo.

Com este estudo não conseguimos demonstrar diferenças estatisticamente significativas ao nível da saúde mental entre os dois grupos. Pensamos que isto poderá ter ficado a dever-se ao facto de termos muitos participantes (42,5%) com um uso apenas experimental de haxixe, os quais foram colocados no grupo dos consumidores por essa experiência ser pertinente para o que desejávamos estudar. Tal revelou-se ineficaz para estudar a existência de diferenças naquela variável.

A promoção da saúde mental ao nível do problema da droga não se pode desligar na actualidade da problemática da adolescência. Esta promoção deverá ser conduzida, estimulando a redução das tensões psicológicas entre os adolescentes e os adultos. Na família actual observa-se uma crise, paralela à revolução tecnológica, que modificou hábitos de vida e a própria noção de tempo (Dias, 1979), sendo a comunicação cada vez mais difícil e superficial. Este facto contribui para que o adolescente se encontre muitas vezes só, perante as suas incertezas, os seus desejos e as suas angústias.

Na mesma linha, a prevenção secundária de-

verá ser feita levando em conta que a droga é um sintoma, entre outros, do mal-estar e da depressão do adolescente, e que o tratamento individual deve sobretudo restabelecer as possibilidades de crescimento, encarando somente intervenções mais pesadas quando a dependência e habituação são realmente incontroláveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baldwin, A. (1993). To drink or not to drink: The differential role of alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy in quantity and frequency of alcohol consumption. *Cognitive Therapy and Research*, 17 (6), 511-530.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Chabrol, H., Massot, E., Montovany, A., Chouicha, K., & Armitage, J. (2002). Patterns of use, cannabis beliefs and dependence: study of 159 adolescent users. *Archives Pediatrics*, 9 (8), 780-800.
- Cordeiro, D. (1975). *O adolescente e a família*. Lisboa: Moraes Editores.
- Cordeiro, D. (1988). *Os adolescentes por dentro*. Lisboa: Ed. Salamandra.
- Crumley, F. (1982). The adolescent suicide attempt: A cardinal symptom of a serious psychiatric disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 28 (3), 36-158.
- Defer, B. (1992). *Les troubles mentaux provoqués par l'usage prolongé du cannabis*. Paris: Editions Techniques.
- Dias, C. A., & Vicente, N. (1979). *A depressão no adolescente*. Relatório apresentado no I Congresso Português de Psiquiatria da Adolescência, Figueira da Foz.
- Dias, C. A. (1982). Os modelos de angústia e depressão na problemática da adolescência. *Psicologia*, 3 (1/2), 183-192.
- Dias, C. A., & Nunes Vicente, T. (1984). *A Depressão no adolescente*. Porto: Afrontamento.
- Dias, C. A. (1995). *(A) re-pensar*. Porto: Afrontamento.
- Diatkine, R. (1974). L'adolescent et l'usage des drogues. Point de vue psychologique. *L'information Psychiatrique*, 86, 694-696.
- Figueiredo, R. M. (2002). *Prevenção ao abuso de drogas em acções de saúde e educação. Uma abordagem sócio-cultural e de redução de danos*. São Paulo: NEPAIDS.
- Fleming, M., Figueiredo, E., Vicente, S., & Sousa, A. (1988). Consumo de drogas ilícitas e factores de risco em adolescentes em meio escolar. *Psicologia*, 6 (3), 431-437.
- Fonseca, A. (1989). Adolescentes escolarizados no concelho de Portimão. Uso de drogas: relação com a escola, a família, o meio. *Anais Portugueses de Saúde Mental*, 5 (5), 15-32.
- Frasquilho, M. A. (1996). *Comportamentos-problema em adolescentes: Factores protectores e educação para a saúde. O caso da toxicoddependência*. Lisboa: Laboterapia.
- Fréjaville, J., Davidson, F., & Choquet, M. (1977). *Os jovens e a droga*. Porto: Rés Editora.
- Freud, A. (1965). *Normality and pathology in childhood*. New York: FUP.
- Fuller, P., & Cavanaugh, R. (1995). Basic assessment and screening for substance abuse in the pediatrician's office. *Pediatric Clinique*, 42 (2), 295-307.
- Gada, M. (1996). Mecanismos de defesa e de coping e níveis de saúde em adultos. *Análise Psicológica*, 14, 191-201.
- Godot, T. (1992). *Cannabis et pharmacopsychoses*. Paris: Payot.
- Graciani, M. A., Lasheras, M. L., Cruz, J. J., & Calero, J. R. (1998). Estudio de encuestas en adolescentes y jóvenes sobre conductas en salud. *Tarbiya*, 20, 21-28.
- Green, L., & Kreuter, M. W. (1991). *Health promotion planning: an educational and environmental approach* (2nd ed.). London: Mayfield.
- Grinspoon, L., & Bakalar, J. (1993). *Marihuana: La medicina prohibida*. Madrid: Transiciones.
- Hollister, L. E. (1986). Health aspects of cannabis. *Pharmacological Review*, 38, 1-20.
- Jeammet, P. (1991). Les enjeux des identifications à l'adolescence. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, 10, 141-163.
- Marques, M. E. (1999). *A Psicologia clinica e o Rorschach*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, A. C. (2002). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, M. G., Simões, C., Carvalhosa, S. F., Reis, C., & Canha, L. (2000). *A saúde dos adolescentes portugueses: Estudo nacional da rede europeia HBSC/OMS (1998)*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Miller, L., & Branconnier, R. (1983). Cannabis: effects on memory and cholinergic limbic system. *Psychological Bulletin*, 93, 441-456.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). *Marijuana: Facts for teens*. Documento electrónico pesquisado a 23/01/2003 em: <http://www.nida.gov>
- Pinto, M. (2003, 24 de Fevereiro). Circuito de haxixe aumenta junto de escolas do grande Porto. *Jornal O Comércio do Porto*, p. 6.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. L. P. (2001). Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação. *Hospitalidade*, 2 (1), 77-99.
- Richard, D., & Senon, J. L. (1995). Cannabis: Revisão bibliográfica geral. *Toxicoddependências*, 3, 61-91.
- Schwartz, R. (1990). Heavy marijuana use and recent memory impairment. *Advances in the Biosciences*, 80, 13-21.

- Soulé, M. (1974). Les toxicomanies chez les jeunes. *L'Information Psychiatrique*, 86, 690-692.
- Valle, J. (1966). *Estudos sobre cânhamo ou maconha*. S. Paulo: Ed. Ágora.
- Weintraub, M. (1995). *Sonhos e sombras: A realidade da maconha*. S. Paulo: Ed. Harper & Row.
- Young, E. (2002). *Cannabis smoking' more harmful' than tobacco*. Documento electrónico pesquisado a 29/01/2003 em: <http://www.newscientist.com>

RESUMO

O presente estudo teve como objectivos avaliar a situação acerca dos comportamentos de consumo de haxixe, em adolescentes inseridos em meio escolar, estudar a influência de variáveis como, a situação familiar, o grau de influência do grupo de pares nas decisões e as expectativas, no início e na manutenção do consumo daquela substância. Pretendeu-se ainda avaliar a existência ou não de relações entre este consumo e a saúde mental dos adolescentes.

Os participantes foram 221 adolescentes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos e que frequentavam entre o 8.º ano e o 10.º ano de escolaridade, do ensino regular diurno, em escolas dos arredores de Lisboa.

Como instrumentos de medida, construiu-se um questionário (Questionário sobre Comportamentos de Consumo de Haxixe), baseado num já existente para avaliar o consumo de álcool, que depois de ser sujeito a pré-teste, foi administrado juntamente com a adaptação para a população portuguesa do *Mental Health Inventory*, o Inventário de Saúde Mental.

Os resultados mostraram que a maioria dos jovens não consome haxixe (n=181; 81,9%). Daqueles que o fazem (n=40; 18,1%), 42,5% são consumidores experimentais, 27,5% são ocasionais, 20% são habituais e 10% são abusivos. A maioria (27,5%) afirma ter tido a sua primeira experiência com o haxixe aos 13 anos, sendo os motivos principais do consumo a procura de relaxamento (31,3%) e de diversão (36,8%). Os amigos da mesma idade são os principais companheiros de consumo (62,0%), sendo a rua o local eleito pela maioria para o mesmo (51,0%).

Quando comparados os dois grupos de participantes (consumidores *versus* não consumidores), verificou-se que, no grupo de consumidores existe uma tendência para a escolaridade se apresentar afectada (40% reprovaram), com as reprovações a surgirem em maior número a partir do 9.º ano de escolaridade (12,5%; 16,7% no 10.º ano). Quanto à situação familiar verificou-se a existência de uma maior percentagem de pais de consumidores que se encontram separados (15,0%) ou divorciados (25,0%). Expectativas de maior descontração com consequente aumento da diversão (p=.000), de menor nervosismo (p=.000) e de o haxixe ser menos prejudicial do que o tabaco (p=.005), foram altas

nos consumidores. Este grupo classifica o haxixe como uma droga leve (72,5%) ou como não sendo uma droga (27,5%), sendo o principal motivo que apresentam para se consumir, a diversão (55,0%). As diferenças entre os dois grupos quanto à influência da idade e do grupo de pares nas decisões e/ou actos, foram estatisticamente significativas (p=.007 e p=.042, respectivamente).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos quanto à saúde mental.

De tudo isto se conclui que a frequência de utilização desta substância e o significado que ela tem, difere de jovem para jovem. Torna-se importante levar em consideração este facto e, nesta base, delinear programas de prevenção que promovam o diálogo entre os pais e o adolescente, a resiliência deste e as suas competências sociais, com direcção ao bem-estar e a um crescimento saudável.

Palavras-chave: Adolescência, saúde mental, haxixe, expectativas, drogas leves/pesadas.

ABSTRACT

The present study had the intent to evaluate the situation concerning the behaviors of consumption of hashish, in adolescents who attended school, to study the influence of variables such as, family situation, degree of influence of the group of pairs in decisions, and expectancies, in the beginning and in maintenance of the consumption of that substance. It was still intended to evaluate the existence or not of relationships between this consumption and the adolescents' mental health.

The participants were 221 adolescents of both sexes, with ages between 13 and 17 years old, and that frequented between 8th and 10th, in schools of the surroundings of Lisbon.

As measure instruments, it was built a questionnaire (*Questionário sobre Comportamentos de Consumo de Haxixe*), based on one already existent to evaluate the consumption of alcohol, that after being subject to a pre-test, it was administered together with the adaptation for the portuguese population of the *Mental Health Inventory*, the *Inventário de Saúde Mental*.

The results showed that most of the youths doesn't consume hashish (n=181; 81,9%). Of those that do (n=40; 18,1%), 42,5% do an experimental consume, 27,5% an occasional, 20% a habitual and 10% an abusive. Most (27,5%) of them affirms to have had his/her first experience with hashish at 13 years old, being the main reasons for consumption the search of relaxation (31,3%) and of amusement (36,8%). Friends of the same age are the main consumption companions (62,0%), being the street the elected place for most to consume (51,0%).

When compared the two groups of participants (consumers *versus* no consumers), it was verified that,

in the consumers' group a tendency exists to school become affected (40% reproved), with the disapprovals appearing in larger number at 9th (12,5%; 16,7% in 10th). As for the family situation, it was verified the existence of a larger percentage of consumers' parents that are separate (15,0%) or divorced (25,0%). Expectations of larger relaxation with consequent increase of amusement ($p=.000$), of smaller nervousness ($p=.000$) and of the hashish to be less harmful than tobacco ($p=.005$), were high in the consumers. This group classifies the hashish as a light drug (72,5%) or as not being a drug at all (27,5%), being the main reason for consume, amusement (55.0%). The differences among the two groups for the influence of age and group of

pairs in decisions and/or acts, were statistically significant ($p=.007$ and $p=.042$, respectively).

There weren't found differences statistically significant among the two groups as for mental health.

To conclude, frequency of use of this substance and the meaning that she has, differs. It becomes important to take in consideration this fact and, on this base, delineate prevention programs that promote dialogue among parents and adolescents, their resilience and their social competences, in direction to well-being and to a healthy growth.

Key words: Adolescence, mental health, hashish, expectancies, light/hard drugs.