



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**Da Mediatização do Fenómeno das *Smart Drugs* ao Perfil dos
Consumidores: Um Estudo Exploratório**

ANDREIA GARCIA SALEMA DA SILVA

Orientador de Dissertação:

Prof. Doutor António José dos Santos

Coordenador do Seminário de Dissertação:

Prof. Doutor António José dos Santos

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA APLICADA

Especialidade em Psicologia Clínica

2014

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professor Doutor António José dos Santos, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Ao professor Doutor António José dos Santos, um agradecimento por toda a orientação, sensibilidade e conhecimento. Agradeço por todas as sugestões que deu no percurso deste trabalho, e principalmente pela preciosa ajuda dada na parte estatística...

À minha avó, por ser um pilar forte da minha vida... Por me ensinar a crescer e a nunca desistir dos meus objectivos. Obrigada por me confrontares quando mais precisava e por acreditares em mim mesmo quando a viagem pareceu mais turbulenta...

Aos meus pais, pela compreensão, apoio, carinho e por vibrarem comigo cada conquista que fui obtendo ao longo do meu percurso, quer pessoal, quer académico.

Ao Ruben, pelo teu grande apoio, compreensão e carinho nesta fase tão importante da minha vida. Obrigada por toda a paciência que sempre tiveste nos dias mais cinzentos e por me fazeres acreditar nas minhas capacidades, e nunca desistir dos meus objectivos. És essencial!

À Joana Maria (irmã), onde quer que estejas, trago-te comigo todos os dias da minha vida.

À Joana, agradeço a preciosa ajuda que me deu nas minhas dificuldades ao nível do inglês. Por me compreender melhor do que ninguém. Obrigada por nem sempre concordares comigo, fazendo-me crescer. Fazes parte da família que escolhi para trazer comigo o resto da vida.

À Andreia Barata, por todas as tardes que passamos juntas a lutar cada dia por este resultado, protegendo sempre a nossa amizade. Tenho um orgulho imenso em ti e em partilhar tudo isto contigo.

Ao João Pena, agradeço o apoio e toda a ajuda que me deu durante a realização de todo o este trabalho. De colega passaste a amigo. Obrigada pela tua amizade.

Aos meus amigos, a minha segunda família, agradeço a amizade, os momentos de companhia e apoio, e a paciência que tiveram ao longo desta etapa que me acompanharam... Convosco aprendo todos os dias a crescer e a tornar-me numa melhor a pessoa!

E a todos os jovens entrevistados neste estudo, obrigada por partilharem comigo as vossas histórias e experiências... Sem a vossa participação, este estudo não teria sido possível nem faria sentido.

Resumo

Perante a mediatização do fenómeno das *Smart Drugs* tornou-se pertinente compreender o impacto das novas substâncias psicoativas (NSP), visto que o consumo de drogas é uma prática cada vez mais comum na vida dos jovens como forma de diversão e busca pelo prazer, não tendo muitas das vezes consciência dos seus malefícios associados. O objetivo principal consistiu no estudo das motivações primárias e atitudes (favorável vs desfavorável) que os jovens têm subjacentes ao consumo, aos próprios efeitos que estas substâncias provocam, como ainda, à percepção da questão da legalidade. Procurou-se também um perfil psicopatológico para este tipo de consumidores.

A amostra é constituída por 30 estudantes universitários com idades compreendidas entre os 20 e os 29 anos. Foram seleccionados por conveniência obtida a partir do efeito “bola de neve” de forma a tornar mais fácil o acesso aos consumidores de *smartdrugs*. Como instrumentos de medida, construiu-se uma entrevista semiestruturada, que depois de ser sujeita a pré-teste, foi administrada juntamente com a Escala de Atitude em Relação às Drogas (Negreiros, 1993) e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI (Canavarro, 1999).

Os resultados evidenciaram que estes jovens não são indivíduos emocionalmente perturbados e que a sua atitude perante as drogas não influencia diretamente a escolha de substâncias a serem consumidas. O consumo é iniciado sobretudo pela curiosidade das novas drogas, mas também facilitado pelas vivências com os pares que consomem, inclusive por proporcionarem o fácil acesso e a aquisição das substâncias. A legalidade é um fator determinante à percepção do risco e uma motivação subjacente no acto do consumo.

Palavras-chave: Drogas Inteligentes; Motivações para o Consumo; Atitude em Relação às Drogas; Inventário de Sintomas Psicopatológicos; Legalidade

Abstract

In view of the mediatization of the phenomenon of the *Smart Drugs*, it became relevant to understand the impact of new psychoactive substances, whereas that the drug use is an increasingly common practice in the lives of young people as a form of fun and pursuit of pleasure without the conscience of their associated harms. The main goal consisted in the study of primary manifestations and attitudes (favorable vs. unfavorable) that young people have underlying the consumption to the own effects that these substances cause, as yet the perception of the issue of legality. We also sought a psychopathological profile for this type of consumers.

The sample consists in 30 college students aged 20 to 29 years. It was selected by convenience obtained from the effect "snowball" in order to make easier the access to smart drugs consumers. As measuring instruments, it was constructed a semi-structured interview that after being subjected to pre-test was administered along with the Attitude Scale in Relation to Drug (Negreiros, 1993) and the Brief Symptoms Inventory - BSI (Canavarro, 1999).

The results showed that these youngsters aren't emotionally disturbed and their attitude towards drugs don't influence directly the choice of substances to be consumed. The consumption starts mainly by the curiosity of new drugs, but it's also facilitated by experiences with peers who consume and the easy access and acquisition of these substances. The legality is a determining factor to the perception of risk and an underlying motivation in the consumer act.

Key-words: Smart Drugs; Motivations for Consumption; Attitude Toward Drugs; Inventory Psychopathological Symptoms Inventory; Legality.

Índice

INTRODUÇÃO.....	1
1. O FENÓMENO GLOBAL DAS NOVAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	3
1.1. O Fenómeno em Portugal	5
1.2. Consequências de Saúde nos Jovens Consumidores	8
1.3. A Importância do Ciberespaço	9
2. COMPORTAMENTOS ADITIVOS.....	11
2.1. Definição de Droga.....	11
2.2. Definição de Toxicodependência.....	12
2.3. Conceito de Dependência	13
2.4. Motivação para o Consumo	15
2.5. Atitudes do Consumidor	16
2.6. Perfil do Consumidor: Aspetos Psicológicos.....	17
3. ABORDAGENS CLÍNICAS	21
3.1. Modelo Psiquiátrico.....	21
3.2. Modelo Psicodinâmico	22
3.3. Modelo Cognitivo-Comportamental.....	24
4. OBJETIVOS E HIPÓTESES DO ESTUDO.....	27
5. MÉTODO	28
5.1. Amostra.....	28
5.2. Instrumentos.....	28
5.2.1. Entrevista Semiestruturada	28
5.2.2. Questionário Sociodemográfico	29
5.2.3. Escala de Atitude em relação às Drogas.....	29
5.2.4. BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos	30
5.3. Procedimento	34

6. RESULTADOS	35
6.1. Consumo de Substâncias	35
6.2. Análise dos Dados Entrevista	37
6.2.1. Significado de <i>Smart Drugs</i>	38
6.2.2. Experiência e Efeitos no Consumo das <i>Smart Drugs</i>	39
6.2.3. Motivação para o consumo das <i>Smart Drugs</i>	40
6.2.4. Consequências e Risco no consumo das <i>Smart Drugs</i>	42
6.2.5. Percepção da influência da lei no consumo das <i>Smart Drugs</i>	43
6.2.6. Mudanças nos hábitos de consumo.....	45
6.3. Análise da Escala de Atitudes em relação às Drogas	47
6.3.1. Atitude Desfavorável versus Atitude Favorável e o Número de Substâncias	47
6.4. Operacionalização do BSI	48
6.4.1. Sintomas Psicopatológicos e a Atitude em relação às Drogas.....	51
7. DISCUSSÃO	54
7.1. Perfil do Consumidor: Aspectos Psicológicos.....	54
7.2. Atitudes do Consumidor	56
7.3. Motivação para o Consumo	56
7.4. O Consumo e Risco das Substâncias	57
7.5. A Problemática do Fenômeno das <i>Smart Drugs</i>	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	69
Anexo A – Instrumento Aplicado aos Estudantes Universitários.....	69
Anexo B – Definição das Categorias da Entrevista Áudio.....	75

Índice de Tabelas e Gráficos

Quadro 1 – Explicação Comportamentalista do Consumo de Drogas: Papel Central da Substância na Instalação do Comportamento Aditivo.....	25
Quadro 2 – Manutenção da Dependência duma Droga.....	25
Tabela 1 – Consistência Interna: Escala de atitude em relação às drogas.....	30
Tabela 2 – Fidelidade das nove dimensões do BSI.....	33
Gráfico 1 – Distribuição do número de participantes (N=30) que consumiram cada <i>Smart Drugs</i>	35
Tabela 3 – Distribuição da amostra (N=30) segundo o género que consumiram cada <i>Smart Drugs</i>	35
Gráfico 2 – Distribuição do número de participantes (N=30) que consumiram cada uma das substâncias ilícitas	36
Tabela 4 – Distribuição da amostra (N=30) segundo o género que consumiram cada uma das substâncias ilícitas	36
Tabela 5 – Análise descritiva do género em relação ao número de substâncias consumidas ..	37
Tabela 6 – Distribuição das respostas sobre o conceito/significado de <i>Smart Drugs</i>	38
Tabela 7 – Distribuição das respostas em relação à experiência no consumo <i>Smart Drugs</i>	39
Tabela 8 – Distribuição da percepção ao nível dos efeitos das <i>Smart Drugs</i> em comparação com os das drogas ilegais	40
Tabela 9 – Distribuição das respostas sobre as motivações que levam os jovens a consumir <i>Smart Drugs</i>	40
Tabela 10 – Distribuição das situações em que os jovens consomem maioritariamente <i>Smart Drugs</i>	41

Tabela 11 – Distribuição da percepção em termos das consequências e riscos no uso <i>Smart Drugs</i>	42
Gráfico 3 – Distribuição da percentagem de opiniões sobre o impacto da legalidade das <i>Smart Drugs</i> no consumo do jovem e da população portuguesa	43
Tabela 12 – Distribuição da percepção da influência da lei no consumo das <i>Smart Drugs</i>	44
Gráfico 4 – Distribuição da percentagem de opiniões sobre o impacto da ilegalidade das <i>Smart Drugs</i> nas mudanças de consumo	45
Tabela 13 – Distribuição sobre os motivos que não despoletarão mudança nos hábitos de consumo.....	46
Tabela 14 – Matriz de correlação dos resultados dos itens referente à escala de atitudes sobre as drogas	47
Tabela 15 – Análise descritiva da atitude desfavorável versus atitude favorável em relação ao número de substâncias consumidas	48
Tabela 16 – Matriz de correlação dos resultados das dimensões e dos índices gerais relativamente ao BSI	48
Tabela 17 – Análise descritiva dos índices da população versus índices da amostra em estudo para as pontuações do BSI	49
Tabela 18 – Análise descritiva dos índices da amostra em estudo tendo em conta os géneros (masculino vs feminino) para as pontuações do BSI.....	50
Tabela 19 – Análise descritiva dos índices da amostra em estudo tendo em conta a atitude em relação às drogas (atitude desfavorável vs atitude favorável) para as pontuações do BSI.....	52

INTRODUÇÃO

O consumo de drogas, os problemas que coloca para o indivíduo e para as sociedades bem como as diferentes soluções preconizadas para os resolver têm sido motivo de um intenso debate nos últimos anos, o que nos leva a debruçar no estudo e na análise do fenómeno das *Smart Drugs* ou *Legal Highs* em Portugal. Os contornos precisos desse debate estão longe de uma caracterização completa. No entanto, parece indiscutível que, particularmente em Portugal, o consumo de drogas e as toxicodependências constituem um domínio particularmente estigmatizado, fortemente vulnerável à influência de posições ideológicas, expressas, por exemplo, nas atuais controvérsias sobre temas como a liberalização das drogas ou validade das estratégias de redução de danos (Negreiros, 2003).

O conceito «droga legal» deixou de ser simplesmente associado ao tabaco, ao álcool e aos fármacos, para estar atualmente ligado a substâncias sintéticas, disponíveis em lojas virtuais através de uma simples encomenda. Assim sendo, estas substâncias eram as vendidas em *Smart Shops* e eram promovidas como fertilizantes para plantas, incensos e/ou produtos naturais. Neste sentido, o nome *Smart Drugs* justificava-se pela capacidade destas drogas serem “espertas” ao ponto de se aproveitarem das lacunas existentes na lei portuguesa (até Abril de 2013), por se apresentarem como compostos naturais e legais, que visam a estimulação natural de certas capacidades intelectuais, físicas e sexuais (Richard & Semon, 2005) e também por serem vendidas nas *SmartShops*.

Tratando-se de um fenómeno emergente, datado desde 2007, ano do início da sua expansão através de lojas físicas e virtuais, é evidente a necessidade existente em compreender a perceção que os jovens universitários têm destas substâncias e do próprio fenómeno em si. Uma vez que anunciado em Abril de 2013 a alteração legislativa para condicionar/proibir o comércio das novas substâncias psicoativas, o cenário parece estar a mudar significativamente. Com o encerramento das *SmartShops*, o futuro da comercialização e do consumo destas substâncias é, no momento, uma incógnita.

No entanto, é de salientar que o ciberespaço desempenhou um papel crucial no surgimento do fenómeno das Novas Substâncias Psicoativas (NSP), e permanece hoje um local de comércio, promoção, aprendizagem e discussão em tornos destas, bem como todo o tipo de informação sobre o consumo. Segundo Calado (2013) “a internet permite indubitavelmente que os consumidores estejam mais informados, mas não sejam bem informados” (pp.69). A existência de lojas virtuais (i.e. o fácil acesso), o reduzido controlo

das autoridades portuguesas na alfândega (i.e. controlo das encomendas) e nas fronteiras portuguesas continuam a potenciar o consumo das novas substâncias psicoativas no quotidiano dos jovens.

Com este estudo pretende-se compreender quais as perceções que os jovens têm relativamente ao risco associado a este tipo de consumo, às consequências e aos próprios efeitos que estas novas substâncias provocam, como também as motivações e perfis dos consumidores.

1. O FENÓMENO GLOBAL DAS NOVAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

As Novas Substâncias Psicoativas (NSP) podem ser entendidas como a mais recente vaga de «novas drogas». Na verdade, simplificando um pouco pode dizer-se que o fenómeno das NSP é herdeiro de outros dois fenómenos anteriores: as «drogas sintéticas» e «drogas de desenho».

Foi na década de 80 do século XX, nos Estados Unidos na América, que se falou pela primeira vez de *designer drugs*. O conceito foi proposto pelo farmacologista americano Gary Henderson (1988), em referência às substâncias que, a partir do início dessa década, começaram a chegar aos mercados da droga. Estas eram fabricadas clandestinamente, propositadamente muito semelhante do ponto de vista farmacológico às drogas ilegais e produzidas com o objetivo de escapar ao controlo legal (Patrício, 1995; Calado, 2013).

No final de 2012 foi adotada em Portugal a designação novas substâncias psicoativas (NSP), à imagem do que se passou em outros países europeus. Segundo a aprovação da Comunidade Europeia, em 2005, novas substâncias psicoativas são drogas que não constam das tabelas das Convenções das Nações Unidas mas que podem constituir uma ameaça para a saúde pública comparável às drogas ilícitas (King & Kicman, 2011; Calado, 2013). Sendo em 2013, a definição adotada pelas Nações Unidas (UNODC, 2013).

Este conceito veio substituir outras expressões recorrentemente rotuladas pelo senso comum, pela comunicação social e também pela comunidade científica, tais como, «*drogas legais*», «*legal highs*» ou «*smart drugs*». Com isso, pretendeu-se “retirar toda a carga positiva que essas expressões pudessem ter, colocando, propositadamente a tónica na «novidade» em detrimento da «legalidade»” (Citado por Calado, 2013, pp. 12).

Geralmente, as NSP são apresentadas como substâncias desenvolvidas em laboratório com o propósito de simular os efeitos de drogas ilícitas mais conhecidas e contornar a lei, a partir de vazios legislativos (Patrício, 1995). Por serem fabricados a partir de novos princípios ativos ou estruturas moleculares, torna-se possível a sua venda livre enquanto não for produzida legislação específica e os compostos não forem acrescentados às tabelas das substâncias controladas, a nível nacional como internacional. (Silva, 2011; Calado, 2013).

Na verdade, tal descrição não é totalmente correta constituindo uma simplificação perante uma realidade bem mais complexa. Isto é, por um lado, nem todas as substâncias podem ser consideradas «novas». Pelo contrário, algumas, designadamente as de origem natural, são de uso muito antigo, embora geralmente circunscrito a determinadas tribos ou sociedades, como é o caso das plantas *sálvia divinorum* (consumida por índios no sul do

México) e *kratom* (consumida originalmente nas regiões da atual Tailândia, Filipinas e Malásia), por exemplo. Mesmo assim alguns dos princípios ativos que são resultado de síntese laboratorial, embora de consumo bem mais recente foram descobertas há algumas décadas, algumas mesmo nos primórdios do século XX (PNSD, 2011; Calado, 2013).

Este fenómeno de procura e descoberta de novos compostos, de forma a contornar a lei, também não constitui uma novidade, mas algo que remonta à segunda metade do século XX. No sentido, em que as NSP constituem um fenómeno que se inscreve numa tendência bem mais antiga, marcada pela procura ativa, tanto na natureza como em laboratório, de compostos, sucedâneos e análogos que possam provocar no consumidor efeitos psicoativos parecidos com os provocados por substâncias ilícitas.

Há muitos anos, portanto, que a literatura científica fala em novas drogas, referindo-se a diferentes tipos de substâncias. Algumas desapareceram tão rápido quanto apareceram, outras parecem ter vindo para ficar, nomeadamente o ecstasy (MDMA), considerada, de todas, a droga sintética mais emblemática (Calado, 2006; Silva, 2011).

Pouco antes da viragem do milénio, Miguel Chaves (1998) descrevia as novas drogas como “ (...) todas as que viram o seu consumo multiplicar-se por várias vezes ao longo da presente década de 90 e que parecem perfilar-se para ser as drogas de entrada no próximo milénio. Entre elas destacam-se algumas anfetaminas e alucinogénios bem como alguns outros produtos de difícil categorização (...). Em suma, parecem estar reunidas as condições de âmbito laboratorial, quer para se multiplicarem as drogas, quer para se complexificarem os universos que rodeiam os seus consumos” (pp.15).

Tal vem demonstrar que o fenómeno das NSP embora frequentemente apresentada como uma coisa muito recente, é, na verdade o culminar de um processo já com muitos anos. E que provavelmente não se ficará por aqui, certamente sob a forma de algo diferente, pelo menos enquanto houver gente disposta a consumir substâncias novas que vão aparecendo no mercado, e organizações a produzi-las e coloca-las no mercado, procurando novas maneiras de contornar a lei.

No essencial, o que é característico dos tempos modernos, e que distingue este de fenómenos anteriores, é que se assiste hoje a uma maior diversificação e a uma maior potencia das substâncias que chegam ao mercado, bem como à sua promoção, distribuição e comercialização em lojas ou em sítios da internet (Winstock & Wilkins, 2011; Calado, 2013). Ou seja, o que o fenómeno das NSP tem de novo consiste sobretudo na estratégia comercial: o aparecimento de substâncias não é novidade mas sim a forma como estas chegam aos consumidores, através de forma de divulgação, marketing e comercialização (Calado, 2013).

Um estudo do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCDDA, 2008) realizado através de buscas na Internet identificou 68 lojas a operar no ciberespaço mas sedeadas em países europeus (maioritariamente no Reino Unido mas também na Holanda, e muito significativamente na Alemanha e na Áustria), que vendiam o que à data era descrito como «*legal highs*» ou «*herbal highs*». Ainda neste estudo, os produtos mais frequentemente encontrados à venda eram precisamente produtos naturais como *salvia divinorum*, *kratom*, *argyreia nervosa* ou cogumelos mágicos.

De acordo com o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência foram contabilizadas 170 lojas virtuais de venda legal em 2013, 314 em 2011 e 693 em 2012 (EMCDDA, 2013).

Os dados que têm surgido nos últimos anos são essencialmente referentes a prevalências de consumo, uma vez que ainda não há um grande conhecimento do uso de NSP a nível europeu. Sabe-se segundo um estudo promovido pelo *Eurobarómetro* (The Gallup Organization, 2011 citado por Calado, 2013), que permite 5% dos jovens inquiridos (15-24 anos, N=12000) em vinte sete países europeus já consumiram NSP alguma vez na vida, sendo que Portugal (6%) apresenta uma prevalência um pouco superior à média. Em 2011, os países com maiores prevalências eram Irlanda (16%), Polónia (9%), Letónia (9%) e o Reino Unido (8%).

1.1. O fenómeno em Portugal

Em Portugal, o fenómeno das novas substâncias psicoativas está intrinsecamente ligado ao aparecimento das lojas dedicadas à sua comercialização, popularmente designadas como *SmartShops*. A primeira loja das ditas “novas drogas legais” a abrir foi em Aveiro de 2007, com o nome de *Magic Mushroom* (Cogumelo Mágico) e até Abril de 2013 (a quando da aprovação do fecho definitivo das lojas), foram abertas 63 lojas em Portugal Continental e Ilhas inclusive. Destas, 56 eram lojas de porta aberta e 7 lojas funcionavam exclusivamente *online*.

Estas lojas são conhecidas por *SmartShops* (o termo tem origem na Holanda, a partir de 1994, onde começaram a ser vendidas substâncias psicoativas não proibidas) e distinguem-se das tão conhecidas *Coffe Shops* pelo simples facto de venderem as plantas e não os produtos já prontos para consumo, distinguindo-se também das *Grow Shops* que só vendem os produtos para o cultivo e não objetivamente as ditas plantas (Silva, 2011; Calado, 2013).

Estas substâncias eram chamadas de novas drogas legais porque se aproveitavam da lacuna existente na lei. Eram substâncias que alteradas a partir das originais (as consideradas ilegais previamente à mudança de determinado composto), produzem os mesmos efeitos mas não continham as substâncias ditas proibidas, ou seja, aquelas que são reconhecidas pela lei como ilegais e reconhecidas igualmente pelo Observatório Europeu das Drogas e da Toxicodependência. O que acontecia era que o composto reconhecido como ilegal era transformado e alterado (através de alterações no anel de benzeno), para desta forma resultar num composto diferente.

Certas ervas eram vendidas com o fim de serem utilizadas como incensos mas, no entanto, o seu uso principal e objetivo era serem fumadas em cachimbos ou então misturados com tabaco, como é comum nos charros de haxixe ou cannabis. Os fertilizantes para plantas eram vendidos como tal, mas eram consumidos maioritariamente por jovens, como alternativa à cocaína ou ao ecstasy.

Determinadas embalagens tinham escrito nos rótulos “impróprio para consumo humano”, “fertilizante para plantas” e, entre outros, “energéticos naturais” mas as indicações dadas pelos funcionários das lojas, o marketing bastante apelativo e sofisticado e os produtos disponíveis nas mesmas, levaram a centenas ou milhares de jovens a consumirem substâncias que fumadas, confeccionadas ou inaladas produzissem efeitos semelhantes e, por vezes, bastante mais agressivos que as outras que, até então, eram conhecidas e são ilegais.

Algumas lojas portuguesas apresentavam nas suas páginas virtuais uma lista dos produtos mais vendidos, destacando-se *o kick*, *o bloom*, *o bliss* e *o blow*, produtos descritos pelos consumidores como «pós para cheirar» (basicamente substitutos da cocaína) (Calado, 2013). A proibição dos cogumelos mágicos obrigou aqueles envolvidos na comercialização destas drogas a procurar alternativas, o que resultou a que os donos das *SmartShops* a virarem-se para produtos sintéticos. Tal aconteceu que este fenómeno tornou-se num problema social, sendo um assunto alvo de discussão pública e de crescente interesse mediático.

À data, a perceção pública era que o consumo destas substâncias psicoativas estava aumentar, bem como os problemas de saúde daí decorrentes, pelo que se tornava urgente alterar a perceção pública e passar a mensagem de que os produtos vendidos nas *SmartShops*, apesar de não proibidos (por falta de legislação), não eram de forma alguma inofensivos, ou sequer, seguros (<http://www.deco.proteste.pt/saude/nc/noticia/smartshops-novas-drogas-exigem-controlo-apertado>; Calado, 2013). Embora a grande maioria dos produtos vendidos nas *SmartShops* não fosse, até recentemente (Abril de 2013), sujeita a controlo legal em

Portugal, alguns, sob designações comerciais novas, continham substâncias proibidas (ou com estatuto legal dúbio), por vezes em pequenas concentrações, o que era geralmente omitido ao comprador/consumidor.

Num estudo exploratório realizado na população portuguesa com uma amostra de 48 participantes desenvolvido por Silva (2011) mostrou que 83% dos jovens confirmaram que já tinham ouvido falar do fenómeno das *Smart Drugs*. Em que 77% da amostra já experimentou pelo menos uma destas substâncias, sendo possível perceber que as substâncias mais consumidas (54%) foram os incensos, a *sálvia divinorum* (48%), os fertilizantes para plantas (24%), as sementes de LSA (14%) e ainda *poppers* (8%). Para este tipo de consumidores, em traços gerais, as NSP não se dividem em termos químicos mas em função dos efeitos provocados. Destacam-se os produtos que são vendidos como «fertilizantes de plantas» (estimulantes análogos da cocaína e ecstasy que são vendidos em pó) aqueles que são vendidos como «incensos» (são canabinóides sintéticos, análogos à canábis para fumar) ou «misturas herbáceas».

Sabe-se segundo o III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas (Balsa, Vital e Urbano, 2013) na População Portuguesa, realizado em 2012, revela que 0.4% da amostra representativa (entre os 15 e os 74 anos) já consumiu novas substâncias psicoativas pelo menos uma vez na vida. Esta prevalência está ao nível do consumo ao longo da vida de outras substâncias, como anfetaminas (0.4%), cogumelos mágicos (0.5%) ou LSD (0.5%), o que confirma a dimensão que o fenómeno das NSP alcançará e já alcançou. No entanto, o consumo nos últimos doze meses é bem menos expressivo (0.1%). Neste estudo de Balsa e colaboradores (2013), revela também que as prevalências de consumo ao longo da vida são maiores nos grupos etários mais jovens em que 1% entre os indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos e 0.8% para o grupo etário dos 25 aos 34 anos.

Mais recentemente, o SICAD (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências) promoveu um estudo de 500 estudantes de universidade de Lisboa, concluíram que 29% dos inquiridos já tinha consumido NSP alguma vez na vida, no que toca aos últimos 12 meses, a prevalência apurada foi 18.6%. (Ribeiro, Guerreiro, Dias e Costa, 2013).

Num estudo em torno de adeptos de música trance e do consumo de substâncias psicoativas (Calado, 2006; Calado, 2013) podia ler-se: *Uma série de fatores permite, de facto, pensar que os padrões de consumo de drogas ilícitas estão a mudar em Portugal e que, no futuro, o mercado das substâncias psicoativas será cada vez mais complexo, menos compartimentado, porventura menos marginal, e que os consumidores irão poder escolher a*

substância a consumir em função do estado de espírito que pretendam alcançar. Perceber os processos motivacionais inerentes ao consumo cada vez mais determinante para uma melhor compreensão do fenómeno. Com ou sem razão, as novas substâncias psicoativas são chamadas as «drogas do futuro» (p.6)

1.2. Consequências de saúde nos jovens consumidores

De acordo com os dados recolhidos pela Direcção-Geral de Saúde (desde 1 Outubro de 2012 até ao final de 2012), em Portugal Continental, foram reportados 34 notificações de consumo de novas substâncias psicoativas. Verificou-se que os consumidores que recorreram aos serviços de urgência tinham sobretudo entre os 14 e os 52 anos, embora a sua grande maioria, 80% a indivíduos com menos de 30 anos. É alarmante o facto de a mais reportada (17.6%) era a dos 17 anos destacando-se também os 14.7% com idades 14 e os 15 anos (<http://www.dgs.pt/?cr=23450>). Um pouco mais do que um quarto dos indivíduos (26.4%) já tinha tido episódios anteriores, pelo que a grande maioria nunca tinha recorrido aos serviços de urgência em consequência complicações no seguimento do consumo de NSP. Não registadas mortes, foram no entanto registados 2 casos de coma (5.9%) e quase metade dos episódios (47.1%) obrigou a internamento hospitalar de, pelo menos, um dia. O sintoma mais frequentemente identificado pelo diagnóstico e pela observação clínica foi um confusional agudo (44.1%), enquanto 35,2% dos casos foram registados como episódios psicóticos agudos. Destacam-se também os estados de ansiedade (32.4%) e arritmia (11.8%), existindo também 1 caso com sequelas físicas (2.9%) enquanto a prevalência de sequelas ao nível da saúde mental foi um pouco mais elevada (14,7%).

Na Madeira, a Secretaria Regional dos Assuntos Sociais (2013) divulgou números que apontam para uma situação mais preocupante em relação às consequências do consumo. Em 2012, verificaram-se na Região Autónoma 308 episódios atendidos na urgência hospitalar e 63 internamentos na Unidade de Tratamento de Toxicodependentes em virtude do consumo de NSP (Calado, 2013).

O primeiro questionário *online* realizado na Austrália por Barratt, Cakic e Lenton (2013), com uma amostra de 316 consumidores de canabinóides sintéticos, a grande maioria dos inquiridos (68%) revela já ter tido más experiências com as novas substâncias psicoativas, nomeadamente descoordenação motora (39%), batimento cardíaco acelerado ou irregular (33%), dissociação (22%), tonturas (20%), paranóia (18%) e psicoses (4%).

De acordo com Sumnall e seus colaboradores (2011, citado por Calado, 2013), a maior parte das queixas dos consumidores está relacionada com a experiência sensorial, e não tanto com sintomas físicos e/ou psicopatológicos. No entanto, é importante realçar a ideia de que o consumo faz mal à saúde do ponto de vista toxicológico. Os consumidores deste estudo salientam que os efeitos das NSP são demasiado intensos e bizarros, considerando mesmo uma experiência assustadora, sobretudo para quem consome de forma menos informada ou sem cumprir algumas regras de segurança, ou apresente vulnerabilidade ao nível da disposição ou saúde mental.

1.3. A Importância do Ciberespaço

Muitos estudos e relatórios salientam o papel decisivo da internet no surgimento do fenómeno das NSP, nomeadamente através do comércio em linha (PNSD, 2011). O ciberespaço acaba por não ser só um local de aquisição mas também um espaço de discussão, aprendizagem e socialização com as novas substâncias. Através da análise do que é deixado escrito nas redes sociais e/ou *blogs* por consumidores portugueses, constata-se que abundam no ciberespaço discussões e trocas de informações sobre as substâncias, nomeadamente, as preferidas, as que devem ser evitadas, as que são consideradas seguras e as que comportam riscos, em função dos efeitos provocados (Calado, 2013). Verifica-se que entre os consumidores e os seus pares existe uma considerável falta de informação e desinteresse pelo conhecimento em termos de composição dos produtos e de consequências para a saúde.

Mais, é na internet que os consumidores (ou potenciais consumidores) colocam as suas dúvidas, efetivamente, onde comprar, que produto adquirir para obter determinado efeito, que doses tomar, que medidas de uso seguro adotar, entre outras questões, e também onde outros (porventura, mais experientes) respondem e deixam conselhos de consumo e de substâncias.

Após uma árdua pesquisa internauta, o coordenador científico do *The Psychonaut Web Mapping Project*, Fabrizio Schifano e os seus colaboradores (2009) constataram que os principais motivos que levaram os indivíduos a consumirem as *Smart Drugs* ou *Legal Highs* foram: 1) por apresentarem carácter legal; 2) não serem detetáveis no sangue e 3) pela forte oferta *online* e aquisição rápida. Esta foi a primeira pesquisa realizada de carácter compreensivo e exploratório com informação qualitativa recolhida em cerca de, pelo menos, 200 *web sites*.

Um estudo realizado em Portugal sobre Drogas Sintéticas, Mundos Culturais, Música Trance e Ciberespaço (Calado, 2006) veio confirmar que o ciberespaço não é apenas um espaço onde podemos encontrar debates e opiniões dos diversos sujeitos que experienciam certas substâncias, mas como sendo um local de aquisição fácil.

O Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCCDDA, 2013) contabilizou 170 lojas virtuais deste género em 2010, 314 em 2011 e 693 em 2012. Estas compras *online* apresentam-se como uma estratégia simples, eficaz e segura de comprar algo que é ilegal ou é raro no mercado português. O que está atualmente a acusar alarme às autoridades e identidades responsáveis (ASAE, controlo aduaneiro), uma vez que as substâncias continuam a existir e a serem consumidas por jovens.

2. COMPORTAMENTOS ADITIVOS

Encontra-se na literatura diferentes definições de droga, todas elas associadas à ciência que a define. Contudo, apesar das divergências entre autores, um ponto consensual é a constatação de que os usos de drogas acompanham a evolução e as trajetórias histórico-culturais dos povos desde tempos remotos.

De facto, cada tempo e cada contexto têm as suas drogas, sendo que o uso atual destas substâncias se inscreve num percurso histórico muito mais abrangente – o uso de drogas apresenta raízes civilizacionais profundas que fazem parte integrante da cultura dos povos. Não desvalorizando esta continuidade histórico-cultural mas só a partir da década de 60, que devido à generalização dos consumos, a comunidade científica – médicos, enfermeiros, psicólogos, sociólogos, juristas e políticos - se debruça de forma mais sistemática sobre o tema dos usos de drogas e da toxicodependência.

Tal como já foi referido, a diversidade de áreas e a diversidade de discursos produzidos sobre o objeto droga, limita-nos a uma breve sistematização dos discursos clínicos e psicológicos desenvolvidos em torno das drogas, uma vez que, é de relevância para este estudo.

2.1. Definição de droga

Há alguns milénios atrás, Hipócrates e Galeno definiram droga como uma substância que é capaz de vencer o corpo, provocando, com doses notavelmente pequenas, mudanças orgânicas, anímicas ou ambas, muito aliciantes, de acordo com as motivações do seu uso (Fonte, 2006).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (citado por Almeida, 2006), define droga como “toda a substância que, pela sua natureza química, afeta a estrutura e funcionamento do organismo”. Jervis (1977, citado por Fonte, 2006, pp.107) propõe uma definição que vai para além da dimensão química e farmacológica da substância: “droga é todo o conjunto de substâncias químicas introduzidas voluntariamente no organismo com o fim de modificar as condições psíquicas e que, enquanto tal, criam mais ou menos facilmente uma situação de dependência do sujeito”.

Outros autores defendem que o fenómeno droga é, fundamentalmente, um fator cultural, definindo droga como “aquilo que uma formação social diz que é droga” (Fernandes,

1997 citado por Fonte, 2006). Torna-se num refúgio para a fuga mais dramática dos vários problemas que a sociedade se depara e “quando alguém começa a consumir é porque foge de algo!” (Pereira, 1999, p.32). Segundo Pereira (1999), os primeiros sinais preocupantes do consumo de estupefacientes, deram-se na segunda metade do século XX. Na década de 60, consumia-se para ser-se revolucionário. Entre a década de 70 e 80 consumia-se para ser moderno. A partir da década de 80 o consumo surge como forma de fuga.

2.2. Definição de Toxicodependência

Segundo a OMS (citado por Almeida, 2006), a toxicodependência é um estado psíquico, e por vezes também físico, resultante da interação entre um organismo vivo e um produto tóxico, caracterizando-se por modificações do comportamento, e por outras reações, que incluem sempre a compulsão para tomar drogas dum modo contínuo ou periódico, a fim de experimentar efeitos específicos ou de evitar o mal-estar da privação.

Olivenstein (1990) afirma que, a toxicodependência é mais que uma doença, trata-se de um sintoma de inadaptação do indivíduo e um vazio na organização da personalidade, que desta forma o toxicodependente vai preencher com a substância/droga.

Amaral (1982) contrapõe esta ideia, atestando que, a toxicodependência não é uma doença nem uma perturbação do comportamento, mas sim um sofrimento autoinduzido, um mecanismo impulsivo e compulsivo, uma mistura entre masoquismo e compulsão dita. Corresponde, portanto, a uma estrutura psicológica instável, com características de impulsividade e de explosividade, que são reprimidas por toda a sua frustração. Desta forma, a droga aparece na sua vida como forma de compensação.

De acordo com Miguel (1997), a problemática da toxicodependência é, o resultado do encontro entre o indivíduo e a substância, num determinado momento e contexto. Nem todos os indivíduos que consomem drogas se tornam toxicodependentes, ou seja, tudo depende das características físicas e psíquicas do indivíduo, para que este se torne um dependente de uma substância qualquer. O toxicodependente é definido como aquela pessoa, cuja vida está centrada na dependência dum substância, a tal ponto, que produz consequências como: transtornos físicos ou psicológicos; impossibilidade ou dificuldade de livrar-se da dependência, inclusive, quando ela é vivida como destrutiva e, eventual aparição do síndrome de abstinência (Fernandes, 1990).

A adição é um processo pelo qual um comportamento, que pode possibilitar, simultaneamente, a existência de uma sensação prazerosa e a libertação de uma sensação de mal-estar interno (Fabião, 2002).

2.3. Conceito de Dependência

Também o conceito de dependência tem sido objeto de diferentes abordagens, não existindo consenso entre investigadores. Ribeiro (1995 citado por Fonte, 2007) assinala três fases na história conceptual da dependência. A primeira fase situa-se no século XVII, onde se considera que a dependência se explica apenas a partir de uma variável: o produto. A segunda fase ocorre já no século XX e admite que a dependência envolve duas realidades: o produto e o individuo consumidor. A terceira fase corresponde à posição mais frequentemente constatada, hoje em dia, que preconiza a existência duma interação entre o produto, o consumidor e o meio.

Os trabalhos de Olievenstein influenciaram fortemente este modelo, autor que, pela primeira vez, destacou a necessidade de se falar do encontro entre a substância/produto, o individuo/personalidade e o contexto sociocultural e alcançou ampla divulgação com a publicação do DSM-IV-TR.

Segundo o Manual de Diagnostico e Estatística da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV-TR, 2002), a dependência de substância baseia-se num conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam que o individuo continua a consumir a substância, apesar do surgimento de problemas significativos relacionados com ela. Existe um padrão de autoadministração repetitivo, que, frequentemente leva à tolerância, à abstinência e a ingestão compulsiva da droga.

Este manual, DSM-IV-TR (2002), enumera os critérios para a dependência de substâncias como um padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a défice ou sofrimento clinicamente, manifestado por três (ou mais) dos seguintes sintomas, ocorrendo em qualquer ocasião, no mesmo período de 12 meses:

- 1) Tolerância, definida ou pela necessidade de quantidades crescentes de substância para atingir a intoxicação ou pelo efeito desejado, ou definida como a diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substância;

- 2) Abstinência, manifestado por síndrome de abstinência característica da substância ou quando a mesma substância (ou outra relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência;
- 3) A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia;
- 4) Existe desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar a utilização da substância;
- 5) É despendida grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção e utilização da substância e à recuperação dos seus efeitos;
- 6) São abandonadas importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido à utilização da substância; 7) a utilização da substância é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização da substância.

A OMS (citado por Almeida, 2006) define dependência como “um estado de necessidade física e/ou psíquica de uma ou mais drogas, resultante do seu uso contínuo ou periódico”, considerando, ainda, que a dependência pode ser física e psicológica. A dependência física é definida segundo esta organização como “um estado anormal produzido pelo uso repetido de droga”. Com o passar do tempo e com o uso crescente de drogas, o organismo deixa de conseguir sobreviver sem as drogas, podendo surgir nesta fase a síndrome de abstinência. Este refere-se a um conjunto de sintomas físicos e psíquicos resultantes da supressão da ingestão de uma droga da qual há dependência física. A tolerância, ainda segundo a OMS, é um estado de adaptação caracterizado pela diminuição da resposta a uma mesma quantidade duma droga. Assim, parte-se do pressuposto que, para se continuar a experimentar efeitos semelhantes, é necessário aumentar a dose. Por sua vez, a dependência psicológica “é um estado de vontade incontrolável de ingerir drogas periódica ou continuamente” (OMS citado por Almeida, 2006) que conduz o indivíduo a uma falta de liberdade, dada a relação pessoal que mantém com a substância, sentindo desconforto e vazio pela falta do produto (Dias, 1999). Segundo Ribeiro (1995), esta dependência corresponde a um estado mental em que há um desejo persistente de dar continuidade ao prazer conquistado através do consumo dessa substância. A representação da droga subsiste como recordação e evocação de algo que foi vivenciado, simultaneamente, como prazer e desprazer, mas do qual ressaltam as experiências satisfatórias.

Em conclusão, é possível referir que, a distinção entre dependência física e psicológica se presta alguma ambiguidade, enquanto que o diagnóstico da primeira obedece a critérios objetivos, por outro lado, a dependência psicológica, furta-se à observação clínica direta porque se dilui na relação que o consumidor tem com os seus objetos de dependência (Ribeiro, 1995). Vários fatores estimularam e contribuíram para o desenvolvimento e interesse crescente pela investigação e estudo do consumo de drogas em amostras não clínicas, de indivíduos 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).

2.4. Motivação para o consumo

As motivações para o consumo podem ser as mais diversas, sejam elas individuais ou grupais como, a moda, a curiosidade/experimentação, afirmação, ociosidade, prazer, frustração, solidão, afirmação, integração grupal, pressão dos pares, entre outros, e até mesmo o facto de ser legal e de fácil acesso para todos, em qualquer altura e sempre nos locais mais privilegiados para a sua compra.

Patrício (1996) aponta outros factores que favorecem o uso de droga como o mito da droga, a idade, a curiosidade, a necessidade da pessoa ser aceite e de se integrar no grupo, necessidade da pessoa se chamar a atenção (i.e., contestar), o prazer, o desafio (i.e., o prazer do risco), a dificuldade da pessoa se afirmar, a dificuldade que a pessoa possa ter em se projectar no futuro, a infantilização, o medo de crescer, as facilidades financeiras desajustadas às necessidades do jovem e à sua capacidade de gerir adequadamente, a ausência de figuras que sejam referências estruturadas (pode ser os pais, professores ou outros familiares próximos), a necessidade de algo que faça esquecer ou que faça de *doping* para ultrapassar situações vividas como terríveis.

Outra ideia que é fundamental reter é que, hoje em dia, o consumidor de substâncias ditas sintéticas não está obrigatoriamente associado à imagem de alguém toxicodependente e degradado (Calado, 2006), o que vem reforçar a simplicidade inerente ao ato de consumo de várias substâncias ditas recreativas. Assim sendo, esta “nova realidade” remete bem para aquilo a que se chama drogas suscetíveis de abuso (Schuckit, 1998), i.e. qual for a substância

tomada por qualquer via de administração, que altere o humor, o grau de percepção ou o funcionamento do cérebro.

Os comportamentos dos utilizadores de drogas são manifestações exteriores, de conflitos com ele próprio e com os outros, em que as drogas representam o compromisso possível de estar na vida, na medida em que, o individuo consome porque vê na droga uma solução para o seu mal-estar (Rosa, Gomes & Carvalho, 2000). Sendo que este consumo de substâncias é uma forma de substituição, por via química, das necessidades de dependência emocional, que não é adequadamente expressa ao nível cognitivo e emocional (Torres, Chagas & Ribeiro, 2008).

2.5. Atitudes do Consumidor

De acordo com Vala e Monteiro (2002), alguns autores procuraram encontrar uma definição que reunisse as perspectivas existentes sobre o conceito, segundo eles a atitude é constructo hipotético referente à “tendência psicológica que se expressa numa avaliação favorável ou desfavorável de uma entidade específica” (pp.188). Ou seja, este constructo hipotético indica que as atitudes não são directamente observáveis, são uma variável latente explicativa da relação entre a situação em que as pessoas se encontram e o seu comportamento. Tratando assim, de uma inferência sobre os processos psicológicos internos de um individuo, feita a partir da observação dos seus comportamentos (verbais ou outros).

Consideram-se as atitudes como aprendidas e alteráveis, uma vez que estas se expressam através de um julgamento avaliativo. Sendo estas respostas avaliativas de vários tipos:

- a) Cognitivas, referem-se a pensamentos, ideias, opiniões, crenças que ligam o objecto de atitude aos seus atributos ou consequências e que exprimem uma avaliação mais ou menos favorável;
- b) Afectivas, referem-se às emoções e sentimentos provocados pelo objecto de atitude;
- c) Comportamentais, referem-se aos comportamentos ou às intenções comportamentais em que as atitudes se podem manifestar.

A atitude é também “um estado psíquico e nervoso de preparação, organizado pela experiencia, que exerce uma influencia directriz ou dinâmica sobre as respostas do individuo a todos os objectos e situações com as quais está em contacto” (Vala & Monteiro, 2002, pp.

190). Por outras palavras, trata-se de uma variável que funciona como uma preparação para a acção relativamente a um dado objecto, é a preparação mental ou neutral, organizada através da experiências, das respostas individuais a todos os objectos ou situações que com se relaciona.

2.6. Perfil do Consumidor: Aspetos psicológicos

Em relação às drogas, é redutor cingir a análise à oferta ou esquecer que algumas substâncias são procuradas por determinado perfil de indivíduos e não por outros. Diferentes indivíduos procuram diferentes efeitos psicoativos, mesmo que isso implique riscos, sejam estes de natureza legal ou de saúde.

Atualmente, os critérios de diferenciação entre as drogas ditas leves e as drogas pesadas, não estão a identificar a perspetiva sanitarista 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 afetar 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 suscetível ao consumo de drogas, ou mesmo para o consumidor de drogas leves, este critério de classificação funciona como uma espécie de proteção, 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).

Para Miguel (1997), o sujeito que consome drogas, tende para não encontrar mais nenhum prazer senão o da própria droga, convertendo-se, desta forma, no único interesse, no centro de todas as suas atenções. Afirma, também, que o consumidor de drogas, não tem capacidade de assegurar o sentimento de bem-estar psíquico, de unidade interior, revelando dificuldades ao nível das relações afetivas de boa qualidade e duradouras. Devido a tudo isto, recorre à droga, como meio de suportar um estado de intenso sofrimento interior.

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

- a) Experimental, consome devido à curiosidade, à influência de amigos ou por motivos contestatários;
- b) Esporádico, consome normalmente com a finalidade de socialização ou recreação;
- c) Habitual, geralmente 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 aspetos sociais, com uma falta de motivação psicológica para outras situações não ligadas ao consumo ou obtenção da droga.

De acordo com Washton e Zweben (2009), existem sete estágios de envolvimento do consumidor com a substância em si, e definem em:

- a) Experimentação, marca o início do contacto com a droga;
- b) Uso social ou ocasional, uso da droga em quantidades modestas com frequência irregular;
- c) Uso regular, uso mais frequente da substância;
- d) Uso situacional, consumo associado a um objeto específico;
- e) Uso Compulsivo, períodos de uso de grandes quantidades intercalados por períodos de abstinência;
- f) Abuso, uso de droga com apresentação de problemas significativos associados à substância (DSM-IV-TR, 2002);
- g) Dependência, presença de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam a continuação do uso de substâncias apesar dos problemas relacionados com a substância (DSM-IV-TR, 2002).

Segundo os autores Rybakowski, Ziolkowski, Zadadzka e Brzezinki (1988) o consumo de substâncias químicas surge como uma valiosa ajuda para estes sujeitos, para gerir e lidar com os afetos negativos, experienciar e controlar emoções. Muitas das observações clínicas, destes autores, mostram que, os estados de sofrimento são determinantes psicológicos importantes, para que o uso de drogas se transforme numa perturbação, i.e., para que estes sujeitos passem de consumidores esporádicos a toxicodependentes.

Estudos da personalidade, realizados com toxicodependentes e consumidores de drogas, abordam uma história pessoal de condutas antissociais e um alto nível de depressão (Geraldes, 2005). Realçando até que a personalidade do toxicodependente é marcada por uma necessidade de orientação e aprovação por parte dos outros, percecionando-se como alguém sem poder, ineficaz procurando insistentemente suporte e segurança nos outros (Speranza et al., 2004).

Angel, Richard e Valleur (2002) afirmam que, a personalidade antissocial, surge como a mais frequentemente associada à utilização abusiva de substâncias. Muitas vezes, a personalidade antissocial, predispõe à toxicodependência e, simultaneamente, o consumo de drogas pode explicar uma parte dos comportamentos antissociais. Em contrapartida Figlie, Bordin e Laranjeira (2004) referem que, as características da personalidade antissocial antecedem os sintomas provenientes do consumo de drogas, porém um maior consumo destas, favorece o surgimento de comportamentos antissociais.

Janeiro e Metelo (2004) referem que, associado ao consumo de drogas aparecem frequentemente citados dois perfis distintos de personalidade: um caracterizado pelo neuroticismo, depressão, baixa autoestima, *locus* de controlo externo, ansiedade, sentimentos de inferioridade e de autodesvalorização; e o outro, designado por personalidade antissocial, caracterizado por ausência de adesão às regras e instituições convencionais, *acting-out*, hostilidade, violação dos direitos dos outros e história de delinquência.

De acordo com Lebovici (1991), pode considerar-se, que o toxicómano tem estruturas psicopatológicas diversas podendo ser neuróticas ou psicóticas, mas também existem relações óbvias entre toxicodependência e estado-limite.

Wurmser (citado por Neto & Torres, 2001) não concorda, quando se fala em defeito da personalidade na toxicodependência, afirmando que existe um *deficit* na construção e na consistência do objeto interno, a partir de relações perturbadas com o exterior. O conflito fundamental decorreria da existência de um Super Eu rígido, e seria experimentado como um afeto esmagador e ameaçador. Desta forma, as drogas seriam um alívio contra estes afetos, particularmente a raiva e o medo.

Também para Rado (citado por Gerald, 2005), não existe nenhuma estrutura de personalidade típica da toxicodependência, pelo que a farmacodependência pode desenvolver-se em qualquer tipo de estrutura mental e em qualquer instante, desde que estejamos na presença de determinadas condições. Bergeret (1990) concorda com esta opinião, afirmando que não existe nenhuma estrutura mental psíquica profunda e estável especificamente ligada à problemática da toxicodependência. O mesmo autor acrescenta, ainda, que todas as formas de personalidade podem ser propícias à instalação da toxicodependência, desde a estrutura neurótica, à psicótica passando mesmo pelos indivíduos que têm dificuldades em afirmarem a sua identidade no decurso da crise da adolescência, não conseguindo estruturar-se convenientemente, permanecendo imaturas com fundo depressivo.

Neto e Torres (2001) salientam, ainda que, não há drogados tipo, mas indivíduos com excessos em alguma vertente da sua personalidade. Fazem referência ao facto que, havendo traços comuns, é no masoquismo devido à forma como se perdem com os seus atos e na culpabilidade retaliatória, pois eles castigam-se devido à forma como procedem, em vez de sentirem a culpa como tal.

É conclusivo, que existe uma associação entre personalidade e emoções, sendo estas consideradas como um dos elementos constituintes da personalidade (Queirós, 1997).

3. ABORDAGENS CLÍNICAS

De acordo com as abordagens psicológicas, as drogas alteram o funcionamento psíquico, pelo menos durante o tempo que dura o seu efeito. Apresentamos de seguida três abordagens onde há diferenças de concepção sobre o funcionamento psíquico e nas concepções sobre a toxicodependência.

3.1. Modelo Psiquiátrico

Segundo este modelo, a toxicodependência é encarada como uma perturbação mental, uma desordem psíquica e interpretada como um dado clínico. É compreendida a categorias e quadros psicopatológicos pré-existentes, procurando sintomas e diagnósticos de situações clínicas idênticos aos grupos psiquiátricos (i.e. o neurótico, o psicótico, o psicopata, o indivíduo com atrasos de maturação, com crises de adolescência...) característicos de diferentes patologias

A descrição dos efeitos psiquiátricos induzidos pelas drogas é abundante e os indivíduos divididos por categorias patológicas nas quais é difícil decidir se o consumo da substância psicoativa foi desencadeador ou consequência. O toxicómano é assimilado à racionalidade repartidora e ordenadora das desordens psíquicas, anulando-lhe a especificidade própria e alinhando a interrogação que constitui pelas respostas que já existem. “Toda a nova desordem emergente pertence afinal a uma ordem que lhe pré-existe e o toxicómano é o ator central das novas figuras da desviância” (Agra & Fernandes, 1993, pp. 58).

Este modelo reconhece que a determinação da toxicodependência não provém do efeito químico/tóxico da droga sobre o tecido celular ou metabolismo em geral, mas sim do comportamento do sujeito em relação aos psicoativos, e é este comportamento que vai permitir afirmar se o indivíduo é toxicómano. Procurando, de igual modo, avaliar a intensidade da dependência do sujeito em relação à substância que utiliza, bem como as suas possibilidades de “cura”. (Agra & Fernandes, 1993).

Alguns autores recorrem aos conceitos de dependência física e de dependência psicológica para avaliar o grau de envolvimento do sujeito com as substâncias psicoativas e ao conceito de escalada como indicador do comportamento. Olievenstein e Braconnier (1985 citado por Agra & Fernandes, 1993; Fonte, 2003) fazem distinção na definição do conceito de escalada: a escalada de utilização dos produtos, i.e. das “drogas leves” às “drogas pesadas” e/ou diferentes drogas e a escalada dentro de um mesmo produto, isto significa, o aumento

progressivo das doses, que, no caso não aumente o efeito sentido, sinaliza o fenômeno da tolerância.

3.2. *Modelo Psicodinâmico*

Desde que um indivíduo centra a sua vida no consumo, com efeito, as drogas provocam uma modificação do humor, das percepções, que induz uma espécie de suspensão do tempo e do pensamento.

Segundo Morel, Hervé e Fontaine (1998), certas drogas como os opiáceos, a par da dependência a que conduzem os descontroles que produzem os equilíbrios bioquímicos dos sistemas cerebrais, levam o corpo a organizar as suas percepções em função unicamente da presença ou ausência da substância. A vida do indivíduo organiza-se à volta de uma necessidade de substâncias que já não deixa espaço para qualquer outro investimento.

Os consumidores de drogas não procuram a destruição do *self* na utilização de drogas mas sim uma possibilidade de viver e corrigir uma relação com o mundo e com os outros, sendo esta vivida insatisfatoriamente (Morel, et al., 1998). Assim, para estes indivíduos, a droga torna-se um meio de restabelecer um sentimento de acordo perfeito entre eles e o seu meio ambiente, isto é, um meio de voltar a uma dependência primária, protectora de perigo de uma separação inacessível.

Vários autores (Agra & Fernandes, 1993; Karon & Widener, 1995; Fonte, 2007) fazem referência ao conceito de personalidade toxicofílica, ou seja, traduz um modo de organização instintivo-afetivo muito elementar quer seria característico dos toxicómanos verdadeiros, permitindo, assim, distingui-los das toxicomanias, associadas ou não a determinados quadros clínicos. A toxicofilia é testemunha da utilização estática do conceito de personalidade: o indivíduo com personalidade toxicofílica estará à mercê da instalação em si duma neurose toxicomânica, dependendo só da causalidade do encontro com a droga (Agra & Fernandes, 1993). Existindo assim uma preocupação com a identificação de uma estrutura de personalidade prévia, característica do toxicodependente, e responsável pelo abuso de substâncias (Fonte, 2007).

Diferentes autores e diferentes estudos chegaram a traços e organizações de personalidade diferentes, enquanto que estudo mais recentes, revelaram que não será sequer possível definir uma personalidade-tipo do toxicodependente ou do indivíduo que consome substâncias. Autores como Bergeret (1981 citado por Fonte, 2007) chegaram à conclusão de

que não existe uma estrutura de personalidade específica do toxicodependente, defendendo até que as características de personalidade devem ser analisadas, tendo em conta se são prévias ou adquiridas após o consumo, concluindo, através de diferentes estudos, que qualquer estrutura mental pode conduzir a comportamentos de adição. Também Bucher (1986, citado por Agra & Fernandes, 1993, pp. 60) defende que “a personalidade do toxicodependente permanece enigmática: não se sabe dizer porque é que, em determinado momento, um jovem começa a drogar-se, nem porque é que os outros param, em determinado momento de o fazer”. A mesma posição adota Amaral Dias (1982, citado por Fonte, 2007, pp. 241), quando diz que “se torna óbvio a inexistência de uma estrutura de base única” reconhecendo, ainda, que “a nossa experiência clínica mostra-nos a enorme variedade nosográfica no mesmo indivíduo quando posto em diferentes circunstâncias”. Bucher (1986, citado por Agra & Fernandes, 1993) acrescenta ainda que em oposição à estrutura neurótica, não se evidenciou até hoje uma estrutura ou um carácter predisponente à dependência de drogas, do mesmo modo que nenhuma causalidade direta ou exclusiva pode ser responsabilizada.

Deste modo, o modelo psicanalítico, para além de classificar tipos de toxicodependentes ou toxicodependências, tem procurado caracterizar a dinâmica psicoemocional envolvida na toxicodependência. É dada atenção ao percurso biográfico do consumidor, à história das suas relações precoces, às experiências do quotidiano, à sua relação na família (Karon & Widener, 1995), verificando-se, com este modelo, uma deslocação de uma abordagem de carácter mais estático (como o será o estabelecimento de quadros clínicos) para uma abordagem de carácter mais dinâmico (Agra & Fernandes, 1993).

Arlow (1995, citado por Fonte, 2006; Fonte, 2007) faz referência ao conceito de regressão no que se refere à ideia de que o toxicodependente teria dificuldade em lidar com frustrações ou mal-estar e refugiar-se-ia em satisfações primárias, procurando a satisfação imediata e total, servindo-se da droga para obter esse efeito. E ao conceito de identificação que implicaria que os toxicodependentes tivessem problemas ao nível da construção de uma identidade adulta e autónoma, refugiando-se, por isso, em gratificações primárias. Também a problematização das instâncias parentais aparece como central, sendo as figuras do pai ausente e da mãe superprotetor, temas recorrentes a propósito do toxicómano.

Em suma, o modelo psicanalítico faz uma descrição psicopatológica do toxicodependente: o indivíduo e o seu funcionamento constituem o eixo central deste modelo explicativo, e não, como na abordagem psiquiátrica, o quadro clínico como entidade descritivo-repartidora dos indivíduos. Verifica-se aqui, uma deslocação da classificação para a

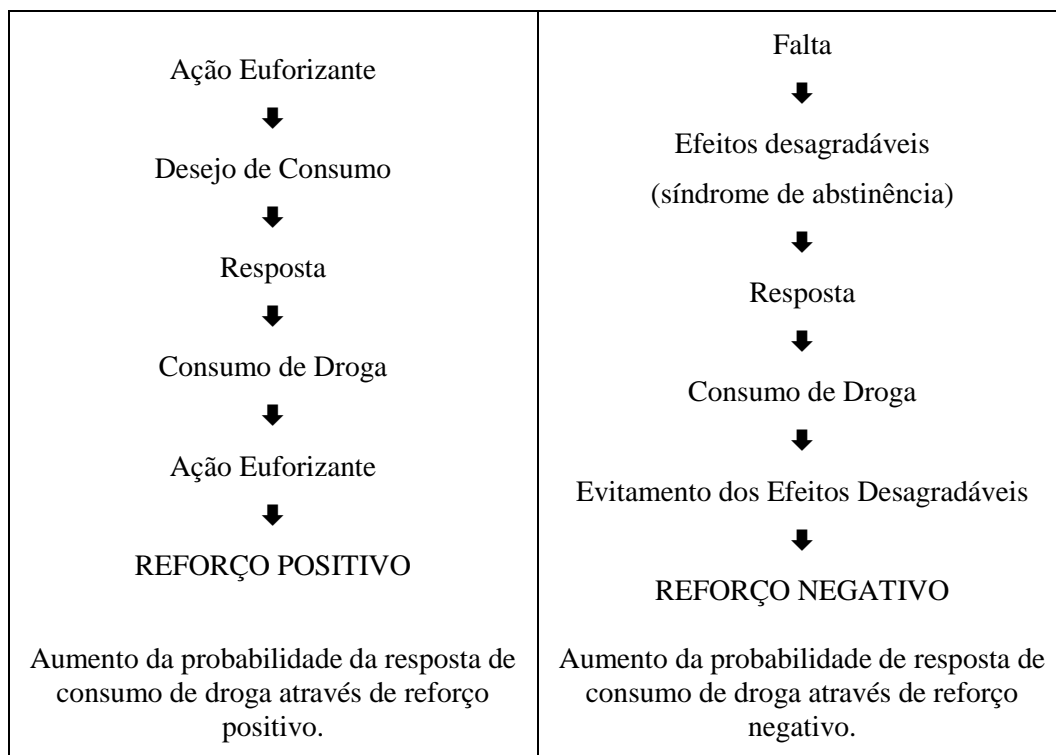
compreensão, da perturbação para o indivíduo que a carrega, da causa do sintoma para o seu significado (Fonte, 2007).

3.3. Modelo Cognitivo-Comportamental

Este modelo de dependência segundo Morel et al. (1998) assenta na ideia que existem indivíduos predispostos ao uso de psicotrópicos, sendo que estes têm os aspectos específicos, como, uma sensibilidade exagerada ao desprazer, uma motivação deficiente para controlar o seu comportamento, a impulsividade, a procura de sensações e intolerância ao tédio e a uma fraca tolerância à frustração. São os pensamentos e as crenças disfuncionais como estas que sustentam a necessidade da droga em si e que interagem com o *stress* da vida quotidiana do indivíduo, produzindo, muitas das vezes, ansiedade excessiva, humor disfórico, depressão ou agressividade. Estes pensamentos ligam-se essencialmente à sensação de necessidade à qual se vão associar às drogas.

Assim, segundo esta abordagem a toxicod dependência é entendida como um comportamento apreendido por dois processos básicos: o reforço positivo e o reforço negativo (Gonçalves, 1990), o que correspondem ao deslocamento da explicação centrada no indivíduo doente (abordagens clínicas) para a explicação centrada no comportamento-substância.

A iniciação aos consumos é interpretada como ocorrendo por um processo de reforço positivo. Ou seja, os efeitos positivos (prazer) decorrentes do consumo servem de reforço para voltar a consumir, sendo que, no entanto, a manutenção desses consumos faz-se por reforço negativo (Hayes, Follete & Follete, 1995), como podemos verificar no esquema que se segue, dando conta dos efeitos que funcionarão no toxicómano:



Quadro 1: Explicação comportamentalista do consumo de drogas: Papel central da substância na instalação do comportamento aditivo (Agra & Fernandes, 1993, pp. 63)

Quando o estado de dependência psicológica está presente, surge no indivíduo um mal-estar associado à síndrome de abstinência e o consumo serve como forma de aliviar este estado. Assim, o estado dependência, uma vez instalado, é mantido por respostas condicionadas e incondicionadas à droga (Wilson, 1995 citado por Fonte, 2007; Agra & Fernandes, 1993). É possível, assim, identificar e sequenciar modos de atuação do reforço, responsáveis pelo uso continuado, como exemplo desta conduta Selder e Zeidenberg (1982, citado por Agra & Fernandes, 1993) propõem um esquema em quatro modalidades da sua atuação:

	Incondicionado	Condicionado
Contingência de Reforço Positivo	Euforia Efeito Anti ansiedade Efeito Analgésico	E.g., Associados com iniciação numa subcultura, com consolidação de identidade e relações com iguais
Contingência de Reforço Negativo	“Falta” Fisiológica Estados de Dor	Medo de Descontrole Isolamento Social ...

Quadro 2: Manutenção da dependência duma droga segundo Sedler e Zeidenberg, 1982 (citado Agra & Fernandes, 1993, pp. 64)

As contingências de reforço positivo podem ser primárias (prazer intenso que se segue ao consumo) ou secundárias (reforço social proporcionado, e.g. pela pertença a uma subcultura específica). Também as contingências de reforço negativo podem ser primárias, quando existe terminação do síndrome de abstinência através de novo consumo, ou secundárias quando há interpretação de estímulos neutros presentes na situação de “falta”, no sentido da sua vivência como sinais de abstinência (Sedler e Zeidenberg, 1982, citado por Fernandes, 1990; Agra & Fernandes, 1993).

O processo de aprendizagem das condutas de uso de drogas é então colocado em destaque, sendo a dependência compreendida como o resultado dum comportamento que é induzido pelas consequências da sua ocorrência anterior (Agra & Fernandes, 1993; Fonte, 2007).

As estratégias de intervenção, segundo o modelo comportamental, passam pela manipulação das consequências ou reforços, com base no pressuposto de que o consumo é iniciado e mantido por estes (Wilson, 1995 citado por Fonte, 2007). E em restringir o campo do impulso, fragilizando as crenças que sustentam e mostram ao individuo diferentes formas de controlar e modificar o seu próprio comportamento (Morel et al., 1998).

4. OBJETIVOS E HIPÓTESES DO ESTUDO

Com base na revisão da literatura apresentada nos capítulos anteriores, este estudo tem como principal objetivo compreender o impacto das novas substâncias psicoativas na vida do jovem. Dando ênfase a este fenómeno atual de consumo, não podíamos deixar de ter em linha de conta, o tipo de consumo, a motivação e atitude face à droga como averiguar a presença de psicopatologia neste grupo específico. Assim, estabelecemos como principais hipóteses:

- 1) Traçar um perfil psicológico dos participantes da amostra, i.e., perceber se existe uma estrutura mental que siga uma linha de funcionamento psicossintomatológico;
- 2) A atitude (atitude favorável versus atitude desfavorável) em relação às drogas varia em função do tipo de substâncias consumidas i.e., o consumo de substâncias ditas legais (as *Smart Drugs*) versus consumo de substâncias ilegais;
- 3) Perceber quais as novas motivações para o consumo das novas substâncias psicoativas i.e., a literatura faz referências a diversos motivos que levam as pessoas a consumir, então queremos compreender se estes novos consumos despoletam novas motivações;
- 4) Compreender se existência das drogas legais compromete o aumento do consumo das substâncias.

5. MÉTODO

5.1. Amostra

Os participantes foram selecionados por conveniência, obtida a partir do efeito “bola de neve”. Este método de amostragem consiste na escolha de um grupo inicial de sujeitos para participar no estudo, sendo-lhes pedido que identifiquem outros elementos que tenham o mesmo tipo de características. Posteriormente esses mesmos sujeitos são contactados pelo investigador para participarem no estudo. Este processo é repetido quantas vezes forem necessárias.

A presente amostra é constituída por 30 estudantes universitários de ambos os sexos (50% do sexo masculino e 50% do sexo feminino) com idades compreendidas entre os 20 e os 29 anos de idade (M= 23.60; DP= 2.191), residentes na área da Grande Lisboa.

Foram recolhidos um total de 30 questionários e realizadas 33 entrevistas, sendo que 3 constituíram o pré-teste da entrevista áudio, e as restantes 30 para a recolha definitiva.

Da totalidade dos participantes, no diz que respeito às habitações literários, 80% frequentam ou concluíram a licenciatura (N=24), sendo que os restantes 20% frequentam atualmente o grau de mestrado (N=6).

5.2. Instrumentos

5.2.1. Entrevista semiestruturada

Para a realização deste estudo, e porque não foi encontrado qualquer instrumento que permitisse estudar as variáveis pretendidas, nomeadamente quanto aos comportamentos dos jovens em relação ao consumo de *legal highs*, decidiu-se construir com base na literatura uma entrevista semiestruturada, de natureza qualitativa, que permitisse aceder a tais comportamentos, consumos, motivações e experiências por parte dos jovens.

A entrevista é composta por 6 perguntas abertas que visam obter os dados correspondentes aos seguintes itens: grau de conhecimento do fenómeno em questão (pergunta 1), experimentação e efeitos no consumo das *Smart Drugs* (pergunta 2), motivação e circunstâncias para o consumo (pergunta 3), consequências e risco no uso destas substâncias sintéticas (pergunta 4), perceção da legalidade para o seu consumo e da população em geral

(pergunta 5), e por último, explicação da mudança versus não mudança do consumo (pergunta 6).

5.2.2. *Questionário Sociodemográfico*

Como instrumento de recolha de dados, foi construído um questionário sociodemográfico para obter uma informação geral acerca do jovem consumidor, nomeadamente, género, idade, local de residência, habitações literárias e quais as *Smart Drugs* e as substâncias ilícitas já tinham consumido.

5.2.3. *Escala de Atitude em relação às Drogas*

Para o presente estudo, utilizou-se a apenas escala de atitude em relação às drogas (Negreiros,1993), uma vez que as restantes escalas (Escala de atitude em relação álcool ao e Escala de atitude em relação ao tabaco) não serão alvo de análise, uma vez que estas não vão de encontro à pertinência do estudo. Há a referir que esta encontra-se validade para a população portuguesa.

Trata-se de uma escala de autoresposta, composta por 7 itens, metade dos quais têm uma formulação positiva (inclui os itens 1, 3, 4 e 7) e a outra metade uma formulação negativa (inclui os itens 2, 5 e 6). As respostas são efetuadas mediante a indicação de uma pontuação numa escala tipo *Likert* com cinco níveis, em que varia de 1 – “*Concordo Muito*” – a 5 – “*Discordo Muito*”. Assim, a cotação das pontuações obtidas nos itens positivos varia de 5 – “*Concordo Muito*” a 1 – “*Discordo Muito*”, enquanto que a cotação dos itens negativos não envolve qualquer modificação.

A análise que iremos fazer para o presente estudo será realizada a partir das médias dos valores obtidos por cada participante. Esta escala tem como principal objetivo demonstrar qual a atitude (atitude favorável versus desfavorável) que o jovem tem perante a droga. É importante salientar que quanto mais elevados forem os valores obtidos nesta escala, maior é a atitude favorável em relação às drogas, sendo o resultado final é obtido pelo somatório dos itens respondidos na escala de resposta. Assim, relativamente aos dados obtidos por todos os jovens participantes, obtivemos as seguintes informações: M= 3.56; D.P= 0.60; e um valor de consistência interna considerado fraco ($\alpha = .627$) (Tabela 1).

Segundo Hayes (1995), tanto um questionário com um número reduzido de itens como uma reduzida dimensão da amostra, pode influenciar negativamente a confiabilidade do cálculo do coeficiente α de Cronbach. Defende ainda que, os questionários que apresentem valor de $\alpha > 0.60$ é possível considerar como satisfatórios.

Alpha de Cronbach	Nº. de Itens	Média	Desvio Padrão
0.627	7	3.56	0.60

Tabela 1 – Consistência Interna: Escala de atitude em relação às drogas

5.2.4. BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos

O *Brief Symptom Inventory* (BSI) concebido por Derogatis em 1982 foi desenvolvido como base no SCL-90-R (Symptom Check-List, composto por 90 itens) numa tentativa de colmatar a necessidade de maior tempo de preenchimento, o que nalguns contextos, constitui uma limitação da sua utilização.

É traduzido e adaptado para a população portuguesa por Canavarro (1999a, 1999b), sendo esta uma versão abreviada do SCL-90-R, que pode ser administrado a doentes do foro psiquiátrico e/ou psicológico, ou a indivíduos da população em geral que não se encontrem perturbados emocionalmente.

Trata-se de um inventário de autoresposta, composto por 53 itens, em que o indivíduo classifica o grau em que cada problema o afetou na última semana, numa escala de tipo *Likert*, como cinco níveis de resposta que varia de 0 – “*Nunca*” – a 4 – “*Muitíssimas Vezes*” em todas as dimensões.

Assim, como se subentende, este avalia sintomas psicopatológicos em nove dimensões primárias descritas por Derogatis (1982, pp.7-10 cit. por Canavarro, 1999) da seguinte forma:

- 1) Somatização: dimensão que reflete o mal-estar resultante da perceção do funcionamento somático, isto é, foca queixas centradas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou outro qualquer sistema com clara mediação autonómica. Dores localizadas na musculatura e outros equivalentes somáticos da

ansiedade são igualmente componentes da somatização (inclui os itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37).

- 2) Obsessões-compulsões: inclui sintomas identificados com o síndrome clínico do mesmo nome. Esta dimensão inclui as cognições, impulsos e comportamentos que são experienciados como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora sejam ego-distônicos e de natureza indesejada. Estão também incluídos nesta dimensão comportamentos que indicam uma dificuldade cognitiva mais geral (inclui os itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36).
- 3) Sensibilidade interpessoal: esta dimensão centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade, particularmente na comparação com outras pessoas. A autodepreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez, durante as interações sociais são as manifestações características desta dimensão (inclui os itens 20, 21, 22 e 42).
- 4) Depressão: os itens que compõe esta dimensão refletem o grande número de indicadores de depressão clínica. Estão representados os sintomas de afeto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida (inclui os itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50).
- 5) Ansiedade: indicadores gerais tais como nervosismo e tensão foram incluídos na dimensão Ansiedade. São igualmente contemplados sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico. Componentes cognitivas que envolvem apreensão e alguns correlatos somáticos da ansiedade também foram considerados (inclui os itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49).
- 6) Hostilidade: esta dimensão inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afetivo negativo da cólera (inclui os itens 6, 13, 40, 41 e 46).
- 7) Ansiedade Fóbica: é definida como a resposta de medo persistente (em relação a uma pessoa, local ou situação específica) que sendo irracional e desproporcionado em relação ao estímulo, conduz ao comportamento de evitamento. Os itens desta dimensão centram-se nas manifestações e comportamento fóbico mais patognomónicas e disruptivas (inclui os itens 8, 28, 31, 43 e 47).
- 8) Ideação Paranoide: esta dimensão representa o comportamento paranoide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo. O pensamento projetivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo

da perda de autonomia e delírios são vistos primariamente como os reflexos desta perturbação (inclui os itens 4, 10, 24, 48 e 51).

- 9) Psicoticismo: esta escala foi desenvolvida de modo a representar este constructo como uma dimensão contínua da experiência humana. Abrange itens indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizoide, assim como sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo de pensamento. A escala fornece um contínuo graduado desde o isolamento interpessoal ligeiro à evidência dramática de psicose (inclui os itens 3, 14, 34, 44 e 53).

Para além de três índices globais que constituem avaliações sumárias de perturbação emocional e representam aspetos diferentes da psicopatologia – Índice Geral de Sintomas (IGS), Total de Sintomas Positivos (TSP) e Índice de Sintomas Positivos (ISP). Quatro dos itens do BSI (itens 11, 25, 39 e 52) embora contribuam com algum peso para as dimensões descritas não pertencem univocamente a nenhuma delas. Assim, por critérios estatísticos não deveriam ser incluídos no inventário mas, dada a sua relevância clínica são apenas considerados nas pontuações dos três Índices Globais.

O cálculo dos três índices globais, segundo Canavarro (1999) deverá obedecer às seguintes fórmulas:

- 1) *Índice Geral de Sintomas (IGS)* – Deverá somar-se as pontuações de todos os itens e seguidamente, dividir-se pelo número total de respostas (isto é, 53, se não existirem respostas em branco).
- 2) *Total de Sintomas Positivos (TSP)* – Pode obter-se contando o número de itens assinalados com uma resposta positiva (isto é, maior do que zero).
- 3) *Índice de Sintomas Positivos (ISP)* – Calcula-se dividindo a soma de todos os itens pelo TSP.

Assim, é de referir que este inventário tem como principal objetivo discriminar os sujeitos que apresentam distúrbios emocionais daqueles que não os apresentam, no entanto, a sua exclusiva utilização não permite a formulação de um diagnóstico, mas sim, informações particularmente útil que propicia a linha de pensamento e funcionamento global do sujeito.

Dimensões BSI	Média	Desvio Padrão	Alpha de Cronbach
Somatização	0.719	0.559	0.741
Obsessões-Compulsões	1.344	0.563	0.593
Sensibilidade Interpessoal	0.758	0.614	0.717
Depressão	0.727	0.731	0.868
Ansiedade	0.755	0.693	0.835
Hostilidade	1.046	0.907	0.850
Ansiedade Fóbica	0.340	0.375	0.361
Ideação Paranoide	1.060	0.080	0.798
Psicoticismo	0.646	0.494	0.428

Tabela 2 – Fidelidade das nove dimensões do BSI

No que concerne às características psicométricas do inventário BSI, obtivemos os seguintes valores relativos às nove dimensões: Somatização ($\alpha=.741$) (e.g., “Sentir falta de forças em partes do corpo”), Obsessões-Compulsões ($\alpha=.593$) (e.g., “Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz”), Sensibilidade Interpessoal ($\alpha=.717$) (e.g., “Sentir-se inferior aos outros”), Depressão ($\alpha=.868$) (e.g., “Sentir-se triste”), Ansiedade ($\alpha=.835$) (e.g., “Ter medo subitamente sem ter motivo parar isso”), Hostilidade ($\alpha=.850$) (e.g., “Ter impulsos que não consegue controlar”), Ansiedade Fóbica ($\alpha=.361$) (e.g., “Ter que evitar certas coisas, lugares ou atividades por lhe causar medo”), Ideação Paranoide ($\alpha=.798$) (e.g., “Ter a impressão de que os outros o costumam observar e falar de si”) e Psicoticismo ($\alpha=.428$) (e.g., “Ter a impressão de que as outras pessoas controlam os seus pensamentos”) (Tabela 2).

Como se pode verificar (Tabela 2), os coeficientes de consistência encontrados atingem valores que podem ser considerados globalmente satisfatórios, uma vez que os resultados não são inferiores a 0.70, indicando assim um bom nível de consistência interna dos itens que integram estas várias dimensões. No entanto, é de referir que existem três alfas de Cronbach inferiores a 0.60 o que significa que estas dimensões apresentam uma consistência interna inaceitável. Visto que se trata de um instrumento validado e aferido para a população portuguesa, efetivamente não se irá retirar nenhum item do inventário.

5.3. Procedimento

Ao entrarmos em contacto com o participante tendo em conta as características específicas para o estudo, foi-lhe explicado os principais objetivos da investigação, assim como consistia a entrevista áudio e o tempo que o questionário levaria, em média, a ser respondido. Foi também clarificado ao participante que o questionário era anónimo, sendo garantida a confidencialidade de todas as informações recolhidas, as quais seriam utilizadas para fins de investigação, sem que em algum momento fossem revelados dados que identificassem o jovem.

Após explicadas todas as instruções, foi realizada em primeiro lugar a entrevista áudio e só de seguida a aplicação do questionário. O questionário entregue ao participante era composto por uma folha de rosto, em que o participante era novamente informado acerca da investigação, das condições da participação e instruído para o correto preenchimento dos mesmos. Seguidamente é apresentado um questionário sociodemográfico, após esse preenchimento, os participantes responderam à Escala de Atitude em relação às Drogas e, por último, ao Inventário de Sintomas Psicopatológicos.

Assim, a recolha de dados é feita num registo do investigador observador-participante, já que os sujeitos entrevistados sabiam o propósito científico da entrevista e eram estabelecidas relações de proximidade. Para tal, o entrevistador utilizou uma linguagem informal e uma postura neutra.

Relativamente, à análise da entrevista semiestrutura, sendo relatos ricos e alvos de uma certa subjetividade no que diz respeito à interpretação e compreensão, embora seja maioritariamente uma análise qualitativa, procedeu-se também à análise de conteúdo que consiste em organizar toda a informação recolhida, num conjunto de categorias de significação (Anexo B) que são propostas através de um processo inferencial, interpretativo, apesar de se saber que este processo tem as suas limitações (Amado, 2000).

Quanto às análises que seguidamente apresentaremos, todas elas foram realizadas com o recurso ao *software SPSS Statistics* (versão 22). Para todas as análises efetuadas, assumimos como valor de referência uma probabilidade de erro tipo I $\alpha = 0.05$.

6. RESULTADOS

6.1. Consumo de substâncias

A amostra cingiu-se a jovens consumidores de drogas quer legais, quer ilegais. Dos 30 participantes verifica-se que as substâncias legais mais consumidas são as seguintes:

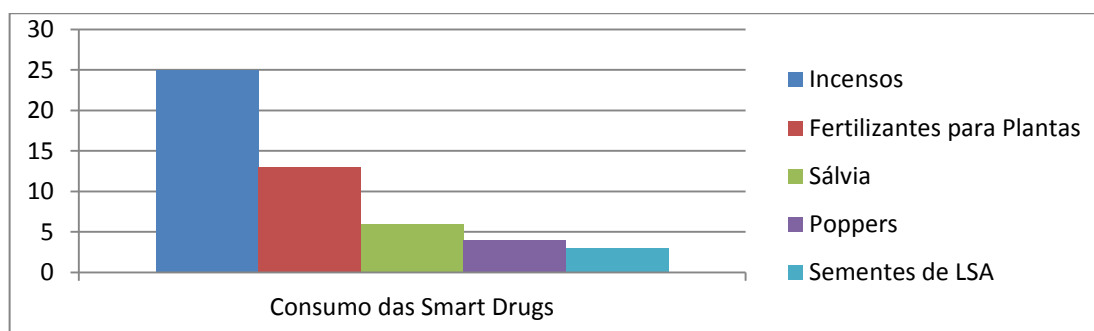


Gráfico 1 – Distribuição do número de participantes (N=30) que consumiram cada *Smart Drugs*

Através da análise do gráfico anterior (Gráfico 1), é possível perceber que as *Smart Drugs* mais consumidas são os incensos e/ou canabinóides sintéticos (i.e., substância analgésica semelhante aos canabinóides – 49%) e os fertilizantes para plantas (i.e., estimulantes sintéticos semelhantes à cocaína e ao ecstasy – 25%). Segue-se as substâncias alucinogénias, a sálvia (12%), os *poppers* (conhecido como incenso líquido – 8%) e as sementes de LSA (6%).

		Incensos		Fertilizantes para plantas		Sálvia		Poppers		Sementes de LSA	
		Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Não	Contagem	4	1	7	10	10	14	12	14	12	15
	% em Género	26,7%	6,7%	46,7%	66,7%	66,7%	93,3%	80,0%	93,3%	80,0%	100,0%
Sim	Contagem	11	14	8	5	5	1	3	1	3	0
	% em Género	73,3%	93,3%	53,3%	33,3%	33,3%	6,7%	20,0%	6,7%	20,0%	0,0%

Tabela 3 – Distribuição da amostra (N=30) segundo o género que consumiram cada *Smart Drugs*

Relativamente à variável género (Tabela 3), verifica-se uma predominância no género feminino (Fem.) no consumo de substâncias analgésicas, o que não acontece no género masculino (Masc.) onde o consumo é diversificado. Isto é, os rapazes consomem vários tipos

de substâncias quer analgésicas, estimulantes e/ou alucinogénias, podendo isto dizer, que as raparigas são mais contidas no consumo destas substâncias.

É possível perceber, segundo o gráfico (Gráfico 2) que se segue, que todos os participantes já consumiram canabinóides (insere-se o haxixe, cannabis e a marijuana – 44%), sendo que metade da amostra afirma já ter consumido substâncias estimulantes como é o caso de MDMA/Ecstasy (22%) e da Cocaína (21%). Por fim, com uma percentagem reduzida mas considerada significativa, vem o consumo de LSD (13%).

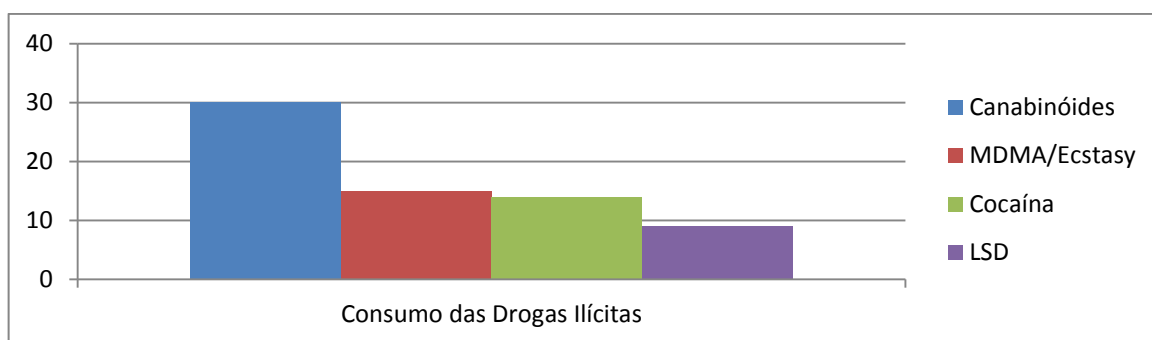


Gráfico 2 – Distribuição do número de participantes (N=30) que consumiram cada uma das substâncias ilícitas

No que diz respeito, ao consumo de substâncias ilícitas e o género (Tabela 4) constata-se que continua a existir uma prevalência no género masculino (Masc.) para o consumo dos vários tipos de substâncias, não sendo tão significativa como na tabela anterior (Tabela 3). É interessante ver que o género feminino (Fem.) neste caso já consumiu substâncias quer analgésicas, estimulantes e/ou alucinogénias.

		Canabinóides		MDMA/Ecstasy		Cocaína		LSD	
		Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Não	Contagem	0	0	6	9	5	11	9	12
	% em Género	0,0%	0,0%	40,0%	60,0%	33,3%	73,3%	60,0%	80,0%
Sim	Contagem	15	15	9	6	10	4	6	3
	% em Género	100,0%	100,0%	60,0%	40,0%	66,7%	26,7%	40,0%	20,0%

Tabela 4 – Distribuição da amostra (N=30) segundo o género que consumiram cada uma das substâncias ilícitas

Com base nos resultados anteriores, consideramos que o género masculino tem na maioria um policonsumo i.e., tendência para consumir vários tipos de substâncias quer legais quer ilegais em comparação com o género feminino que está mais próximo de um registo de monoconsumo. Ou seja, as raparigas da amostra tendem a ter um consumo mais tímido aparentemente menos diversificado do que os rapazes (Tabela 5).

Variáveis	Masculino (N=15)		Feminino (N=15)	
	Média	DP	Média	DP
Número de <i>smart drugs</i> consumidas	2.00	1.13	1.40	0.63
Número de substâncias ilícitas consumidas	2.73	1.10	1.87	1.12

Tabela 5 – Análise descritiva do género em relação ao número de substâncias consumidas

De seguida, prosseguimos à realização de uma ANOVA – One Way, e constatámos efetivamente que há diferenças significativas ($F(1,28)=4.55$; $p=0.042$) entre os géneros em relação ao número de substâncias ilícitas consumidas, com uma tendência no policonsumo dos rapazes. Ao correlacionarmos as variáveis em estudo, verificamos que, o número de *smart drugs* consumidas aumenta consoante o número de drogas ilícitas ($r=0.544$; $p=0.02$), quer isto dizer também que, se o número de drogas ilícitas em média aumentar, automaticamente o número de *smart drugs* tende a crescer o consumo.

6.2. Análise dos Dados da Entrevista

É fundamental que numa análise qualitativa não se perca o carácter descritivo daquilo que se apresenta como objeto de estudo. Para tal, para além dos quadros e gráficos apresentados, afigura-se também as categorias que vão servir de unidade de registo e análise. Em anexo (Anexo B) encontram-se definidas as categorias e também citações dos participantes que vão dar espaço à elaboração de inferências pertinentes.

Com os dados procedeu-se à análise de conteúdo que consiste em organizar toda a informação recolhida, num conjunto de categorias de significado que são propostas através de um processo inferencial e interpretativo, embora se saiba que se processo tem as suas limitações (Amado, 2000).

Quanto ao registo dos dados, este baseou-se na contagem do número de vezes que a mesma categoria presente foi referida (número de resposta – Nr.) por cada participante, mediante determinada questão da entrevista.

Embora uma análise de conteúdo se baseie maioritariamente numa análise qualitativa, procedeu-se também a uma análise quantitativa.

6.2.1. Significado de *Smart Drugs*

Significado de <i>Smart Drugs</i> (Pergunta 1)				
Presença de categoria	Nr.	Nr. em Masc.	Nr. em Fem.	%/N=(30)
Drogas Legais	18	5	13	60
Acessibilidade	9	3	6	30
Composição Química	11	8	3	36.7
Efeitos Iguais	5	2	3	16.7
Efeitos mais Fortes	4	1	3	13.3
Alteram o Sujeito	4	3	1	13.3

Tabela 6 – Distribuição das respostas sobre o conceito/significado de *Smart Drugs*

A partir de um total de 51 ocorrências de resposta (Tabela 6), dividiu-se em 6 categorias, sendo elas, drogas legais (i.e., substâncias lícitas permitas por lei); acessibilidade (i.e., facilidade na aquisição nas lojas “*SmartShops*”); composição química (i.e., modificação do composto químico da substância para torna-la legal); efeitos iguais e efeitos mais fortes aos das drogas ilícitas; e alteram o sujeito (i.e., induzem alterações ao nível físico e/ou psíquicas).

Quanto à questão do conceito/significado de *Smart Drugs* denota-se uma predominância de uma associação imediata a uma substância psicoativa (70%) e uma percentagem bastante mais reduzida faz referência à loja e à sua facilidade de acesso deixando de parte a substância em si. No entanto, é de realçar que os participantes parecem associa-las primeiramente ao seu carácter legal (60%), ao facto de serem sintéticas (36.7%), embora alguns também afirmem que estas tinham os mesmos efeitos que as drogas ilícitas (16.7%). Poucos

foram os participantes que as definiram associando-as como substâncias com efeitos mais fortes (13.3%) e à sua capacidade de alterar o sujeito a vários níveis (13.3%).

6.2.2. *Experiência e Efeitos no Consumo das Smart Drugs*

Experiência no consumo (Pergunta 2)				
Presença de categoria	Nr.	Nr. em Masc.	Nr. em Fem.	%/Nr.
Evento Traumático	4	1	3	13.3
Alterações Emocionais	22	9	13	73.3
Modificações do Sistema Sensorial	4	4	0	13.3
Efeitos Alucinogénos	11	5	6	36.7
Perda da Noção de Realidade	7	6	1	23.3

Tabela 7 – Distribuição das respostas em relação à experiência no consumo *Smart Drugs*

Com um total de 48 respostas (Tabela 7), considerou importante, dividir em 5 categorias, são elas as seguintes: evento traumático (i.e., impacto emocional inesperado pelo consumo de substâncias); alterações emocionais (como por exemplo o rir e o chorar, entre outras); modificações do sistema sensorial (ao nível da visão, audição, tato, paladar e olfato); efeitos alucinógenos (i.e., mudança no encadeamento dos pensamentos, estranheza das sensações, entre outras); e perda da noção da realidade (ao nível do tempo e do espaço).

A maioria dos participantes refere ter sofrido oscilações emocionais imprevisíveis (73.3%) e alucinações (36.7%). Menos foram os participantes que associaram a sua experiência à perda da noção da realidade (23.3%), a eventos traumáticos (13.3%) e alterações dos recetores sensoriais (13.3%).

Efeitos no consumo (Pergunta 2.1)				
Presença de categoria	Nr.	Nr. em Masc.	Nr. em Fem.	%/Nr.
Efeitos Semelhantes	5	3	2	16.7
Efeitos Diferentes	6	2	4	20
Efeitos mais Fortes	17	8	9	56.7
Variação da Substância	4	3	1	13.3

Tabela 8 – Distribuição da percepção ao nível dos efeitos das *Smart Drugs* em comparação com os das drogas ilegais

Quando confrontados com a solicitação de comparação dos efeitos das *Smart Drugs* e das drogas ilegais (Tabela 8), os jovens consideraram, na sua maioria, que os efeitos eram sem dúvida mais fortes (56.7%), tendo alguns destes referido mesmo que eram efeitos perigosos. No entanto, alguns também os considerassem geralmente diferentes (20%) ou semelhantes (16.7%) aos das drogas ilegais quer a um nível físico quer psicológico. Outros ainda referiam que esta comparação é subjetiva, uma vez que os efeitos das substâncias variam do tipo de substância que é consumida (13.3%).

6.2.3. Motivação para o consumo das *Smart Drugs*

Motivação para o consumo (Pergunta 3)				
Presença de categoria	Nr.	Nr. em Masc.	Nr. em Fem.	%/Nr.
Legalidade	5	3	2	16.7
Facilidade de Acesso	9	4	5	30
Preço	6	2	4	20
Diversão	7	4	3	23.3
Curiosidade	19	9	10	63.3
Influência do grupo	10	5	5	33.3

de pares				
Moda	4	2	2	13.3
Rapidez do efeito da substância	4	2	2	13.3

Tabela 9 – Distribuição das respostas sobre as motivações que levam os jovens a consumir *Smart Drugs*

A partir dos resultados gerais, é possível constatar 64 respostas (Tabela 9) por parte dos 30 participantes, o que demonstra um leque de diversas motivações que levam os jovens a consumir. As categorias das respostas associadas a esta questão são oito: legalidade (i.e., conformidade com a lei e a justiça); a facilidade de acesso (i.e., acesso direto – loja aberta); o preço; diversão; curiosidade (i.e., experimentar, conhecer e ver os efeitos das substâncias); influência do grupo de pares (i.e., coação psicológica exercida pelos pares para o consumo de substâncias); moda (i.e., tendência de consumo da atualidade); e a rapidez do efeito da substância (e.g., “moca rápida”).

No que diz respeito, as motivações para o consumo das *Smart Drugs*, a maioria dos participantes concordaram que a vontade de experimentar e conhecer sensações novas (63.3%) era um fator determinante para o consumo das NSP. Seguidamente, a influência do grupo de pares (33.3%), a facilidade de acesso (30%), a diversão (23.3%) e o preço (20%) reforçaram também os motivos para o uso destas substâncias químicas. Apenas 5 participantes (16.7%) referiram o fator legalidade, o que é curioso, uma vez que se trata de drogas legais, esta categoria ficou um pouco aquém das expectativas. Alguns ainda afirmaram que o uso seria por moda (13.3%) e com o objetivo de encontrar um efeito mais rápido da substância (13.3%).

Situações de consumo (Pergunta 3.1)				
Presença de categoria	Nr.	Nr. em Masc.	Nr. em Fem.	%/Nr.
Em festas	10	4	6	33.3
Com o grupo de pares	16	9	7	53.3
Sozinho	2	2	0	6.7
Sem especificação	6	2	4	20

Tabela 10 – Distribuição das situações em que os jovens consomem maioritariamente *Smart Drugs*

Em geral, todos os participantes costumam consumir com o seu grupo de pares (47%) e em festas (29%) sejam elas, festas de trance, universitárias, discotecas ou festivais. Apenas 2 participantes têm um consumo solitário, i.e., consomem sozinhos (5%).

6.2.4. Consequências e Risco no consumo das Smart Drugs

Consequências e Riscos no consumo (Pergunta 4)				
Presença de categoria	Nr.	Nr. em Masc.	Nr. em Fem.	%/N=(30)
Diminuição da saúde	15	6	9	50
Alterações emocionais	15	7	8	50
Alterações motoras	8	3	5	26.7
Oscilação dos consumos	5	2	3	16.7
Dependência	8	4	4	26.7
Pode conduzir à morte	5	4	1	16.7
Ausência de investigação científica	4	2	2	13.3
Ausência de riscos	3	3	0	10

Tabela 11 – Distribuição da percepção em termos das consequências e riscos no uso *Smart Drugs*

Em concordância com as 63 respostas (Tabela 11) inerentes as consequências e risco do consumo para a saúde, identificou-se em primeiro plano 6 categorias fundamentais: a diminuição da saúde (quer isto dizer, redução da qualidade de vida e maior probabilidade de vir a desenvolver problemas de saúde); alterações emocionais (ao nível do humor do sujeito, e.g., estados depressivos, euforia, apatia, entre outras); alterações motoras (ao nível do equilíbrio do sujeito); oscilação dos consumos (quer isto dizer, que as consequências vão depender da intensidade, dos efeitos e da quantidade de substância(s) consumida(s)); a dependência (i.e., o nível de adição à droga; e por fim, o excesso do consumo poderá conduzir à morte (a chamada morte por overdose). Em segundo plano foram identificadas mais 2

categorias aliadas à ausência de investigação científica e a ausência de riscos inerentes ao consumo da(s) substância(s).

De modo geral, os participantes confirmaram que o uso de *Smart Drugs* trazia consequências e riscos para a saúde e o bem-estar de cada um, sendo que estas estavam relacionadas primeiramente com a diminuição da saúde (50%); alterações emocionais (50%); dependência (26.7%); alterações motoras (26.7%) e ainda referiram que pode conduzir à morte (16.7%), sendo uma das causas mais extremista que pode acontecer no consumo estas substâncias. No entanto, alguns participantes afirmaram que não existem consequências (10%), advindas destes novos hábitos, que estas eram variáveis do tipo de consumo que os sujeitos faziam (16.7%).

Para além das diversas referências que se fazem à existência de consequências, uma percentagem considerável de participantes, afirmou que desconhecia quaisquer informações científicas em relação às NSP (13.3%), retirando a conotação da inexistência de problemas.

6.2.5. Perceção da influência da lei no consumo das *Smart Drugs*

A pergunta 5 procura saber se o facto das *smart drugs* terem sido legais influenciou o consumo do jovem e da população em geral. A análise dos dados (Gráfico 3) evidencia diferenças significativas nos dois grupos de resposta (sim vs. não):

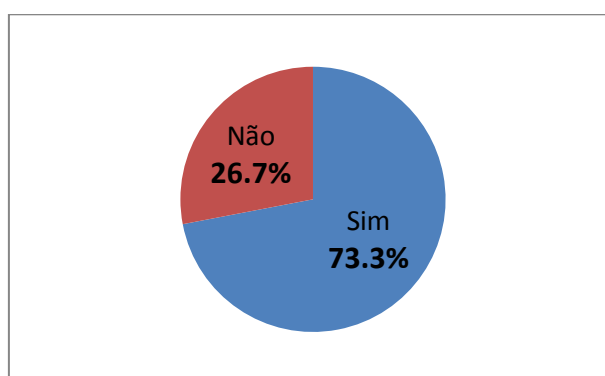


Gráfico 3 – Distribuição da percentagem de opiniões sobre o impacto da legalidade das *Smart Drugs* no consumo do jovem e da população portuguesa

Posto isto, constatamos que a maioria dos jovens participantes (73.3%) considera que o facto de as drogas terem sido legais, é um causador determinante para o consumo, por outro lado, a existência e/ou ausência das NSP, não constituem qualquer barreira para o consumo.

Estes 26.7% referem que o consumo não deriva da legalidade ou ilegalidade, pois continuam a consumir com a mesma frequência os diferentes tipos de drogas.

O que influenciou o consumo das <i>Smart Drugs</i>? (Pergunta 5)					
	Presença de categoria	Nr.	Nr. em Masc.	Nr. em Fem.	%/N=(30)
SIM	Legalidade	6	2	4	20
	Aumento do consumo	9	4	5	30
	Facilidade na aquisição	10	7	3	33.3
	Rapidez do efeito da substância	1	0	1	3.3
	Novos consumidores	4	4	0	13.3
	Não prejudicial	3	3	0	10
NÃO, é igual	Consumo de substâncias	13	7	6	43.3

Tabela 12 – Distribuição da percepção da influência da lei no consumo das *Smart Drugs*

Assim, atendendo às características do grupo do sim, chegámos à conclusão que existem 6 categorias (Tabela 12) que explicam o que influenciou o consumo destes jovens: a legalidade (i.e., a conformidade com a lei e a justiça, sem punição na aquisição dos produtos); o aumento do consumo (deve-se ao preço e ao fácil acesso); facilidade de aquisição (o facto das lojas estarem em locais estratégicos); a rapidez do efeito da substância (i.e. a procura de efeitos rápidos quer a um nível físico quer psicológico); novos consumidores (i.e., a abertura destes estabelecimentos expandiu a curiosidade por parte de novos jovens); e por fim, o facto de não ser prejudicial (i.e. não existem problemas associados a este consumo).

Deste ponto de vista, a maioria dá ênfase, como referido anteriormente e comprovando-se novamente, que a legalidade é o fator determinante, associado à facilidade da aquisição das substâncias (33.3%); devido ao preço e ao fácil acesso (30%) e à conformidade com a lei e a justiça (20%). Nesta última categoria, muitos dos participantes, dão destaque ao facto da polícia de segurança pública (PSP) não poder agir, i.e., proibir o consumo nas ruas, visto que, é uma substância legal, onde há fatura do produto, descartando a hipótese de tráfico como acontece nas drogas ilícitas.

Em relação ao grupo do não, não foi possível destacar mais do que uma categoria, uma vez que os participantes, não fizeram qualquer tipo de referência, apenas se limitaram à afirmar que havendo ou não NSP, o seu consumo continua numa linha homogénea.

6.2.6. Mudanças nos hábitos de consumo

Existindo fatores desfavoráveis ao aumento do consumo de substâncias por parte da população, alguns participantes referiam que o facto de existirem substâncias legais não implicaria o aumento do consumo e que as implicações também iriam depender da preferência dos consumidores, pois os efeitos que vão obter são diferentes e alguns ainda preferem as ilegais.

Neste contexto averiguou-se que mudanças e hábitos de consumo se sucederam com a retirada de substâncias do mercado legal, e primeiramente chegou-se à síntese que nenhum dos participantes refere ter deixado de consumir qualquer tipo de drogas ou substâncias químicas. Sendo estes dados alarmantes, curioso, é ainda perceber que 80% dos participantes referem que a lei não mudou os seus estilos de consumo e os restantes 20% afirmam não consumir *smart drugs* por falta de mercado (Gráfico 4).

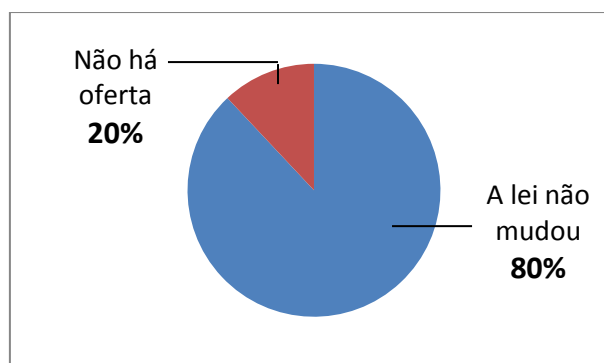


Gráfico 4 – Distribuição da percentagem de opiniões sobre o impacto da ilegalidade das *Smart Drugs* nas mudanças de consumo

Tendo em conta, o facto de a lei não ter influenciado a mudança dos hábitos de consumo, procedeu-se a categorização das dimensões que levam os jovens a manter os estes estilos de vida, sendo elas: regresso e/ou continuidade às drogas ilícitas (desde a canábis/haxixe até as drogas químicas, e.g., LSD, cocaína, entre outras); continuidade do

consumo das *smart drugs*; cultivo (i.e., a criação de plantas naturais para consumo, e.g., canábis); e as compras *online* (i.e., aquisição de substâncias através de lojas virtuais).

O que mudou no teu consumo? (Pergunta 6)					
	Presença de categoria	Nr.	Nr. em Masc.	Nr. em Fem.	%/N=(30)
A lei não mudou o meu consumo	Regresso e/ou continuidade às drogas ilícitas	27	13	14	90
	Consumo de <i>Smart Drugs</i>	6	3	3	20
	Cultivo	4	2	2	13.3
	Compras <i>online</i>	7	4	3	23.3
Não há oferta		6	3	3	20

Tabela 13 – Distribuição sobre os motivos que não despoletarão mudança nos hábitos de consumo

Perante os resultados gerais da tabela (Tabela 13), como fator predominante na maior das ocorrências de resposta destaca-se o regresso e/ou continuidade do consumo de drogas ilícitas (90%), sendo apenas 4 dos participantes admitiu consumir drogas químicas e canabinóides com uma certa frequência, 15 dos participantes afirmou consumir canabinóides e os restantes 8 não fizeram referências especificamente ao tipo de drogas que consomem.

Relativamente ao consumo de *smart drugs*, 20% dos participantes afirma continuar a consumi-las mesmo com a nova lei, é possível contorna-la, visto que muitas destas substâncias entraram-se disponíveis no mercado ilícito (i.e., no chamado tráfico de droga feito por *dealers*) e nas lojas virtuais na internet de outros países da Europa. A aquisição de substância na internet é uma prática considerada legal noutros países da Europa como é o caso, da Espanha e da Holanda, de onde muitos dos participantes afirmaram comprar substâncias *online* (23.3%) e que chegam através da via do correio. É de realçar que a partir do momento que a encomenda saiu do país de origem torna-se ilegal, assim como as sementes para o método de plantação de plantas de canábis (13.3%).

Posto isto, é possível de se afirmar que a lei não é um fator impeditivo para o consumo de novas ou velhas substâncias, com o passar do tempo, quer novos consumidores quer pessoas que se dedicam ao comércio das drogas arranjam imensas maneiras de contornar cada obstáculo.

6.3. Análise da Escala de Atitudes em relação às Drogas

Itens	1	2	3	4	5	6	7
1	1						
2	.24	1					
3	.35	-.07	1				
4	.19	.27	.20	1			
5	.14	.10	.06	.13	1		
6	.29	.24	.30	-.04	.36	1	
7	.33	.42	.11	.43	.00	-.09	1

Tabela 14 – Matriz de correlação dos resultados dos itens referente à escala de atitudes sobre as drogas

Como se pode verificar (Tabela 14), à exceção de duas, (a do item 4 com o item 6 e a do item 6 com o item 7) todas as correlações são positivas e significativas. Embora estatisticamente significativos e com resultado final elevado, poder-se-á concluir que os itens representam globalmente, um nível adequado de relacionamento e de homogeneidade, tendo sempre em consideração a limitação do número final da amostra.

Para uma melhor compreensão da definição de atitude que a amostra considera ter em relação às drogas, e em termos de dimensão avaliativa, através da média geral dos itens (consideramos como valor médio, $M=3.56$), criamos assim, dois grupos, o grupo com atitude desfavorável (i.e., o grupo com valor abaixo da média, $N=16$) versus o grupo com atitude favorável (i.e., grupo com valor acima da média, $N=14$).

6.3.1. Atitude Desfavorável versus Atitude Favorável e o Número de Substâncias

A diferenciação dos grupos indica simplesmente que tanto no grupo com atitude desfavorável como no grupo com atitude favorável existe maior preponderância para o consumo de drogas ilícitas, sendo que no entanto, os participantes com atitude mais favorável tendem em média a consumir substâncias em maior número do que os restantes (Tabela 15).

Variáveis	Atitude Desfavorável (N=16)		Atitude Favorável (N=14)	
	Média	DP	Média	DP
Número de <i>smart drugs</i> consumidas	1.44	0.62	2.00	1.17
Número de substâncias ilícitas consumidas	2.25	1.06	2.36	1.33

Tabela 15 – Análise descritiva da atitude desfavorável versus atitude favorável em relação ao número de substâncias consumidas

De modo a percebermos o tipo de atitude se relaciona com o número de substâncias consumidas e se há diferenças significativas entre cada atitude (desfavorável versus favorável), foi realizada uma ANOVA – One Way. A partir desta análise, concluímos que as não há diferenças significativas entre o consumo de substâncias quer lícitas quer ilícitas e a atitude face a estas. Quer isto dizer que, a atitude face às drogas não influencia diretamente a escolha de substâncias a serem consumidas pelos jovens, e assim, a nossa segunda hipótese não é confirmada.

6.4. Operacionalização do BSI

A variação das correlações indica que o aumento numa das dimensões da psicopatologia se encontra associada a aumentos de todas as outras dimensões. Como é óbvio, todas as escalas apresentam correlações mais elevadas com os três índices globais de psicopatologia do que entre si, no entanto, como se pode observar na Tabela 16, as correlações, na sua grande maioria são estatisticamente significativas.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	IGS	ISP	TSP
1.Somatização	1											
2.Obsessões-Compulsões	.48	1										
3.Sensibilidade Interpessoal	.35	.67*	1									
4.Depressão	.19	.67*	.76*	1								
5.Ansiedade	.59*	.55*	.60*	.71*	1							
6.Hostilidade	.21	.60*	.57*	.58*	.50*	1						
7.Ansiedade Fóbica	.62*	.45	.48	.42	.55*	.14	1					
8.Ideação Paranoide	-.06	.39	.40	.47	.09	.57*	0.4	1				
9.Psicoticismo	.34	.55*	.48	.60*	.51*	.52*	.52*	.54*	1			
IGS	.54*	.80*	.81*	.86*	.80*	.74*	.58*	.56*	.76*	1		
ISP	.34	.71*	.56*	.68*	.66*	.65*	.26	.36	.59*	.75*	1	
TSP	.51*	.71*	.76*	.73*	.62*	.59*	.65*	.57*	.70*	.89*	.43	1

*A correlação é significativa no nível 0.05

Tabela 16 – Matriz de correlação dos resultados das dimensões e dos índices gerais relativamente ao BSI

Analisando as correlações mais elevadas de cada dimensão com as outras dimensões, constatamos que a Somatização se encontra preponderantemente ligada à Ansiedade ($r=.59$); as Obsessões-Compulsões correlacionam-se de modo elevado com a Sensibilidade Interpessoal ($r=.67$), a Depressão ($r=.67$) e com a Hostilidade ($r=.60$); a Sensibilidade Interpessoal encontra-se mais ligada à Depressão ($r=.76$) e à Ansiedade ($r=.60$); a Ansiedade Fóbica à Somatização ($r=.62$); a Ideação Paranoide com a Hostilidade ($r=.57$) e o Psicoticismo liga-se sobretudo, à Depressão ($r=.60$).

Derogatis (1982, cit. por Canavarro, 1999), ao criar esta versão do inventário, introduz a possibilidade de transformar os dados obtidos nesta escala em nove dimensões de psicossintomatologia e por fim calcular os três índices globais, sendo estes últimos, avaliações sumárias de perturbação emocional.

Através da análise descritiva os valores obtidos quer ao nível das nove dimensões quer ao nível dos índices globais foram os seguintes:

Variáveis	Índices da população em geral		Índices da amostra em estudo (N=30)	
	Média	DP	Média	DP
Somatização	0.573	0.916	0.719	0.559
Obsessões-Compulsões	1.290	0.878	1.344	0.563
Sensibilidade Interpessoal	0.958	0.727	0.758	0.614
Depressão	0.893	0.722	0.727	0.731
Ansiedade	0.942	0.766	0.755	0.693
Hostilidade	0.894	0.784	1.046	0.907
Ansiedade Fóbica	0.418	0.663	0.340	0.375
Ideação Paranoide	1.063	0.789	1.060	0.805
Psicoticismo	0.668	0.614	0.646	0.494
IGS	0.835	-	0.830	0.463
TSP	26.993	-	26.200	11.311
ISP	1.561	-	1.608	0.399

Tabela 17 – Análise descritiva dos índices da população versus índices da amostra em estudo para as pontuações do BSI

A tabela 17 demonstra-nos de lado os valores estandardizados do BSI (Canavarro, 1999, pp. 105) e do outro, os valores obtidos na análise da amostra em estudo. Como podemos constatar qualitativamente, os participantes deste estudo, não são indivíduos perturbados emocionalmente nem se caracterizam por padrões de interação interpessoal desviantes da norma, isto é, que o seu desempenho tanto a nível profissional quer na sua vida pessoal não tem risco de ficar comprometido com o consumo de substâncias.

Estando estes dados longe dos índices de perturbação emocional, é de salientar que duas das dimensões apresentaram valores minimamente acima da média da população em geral, sendo elas a dimensão Somatização e Hostilidade.

Procedeu-se, de seguida, à análise descritivas dos resultados tendo em consideração a variável género (Tabela 18):

Variáveis	Masculino (N=15)		Feminino (N=15)	
	Média	DP	Média	DP
Somatização	0.485	0.399	0.952	0.610
Obsessões-Compulsões	1.155	0.575	1.533	0.500
Sensibilidade Interpessoal	0.600	0.549	0.916	0.652
Depressão	0.588	0.573	0.866	0.859
Ansiedade	0.477	0.273	1.033	0.868
Hostilidade	0.880	0.755	1.213	1.037
Ansiedade Fóbica	0.240	0.356	0.440	0.379
Ideação Paranoíde	1.133	0.850	0.986	0.779
Psicoticismo	0.573	0.483	0.720	0.511
IGS	0.688	0.383	0.973	0.503
TSP	23.733	11.151	28.666	11.298
ISP	1.478	0.375	1.738	0.392

Tabela 18 – Análise descritiva dos índices da amostra em estudo tendo em conta os géneros (masculino vs feminino) para as pontuações do BSI

Com base nestes resultados, há dimensões que revelam valores mais elevados nomeadamente no género feminino, no entanto, não evidenciam diferenças significativas, de modo a que possamos afirmar que há presença de sintomas psicopatológicos. As raparigas do

estudo apresentam valores minimamente acima da média esperada nas dimensões Somatização, Obsessões-Compulsões e Hostilidade comparativamente com os rapazes. Estes últimos apresentam valores muito abaixo da média nas dimensões Sensibilidade Interpessoal, Depressão e Ansiedade. O que não seria de prever que esta variável fosse pouco discriminatória, uma vez que por norma, o género feminino apresente um padrão de funcionamento da personalidade perturbado quer de forma transitória quer permanente (Carvalho-Teixeira, 2010)

No que diz respeito as avaliações sumárias dos três índices globais, não podemos referir que homens e mulheres diferem na frequência de sintomas psicopatológicos positivos. Uma vez que os resultados obtidos, não demonstram evidências estatísticas nos dois grupos, no entanto, no caso das raparigas, estas apresentam valores mínimos acima da média esperada pela população em geral (Canavarro, 1999, pp.105) no TSP (M= 28.666) e ISP (M= 1.738), quer isto dizer, que uma porção das raparigas deu uma resposta positiva (i.e., maior do que zero) ao longo do inventário. Enquanto que os rapazes, na maioria deu uma resposta negativa “*Nunca*” (i.e., contada com zero), o que revela um valor minimamente inferior da média no IGS (M= 0.688) e TSP (M= 23.733).

Por último, foi realizada, por conseguinte, uma ANOVA – One Way em que nos pudesse confirmar efetivamente que as dimensões do BSI teriam diferenças significativas entre os géneros. Na verdade, existe diferenças significativas apenas nas dimensões Somatização ($F(1,28)=6.14$; $p=0.020$) e Ansiedade ($F(1,28)=5.58$; $p=0.025$), com uma tendência na dimensão Obsessões-Compulsões ($F(1,28)=3.67$; $p=0.065$).

6.4.1. Sintomas Psicopatológicos e a Atitude em relação às Drogas

A mediação das atitudes pode ser através de respostas cognitivas, afetivas e comportamentais (Vala & Monteiro, 2002), ou seja, pode ser vista como um estado psíquico. E ao longo desta investigação, tentámos de algo modo, abranger alguns dos aspetos que a literatura salienta, não podendo deixar de fora as respostas psicológicas/somáticas (Tabela 19).

Variáveis	Atitude Desfavorável (N=16)		Atitude Favorável (N=14)	
	Média	DP	Média	DP
Somatização	0.651	0.511	0.795	0.620
Obsessões-Compulsões	1.208	0.575	1.500	0.527
Sensibilidade Interpessoal	0.750	0.619	0.767	0.631
Depressão	0.697	0.782	0.761	0.697
Ansiedade	0.687	0.677	0.833	0.727
Hostilidade	0.887	0.684	1.228	1.109
Ansiedade Fóbica	0.275	0.333	0.414	0.418
Ideação Paranoide	1.037	0.883	1.085	0.738
Psicoticismo	0.475	0.449	0.842	0.484
IGS	0.757	0.428	0.915	0.502
TSP	23.750	11.590	29.000	10.705
ISP	1.606	0.375	1.610	0.440

Tabela 19 – Análise descritiva dos índices da amostra em estudo tendo em conta a atitude em relação às drogas (atitude desfavorável versus atitude favorável) para as pontuações do BSI

Deste modo, verifica-se que a atitude mais preponderante é a atitude favorável, no que sentido que, apresenta diferenças não muito significativas mas acima da média esperada, ao contrário da atitude desfavorável que não apresenta nenhuma exceção nos valores médios, encontram-se efetivamente todos abaixo da média esperada para a população portuguesa em geral.

Analisando a atitude favorável dos jovens que participaram no nosso estudo, podemos observar que no que concerne às dimensões psicopatológicas, Somatização, Obsessões-Compulsões, Hostilidade e o Psicoticismo revelam dados acima da média. Não esquecendo, no entanto, do TSP também se encontra, de igual modo, um pouco acima do esperado.

Em consonância com os dados obtidos, quisemos compreender até que ponto é que existiria diferenças expressivas nos dois grupos em associação com os diferentes sintomas psicopatológicos. E de facto, constatámos que apenas existe diferenças significativas na dimensão Psicoticismo ($F(1,28)=4.65$; $p=0.04$) relativamente à atitude face às drogas no seu global. No entanto, considerando o valor de Alpha de Cronbach inaceitável nesta dimensão

(Tabela 2), não é possível ir ao encontro do objetivo da nossa primeira hipótese, que consistia em caracterizar um perfil psicológico, ou melhor perceber quais os sintomas que estariam, sobretudo, ligados ao consumo de NSP.

No que diz respeito, ao total de sintomas positivos (TSP) existe uma correlação positiva ($r=0.393$; $p=0.03$) face às atitudes em relação às drogas, quer isto dizer, que as atitudes tendem moderadamente a aumentar quando a presença de sintomas positivos também aumenta.

7. DISCUSSÃO

O consumo de drogas legais ou ilegais é uma prática cada vez mais comum em cidadãos convencionais, como forma de diversão e busca de prazer (Cruz & Machado, 2010). Estudos sugerem que muitos consumidores têm consciência dos potenciais danos das drogas mas, ponderando os seus riscos e benefícios, optam por utilizá-las. Fazem-no, todavia, adoptando alguns cuidados de gestão dos consumos, de modo, a reduzir potências danos.

Assiste-se, actualmente, à difusão do consumo recreativo entre muitos jovens convencionais e à minimização de diferenças sociodemográficas no consumo (Gourley, 2004; Cruz & Machado, 2010). A maioria da investigação sobre a utilização de substâncias ilícitas permanece, porém, centrada nos seus aspectos problemáticos e em amostras patológicas.

O exposto sugere que alguns dos consumidores são capazes de manter o seu ajustamento global apesar de utilizarem substâncias ilícitas (Cruz & Machado, 2010), sem excepção dos consumos, são sujeitos bem ajustados às normas convencionais, como por exemplo, os estudantes universitários (Cruz & Machado, 2010; Galhardo, Cardoso & Marques, 2006; Levy, O'Grady, Wish & Arria, 2005; Parker, Williams & Aldridge, 2002).

Smith e Smith (cit. por Cruz & Machado, 2010) descrevem os participantes do seu estudo como consumidores funcionais, pela sua capacidade de conciliar os consumos com a manutenção de um trabalho e de um estilo de vida “normal”. E de facto, o nosso estudo vai ao encontro do que referem estes autores, uma vez que, os estes trinta jovens não apresentaram sintomas desajustados e mantem-se ajustados segundo o que aparentam nas áreas da sua vida, como sejam o percurso académico e na inserção em comunidade.

7.1. Perfil do Consumidor: Aspetos Psicológicos

O estudo de variáveis psicopatológicas na população de consumidores de drogas torna-se de extrema pertinência, na medida em que um grande número de estudo constata que se trata de um grupo com uma percentagem significativa de perturbação psiquiátrica (Escudeiro, Lamachã, Freitas & Silva, 2006; Fabião, 2002). Isto porque, a dependência de drogas conduz a um padrão motivacional marcado pela ausência de objectivos, num registo imediatista, o que constitui um funcionamento da personalidade perturbado, muitas vezes associado à desertificação da vida a nível social, afectivo e profissional, e quase sempre material, que muitas vezes gera (e é gerado) por sintomas psicopatológicos. (Escudeiro, Lamachã, Freitas & Silva, 2006; Felix da Costa, 1995).

Contudo, este seria o primeiro cerne da questão de investigação, não havendo diferenças significativas no que diz respeito às dimensões psicopatológicas, podemos de algum modo afirmar que, este grupo em estudo, não são indivíduos perturbados emocionalmente nem se caracterizam por padrões de interação interpessoal desviantes da norma. Independentemente da sua experiência no consumo das *smart drugs* referirem: alterações emocionais (i.e., oscilações imprevisíveis como rir, chorar, entre outras), leveza no estado de espírito, sensação de vazio, aceleração do coração, mudanças no encadeamento dos pensamentos, estranheza das sensações e, ainda perda da noção de realidade, o facto de terem vivenciado estes episódios negativos no uso das substâncias não os influencia de modo a evitarem experiências desagradáveis. Até pelo contrário, em função da qualidade das experiências de consumo que vão tendo, os indivíduos vão moldando a sua utilização de drogas: as experiências positivas, que proporcionam prazer e que são as mais frequentes, contribuem para a manutenção dos consumos; os aspectos negativos experienciados com o uso de certas drogas, apesar de não serem suficientemente significativos para provocar o abandono dos consumos, contribuem para a sua adaptação, de modo, a evitar tais aspectos negativos, e por sua vez, algumas experiências realmente negativas com a utilização de certas substâncias, embora muito mais raras, fazem com os sujeitos nunca mais as consumam (Cruz & Machado, 2010).

Assim, pode-se dizer que, este consumo não-problemático para os indivíduos é informado pela qualidade de experiências pessoais de utilização de drogas e pelas vivências com os pares consumidores, já que estas últimas surgem como importantes meios de aprendizagem sobre as substâncias e como modelos inclusive para a decisão de consumir ou não uma droga.

No entanto, outros autores como por exemplo, o psiquiatra Luís Patrício, defende outra visão, no que diz respeito ao uso de substâncias. Este afirma que uma pessoa que consome drogas “é dependente porque consumiu e consome drogas” (Patrício, 1995, pp. 128). Sendo que hoje em dia há quem veja o consumidor de drogas como uma pessoa com um diferente estilo de vida, e com direito a essa diferença, sem por isso ser discriminado. Na verdade, há pessoas consumidoras de drogas, que não estando dependentes, consomem alguma ou algumas drogas de forma ocasional ou recreativa. O facto de terem a sua personalidade mais estruturada, conseguem manter com a droga ou melhor, apenas com algumas drogas, uma relação respeitando certos limites. Segundo este autor, “o futuro é uma incógnita, mas poderá tornar-se numa vivência terrível: a dependência.” (pp.128). Pois, na sua grande maioria, os dependentes foram no passado consumidores ocasionais ou recreativos. O

dependente passou por esta fase, porventura aquela que é vivida com mais emoção, como um desafio, procurar dominar uma substância que sabem que “agarra”.

7.2. Atitudes do Consumidor

Independentemente da atitude face às drogas seja favorável ou desfavorável, não influencia de modo algum a escolha de substâncias a serem consumidas por parte dos jovens em questão. Existe uma maior preponderância ao consumo pelos consumidores com uma atitude favorável em ambas as substâncias quer legais quer ilegais. No entanto, é razoável supor, que os jovens com atitudes mais favoráveis em relação ao uso das diversas substâncias psicoactivas farão mais facilmente a transição para um consumo habitual do que os jovens que exprimem atitudes mais negativas (Negreiros-Carvalho, 1993). O que parece controverso, visto que em média do consumo com atitude desfavorável é inferior em relação à atitude mais positiva.

7.3. Motivação para o Consumo

O consumo juvenil de substâncias insere-se num contexto de curiosidade, de procura de novas experiências, de busca de prazer e até mesmo como forma de identificação e integração do grupo (Araújo, 2008). O prazer, a diversão e a curiosidade são os motivos frequentemente atribuídos pelos consumidores à iniciação e/ou utilização (Balsa, Farinha, Urbano & Francisco, 2004; Galhardo et al., 2006; Parker et al., 2002).

Através da nossa terceira hipótese, e no âmbito deste fenómeno, o consumo é iniciado sobretudo pela curiosidade sobre as novas drogas, mas também facilitado pelas vivências com os pares que consomem, inclusive por proporcionarem o acesso e a aquisição das substâncias. Estes dois factores contribuem para o desejo de consumir e a concretização deste desejo é facilitada por certas percepções da utilização de substâncias ilícitas, partilhadas pelos sujeitos, como a ideia de difusão actual dos consumos e a ideia da aceitação social (Cruz & Machado, 2010).

7.4. O Consumo e Risco das Substâncias

A maioria da nossa amostra assenta na definição genérica de policonsumos de drogas, isto é, refere-se ao consumo de mais do que uma droga ou tipo de droga por um mesmo indivíduo. A maior predominância é no consumo de canabinóides quer os ditos legais quer os ilegais, no entanto, quando se refere ao consumo de outras substâncias legais as raparigas aproximam-se a um padrão de monoconsumo em comparação com os rapazes. No entanto, é importante não esquecer que o policonsumo de droga tem quatro funções principais, o maximizar os efeitos, equilibrar ou controlar os efeitos negativos e substituir os efeitos secundários desejados. Esta combinação é feita pelos consumidores no sentido de obter e prolongar experiências agradáveis.

De um modo geral, as substâncias ilícitas são por ambos as mais conhecidas e consumidas, o que acaba por ser congruente, uma vez que as raparigas no que se refere as *smart drugs* são mais contidas.

Estes consumos de drogas não dependem das diferenças nos sistemas de controlo legal (Quintas, 2006) e que as substâncias ilícitas tendem a ser valorizadas pelo ócio que podem proporcionar e parecem cada vez mais integradas no estilo de vida de muitos sujeitos globalmente convencionais (Cruz & Machado, 2010).

Dependendo do enquadramento cultural, a mesma substância pode ser considerada uma oferta dos deuses, e até entendida como uma encarnação divina, ou ser vista como potencialmente perigosa, ao ponto da sua posse, consumo ou comercialização ser proibida a bem da saúde pública. Tal revela que o cerne da questão não está exclusivamente no produto ou na substância psicoactiva, mas na forma como é vista, enquadrada e também consumida (Calado, 2013).

Importa ainda realçar, que a maioria dos entrevistados (73%) se revelou consciente dos malefícios do consumo de drogas, sobretudo, em relação ao consumo de *smart drugs*, onde fez referência ao nível de adição subjacente ao consumo, à redução da qualidade de vida e maior probabilidade de vir a desenvolver inúmeros problemas de saúde, às alterações emocionais (e.g., estados depressos, euforia, apatia, entre outras), alterações ao nível do equilíbrio e ao excesso de consumo que em extremo poderá levar à overdose (Tabela 11). O que nos leva a deduzir que a regularidade e frequência dos consumos são controladas e geridas, de forma a, que os indivíduos conciliem com o cumprimento das actividades convencionais e obrigações diárias do seu quotidiano (Quintas, 2006). Esta prática é compreensível se consideramos a percepção consensual dos sujeitos (N=23) de que o

consumo de canabinóides é compatível com o cumprimento das actividades normativas, uma vez que, os efeitos positivos destas substâncias são diversos: relaxamento, redução do *stress*, criatividade no pensamento, ideias fluem com mais facilidade, maior sensibilização dos sentidos, sensação agradável no corpo, mudança repentina na fadiga, alívio nas dores e as tarefas chatas tendem a tornar-se mais engraçadas (Silva, 2011). O mesmo não defenderiam em relação as outras substâncias ilícitas, que segundo os restantes, só as consomem ocasionalmente em contexto de lazer e circunstâncias especiais (Cruz & Machado, 2010).

7.5. A Problemática do Fenómeno das Smart Drugs

O perigo que as caracteriza vai para além dos efeitos nefastos que podem representar para a saúde do sujeito consumidor. O facto de serem substâncias novas, pouco estudadas, nada previsíveis e fazerem parte de um mercado alargado, obscuro e com um marketing atraentemente agressivo – tráfico e venda *online* – traduz-se em novos desafios e na necessidade de preparar e desenvolver novas respostas e abordagens. Uma vez que esta investigação constata, que independentemente da proibição, de acordo com decreto-lei nº.54/2013 de 17 de Abril, da venda destas substâncias, o facto é que 80% dos inquiridos afirma que a lei não alterou em nada o seu consumo, para além de que, seis referem continuar a consumir *smart drugs*, cinco adquirem-nas através da internet e quatro recorrem ao cultivo. Apenas seis dos jovens referem que devido ao fecho das *smartshops* não as consomem.

Utilizadas geralmente para fins recreativos, estas substâncias fazem agora parte de uma nova era ou geração de drogas, onde tudo é mais fugaz e desafiante para todas as práticas, políticas públicas e dinâmicas sociais. O anonimato é agora permitido ao consumidor e os meios de aquisição e venda de substâncias são cada vez mais variados e criativos (<http://salviainos.blogspot.pt>). A globalização e os avanços nas tecnologias de informação e comunicação abrem agora novas oportunidade de oferta, comércio, aquisição e acesso à informação sobre drogas (Fattore & Fratta, 2011; Calado, 2006), facilitado alguns processos e tornando arriscados muitos outros. Para além disto, associado a todo este mercado palpável, existe ainda um mercado internauta – não palpável – que compreende cerca de 693 lojas *online* (OEDT, 2013) e múltiplos traficantes e consumidores desconhecidos e activos no espaço virtual.

O preconceito associado ao consumidor de drogas, onde o toxicodependente surge como a figura principal, dá agora espaço a outro tipo de pessoas e consumos. Consumidores

habituais ou não, estas drogas despertam no sujeito um variado conjunto de sensações desconhecidas e a rapidez com que elas surgem no mercado limitam o avanço oportuno da ciência, dificultando a obtenção de respostas mais rápidas e eficazes.

O facto de serem “drogas legais” transmite uma falsa ideia de segurança e é importante lembrar que uma substância por ser legal, não está necessariamente isenta de perigo. Conclui-se, então, que este fenómeno, no que respeita, às motivações para o consumo tem subjacentes factores como a legalidade e o acesso, sendo, por vezes percebido como uma alternativa às fontes ilícitas, tal como refere o primeiro estudo qualitativo que procurou reunir alguma informação sobre este fenómeno através de uma análise documental a 200 *web sites*, publicado em 2011, por Fattore e Fratta.

Quanto à percepção da influência da lei no consumo, a questão da legalidade das substâncias quer a facilidade de aquisição (N=16), ou seja, o facto de estas serem legais e livres de consumo, é referida, já que os participantes declaram fazer uma associação entre as questões legais e o perigo inerente ao consumo das mesmas, referindo que o facto de determinadas substâncias serem lícitas prediz a inexistência de riscos para a saúde (N=7).

Pode-se perceber que os participantes consideram que a legalidade das substâncias vai ter impacto no consumo da população em geral, principalmente devido ao facto de, deste modo, se facilitar o acesso, por causa da existência de lojas abertas ao público, dispensado muita gente de recorrer às fontes ilegais para comprarem substâncias (que ainda por cima parecem ser mais caras do que *Smart Drugs*). O que corrobora a nossa quarta hipótese, embora não possa ser generalizável à população portuguesa e apenas representativa do contexto em questão. As informações recolhidas remetem para as questões legais subjacentes às substâncias psicotrópicas, onde o peso de uma lei poderá ser determinante à percepção do risco que os indivíduos têm no acto de consumo de certas substâncias. Mais uma vez, estes resultados remetem, para o que MacCoun (1993) enfatizava quando referia que a legalização de substâncias iria conduzir a população, a maiores níveis de consumo devido à despreocupação com as leis.

No que diz respeito, à noção que os participantes envolvidos apresentaram sobre o estereótipo de pessoas que consomem as *Smart Drugs*, embora a maior percentagem tenha concordado que o consumo seria, então, generalizado a todo o tipo de pessoas, sendo que quatro afirmaram que jovens não consumidores aderiram a esta moda e passaram a ser novos consumidores destas substâncias.

Nunca é demais acrescentar que “Legal não significa isento de perigo” (Patrício, 2006). A droga é um tema infundável, cheio de razões, argumentos, perspectivas e

particularidades. A perfeição continua a ser impossível mas uma tentativa de melhoramento da situação poderá ser o melhor caminho.

No entanto, na nossa perspectiva, este fenómeno parece ter como resultado relatar níveis de consumo inferiores aos praticados, embora não exista uma forte evidência que sustente claramente esta conclusão. Não esquecendo, que independentemente deste estudo não referir dados preocupantes em relação ao risco, consequências e problemáticas subjacentes a este fenómeno das novas substâncias psicoactivas, é ter em atenção que a toxicodependência é “a pessoa que consome DROGAS, não fica no seu estado “normal” continuando a consumir, pode desenvolver um processo de dependência. Este é um dos aspectos delicados do problema da droga: ser adepto não passa de consumidor ocasional, ser consumidor regular, ser toxicodependente” (Patrício, 1996, pp.24).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realçamos que a presente investigação tem algumas limitações, podendo apontar em primeiro lugar, a pequena amostra, sendo que um maior número de participantes consistiria num maior número de dados, resultando portanto, em análises mais fidedignas e concretas. Tem a limitação de não possibilitar a generalização dos resultados, dado não se tratar de uma amostra representativa da população consumidora em geral. Não obstante, a amostra considerada tem também, e na nossa perspectiva, a vantagem de representar um lado usualmente importante no consumo de drogas e de estimular um debate mais complexo sobre as múltiplas facetas deste fenómeno.

O facto de este estudo demonstrar que há consumidores de drogas ilegais ou legais não se enquadrarem nas noções comuns de consumidor problemático ou toxicodependente, não inválida, de modo algum, salientar que as medidas de intervenção ou estratégias de redução de danos sejam fulcrais na temática em causa. Para além, de que estes indivíduos desenvolvem certos cuidados de gestão dos seus consumos, de modo a potenciar o prazer e a minimizar os seus potenciais aspectos negativos, o que quer dizer, que não deixa de existirem riscos e consequências na saúde global do individuo.

Apesar dos resultados obtidos, estes indivíduos ao estarem a passar tendencialmente por uma fase inicial de experimentação de várias substâncias, ao longo do tempo os seus consumos tendem a desenvolver-se e a estabilizar num padrão que, em geral, envolve o uso regular ou ocasional de todas as outras drogas ilegais.

Para terminar, um dos pontos fortes do nosso trabalho, foi o método utilizado de auto-relato através da entrevista semiestruturada, que dum modo simplista, constitui uma apreciação direta do sujeito relativamente a um dado comportamento e/ou variável de interesse para o investigador. Isto, porque o investigador conduz a entrevista de modo a não fugir ao objectivo principal e o entrevistado, de certa forma, não se sente a ser objecto de estudo, de avaliação.

O facto de ter contacto directo com as histórias destes jovens é enriquecedor não só para o trabalho em si como para uma experiência futura, uma vez que, cada experiência é uma experiência, cada motivação tem a sua razão de ser, cada sensação é diferente, cada mudança tem o seu propósito. É um leque de informações fulcrais para compreender a pessoa no seu todo.

No entanto, neste estudo específico careceu alguma informação no sentido de conhecer a pessoa que efectivamente estava à nossa frente. O que sugerimos para futuras

investigações, para compreender um jovem consumidor bem com a sua personalidade tem que se compreender a problemática da adolescência, o processo de crescimento, as condições da vida contemporânea, envolvendo a compreensão integral das relações sociais existentes na nossa sociedade. Como também, a relação que ele tem consigo próprio, com o seu meio, a família e a sua interacção social, não deixando de ser prescindível, as suas vivências internas, auto-estima e a sua projecção ou ausência da mesma em relação ao futuro. É essencial também compreender a sua relação de dependência social, psicológica e económica com o mundo da droga.

Assim, a presente dissertação poderá ser um bom ponto de partida para estudos futuros e ainda um contributo essencial à prevenção das toxicodependências, onde a afirmação de Luís Patrício (2006) “Legal não significa isento de perigo” é, mais uma vez, sublinhada e recordada.

Referências Bibliográficas

- Almeida, V. (2006). *Somatização e expressão emocional – um estudo nos cuidados de saúde*. Tese de doutoramento. Braga: Universidade do Minho.
- Agra, C. (1993). Ciência do comportamento do adictivo. In C. Agra (Coord.) *Dizer a droga, ouvir as drogas*. Porto: Radicário. (pp. 11-28).
- Agra, C. & Fernandes, L. (1993). Droga enigma, droga novo paradigma. In C. Agra (Coord.) *Dizer a droga, ouvir as drogas*. Porto: Radicário. (pp. 55-86).
- Amaral, C. (1982). As teorias e as forças. *Psicologia*, 3, 70-79.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Angel, P., Richard, D., & Valleur, M. (2002). *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi.
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2013). *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa – 2012: Relatório Preliminar*. Consultado a 30 Abril de 2013, http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/135/Relatório_Preliminar.pdf.
- Barratt, M., Cakic, V., & Lenton, S. (2003) Patterns of synthetic cannabinoid use in Australia. *Drug and Alcohol Review*, 32, 141-146.
- Bergeret, J. (1990). Addictin and primary prevention. *Drug Alcohol Depend*, 25, 187-192.
- Calado, V. (2006). *Drogas Sintéticas: Mundos Culturais, Música Trance e Ciberespaço*. Lisboa: IDT.
- Calado, V. (2013). *Novas Substâncias Psicoativas: O caso da Salvia Divinorum*. Lisboa: SICAD.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. In Simões M., Gonçalves, M. & Almeida, L. (Ed). *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol.2). Braga: Sistemas Humanos e Organizações, pp. 95-109.

- Chaves, M. (1998). Consumos de “Novas Drogas”: pontos de partida para a investigação sociológica. *Revista Toxicodependências*, 2 (4),15-23.
- Cruz, O. S., & Machado, C. (2010). Consumo “não-problemático” de drogas ilegais. *Revista Toxicodependências*, 16 (2), 39-47.
- Dias, A. (1999). *A imprensa escrita, a droga e a toxicodependência: da massificação à estereotipia dos discursos*. Tese de Doutoramento. Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- EMCDDA (2008). *Annual Report – 2008*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- EMCDDA (2013). *EU Drug Markets Report. A strategic analysis..* Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- Escudeiro, R., Lamachã, S., Freitas., A., & Silva, H. (2006). Qualidade de vida e toxicodependência. *Revista Toxicodependências*, 12 (3), 65-78.
- Fabião, C. (2002). Toxicodependências: duplo diagnóstico, alexitimia e comportamento. *Revista Toxicodependência*, 8, 37-51.
- Fernandes, L. (1990). *Os pós modernos, a cidade, o sector juvenil e as drogas*. Porto: Universidade do Porto.
- Figlie, N.B., Bordin, S., & Laranjeira, R. (2004). *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Roca
- 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.
- Fonte, C. (2003). *Consumo de Álcool e Drogas Ilícitas em Estudantes da Universidade do Minho: da estatística à Construção Narrativa de Significados*. Dissertação de Mestrado

não publicada apresentada à Universidade do Porto – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto.

Fonte, C. (2006). Comportamentos Aditivos: Conceito de Droga, Classificações de Droga e Tipos de Consumo. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa*, 3, 104-111.

Fonte, C. (2007). O Consumo de Drogas e os Comportamentos Aditivos: Alguns modelos Teóricos – Explicativos. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 4, 238-250.

Galhardo, A., Cardoso, I. M., & Marques, P. (2006). Consumo de substâncias em estudantes do ensino superior de Coimbra. *Revista Toxicodependências*, 12 (1), 71-77.

Geraldes, L. (2005). *Alexitimia e dependência de drogas: estudo desenvolvido em dois centros de apoio a toxicodependentes*. Monografia não publicada, Porto: Universidade Fernando Pessoa

Gonçalves, O. (1990). *Terapia Comportamental: manuais teóricos e manuais terapêuticos*. Porto: Edições Jornal de Psicologia.

Gourley, M. (2004). A subcultural study of recreational ecstasy use. *Journal of Sociology*, 40 (1), 59-73.

Janeiro, L., & Metelo, T. (2004). Contribuições para a descrição do perfil de personalidade dos utentes do CAT – Sotavento/Olhão. *Revista Toxicodependências*, 10, 25-35.

Karon, B. & Widener, A. (1995). Psychodynamic therapies in historical perspective: “Nothing human I consider alien to me”. In Bongar, B. & Beutler, L. *Comprehensive Textbook of Psychotherapy: Theory and Practice*. New York: Oxford University Press.

King, L. & Kicman, A. (2011). A Brief History of «New Psychoactive Substances». *Drug Testing and Analysis*, 3, 7-8.

Lebovici, S. (1991). The theory of attachment and contemporary psychoanalysis. *Psychiatry Enfants*, 34, 309-339.

- Levy, K., O'Grady, K., Wish, E., & Arria, A. (2005). An in-depth qualitative examination of the ecstasy experience: results of a focus group with ecstasy-using colleges students. *Substance Use & Misuse*, 40 (9), 1427-1441.
- MacCoun, J. R. (1993). Drugs and the Law: A Psychological Analysis of Drug Prohibition in Psychological Bulletin, 133 (3).
- Miguel, N. (1997). Toxicodependência: uma perspectiva. *Revista toxicodependências* 3, 25-30.
- Morel, A., Hervé, F., & Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao Toxicodependente*. Lisboa, Climepsi.
- Negreiros-Carvalho, J. (1993). A mediação das atitudes em relação ao álcool e drogas. In C. Agra (Coord.) *Dizer a droga, ouvir as drogas*. Porto: Radicário (pp. 133-159).
- Negreiros, J. (2003). *As drogas e as cidades: prevalência e perfis de consumidores problemáticos*. Porto: Radicário.
- Neto, D., & Torres, N. (2001). Tratamento combinado e por etapas de dependentes químicos: Evolução histórica e resultados conseguidos. In N. Torres & J. P. Ribeiro (Eds.), *A pedra e o charco: sobre o conhecimento e intervenção nas drogas* (pp. 270-301). Lisboa: Íman.
- Olievenstein, C. (1990). *A clínica do toxicómano*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT, 2013). *Novo relatório europeu sobre as drogas – Tendências e Evoluções*. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addicition.
- Parker, H., Williams, L., & Aldridge, J. (2002). The normalization of sensible recreational drug use: further governance of drug and alcohol consumption. *Sociology*, 38 (1), 25-42.
- Patrício, L. D. (1995). *Droga de Vida, Vidas de Droga: Não seja cúmplice*. Lisboa: Bertrand Editora.

- Patrício, L. D. (2006). *Droga: Aprender para prevenir*. Lisboa: Dias Patrício, Psiquiatria e Medicina, Lda.
- Pereira, J. (1999). *Cidadania com rosto: educação e toxicodependências*. Braga: Universidade do Minho.
- PNSD (2011). *Drogas Emergentes: Informes de la Comisión Clínica*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Queirós, C. (1997). *Emoções e comportamentos desviantes*. Tese de Doutoramento. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Ribeiro, C. (1995). Dependência ou dependências? Incidências históricas na formalização dos conceitos. *Revista Toxicodependências*, 3, 5-13.
- Ribeiro, C., Guerreiro, C., Dias, L. & Costa, J.L. (2013). *Consumos, Representações e Percepções das Novas Substâncias Psicoativas em Estudantes Universitários – Dados Preliminares*. Lisboa: SICAD consultado a 12 de Maio de 2013, http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/12/Estudo_NSP.pdf
- Richard, D. Senon, J-L. (2005). *Dicionário das drogas, das toxicomanias e das dependências*. Lisboa: Didáctica Editora.
- Rosa, A. S., Gomes, J. C. R., & Carvalho, M. D. R. (2000). *Toxicodependencia - Arte de Cuidar*. Coimbra: Formasau - Formação e Saude Lda.
- Rybakowski, J., Ziolkowski, M., Zadadzka, T., & Brzesinski, R. (1988). High prevalence of alexithymia in male patients with alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 21, 133-136.
- Schifano, F., Corazza, O., Deluca, P., Davey, Z., Di Furia, L., Flesland, L., Mannonen, M., Pagani, S., Peltoniemi, T., Pezzolesi, C., Scherbaum, N., Siemann, H., Skutle, A., Torrens, M., and Van Der Kreeft, P. (2009). Psychoactive drug or mystical incense? Overview of the online available information on spice products. *Journal of Culture and Mental Health* 2, 137-144.

- Schuckit, M. A. (1998). *Abuso de álcool e drogas*. Lisboa: Climpesi Editores.
- Silva, J. (2011). *As Representações Sociais das Smart Drugs: Uma breve descrição do fenómeno*. Dissertação de Mestrado não publicada apresentada ao Instituto Universitário - ISPA, Lisboa.
- Silva, J. P. (2011). *Smart-Drugs ou Legal Highs*. IDT: Serviços centrais. (não editado).
- Speranza, M., Corcos, M., Stephan, P., Loas, G., Perez-Diaz, F., Venisse, V., Bizouard, P., Flament, M., Halfon, O., & Philippe, J. (2004). Alexithymia, depressive experiences and dependency in addictive disorders. *Substance use and misuse*, 39, 567-595.
- Torres, N., Chagas, T., & Ribeiro, J. P. (2008). Dependência emocional e o consumo de substâncias psicoactivas: um estudo correlacional a partir da teoria dos grupos de pressuposto básico de W. R. Bion. *Revista Toxicodependências*, 14, 35-48.
- UNODC (2013). *The Challenge of New Psychoactive Substance*. Viena: United Nations Publications.
- Vala, J., & Monteiro, M. B. (2002) *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Washton, A. M. & Zweben, J. E. (2009). *Prática psicoterápica eficaz dos problemas com álcool e drogas*. Porto Alegre: Artmed.
- Winstock, A. & Wilkins, C. (2011). «Legal Highs». *The challenge of new psychoactive substance*.

Sites

- Silva, J.P. (Investigadora em Psicologia e Sociologia). Blog Mundo Smart: Porque Unidos Somos Mais Saudáveis. (<http://salviainos.blogspot.pt>).
- <http://www.deco.proteste.pt/saude/nc/noticia/smartshops-novas-drogas-exigem-controlo-apertado>, consultado a 20 de Novembro de 2012.
- Notificação de casos desencadeados pelo consumo de novas substâncias psicoativas: relatório de 21/12/2012, <http://www.dgs.pt/?cr=23450>, consultado a 29 de Janeiro de 2013.

ANEXOS

Anexo A – Instrumento Aplicado aos Estudantes Universitários

ISPA – IU

Dissertação de Mestrado

Andreia Garcia



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

Lisboa, Março de 2014

Exmo.(a). Senhor(a),

Eu, Andreia Garcia Salema da Silva, aluna do 5.ºano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica do ISPA – IU, venho por este meio solicitar a sua participação num projeto de investigação sobre o fenómeno das *smartdrugs ou legal highs* em Portugal.

Para cumprir este objetivo, propomos que preencha este questionário, em que terá de responder a questões relacionadas com os pontos acima referidos. O preenchimento do questionário tem uma duração média de 20 minutos.

Garantimos o total anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados recolhidos. Durante o estudo serão respeitados todos os princípios éticos fundamentais. Comprometo-me também, a utilizar os dados recolhidos apenas para fins de investigação.

Obrigada pela sua colaboração,

Cumprimentos,

Andreia Garcia

(ISPA – IU)

Dados Biográficos:

Sexo: Masculino Feminino

Idade: ____anos

Nacionalidade: _____

Local de residência: _____

1. Escolaridade/Educação

- 1. 1ºciclo (1ª a 4ª classe)
- 2. 2ºciclo (5º e 6º)
- 3. 3ºciclo (7º, 8º e 9º)
- 4. Secundário (10º, 11º e 12º)
- 5. Bacharelato
- 6. Licenciatura
- 7. Pós graduação/Mestrado
- 8. Doutoramento

2. Quais as *smartdrugs* ou *legal highs* que já consumiu?

- 1. Incensos ou canabinóides sintéticos
- 2. Sálvia
- 3. Fertilizantes para plantas
- 4. Sementes de LSA
- 5. Poppers
- 6. Outras: Quais? _____

3. Quais as substâncias ilícitas que já consumiu?

- 1. Canabinóides
(marijuana, haxixe e cannabis)
- 2. MDMA ou Ecstasy
- 3. LSD
- 4. Cocaína
- 5. Outras: Quais? _____

De seguida vai encontrar uma lista de afirmações. Assinale num dos espaços à direita de cada afirmação aquela que melhor descreve **a sua ideia em relação ao consumo e à existência de substâncias na sua vida**. Para cada frase marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

		Concordo muito	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo muito
1.	Não há mal nenhum em consumir drogas desde que a pessoa se sintam bem.					
2.	Usar drogas é mau para a saúde mesmo que seja só para experimentar.					
3.	Certos tipos de drogas deveriam ser legalizados.					
4.	Nem todas as drogas são prejudiciais à saúde					
5.	Nunca consumiria drogas mesmo que o seu uso estivesse legalizado e fossem fáceis de obter.					
6.	Quem consumir drogas deve ir para a cadeia.					
7.	Se tivesse oportunidade gostaria de experimentar os efeitos de certas drogas.					

A seguir encontra-se uma Lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve **O GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O AFECTOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA**. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi afectado nos seguintes sintomas?

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1.	Nervosismo ou tensão interior					
2.	Desmaios ou tonturas					
3.	Ter a impressão de que as outras pessoas controlam os seus pensamentos					
4.	Ter a ideia de que as outras pessoas são culpadas pela maior parte dos seus problemas					
5.	Dificuldades em se lembrar de coisas passadas ou recentes					
6.	Aborrecer-se e irritar-se com facilidade					
7.	Dores sobre o coração ou o peito					
8.	Sentir medo na rua ou espaços abertos					
9.	Pensamentos de acabar com a vida					
10.	Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas					
11.	Perder o apetite					
12.	Ter medo subitamente sem ter motivo para isso					
13.	Ter impulsos que não consegue controlar					
14.	Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas					
15.	Dificuldade em fazer qualquer trabalho					
16.	Sentir-se sozinho					
17.	Sentir-se triste					
18.	Não ter interesse por nada					

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
19.	Sentir-se aterrorizado					
20.	Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos					
21.	Sentir que as pessoas não são amigas ou não gostam de si					
22.	Sentir-se inferior aos outros					
23.	Vontade de vomitar ou mal-estar					
24.	Ter a impressão de que os outros o costumam observar e falar de si					
25.	Ter dificuldade em adormecer					
26.	Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz					
27.	Dificuldade em tomar decisões					
28.	Medo de viajar de comboio, eléctrico ou autocarro					
29.	Sensação de que lhe falta o ar					
30.	Calafrios, arrepios ou afrontamentos					
31.	Ter que evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causar medo					
32.	Sensação de vazio na cabeça					
33.	Sensação de anestesia ou de formigueiro no corpo					
34.	Ter a ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados					
35.	Sentir-se sem esperança em relação ao futuro					
36.	Ter dificuldade em se concentrar					
37.	Sentir falta de forças em partes do corpo					
38.	Sentir em estado de tensão ou aflição					
39.	Ter pensamentos sobre a morte ou que vai morrer					
40.	Ter impulsos de bater, ofender ou fazer mal a alguém					
41.	Ter vontade de destruir ou partir coisas					
42.	Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas					
43.	Não se sentir à vontade nas multidões, por exemplo, nas lojas, cinemas, mercados, etc.					

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
44.	Grande dificuldade em sentir-se próximo de outra pessoa					
45.	Ter ataques de terror ou pânico					
46.	Envolver-se facilmente em discussões					
47.	Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho					
48.	Sentir que as outras pessoas não dão devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades					
49.	Sentir-se tão inquieto que não se pode sentar ou estar parado					
50.	Sentir que não tem valor					
51.	Ter a impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si					
52.	Ter sentimentos de culpa					
53.	Ter a impressão de que alguma coisa está mal na sua cabeça ou no seu espírito					

Anexo B – Definição das Categorias da Entrevista Áudio

Pergunta 1 - Significado de <i>Smart Drugs</i> (Substância Psicoativa)		
<i>Categoria</i>	<i>Definição</i>	<i>Exemplos de discursos dos entrevistados</i>
Drogas Legais	Substâncias lícitas permitidas por lei	“São as drogas legais supostamente... de livre consumo”
Acessibilidade	Facilidade e possibilidade de aquisição das substâncias; Fácil acesso às lojas – “As <i>SmartShops</i> ”	“São as drogas que se compram nas lojas de rua... de fácil compra.” “São daquelas que se compram nas “ <i>SmartShops</i> ”.
Composição Química	Modificação da composição química original da substância para tornar a droga legal	“São drogas que têm modificações feitas do ponto de vista químico, que são manipuladas pelo homem”. “...iguais as ilegais mas com compostos modificados em laboratório...”
Efeitos Iguais	Efeitos idênticos aos das drogas ilegais	“...digamos substâncias que têm efeitos semelhantes as outras drogas que já existem mas que não são legais”.
Efeitos mais Fortes	Maior intensidade do efeito da droga comparativamente ao da droga ilegal	“...embora sejam legais achei-as mais fortes... mais pesadas do que as outras”.
Alteram o Sujeito	Ao serem consumidas induzem alterações ao nível físico e/ou psíquicas	“Estas <i>Smart Drugs</i> são produtos que alteram o estado de consciência...”

Pergunta 2 - Experiência no consumo das <i>Smart Drugs</i>		
<i>Categoria</i>	<i>Definição</i>	<i>Exemplos de discursos dos entrevistados</i>
Evento Traumático	Impacto emocional inesperado e negativo provocado pelo consumo da substância	“...tinha a sensação que ia desmaiar”. “Fico tão ansiosa que começo a sentir ataques de pânico...”
Alterações Emocionais	Oscilações emocionais imprevisíveis como rir, chorar, sensação de vazio, leveza no estado de espírito, aceleração do coração, entre outras	“Fico energética, não me consigo parar de mexer...” “Riu-me sem controlo, mudança de humor, basicamente...” “Fico pacífica, com a cabeça livre sem preocupações...” “...aquilo acelera o coração...”
Modificações do Sistema Sensorial	Alteração dos recetores sensoriais, i.e., visão, audição, tato, paladar e olfato	“Eu tenho sempre imenso calor, e começo a ter imenso frio...” “...uma visão enublada...” “...vejo as cores mais intensas...”
Efeitos Alucinogénos	Mudança no encadeamento dos pensamentos; Estranheza das sensações; Alucinações visuais e/ou auditivas <i>Flashbacks</i> ;	“...a ver coisas que não conseguia controlar, não conseguia controlar o que pensava e o que fazia”. “Tive <i>flash</i> , parecia que tudo se dava a repetir à minha volta...” “Começo a ver sequências de movimentos...”
Perda da Noção de Realidade	Ao nível do tempo e do espaço	“...o tempo passa muito devagar, parece que perco o norte...” “...aquilo dá uma moca que nos afasta muito da realidade”

Pergunta 2.1 – Efeitos de consumo das <i>Smart Drugs</i>		
<i>Categoria</i>	<i>Definição</i>	<i>Exemplos de discursos dos entrevistados</i>
Efeitos Semelhantes	Efeitos idênticos aos das drogas ilegais quer a um nível físico quer nível psicológico	“Não há grande diferença, pois são cópias...” “...são semelhantes aos das drogas ilegais”.
Efeitos Diferentes	Efeitos díspares aos das drogas ilegais quer a um nível físico quer nível psicológico	“...acabam por ser diferentes devido a essa manipulação que é feita... aumentar ou diminuir determinado tipo de efeito”.
Efeitos mais Fortes	Efeitos mais intensos e/ou perigosos no consumo das <i>smart drugs</i> em comparação ao das drogas ilegais	“As <i>smart's</i> são piores ainda...” “Têm uma rapidez de atuação... tornam-se perigosas”
Variação da Substância	Depende do tipo de substância que é consumida, se alucinógena, estimulante, analgésica e/ou depressora	“Dão grandes mocas as duas... depende é do que fumar”

Pergunta 3 – Motivações para o consumo das <i>Smart Drugs</i>		
<i>Categoria</i>	<i>Definição</i>	<i>Exemplos de discursos dos entrevistados</i>
Legalidade	Conformidade com a lei e a justiça, sem punição na aquisição dos produtos	“Se era legal a partida não fazia mal”. “Porque era legal...”
Facilidade de acesso	Loja aberta, Aquisição e acesso fácil	“...como não tinha as outras procurava estas porque eram mais fáceis...” “...então ia à <i>smart</i> porque era um acesso mais fácil”.
Preço	Valor/custo das substâncias	“O preço sem dúvida”. “O preço, são muito mais baratas do que as outras”.
Diversão	Por divertimento, lazer e prazer	“Por diversão noturna... Aproveitar mais a noite”. “Diversão com os amigos, numa boa...”
Curiosidade	Experimentar, Conhecer e ver os efeitos das substâncias, Vontade de sentir sensações novas	“...por curiosidade, porque a sálvia é uma droga minimamente famosa”. “...o querer sentir coisas novas”. “...perceber até que limite aquilo nos podia levar...”
Influência do Grupo de Pares	Coação psicológica exercida pelos pares no sentido do sujeito consumir as substâncias	“...o facto dos meus amigos consumirem em festas”.
Moda	Fenómeno sociocultural, Tendência de consumo da atualidade	“...o facto de serem tão faladas levou-me a querer consumir para saber do que se tratava”.
Rapidez do Efeito da Substância	Procura do efeito rápido da droga quer a um nível físico quer psicológico, e.g., “moca” rápida	“...pela moca instantânea”

Pergunta 3.1 – Situações de consumo das <i>Smart Drugs</i>		
<i>Categoria</i>	<i>Definição</i>	<i>Exemplos de discursos dos entrevistados</i>
Em Festas	Diversão noturna, e.g., em festas de trance, universitárias, discotecas, concertos, festivais	“Normalmente em festas, jantaradas com amigos...” “Festas da faculdade, comprávamos sempre antes dos jantares de grupo”.
Com o Grupo de Pares	Consumo da substância com os amigos mais próximos e da confiança do sujeito	“...quando as consumia era só com as minhas amigas”. “...fumo com amigos...”
Sozinho	Consumo solitário por parte do sujeito	“Curto fumar sozinho, num sítio calmo, sem stresses...”
Sem Especificação	Não há referência onde nem com quem o jovem pratica os consumos	

Pergunta 4 – Consequências e riscos no consumo das <i>Smart Drugs</i>		
<i>Categoria</i>	<i>Definição</i>	<i>Exemplos de discursos dos entrevistados</i>
Diminuição da Saúde	Redução da qualidade de vida e maior probabilidade de vir a desenvolver problemas de saúde	“Problemas de saúde, mais a nível do cérebro e da memória.” “Pode causar paragens cerebrais ao pessoal...”
Alterações Emocionais	Modificações ao nível do humor do sujeito, e.g., estados depressivos, euforia, apatia	“...ficavam “ <i>drementes</i> ” da cabeça, tanto riam como choram...” “Quem se quer livrar da realidade, vai consumir mais e mais e fica completamente alterado...”
Alterações Motoras	Ao nível do equilíbrio do sujeito	“...fico mais confuso, não consigo falar tão bem, perco por vezes o controlo motor”. “...lentidão...”
Oscilação dos Consumos	Maior ou menor intensidade do consumo, dos efeitos e da quantidade de substância(s) consumida(s)	“... depende do consumo que seja feito”. “...da quantidade consumida e da durabilidade das mocas”
Dependência	Nível de adição à droga	“Além dos vícios, ficar agarrado a isto...” “Como qualquer substância deve causar alguma dependência...”
Pode Conduzir à Morte	O excesso do consumo pode levar a overdose	“Têm risco de morte...” “...típicos de qualquer outra substância que é a overdose, o excesso!”.
Ausência de Investigação Científica	Não há conhecimento científico em relação as substâncias legais	“...não houve estudos sobre elas a dizerem isto é legal, portanto as consequências nós nunca sabemos muito bem oficialmente”.
Ausência de Riscos	Não há riscos nem consequências advindos do consumo da(s) substância(s)	“...não tenho qualquer tipo de problemas, passado algumas horas fico igual.”

Pergunta 5 – Influenciou o teu consumo e da população em geral?			
	<i>Categoria</i>	<i>Definição</i>	<i>Exemplos de discursos dos entrevistados</i>
SIM	Legalidade	Conformidade com a lei e a justiça	“...tens fatura, podes andar com isso na rua, não tens tantos problemas com a polícia”. “É legal podes consumir... onde e quando quiserem”.
	Aumento do Consumo	Devido ao preço e ao fácil acesso	“As lojas estão abertas havia mais consumo das drogas...” “Vi um aumento do consumo pelo facto de serem mais baratas e de fácil acesso”.
	Facilidade na Aquisição	O facto de existir as lojas as <i>SmartShops</i> abertas	“Era mais fácil ir à loja e comprar do que andar à procura de um <i>dealer</i> ”.
	Rapidez do Efeito da Substância	Procura do efeito rápido da droga quer a um nível físico quer psicológico	“...uma moca mais rápida e duradoura em comparação com as drogas ilegais”.
	Novos Consumidores	Quem não consumia passou a consumir com a abertura das lojas	“...acho que pessoas que não consumiam, só pela simples curiosidade levou-as a consumir, sem dúvida!”
	Não Prejudicial	O facto de serem drogas legais, levou a que os sujeitos pensassem que não havia problemas associados	“Acho que quem consumia aquilo estava à espera que não tomasse algo prejudicial.”
NÃO, é igual	Consumo de Substâncias	Existência e/ou ausência das novas substâncias psicoativas (NSP), os sujeitos consomem com a mesma frequência	“O pessoal consome estas ou as outras, é igual.” “Eu fumo consoante o meu dia-a-dia, não é por ter A, B ou C”.

Pergunta 6 – O que mudou no teu consumo?			
	<i>Categoria</i>	<i>Definição</i>	<i>Exemplos de discursos dos entrevistados</i>
A lei não mudou o meu consumo...	Regresso e/ou Continuidade às Drogas Ilícitas	Aos canabinóides e.g., Haxixe, Marijuana e Cannabis	“...agora o acesso é mais difícil, fumo charros, apenas”.
		Às drogas químicas, e.g., MDMA, Ecstasy, LSD e Cocaína	“...prefiro consumir das outras... MD e <i>Speed</i> , mocas psicadélicas”.
	Consumo de Smart Drugs	Continuidade do consumo das <i>Smart Drugs</i>	“...se encontro estas fumo estas, até porque tenho amigos que arranjam em Espanha”.
	Cultivo	Criação de plantas naturais para consumo, e.g. cannabis	“As naturais não deixo de consumir, até tenho 4 plantas”.
	Compras Online	Aquisição de substâncias através da internet	“...fumo de igual forma... ao chegar a casa pelo correio”.
Não há Oferta		Devido ao fecho das <i>SmartShops</i> os sujeitos não consomem <i>Smart Drugs</i> mas consomem outras substâncias ilícitas	“Não consumo, como não há tanta oferta”. “...essas drogas deixei de consumir”.