

RESILIÊNCIA COMO FATOR PROTETOR NO CONSUMO DE DROGAS ENTRE UNIVERSITÁRIOS

Luiz Roberto Marquezi Ferro

Universidade de Franca
Rua Bahia, 318 – 14.055-020 Ribeirão Preto - SP
luiz315@hotmail.com
(16) 997270610/32348264

Carolina de Meneses-Gaya

Universidade de Franca
Rua Armando Salles Oliveira, 201 - 14.404-600
Franca - SP
carolmgaya@yahoo.com.br
(11) 982522305

RESUMO: O consumo de drogas lícitas e ilícitas tem aumentado consideravelmente no mundo todo. Este trabalho teve por objetivo identificar o uso abusivo de drogas em uma amostra de estudantes universitários e suas possíveis associações com resiliência. A metodologia utilizada foi de pesquisa descritiva com uma população de 152 universitários. A coleta dos dados se deu de forma online, as participantes responderam ao TCLE, o questionário sociodemográfico, o instrumento para mensurar resiliência (Escala de Resiliência de Wagnild e Young) e consumo abusivo de droga (ASSIST). Para verificar a associação entre o uso abusivo de drogas e a variável estudada foi utilizado o modelo de regressão logística. Verificou-se um elevado consumo de drogas entre os estudantes avaliados. A regressão logística revelou uma associação significativa entre o uso de tabaco e alta resiliência e para o consumo de álcool e alta resiliência. Desta forma, conclui-se que alto índice de resiliência é um fator protetor em relação ao uso de álcool e tabaco.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção de saúde; consumo de drogas; resiliência.

RESILIENCE AS A PROTECTING FACTOR IN THE CONSUMPTION OF DRUGS AMONG UNIVERSITY STUDENTS

ABSTRACT: The intake of illicit and illicit drugs has increased worldwide. Current research identifies the abuse of drugs in a sample of undergraduates and its possible association with resilience. Current descriptive research was undertaken with 152 university students and data collection was obtained online. Participants responded to TCLE, the social-demographic questionnaire to measure resilience (Wagnild and Young Resilience Scale) and the abusive intake of drugs (ASSIST). Logistic regression model was employed to verify the association between drug abuse and the variable under analysis. High drug consumption was detected among the undergraduates analyzed. Logistic regression revealed a significant association between smoking and high resilience and between alcohol consumption and high resilience. High rates of resilience are a protecting factor with regard to alcohol intake and smoking.

KEY WORDS: Health promotion; drug consumption; Resilience.

INTRODUÇÃO

PROMOÇÃO DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM USO DE DROGAS

O primeiro conceito de promoção de saúde surgiu no século passado em 1946 com Sigerist, quando ele definiu as quatro tarefas da medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Sigerist afirmava que a saúde se promove proporcionando condições de vida decente, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso^[1]. Com o passar do tempo, o termo evoluiu, tendo como grande marco referencial a Carta de Ottawa, que associa a Promoção de saúde a um conjunto de valores, tais como: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros^[2].

Dessa forma, os problemas relacionados ao consumo de drogas devem ser abordados numa concepção mais ampla, considerando aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais, direcionando-os para a valorização da qualidade de vida, para o equilíbrio entre homem e o meio ambiente e para a ampliação dos compromissos sociais e do indivíduo^[3]. Nesse sentido, pensando nos princípios da Promoção de Saúde de autonomia para cuidar da própria saúde, o grande passo seria a educação, a informação e prevenção.

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa (1986) foi uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vem ocorrendo em todo o mundo. As discussões focalizaram principalmente as necessidades em saúde nos países industrializados, embora tenham levado em conta necessidades semelhantes de outras regiões do globo^[4].

A Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1988), em Adelaide, Austrália, identificou quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis. Entre elas, configurou-se o uso de tabaco e álcool, descritos como dois grandes riscos à saúde, que merecem imediata atenção dentro da perspectiva das políticas públicas voltadas à saúde. As cartas para a Promoção da Saúde não só tiveram o interesse em elaborar políticas públicas

saudáveis como também em promover a responsabilidade social para com a saúde^[4].

A Declaração de Adelaide foi precisa em asseverar que o tabaco não só traz malefícios para o fumante, mas também para quem convive com ele, os chamados fumantes passivos.

Também condenou o álcool, a Declaração de Adelaide o conceituou como contribuinte para distúrbios sociais e traumas físicos e mentais. Sem desconsiderar que o abuso e a dependência de álcool são responsáveis por um conjunto de danos que se manifestam em todas as dimensões do viver humano, seja na forma de baixa produtividade, seja na forma de acidentes de trânsito ou delinquências; é na família que suas consequências mais danosas se manifestam. Na Declaração de Adelaide, os governos foram alertados para o elevado e crescente potencial humano perdido por doenças, incapacidades e mortes causadas pelo consumo de drogas, de álcool e tabaco^[4].

De acordo com Cavalcante, Alves e Barroso, é preciso descobrir a necessidade de elaboração e, principalmente, implementação de programas que visem à promoção da saúde e à prevenção de danos aos adolescentes e jovens, que enfoquem a detecção precoce de fatores de risco para o uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas e viabilizem o acesso desta população aos serviços de saúde e à informação^[5].

Essa problemática tem amplo alcance, envolvendo não só o jovem, como também sua família e seu contexto socioeconômico e cultural. Por essa complexidade, pode-se dizer que nem toda ação de intervenção vá ter o efeito final almejado.

A prevenção mostra-se como uma das formas mais eficazes de lidar com o uso e o abuso de drogas, principalmente entre os adolescentes e jovens. A precaução não deve se limitar a ações isoladas, mas desenvolver-se em todas as frentes enfatizando-se a orientação e a mobilização dessa população, enfocando ações de redução de danos, reabilitação e socialização desses jovens. Desenvolver ações de atenção à saúde dos adolescentes e jovens difere da assistência clínica individual e da simples informação ou repressão. O modelo a ser desenvolvido deve permitir uma discussão sobre as razões da adoção de um comportamento preventivo e o desenvolvimento de habilidades que permitam a resistência às pressões externas, a expressão

de sentimentos, opiniões, dúvidas, inseguranças, medos e preconceitos, de forma a dar condições para o enfrentamento e a resolução de problemas e dificuldades do dia-a-dia^[5].

Constata-se, então, que, na sociedade atual, o fenômeno do uso de drogas emerge como um problema macro e microestrutural, que envolve a saúde em suas diferentes dimensões, além de trazer um enorme impacto social^[6].

A dependência química traduz um problema que atinge todo o sistema de saúde no Brasil. Uma grande dificuldade a ser lembrada é que pessoas que abusam ou são dependentes de drogas demoram a aceitar que precisam de ajuda, ou não aceitam, dificultando assim o tratamento. Esse comportamento é um reflexo de encontrar no consumo de drogas a solução para seus problemas.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), a dependência de drogas consiste na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar das consequências negativas relacionadas a ela. Ressalta, ainda, que, para a realização de diagnóstico de dependência, devem ser considerados os seguintes critérios: necessidade de maior consumo da substância para se obter o efeito desejado; acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma substância; consumo contínuo para aliviar os efeitos da abstinência; abandono ou redução das atividades sociais, ocupacionais ou recreativas em virtude do uso da substância^[7].

O abuso de drogas, de acordo com o DSM-IV, é definido pelo uso prejudicial que interfere significativamente na vida do usuário. É considerado como abuso de substâncias quando o uso prejudica a formação educacional, o trabalho ou o relacionamento com outras pessoas; expõe a pessoa a situações perigosas (por exemplo, beber e dirigir); favorece o envolvimento com questões legais (comportamento desordeiro). Desse modo, o abuso pode ser definido pelo uso excessivo da substância, apesar de problemas sociais e interpessoais persistentes ou recorrentes^[7].

O UNIVERSITÁRIO E O MUNDO DAS DROGAS

A frequência do consumo de drogas lícitas e ilícitas tem aumentado consideravelmente em todo o mundo. Na América Latina, jovens entre 18 e 24 anos, especialmente estudantes universitários, apresentam maiores índices de uso de drogas legais e ilegais do que a população geral^[8,9].

Segundo os dados publicados no Relatório Mundial de Drogas de 2007 da Organização das Nações Unidas (ONU), no Brasil houve um aumento do uso de cocaína de 0,4% em 2001 para 0,7% em 2005, assim como ocorreu um aumento do uso de maconha. A maconha foi a droga ilícita que apresentou o maior incremento de uso nos últimos anos, tendo sua porcentagem de uso aumentada de 1%, em 2001, para 2,6% em 2005. A ONU considerou que esse aumento foi reflexo da facilidade de obtenção da droga no país. Do mesmo modo, o uso de anfetaminas também aumentou entre a população brasileira de 0,3% para 0,7%^[10].

O ingresso na vida universitária é motivo de satisfação, de inúmeras perspectivas, uma vez que se inicia um mundo desconhecido^[10]. Paralelamente, trata-se de um período crítico de maior vulnerabilidade para o início e manutenção do uso de álcool e de outras drogas^[11]. Os novos amigos, a necessidade de autoafirmação, a solidão e o distanciamento dos familiares podem ser fatores conjugados ao abuso de drogas nesse período. Segundo Wagner e Andrade, o consumo de drogas é comum e frequente entre universitários e esse fenômeno acontece no mundo inteiro, sem distinção entre cursos^[10].

O abuso de drogas no contexto universitário é facilitado pelo alcance da maioridade; pela necessidade de socialização e de ser aceito entre os seus pares (pois é sumamente importante para o jovem ser reconhecido e acolhido no grupo que escolhe), pelas influências socioambientais (já que as drogas estão amplamente disponíveis e são oferecidas ativamente nos contextos festivos) e pela mídia que tem poder efetivo sobre o desejo dos jovens^[12].

Correa, Andrade, Bassit, Boccutto, em seu estudo constataram que poucos universitários engajaram-se em atividades culturais e/ou esportivas nas horas de lazer; em seu tempo livre, geralmente, os estudantes costumam

assistir a televisão ou sair com amigos. Nestas ocasiões, o comum era frequentar bares ou festas onde o uso de álcool era frequente^[13]. Destaca-se que pessoas expostas a ambientes nos quais o álcool é facilmente obtido e possui baixo custo, apresentam maior probabilidade de consumirem álcool excessivamente do que aquelas que não estão expostas a situações desta natureza^[11].

O desejo de consumir álcool e outras drogas pode ser motivado por expectativas positivas, como, por exemplo, perspectivas de estados afetivos agradáveis, de bem-estar, de maior autoconfiança. Essas expectativas podem ser confirmadas pela experiência direta com a droga e então fortalecer o desejo previamente existente. Maior autoconfiança, sociabilidade, desinibição social e atratividade física/sexual estão entre as expectativas correlacionadas ao maior consumo abusivo de drogas^[11].

Sabe-se que o consumo abusivo de drogas pode gerar comportamentos de riscos ao universitário, tais como: acidentes automobilísticos^[14], violência, comportamento sexual de risco (transmissão de DSTs, de AIDS, gravidez indesejada)^[15], prejuízos acadêmicos^[9], inatividade física^[15]. Uma pesquisa com universitários sobre condutas relacionadas ao consumo de drogas, apontou que a maior parte dos estudantes já dirigiu sob efeito de álcool e outras drogas ou entrou em veículo dirigido por alguém nas mesmas condições^[16, 17].

Segundo o “I Levantamento Nacional Sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas Entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras”, constatou-se que, entre os universitários respondentes, 18% dos homens relataram que dirigiram sob efeito do álcool nos últimos 12 meses. Os universitários de Instituições de Ensino Superior (IES) privadas relataram com maior frequência esse tipo de comportamento (19%) em relação aos de instituições públicas (16%). Os respondentes de instituições privadas também apresentaram maior índices em dirigir sob efeito de álcool - após a ingestão de mais de 5 doses de bebidas alcoólicas (privadas: 13%; públicas: 8%). Os respondentes de IES públicas pegaram carona com um motorista alcoolizado com maior frequência (31%) se comparados aos universitários de IES privadas (25%), assim como pegaram mais carona com o “motorista da vez” (pública: 24%; privada: 18%)^[18].

Diante dos inúmeros problemas relacionados

ao consumo de drogas na população universitária, faz-se necessário questionar e avaliar as variáveis predictoras para a incidência do consumo, pois sustentados em uma base teórica é possível desenvolver estratégias de prevenção e intervenção efetivas para o reforçamento de fatores protetores e diminuição dos fatores de riscos.

FATORES DE PROTEÇÃO

Proteger é uma noção que faz parte do contexto das relações primárias e do universo semântico das políticas sociais. Significa, sobretudo, oferecer condições de crescimento e de desenvolvimento, de amparo e de fortalecimento da pessoa em formação^[19]. Fatores de proteção são descritos como “recursos pessoais ou sociais que atenuam ou neutralizam o impacto do risco”^[20]. Os fatores protetores podem funcionar como um mecanismo de defesa para o desenvolvimento do ser humano, um escudo que o proteja para a estruturação das suas condições fisiológicas e psíquicas^[20, 21].

Os fatores de proteção possuem algumas características importantes a serem destacadas. A primeira é a de reduzir os impactos negativos dos riscos nas situações mais adversas que a vida muitas vezes impõe, como doença, luto, estresse, entre outras; a segunda é de reduzir as reações negativas em cadeia que seguem a exposição do indivíduo à situação de risco; a terceira, de estabelecer a autoestima através das relações de afeto seguras, bem como o cumprimento de tarefas para o sucesso e, por fim, criar oportunidades para reverter o quadro de risco^[22]. Cabe ressaltar que os fatores de risco e de proteção devem ser tratados como variáveis independentes, pois podem afetar o comportamento sem que haja, necessariamente, uma complementaridade entre eles^[19].

Destacam-se dois grupos de fatores de proteção, os chamados individuais, como: resiliência, habilidade para solucionar problemas, qualidade de relacionamento com pares, competência; e os chamados de circunstanciais, como: níveis de suporte social e familiar, religião, amigos, escola e outros^[19, 23].

A resiliência é um constructo psicológico altamente valorizado graças à sua estreita relação com a capacidade de adaptação ao meio e à superação adequada

de situações adversas.

Resilir, em latim, significa, literal e etimologicamente, saltar para trás, retrair-se, sendo a palavra constituída pelo prefixo “re”, que indica um movimento para trás, e pelo vocábulo “salire” ou saltar, “voltar a entrar saltando” ou “saltar para cima”. Resiliência é um termo que habitualmente designa (na física) a resistência de um material a choques elevados e a sua capacidade para absorver a energia cinética do meio, modificando-se, mas retornando posteriormente ao original, como o elástico que, após uma tensão inicial, volta ao mesmo estado. Na metalurgia encontra-se associado à capacidade de um material voltar ao estado inicial após pressões deformadoras. E em informática refere-se à capacidade de um sistema continuar a funcionar apesar de falhas em seus elementos constitutivos. Na medicina remete para a capacidade de resistir a uma doença, não sendo, no entanto a simples capacidade de resistência (na ideia de rigidez), mas englobando a maleabilidade e a capacidade de adaptação. Na psicologia aponta para a capacidade de enfrentar positivamente acontecimentos adversos numa perspectiva de promoção da saúde, bem-estar e qualidade de vida ^[24].

Dado o exposto, compreende-se resiliência como um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam ao ser humano desenvolver-se sadiamente, mesmo vivendo em um ambiente que não seja tão favorável ^[20, 22, 25]. Ainda podemos caracterizar a resiliência como a capacidade do ser humano em passar por situações adversas e superá-las. Saindo das mesmas com a sua estrutura psíquica mais fortalecida, embora não ileso ^[26].

A resiliência não pode ser pensada como um atributo que nasce com o indivíduo; trata-se de um processo interativo entre a pessoa e o seu meio ^[22, 27]. O desenvolvimento da resiliência envolve um conjunto de fatores individuais (sexo, traços de personalidade, genética, relacionamento com familiares, amigos, entre outros) e sua interação com o ambiente ^[28].

Uma pessoa resiliente apresenta características específicas, como sentimento de autoconfiança, crença na própria capacidade pessoal e habilidade para resolver os próprios problemas ^[24, 29]. Deste modo, a resiliência tem sido reconhecida como um aspecto importante para a promoção e a manutenção da saúde mental, pois

pode reduzir a intensidade do estresse e dos sintomas emocionais negativos, como a depressão, ansiedade ou raiva ^[30].

Assim sendo, podemos compreender a importância de pensar a resiliência como um fator de proteção importante para a promoção da saúde mental e conseqüentemente para a prevenção do consumo abusivo de álcool e outras drogas.

MÉTODOS

PARTICIPANTES

Participaram desta pesquisa 152 estudantes de diversos cursos de graduação de uma Instituição de Ensino Superior de uma universidade particular do interior do Estado de São Paulo. Destes 65,13% eram mulheres e 34,87% eram homens, com uma média de idade de 21 anos (Desvio Padrão 4,26).

INSTRUMENTOS

Utilizou-se dois questionários para a realização desta pesquisa, um que mensurou o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, chamado ASSIST, e outro questionário que fora baseado no questionário sobre violência do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, além de outro questionário sobre os dados demográficos, como sexo, idade, curso a que pertencia, estado civil, etc.

O ASSIST foi desenvolvido por pesquisadores de vários países sob a coordenação da Organização Mundial de Saúde (OMS), conseqüentemente, foi traduzido para várias línguas, inclusive para o português do Brasil, já tendo sido testado quanto à sua validade e confiabilidade ^[31]. É um questionário estruturado contendo oito questões que avaliam o consumo de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos, e opiáceos). As questões abordam a frequência de uso na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, à preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, ao prejuízo na execução de tarefas esperadas, às tentativas mal sucedidas de cessar ou reduzir o consumo, ao sentimento de compulsão e

ao uso por via injetável. Cada resposta corresponde a um escore que varia de 0 a 4, sendo que a soma total de 0 a 20. Considera-se a faixa de escore de 0 a 3 como indicativa de uso ocasional, de 4 a 15 como indicativa de abuso e acima de 16 como sugestiva de dependência.

A *Escala de Resiliência de Wagnild e Young (The Resilience Scale)*^[32] objetivou medir níveis de adaptação psicossocial positiva em situações e eventos de vida adversos por meio de 25 itens descritos de forma positiva com respostas tipo *Likert*, numa escala ordinal de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os valores totais são obtidos por somatório dos valores das respostas e podem variar entre 25 a 175, em que valores altos equivalem à elevada resiliência^[24, 26].

PROCEDIMENTOS

O trabalho foi realizado na modalidade de pesquisa online, por meio de uma plataforma no servidor SurveyMonkey (<http://surveymonkey.com>).

A coleta de dados foi realizada entre maio e junho de 2013. Os alunos do curso de graduação foram informados e convidados a participar da pesquisa em suas salas de aula e pela página da rede social da universidade.

Ao acessarem a pesquisa na plataforma o aluno obtinha informações sobre o estudo de maneira que pudesse decidir ou não participar. Após o aceite, o aluno tinha acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, em seguida, aos questionários.

Os dados sociodemográficos foram tratados com estatística descritiva. Para verificar a associação entre o uso abusivo de drogas e as variáveis: área do curso e ano do curso, sexo, etnia, estado civil, com quem mora, situação laboral, religião, nível socioeconômico, resiliência, violência, idade, depressão e impulsividade foi utilizado o modelo de regressão logística, sendo calculados *odds ratios* brutos (variável resposta cruzada com uma variável explicativa) e também *odds ratios* ajustados para todas as variáveis explicativas.

O nível de significância considerado foi de $p < 0,05$, com intervalo de confiança (IC) de 95%, para todos os testes estatísticos aplicados. As análises estatísticas foram realizadas pelo pacote estatístico PROC LOGISTIC do software SAS® 9.0.^[33]

Este trabalho orientou-se pela Resolução nº

196/96, do Conselho Nacional de Saúde - CNS(34) ligado ao Ministério da Saúde, que define diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, protegendo os cidadãos participantes da pesquisa em sua integridade física, psíquica e moral. Esta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da referida universidade como protocolo nº. 198.189.

RESULTADOS

A caracterização sociodemográfica da amostra revelou que 152 estudantes responderam a todos os instrumentos da pesquisa

Observou-se a participação de alunos de todas as áreas do conhecimento, entretanto houve uma maior frequência de alunos das áreas biológicas e de saúde. Verificou-se também uma participação maior dos alunos dos primeiros anos de graduação que representaram cerca de dois terços da amostra.

Os participantes eram predominantemente do sexo feminino, com idade entre 18 e 19 anos, de etnia branca e pertencentes à classe social B1 e B2. Verificou-se que a grande maioria dos estudantes era solteira (cerca de 90%), vivia com seus familiares (cerca de 60%) e cerca da metade deles exercia alguma atividade profissional.

As alternativas de respostas da variável religião também foram agrupadas nas categorias “não tenho religião” e “tenho religião”. O número dos que declararam ter alguma religião foi significativamente superior em relação aos que declararam não ter, quase três vezes mais.

Segundo os resultados do ASSIST, em relação ao consumo de drogas durante a vida, observou-se uma maior frequência de uso de drogas lícitas entre os estudantes, com um número expressivo de consumidores de tabaco (36,84%) e um número quase absoluto de consumidores de álcool (99,34%). Dentre as drogas ilícitas a maconha foi a mais consumida (25%), seguida da cocaína e crack (9,21%), inalantes (15,13%), hipnóticos e sedativos (6,58%), alucinógenos (6,58%), anfetaminas (5,92%) e opioides (1,32%).

Entre os estudantes que fizeram uso de algum tipo de droga na vida, 90,79% relatou ter consumido álcool e 22,37% tabaco nos últimos três meses.

Para as drogas ilícitas, verificou-se um maior consumo, nos últimos três meses, de maconha 21,06%,

seguido de inalantes 7,24%, hipnóticos e/ou sedativos 3,95%, cocaína e/ou crack 3,29%, alucinógenos 2,63% e de anfetaminas e/ou êxtase 1,32%.

Tabela 1. Distribuição dos universitários que já fizeram uso de alguma substância nos últimos três meses, segundo os resultados do ASSIST. (continua)

Substâncias	Frequência	Percentual
Tabaco		
Nunca	118	77,63%
1 ou 2 vezes	21	13,82%
Mensalmente	3	1,97%
Semanalmente	4	2,63%
Diariamente ou quase todos os dias	6	3,95%
Bebidas Alcolólicas		
Nunca	14	9,21%
1 ou 2 vezes	66	43,42%
Mensalmente	34	22,37%
Semanalmente	34	22,37%
Diariamente ou quase todos os dias	4	2,63%
Maconha		
Nunca	130	85,53%
1 ou 2 vezes	10	6,58%
Mensalmente	8	5,26%
Semanalmente	2	1,32%
Diariamente ou quase todos os dias	2	1,32%
Cocaína/Crack		
Nunca	147	96,71%
1 ou 2 vezes	3	1,97%
Mensalmente	1	0,66%
Semanalmente	1	0,66%
Diariamente ou quase todos os dias	-	-
Anfetaminas/êxtase		
Nunca	150	
1 ou 2 vezes	1	

		(conclusão)
Mensalmente	1	
Inalantes		
Nunca	143	94,08%
1 ou 2 vezes	4	2,63%
Mensalmente	4	2,63%
Semanalmente	1	0,66%
Hipnóticos/Sedativos		
Nunca	146	96,05%
1 ou 2 vezes	3	1,97%
Mensalmente	1	0,66%
Semanalmente	1	0,66%
Diariamente ou quase todos os dias	1	0,66%
Alucinógenos		
Nunca	148	97,37%
1 ou 2 vezes	4	2,63%
Opioides		
Nunca	152	100%

Para o consumo de drogas nos últimos três meses, tabela 1, o de tabaco, uma ou duas vezes, mensalmente, semanalmente e diariamente, não alcança o valor consumido ao longo da vida, índice de diminuição do consumo de tabaco na população pesquisada.

Os que consomem bebida alcoólica semanalmente ou mensalmente, nos últimos três meses, são quase a metade da população pesquisada.

O consumo das drogas ilícitas, nos últimos três meses, teve maiores incidências para maconha, inalantes, cocaína/crack, hipnóticos/sedativos, alucinógenos e anfetaminas/êxtase

A escala de Resiliência Wagnild e Young procura medir níveis de adaptação psicossocial positiva em situações e eventos de vida adversos. A tabela 2 mostra os índices de resiliência na população pesquisada.

Tabela 2. Frequência de níveis de resiliência.

Resiliência	Amostra Final	
	N= 152	
	Frequência	Percentual
Baixa	24	15,79%
Moderada	101	66,45%
Alta	27	17,76%

Os dados da pesquisa mostra que a maioria da amostra pesquisada apresentou um nível moderado de resiliência. Observou-se também que entre 16% e 17% da amostra apresentou baixo nível de resiliência, sendo as mesmas frequências para alto nível de resiliência.

Para verificar a associação entre a resiliência e consumo de outras drogas, com exceção do álcool e tabaco foi utilizado o teste estatístico da regressão logística. Nessa análise observou-se uma associação significativa entre o uso de tabaco e moderada/alta resiliência na regressão logística bruta (odds 0,04); para o consumo de álcool e baixa/alta resiliência (odds 0,01) para a regressão logística bruta e ajustada.

Verificou-se ainda uma associação com a variável religião. Para o consumo de tabaco e religião encontrou-se associação na regressão logística bruta e ajustada (odds 0,03 e 0,04), para outras drogas e religião encontrou-se associação na regressão logística ajustada (odds 0,04).

DISCUSSÃO

A resiliência vem sendo apontada, em vários estudos com amostras diversas, como fator de proteção para o uso abusivo e dependência de drogas^[35]. Fatores protetores são considerados importantes, pois podem influenciar comportamentos e a ação dos fatores de risco, funcionando como um moderador. Segundo o estudo de Cruz Lima, o fator protetor opera sobre três aspectos: primeiro, em relação às características individuais de personalidade, como autoestima e autonomia; segundo, sobre a coesão familiar; e terceiro, reforça a capacidade de desenvolvimento de estratégias face ao conflito (ceder ou não ao consumo de algum tipo de droga, por exemplo)^[36].

Na literatura encontram-se algumas possibilidades

para a compreensão da resiliência como um fator protetor para o consumo de drogas, corroborando as definições das autoras supramencionadas. Neves Júnior e Bittar constataram, em trabalho, que muitos participantes com elevados índices de resiliência que experimentaram drogas lícitas e ilícitas, ao pensarem sobre os valores familiares e religiosos, deixaram de consumir drogas, ou seja, experimentaram por curiosidade e diante da organização social e psíquica encontraram meios para não mais consumirem.

Córdova-Alcaráz *et. al.* em seu estudo, apontaram que a maioria dos jovens que não consumiram drogas reunia elementos mais intensos de resiliência. Os jovens que possuíam uma boa relação com a família, boa convivência com seus pais, que estreitavam amizades saudáveis, que possuíam projeto de vida, que pensavam a cerca do futuro e faziam planos na vida - fatores colaboradores para altos índices de resiliência - tendiam a não consumir drogas lícitas ou ilícitas^[35]. De fato, muitos consumidores abusivos de drogas, bem como dependentes, manifestaram que o enveredamento ao mundo das drogas foi facilitado pela falta de aceitação familiar, por conflitos com a figura materna e/ou paterna, por problemas acadêmicos e pela falta de preocupação com o futuro.

A relação entre religiosidade e uso de drogas lícitas e ilícitas tem sido objeto de estudo de algumas investigações, que, apesar de escassas, têm identificado que jovens praticantes de atividades religiosas tendem a um menor uso de drogas^[37]. No estudo atual, mais de 80% dos universitários responderam ter religião, observou-se que possuir alguma religião configurou-se um fator de proteção para o consumo de drogas, uma vez que os indivíduos que não possuíam religião apresentaram 3,87 mais chances de consumir tabaco do que aqueles que tinham religião. Também foram encontradas associações significativas entre o consumo de outras drogas (exceto álcool) e a religião, com 4,76 mais chances de consumo de drogas entre os estudantes que não possuíam religião.

Wagner e Andrade mencionaram que entre os participantes de sua pesquisa, nos que possuíam religião, o consumo de álcool foi de 83,1%, de tabaco 20,7% e de drogas ilícitas 24,6%.^[10, 38]

Na literatura encontramos mais afirmações sobre essa questão, estudo de Congollo-Milanés *et. al.*

apontou que a alta religiosidade seria um fator protetor para o consumo de substâncias. Deve-se considerar que a maioria das religiões buscam promover, de maneira geral, comportamentos saudáveis respaldados pelos membros do grupo^[9].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A resiliência foi apontada como um fator protetor importante no consumo de álcool e outras drogas.

Embora a religião não fizesse parte da proposta inicial da pesquisa, ela foi um resultado interessante para ser analisado em outra pesquisa, pois, obviamente, por se tratar de um fator protetor, não poderia deixar de ser mencionado, mesmo que sucintamente nesta pesquisa.

Descobrir e valorizar fatores protetores torna-se fundamental para a proposta de promoção de saúde, para a prevenção do consumo abusivo de drogas e para o auxílio aos dependentes de drogas.

REFERÊNCIAS

1. Sigerist H. The social sciences in the medical school. Nova Iorque: Henry Schumann Publisher; 1946.
2. Saúde Md. As cartas da Promoção de Saúde 2002: Available from: <www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html>.
3. Büchele F, Coelho EBS, Lindner SRA promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14:267-73.
4. BRASIL MS. Projeto Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata. Carta de Ottawa. Declaração de Adelaide. Declaração de Sundsvall. Declaração de Santafé de Bogotá. Declaração de Jacarta. Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília(DF); 2001.
5. Brasil MS. Projeto Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata. Carta de Ottawa. Declaração de Adelaide. Declaração de Sundsvall. Declaração de Santafé de Bogotá. Declaração de Jacarta. Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília (DF); 2001.
6. Granados Hernandez M, Brands B, Adlaf E, Giesbrecht N, Simich L, Wright M da G. Critical perspective of the family and acquaintances on family and community risk factors in illicit drug use in Sao Jose, Costa Rica. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009;770-5.
7. DSM - IV - TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2002
8. Carlini EA. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil : estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID/Unifesp; 2006.
9. Cogollo-Milanés Z, Arrieta-Vergara KM, Blanco-Bayuelo S, Ramos-Martínez L, Zapata K, Rodríguez-Berrio Y. Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias en estudiantes de una universidad pública. *Revista de Salud Pública*. 2011;13:470-9.
10. Wagner GA, Andrade AG. Uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes universitários brasileiros. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2008;35:48-54
11. Peuker AC, Fogaça J, Bizarro L. Expectativas e beber problemático entre universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2006;22:193-200.
12. Musse AB. Apologia ao uso e abuso de álcool entre universitários: uma análise de cartazes de propaganda de festas universitárias. *SMAD Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*. 2008;4:00.
13. Correa F, Andrade A, Bassit A, Boccutto N. Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da Unesp. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 1999;21:95-100.
14. Souza MS, Baptista AS, Baptista MN. Relação entre suportefamiliar, saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários. *Acta Colombiana de Psicología*. 2010;13:143-54.
15. Paris M, Muñoz A. Nivel de autoestima y correlación con comportamientos de riesgo en alumnos de la Universidad de Almería. *Enferm Clin*. 2008;18(2):70-6.
16. Colares V, Franca C, Gonzalez E. Condutas de saúde entre universitários: diferenças entre gêneros.

- Cadernos de Saúde Pública. 2009;25:521-8.
17. Natividade JC, Aguirre AR, Bizarro L, Hutz, CS. Fatores de personalidade como preditores do consumo de álcool por estudantes universitários; Personality factors as predictors of alcohol consumption by university students. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(6):1091-100.
18. Brasil PR, Drogas SndPs. I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco, e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras. In: *Drogas SndPs*, editor. Brasília; 2010. p. 284.
19. Schenker M, Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10:707-17.
20. Sapienza G, Pedromônico MRM. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*. 2005;10:209-16.
21. Eisenstein E, Souza RP. Situações de risco à saúde de crianças e adolescentes. Petrópolis: Vozes; 1993.
22. Pesce RP, Assis SG, Santos N, Oliveira RVC. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2004;20:135-43.
23. Mosqueda-Díaz A, Ferriani MGC. Factores protectores y de riesgo familiar relacionados al fenómeno de drogas, presentes en familias de adolescentes tempranos de Valparaíso, Chile. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2011;19:789-95.
24. NDeep CAC, Leal IP. Adaptação da The Resilience Scale para a população adulta portuguesa. *Psicologia USP*. 2012;23:417-33.
25. Salehi Fadardi J, Null N, editors. *The Relationship between Resilience, Motivational Structure, and Substance Use* 2010.
26. Angst R, Back CM, Amorim CA, Moser AM. Resiliência: A universidade na terceira idade como fator de proteção. III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia Política Publica e Gestão da Educação; 2009:4342-53.
27. Rutter M. Stress, coping and development: some issues and some questions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1981;22(4):323-56.
28. Amato TC. Resiliência e uso de drogas: como a resiliência e seus aspectos se relacionam aos padrões no uso de drogas por adolescentes [Tese Doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2010.
29. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005;21:436-48.
30. Lopes VR, Martins MCF. Validação fatorial da escala de resiliência de connor-davidson (CD-RISC-10) para brasileiros. *Revista Psicologia*. 2011;11:36-50.
31. Henrique IFS, De Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLOS. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2004;50:199-206.
32. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*. 1993; 1(2):165-78.
33. Meneses-Gaya C. Estudo de validação de instrumentos de rastreamento para transtornos depressivos, abusos e dependência de álcool e tabaco [Tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2011.
34. BRASIL MS. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da Republica Federatica do Brasil; 1996.
35. Córdova-Alcaráz AJ, Palos PA, Rodríguez-Kuri SE. Características de resiliencia en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas. *Revista intercontinental de psicología y educación*. 2005;7(2):101-22.
36. Lima AC. Resiliência e toxicodependência. [Trabalho de curso]; 2012.
37. Stamm M, Liamari B. Consumo de álcool entre

estudantes do curso de enfermagem de um município do oeste catarinense. *Ciênc. Cuid. Saúde*. 2007;6(3):319-24.

38. Silva IVER, Malbergier A, Stempliuk VA, Andrade AG. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista de Saúde Pública*. 2006;40:280-8.

Recebido em: 13 de outubro de 2014

Aceito em: 14 de outubro de 2014