

**Brazilian Journal of Forensic Sciences,  
Medical Law and Bioethics**

Journal homepage: [www.ipebj.com.br/forensicjournal](http://www.ipebj.com.br/forensicjournal)



**Impulsividade e Sintomatologia Depressiva e a sua Correlação com  
o Consumo de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários**

**Impulsivity and Depressive Symptoms and their Correlation with the  
Consumption of Alcohol, Tobacco and Other Drugs among College Student**

Luiz Roberto Marquezi Ferro

*Universidade de Franca, SP, Brasil*

Received 12 April 2016

**Resumo.** O consumo de drogas lícitas e ilícitas tem aumentado consideravelmente no mundo todo. Este aumento é perceptível na população de universitários. Alguns fatores de risco têm contribuído para esta incidência, dentre eles a impulsividade e a depressão. Este trabalho teve por objetivo identificar o uso abusivo de drogas em uma amostra de estudantes universitários e suas possíveis associações com fatores de risco, impulsividade e sintomatologia depressiva. A metodologia utilizada foi de pesquisa descritiva com uma população de 152 universitários de uma universidade do interior do Estado de São Paulo, a coleta dos dados se deu de forma online, com a criação de uma plataforma no servidor Survey Monkey, onde se inseriu o TCLE, o questionário sociodemográfico, a escala para impulsividade - Barratt Impulsiveness Scale (BIS – 11), a escala para depressão - Well-Being Index 5 (WHO – 5) e o instrumento para mensurar o consumo abusivo de droga (ASSIST). Para verificar a associação entre o uso abusivo de drogas e as variáveis estudadas foi utilizado o modelo de regressão logística, sendo calculados *odds ratios* brutos (variável resposta cruzada com uma variável explicativa) e também *odds ratios* ajustados por todas as variáveis explicativas. O nível de significância considerado foi de  $p < 0,05$ , com intervalo de confiança de 95%, para todos os testes estatísticos aplicados. Verificou-se um elevado consumo de álcool, tabaco e outras drogas entre os estudantes avaliados, com percentuais acima da média da população geral. A regressão logística revelou uma associação significativa entre o uso de drogas e impulsividade (*odds* 1,11 bruto) e sintomatologia depressiva (*odds* 15,58), ou seja, os que possuem impulsividade e sintomatologia depressiva tem maior probabilidade para o consumo de outras drogas. Houve uma associação de

significância entre sintomatologia depressiva ( $p < 0,04$ ), impulsividade ( $p < 0,05$ ) e consumo de tabaco. Assim sendo, o estudo revelou a influência da impulsividade e da sintomatologia depressiva como fatores de risco para o consumo de tabaco e outras drogas.

**Palavras-chave:** Promoção da Saúde; Abuso de drogas; Impulsividade; Depressão.

**Abstract.** The consumption of licit and illicit drugs has increased considerably worldwide. This increase is noticeable in the population of university students. Some risk factors have contributed to this effect, including impulsivity and depression. This study aimed to identify the abuse of drugs in a sample of college students and their possible associations with risk factors, impulsivity and depressive symptoms. The methodology used was a descriptive research with a population of 152 students at a university in the State of São Paulo, the collection of data was online form with the creation of a platform on the Survey Monkey server, where it entered the IC the sociodemographic questionnaire, the scale to impulsivity - Barratt impulsiveness scale (BIS - 11), the scale for depression - Well-Being Index 5 (WHO - 5) and the instrument to measure the abusive drug use (ASSIST). To investigate the association between drug abuse and the variables we used the logistic regression model, crude odds ratios were calculated (variable cross-response with an explanatory variable) and also adjusted odds ratios for all the explanatory variables. The significance level was set at  $p < 0.05$  with 95% confidence intervals for all statistical tests applied. There was a high consumption of alcohol, tobacco and other drugs among students assessed, with percentages above the average of the general population. Logistic regression analysis revealed a significant association between drug use and impulsivity (1.11 gross odds) and depressive symptoms (odds 15.58), i.e., those with impulsivity and depressive symptoms are more likely to use of other drugs. There was a significant association between depressive symptoms ( $p < 0.04$ ), impulsivity ( $p < 0.05$ ) and tobacco consumption. Thus, the study revealed the influence of impulsivity and depressive symptoms as risk factors for the consumption of tobacco and other drugs.

**Keywords:** Health promotion; Drug abuse; Impulsivity; Depression.

## 1. Introdução

A frequência do consumo de drogas lícitas e ilícitas tem aumentado consideravelmente em todo o mundo. O Informe Mundial de Drogas da Oficina Contra Drogas e Crimes, da Organização das Nações Unidas (ONU) mostrou que, entre os anos de 2004 e 2005, os usuários de drogas passaram de 185 milhões para 200 milhões em todo o mundo. Observou-se que 5% da população mundial, entre 15 e 64 anos, consumiram substâncias ilegais ao menos uma vez no último ano <sup>1</sup>. 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<sup>1, 2</sup>.

Segundo os dados publicados no Relatório Mundial de Drogas de 2007 da 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 à 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%<sup>3</sup>.

O ingresso na vida universitária é motivo de satisfação, de inúmeras perspectivas, uma vez que se inicia um mundo desconhecido<sup>3</sup>. Paralelamente, trata-se de um período crítico de maior vulnerabilidade para o início e manutenção do uso de álcool e de outras drogas<sup>4</sup>. 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<sup>3</sup>.

O abuso de drogas no contexto universitário é facilitado pelo alcance da maioria; 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<sup>5</sup>.

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<sup>4</sup>.

Sabe-se que o consumo abusivo drogas pode gerar comportamentos de riscos ao universitário tais como: impulsividade<sup>6</sup>, sintomas depressivos<sup>7</sup>, acidentes

automobilísticos<sup>8</sup>, violência, comportamento sexual de risco (transmissão de DSTs, de AIDS, gravidez indesejada)<sup>9</sup>, prejuízos acadêmicos<sup>1</sup>, inatividade física<sup>9</sup>.

Diante dos inúmeros problemas relacionados ao consumo de drogas na população universitária, faz-se necessário questionar e avaliar as variáveis preditoras 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.

O termo impulsividade vem sendo utilizado para abordar uma ampla variedade de manifestações comportamentais referentes tanto ao comportamento normal quanto patológico. Tem sido utilizado também no sentido de descrever estados mentais, sendo um item no diagnóstico de mania, desordens de personalidade, abuso de substâncias e Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH). As variações do fenômeno da impulsividade podem ser remetidas aos diversos campos de conhecimento que utilizam o termo: psicologia humana, psiquiatria, comportamento animal e psicofarmacologia<sup>10</sup>. A impulsividade caracterizada pela desinibição comportamental se manifesta como uma ação rápida em relação à satisfação do desejo, com pouca avaliação do impacto e das consequências implicadas<sup>11</sup>.

Pesquisas recentes apontaram que algumas características de personalidade e temperamento podem ser facilitadoras do uso abusivo de substâncias psicoativas na idade adulta. A impulsividade parece ser o eixo de ligação destes estudos que relacionam o uso da nicotina, álcool e outras substâncias ao TDAH e à personalidade. A impulsividade tem sido enfatizada como uma causa (do ponto de vista da personalidade) ou como efeito do abuso de drogas (do ponto de vista dos efeitos neurobiológicos e cognitivos)<sup>12</sup>.

A associação entre impulsividade e uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas tem sido investigada tanto em animais<sup>13</sup> quanto em humanos<sup>14</sup>. Em modelos animais, foi demonstrado que os ratos mais impulsivos apresentavam maior autoadministração de cocaína e álcool. Estudos com humanos, mostraram evidências de que indivíduos com dependência de álcool, heroína, cocaína ou tabaco eram mais impulsivos que os não-dependentes<sup>6,13</sup>.

Nessa mesma direção, os principais fatores de risco individuais para problemas com álcool ou drogas ilícitas na adolescência e início da idade adulta, têm sido associados à impulsividade, que pode ser manifestada como um sintoma de transtorno de conduta, transtorno de oposição e desafio, TDAH e transtorno de

personalidade antissocial. Além disso, em outras patologias que têm alta comorbidade com uso de substâncias, como transtorno de humor bipolar e transtorno de personalidade borderline, a impulsividade parece estar mediando a maior frequência de consumo e de problemas associados ao álcool e outras drogas<sup>4,15,16</sup>.

No Brasil, um estudo investigou características de personalidade relacionadas ao tabagismo em fumantes universitários, através da Escala de Personalidade de Comrey (CPS). Os principais traços relacionados à manutenção deste hábito foram: a busca de novidade, sintomas de ansiedade e de depressão, traços obsessivo-compulsivos, impulsividade, agressividade, timidez, alienação social, baixa autoestima, tendências a comportamentos antissociais, não convencionais e de risco e hostilidade<sup>17</sup>.

Simons et al. avaliaram 442 universitários norteamericanos usuários de álcool e encontraram que instabilidade emocional e impulsividade, sinergicamente, aumentavam a chance de apresentar problemas com álcool<sup>18</sup>. Outro estudo avaliou a associação entre o uso problemático de maconha e impulsividade em uma amostra de 592 universitários. Nessa avaliação, a impulsividade (medida por uma combinação de escalas) aumentava a incidência para o consumo da droga, como também aumentava os problemas ocasionados pelo seu consumo<sup>19</sup>.

Existem algumas teorias sobre impulsividade, dentre elas esta a ideia de associar o uso da droga, um exemplo é a nicotina, como forma de automedicação, na busca de efeitos como melhora de humor, de ânimo, de busca de prazer e de atenção<sup>20</sup>; outro modelo relaciona uma disfunção na região do córtex frontal à falha em inibir comportamentos impulsivos<sup>21</sup>; modelos biológicos de personalidade, como os de Eysenck e Gray, por exemplo, têm sido utilizados também como referência para a compreensão da impulsividade, relacionada tanto ao TDAH quanto ao uso abusivo de drogas<sup>22</sup>.

Desde a década de 1950, pesquisadores conduzindo estudos independentes e empregando técnicas de análises fatoriais a descritores de características individuais, inclusive utilizando instrumentos de aferição da personalidade provenientes de teorias diversas (por exemplo, o *Sixteen Personality Factor Questionnaire* (16-PF), o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), a escala de Necessidades de Murray, o Califórnia Q-Set (CQS), as escalas de Comrey), verificaram que seus resultados eram possíveis de serem interpretados em cinco grandes dimensões:

socialização, realização, extroversão, neuroticismo e abertura<sup>11</sup>. Nesses estudos, escores baixos em socialização se correlacionaram com altas frequências e altas quantidades de consumo de álcool; o aumento do consumo de álcool também foi associado a altos escores do fator extroversão; em relação ao neuroticismo foi possível verificar que pontuação alta no subfator impulsividade estava diretamente ligado ao consumo de álcool e outras drogas<sup>11</sup>.

Outro estudo apontou que altos escores de impulsividade, desinibição e busca de novidade entre os adolescentes filhos de usuários de drogas<sup>23</sup>, podem ser preditores do uso de drogas<sup>12</sup>. Esta vulnerabilidade parece estar relacionada tanto a fatores genéticos quanto ambientais, incluindo a experiência familiar. Do ponto de vista genético, traços de impulsividade são preditores confiáveis para uso abusivo de substâncias, especialmente dos estimulantes como nicotina e cocaína. Um estudo realizado no Brasil com fumantes universitários identificou alguns traços para a manutenção do hábito de fumar, dentre eles destaca-se a impulsividade<sup>17</sup>.

A incidência de transtornos depressivos na população mundial vem crescendo consideravelmente nos últimos anos. Sabe-se que os sintomas depressivos estão associados a uma deterioração generalizada da vida dos indivíduos, além de representar um importante fator de risco para o abuso de álcool e de outras drogas psicoativas.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), os sintomas depressivos são caracterizados por profunda tristeza; perda do interesse ou prazer em desempenhar atividades anteriormente agradáveis; sentimento de inutilidade ou culpa inadequada; perda da confiança ou da autoestima. Esses sintomas devem permanecer por pelo menos duas semanas, estando presentes na maior parte do dia<sup>10</sup>.

O contexto da Universidade é marcado por expectativas, sonhos, desejos, cobranças, frustrações e dúvidas, e de acordo com a estrutura de saúde mental do sujeito pode desencadear transtornos mentais, como a depressão.

No Brasil, nos últimos anos, foram realizados diversos estudos epidemiológicos, que verificaram a frequência de uso de drogas entre a população universitária<sup>24-26</sup>. Nesses estudos, observa-se um consenso: que o uso de álcool e outras substâncias é maior entre universitários quando comparado à população geral e a estudantes do ensino médio<sup>25</sup>, e ainda que há uma associação entre depressão e consumo de álcool e outras drogas<sup>26</sup>.

Pesquisas apontam que jovens que consumiram álcool, cigarro, e maconha em algum momento da vida, mostraram uma frequência de sintomas depressivos, significativamente, maior do que os jovens que não consumiram<sup>27</sup>. Dos sintomas depressivos elencados na pesquisa 55,4% dos estudantes tinham mudanças em seu hábito de dormir, 40,7% tinham autocrítica exagerada, 37,5% perda de apetite e 31,1% tinham cansaço ou fadiga.

Segundo o I Levantamento Nacional Sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras, 15,7% de jovens na idade entre 15 e 24 anos apresentam episódios depressivos ao longo da sua vida<sup>28</sup>, esse dado revela a fragilidade da população jovem e como esta população se torna um grupo vulnerável ao consumo abusivo de álcool e outras drogas.

## 2. Método

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).

Utilizou-se três questionários para a realização desta pesquisa, um que mensurou o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, chamado ASSIST; para avaliar a impulsividade aplicou-se a *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11); e para analisar sintomas depressivos o *Well-Being Index-5* (WHO-5). Além de outro questionário sobre os dados demográficos, como sexo, idade, curso a que pertencia, estado civil, com quem morava, se trabalhava e se tinha religião.

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<sup>29</sup>. 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, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas mal sucedidas de cessar ou reduzir o consumo, sentimento de

compulsão e 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 BIS-11 é uma escala de autopreenchimento composta por 30 itens relacionados às manifestações da impulsividade, tendo como base o modelo teórico proposto por Ernst Barratt<sup>30,31</sup>. O constructo teórico de impulsividade utilizado na escala pode ser definido como “agir sem pensar”, relacionado à falta de controle sobre pensamentos e comportamentos. Cabe ressaltar que o instrumento apresenta cerca de 10 questões que são compatíveis com critérios diagnósticos de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). A BIS-11 foi validada em vários países com diversas populações, além disso foram desenvolvidas versões reduzidas da escala<sup>32-35</sup>. No Brasil, a escala foi traduzida e adaptada para o português utilizando uma amostra de 464 adolescentes do sexo masculino, entre 15 e 20 anos. Nesse estudo, foram identificados três fatores (falta de planejamento, falta de atenção e motor) com uma consistência interna de 0,62 para os 30 itens<sup>15</sup>.

A primeira versão do *Well-Being Index* (WHO) foi desenvolvida pela OMS com o intuito de mensurar o bem-estar entre pacientes diabéticos e crônicos<sup>36</sup>. A origem dessa escala foi a partir das escalas *Zung's*, utilizadas para aferir transtornos depressivos, ansiedade e angústia. Inicialmente, era constituído por 28 itens, mas após análises de suas propriedades psicométricas, foi reduzido para 22 questões<sup>37-40</sup>. Vários estudos demonstraram a eficiência do WHO, conseqüentemente, suas qualidades psicométricas possibilitaram a criação de algumas versões abreviadas<sup>40, 41</sup>. Desenvolvida em 1995, a primeira versão breve era composta por dez itens e foi nomeada de WHO-10. Nesse mesmo ano, também foi concebida uma escala com cinco itens, denominada WHO-5, que foi revisada e intitulada de WHO-5 (versão-2) em 1998<sup>40, 42</sup>. As diferenças estruturais entre as duas versões do WHO-5 são referentes à formulação da primeira questão (negativamente na versão inicial e positivamente na posterior), e à pontuação dos itens (de zero a três na versão-1 e de zero a cinco na versão-2). Dessa forma, os escores totais variam de zero a 15 na primeira e de zero a 25 na segunda versão. Nos dois instrumentos os escores elevados indicam maior bem-estar<sup>43</sup>. Constata-se, também, que o WHO-5 (versão-1) possui eficácia para avaliar transtornos depressivos e transtornos de ansiedade, já o WHO-5 (versão-2) rastreia, exclusivamente, transtornos depressivos<sup>36, 40, 42</sup>. O WHO-



5 foi validado em diversos países, sendo a versão-2 a mais empregada em todo mundo. No Brasil, devido à possibilidade de se ter um único instrumento para rastrear transtornos depressivos e ansiosos, Azevedo-Marques optou por traduzir e validar a versão-1. Nesse estudo, foram encontrados elevados índices de validade e confiabilidade<sup>44</sup>.

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 o 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.<sup>36</sup>

Este trabalho orientou-se pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>45</sup> 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.

### 3. 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, da etnia branca e pertencentes a 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.

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

<b>Substâncias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Tabaco</b>		
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%
<b>Bebidas Alcolólicas</b>		
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%
<b>Maconha</b>		
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%
<b>Cocaína/Crack</b>		

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	-	-
<b>Anfetaminas/êxtase</b>		
Nunca	150	98,68%
1 ou 2 vezes	1	0,66%
Mensalmente	1	0,66%
<b>Inalantes</b>		
Nunca	143	94,08%
1 ou 2 vezes	4	2,63%
Mensalmente	4	2,63%
Semanalmente	1	0,66%
<b>Hipnóticos/sedativos</b>		
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%
<b>Alucinógenos</b>		
Nunca	148	97,37%
1 ou 2 vezes	4	2,63%
<b>Opióides</b>		
Nunca	152	100%

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%.

Avaliou-se as características de impulsividade, por meio da Escala de Impulsividade. Como a escala não possui um ponto de corte definido, quanto mais perto de 120 (valor total da pontuação do teste) maior são os indícios de impulsividade

e quanto mais perto de 30 (valor menor da pontuação do teste) menores os índices de impulsividade.

**Tabela 2:** Distribuição de escores da Escala de Impulsividade de Barrat.

ESCALA DE IMPULSIVIDADE DE BARRATT							
VARIÁVEL	Média	DP	Mínima	1ºQuar.	Mediana	3ºQuar.	Máxima
<b>Geral</b>	75,2	4,55	62	73	75	78	86
<b>Motora</b>	25,26	2,94	14	24	25	27	34
<b>Atencional</b>	22,93	2,69	13	21	23	25	28
<b>Não Planejado</b>	27,01	2,90	19	25	27	29	34

Observou-se na amostra uma variação de escores totais entre 62 e 86 pontos, no primeiro quartil a pontuação foi até 73, ou seja, 38 participantes tiveram escores totais entre 62 a 73 pontos no tocante à impulsividade geral, enquanto que no terceiro quartil, outros 38 participantes, apresentaram os escores mais elevados com pontuações entre 78 a 86.

O WHO-5 é um instrumento de rastreamento de sintomas depressivos, nesse estudo adotou-se o ponto de corte igual ou maior que 9 como validado por Meneses-Gaya<sup>36</sup>. Na Tabela são apresentados os resultados dessa avaliação.

De acordo com os resultados do WHO-5, quase um quarto da amostra apresentou sintomatologia depressiva. Para verificar a associação entre impulsividade, sintomas depressivos e consumo de tabaco foi utilizado o teste estatístico da regressão logística. Como mostra a Tabela 4, apresentando somente as associações.

Foi identificada, na regressão logística ajustada ( $p=0,04$ ), uma associação significativa entre sintomatologia depressiva e consumo de tabaco, que não havia sido identificada na bruta. Desse modo, os sujeitos com sintomatologia depressiva apresentaram 1,05 mais possibilidades de consumo de tabaco do que aqueles não possuem sintomatologia depressiva.

**Tabela 3:** Frequência de sintomatologia depressiva nas amostras segundo o WHO-5.

Sintomas depressivos	Frequência	Porcentagem
Ausente	115	75,66%
Presente	37	24,34%

Para o consumo de outras drogas (sem ser tabaco e álcool) obteve-se associações de relevância, em relação à sintomatologia depressiva. A significância foi encontrada tanto na regressão logística bruta como também na ajustada (*odds* 8,04 e 15,58, respectivamente). Assim sendo, os que possuíam uma sintomatologia depressiva tiveram uma incidência maior para o consumo de outras drogas.

A variável impulsividade também fora de significância para as associações com o tabaco. A significância foi percebida tanto na regressão logística bruta como também na ajustada  $p=0,02$  e  $p=0,05$ , respectivamente. O *odds* apresentado na regressão logística bruta foi de 1,13 e o *odds* da ajustada foi de 1,00.

**Tabela 4:** Resultado das análises da Regressão Logística nas variáveis que apresentaram correlações.

Distribuição de resultados da regressão logística para o consumo de tabaco, segundo algumas variáveis explicativas.								
Variáveis	Odds Ratio	IC 95%		Valor p	Odds Ratio	IC 95%		Valor p
<b>Sintomas depressivos</b>								
Ausente x presente	2,83	0,80	10,05	0,11	<b>5,24</b>	<b>1,05</b>	<b>26,19</b>	<b>0,04</b>
<b>Impulsividade</b>								
Contínua	<b>1,13</b>	<b>1,02</b>	<b>1,25</b>	<b>0,02</b>	<b>1,14</b>	<b>1,00</b>	<b>1,29</b>	<b>0,05</b>
Distribuição de resultados da regressão logística para o consumo de outras drogas, segundo algumas variáveis explicativas								
<b>Sintomas depressivos</b>								
Ausente x presente	<b>8,04</b>	<b>1,04</b>	<b>61,96</b>	<b>0,05</b>	<b>15,58</b>	<b>1,37</b>	<b>177,0</b>	<b>0,03</b>
<b>Impulsividade</b>								
Contínua	<b>1,11</b>	<b>1,00</b>	<b>1,24</b>	<b>0,05</b>	1,10	0,96	1,26	0,15

Por fim um dado encontrado na regressão logística bruta apontou associação entre a impulsividade e o consumo de outras drogas com o *odds* de 1,11 e o valor de  $p=0,05$ , contudo esta associação significativa não fora percebida na regressão logística ajustada.

#### 4. Discussão

Os resultados obtidos pela Escala de Impulsividade de Barrat apontou que a maior parte da amostra de universitários apresentou índices elevados de impulsividade. Também constatou uma relação significativa entre os elevados escores de

impulsividade e o consumo de tabaco. Em relação ao consumo de outras drogas (com exceção do álcool), foi identificada uma associação significativa na regressão logística bruta, contudo, esta significância não foi percebida na regressão logística ajustada.

Spillane et al, discutem que ao longo dos anos da faculdade muitos alunos que não fumavam passam a fumar, a pesquisa revela que 25% dos fumantes começaram a fumar na faculdade. Segundo os autores, comportamentos impulsivos como agir precipitadamente, buscar sensações prazerosas imediatas, falta de perseverança, incapacidade de permanecer focado no que está fazendo e falta de planejamento são relevantes para o tabagismo entre universitários. O consumo de tabaco serve como uma maneira de aliviar a angústia e sofrimentos que comportamentos impulsivos ocasionam, fumar seria um paliativo<sup>46</sup>.

Em outros estudos também notam-se uma associação entre a impulsividade e o consumo de álcool. Carlson e Johnson constataram em amostra com 292 universitários, utilizando a Escala de Impulsividade de Barratt, uma interação significativa entre todos os tipos de bebedores (dependentes, usuários abusivos) e a impulsividade<sup>47</sup>. Do mesmo modo, em outro estudo observou-se que quanto maior os indícios de impulsividade mais insidiosos eram os transtornos por uso de álcool<sup>48</sup>. Todavia no presente estudo, não foram encontradas associações significativas entre a impulsividade e o consumo de álcool.

Ainda há de se ressaltar que, o consumo de álcool, tabaco e outras drogas podem levar o sujeito a ter comportamentos impulsivos.

Os resultados desta pesquisa apontaram a presença de sintomatologia depressiva em quase um quarto da amostra (24,34%). Algumas pesquisas com universitários investigaram a associação entre os sintomas depressivos na vida e o consumo de drogas<sup>49-51</sup>. Uma delas aponta que entre os fumantes diários 47% apresentavam sintomas depressivos. Nesse estudo, os estudantes com níveis moderados de depressão apresentaram maiores frequências de uso de drogas como cigarros (44%), consumo abusivo de álcool (60%), maconha (42%) estimulantes (11%) e cocaína (10%). Também fora relatado, uma associação significativa entre índices moderados de depressão e comportamentos agressivos<sup>52</sup>.

Outro estudo apontou que os sujeitos que relatam sintomas depressivos, tendem insidiosamente para consumo abusivo e dependência de álcool, tabaco e/ou outras drogas<sup>53</sup>. Uma pesquisa longitudinal da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) constatou que 44% dos participantes tinham transtorno depressivo grave

e que 75% desses manifestaram sintomas depressivos antes do aparecimento da dependência de drogas<sup>54</sup>.

Estudos realizados nos Estados Unidos e Europa demonstram que o abuso de drogas é a comorbidade mais frequente entre os portadores de transtornos mentais, como os transtornos de ansiedade, conduta, depressivos, déficit de atenção, hiperatividade e esquizofrenia<sup>53, 54</sup>.

Os resultados apresentados nesse estudo apontam associações significativas entre o consumo de drogas e a sintomatologia depressiva. Verificou-se que os universitários com sintomatologia depressiva apresentaram 8 vezes mais chances de consumir tabaco que os estudantes que não apresentaram sintomas depressivos, considerando as demais variáveis essa chance aumentou para 15 vezes mais.

Lenz verificou que 92% dos universitários com transtornos depressivos consumiram tabaco no último mês. Nesse estudo, o universitário com diagnóstico depressivo apresentou sete vezes mais chances para o consumo de tabaco<sup>55</sup>. Desta forma, verifica-se que pessoas que apresentam sintomas depressivos apresentam uma possibilidade maior de consumo de tabaco<sup>53, 54</sup>.

Um estudo com universitários mexicanos, verificou que os universitários que consumiram drogas, em algum momento de sua vida, apresentaram um maior risco de ter depressão em comparação com os que não consumiram<sup>27</sup>.

Diferentes de outros estudos, não foram encontradas associações entre o consumo de álcool e os transtornos depressivos na atual pesquisa. Em relação ao consumo de outras drogas (com exceção do álcool e tabaco), verificou-se que os universitários com sintomas depressivos apresentaram 8,04 vezes mais chances de consumir drogas, ao considerar as demais variáveis essa chance sobe para 15,58. Estes resultados são coerentes com os da literatura, que indica uma relação entre alguns transtornos afetivos e o consumo de substâncias psicoativas na população jovem<sup>26,56,57</sup>. Isto leva-nos a afirmar que sintomas depressivos podem ser considerados como fator de risco para o consumo de drogas, bem como também o uso de drogas podem desencadear sintomas depressivos .

## **5. Considerações finais**

Impulsividade e sintomas depressivos são fatores de risco insidiosos para o consumo de álcool, tabaco e outras drogas.

Descobrir fatores de risco, como no caso desta pesquisa, torna-se algo imprescindível para poder pensar em estratégias de prevenção e também de promoção de saúde.

Estas descobertas podem auxiliar as Instituições de Ensino a como acompanhar alunos que apresentam tais fatores de risco (impulsividade e sintomatologia depressiva) a orienta-los na busca de acompanhamento profissionais especializados para que possam melhorar a qualidade de suas vidas.

## Referências

1. Cogollo-Milanés Z, Arrieta-Vergara KM, Blanco-Bayuelo S, Ramos-Martínez L, Zapata K and Rodríguez-Berrio Y. Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias en estudiantes de una universidad pública. *Revista de Salud Pública*. 2011; 13: 470-9.
2. 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.
3. Wagner GA and Andrade AGd. Uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes universitários brasileiros. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2008; 35: 48-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832008000700011>
4. Peuker AC, Fogaça J and Bizarro L. Expectativas e beber problemático entre universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2006; 22: 193-200. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-37722006000200009>
5. 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-.
6. Diemen LV. Associação entre impulsividade, idade do primeiro consumo de álcool e abuso de substâncias psicoativas em adolescentes de uma região sul do Brasil. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul,, 2006.
7. Santos TM, Almeida AO, Martins HO and Moreno V. Aplicação de um instrumento de avaliação do grau de depressão em universitários do interior paulista durante a graduação em Enfermagem. *Acta Scientiarum Health Sciences*. 2003; 25(2): 171-6.
8. Souza MS, Baptista AS and Baptista MN. Relação entre suportefamiliar, saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários. *Acta Colombiana de Psicología*. 2010; 13: 143-54.
9. Paris M and 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. [http://dx.doi.org/10.1016/S1130-8621\(08\)70701-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1130-8621(08)70701-0)



10. DSM - IV - TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
11. Natividade JC, Aguirre AR, Bizarro L and 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: 1091-100. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000600008>
12. Granö N, Virtanen M, Vahtera J, Elovainio M and Kivimäki M. Impulsivity as a predictor of smoking and alcohol consumption. *Personality and Individual Differences*. 2004; 37: 1693-700. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2004.03.004>
13. Perry JL, Larson EB, German JP, Madden GJ and Carroll ME. Impulsivity (delay discounting) as a predictor of acquisition of IV cocaine self-administration in female rats. *Psychopharmacology*. 2005; 178: 193-201. <http://dx.doi.org/10.1007/s00213-004-1994-4>
14. Moeller FG, Dougherty DM, Barratt ES, et al. Increased impulsivity in cocaine dependent subjects independent of antisocial personality disorder and aggression. *Drug Alcohol Depend*. 2002; 68: 105-11. [http://dx.doi.org/10.1016/S0376-8716\(02\)00106-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0376-8716(02)00106-0)
15. Diemen Lv, Szobot CM, Kessler F and Pechansky F. Adaptation and construct validation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS 11) to Brazilian Portuguese for use in adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2007; 29: 153-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000020>
16. Natividade JC, Aguirre AR, Bizarro L and Hutz CS. Fatores de personalidade como preditores do consumo de álcool por estudantes universitários. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012; 28: 1091-100. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000600008>
17. Rondina RdC, Gorayeb R, Botelho C and Silva AMCd. Um estudo comparativo entre características de personalidade de universitários fumantes, ex-fumantes e não-fumantes. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2005; 27: 140-50. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082005000200004>
18. Simons JS, Carey KB and RM G. Liability and Impulsivity Synergistically Increase Risk for Alcohol-Related Problems. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2004; 30: 685-94. <http://dx.doi.org/10.1081/ADA-200032338>
19. Simons JS and KB C. Risk and vulnerability for marijuana use problems: The role of affect dysregulation. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2002; Vol 16(1): 72-5. <http://dx.doi.org/10.1037/0893-164X.16.1.72>
20. Aguirre ARL. Características de personalidade e indicativos de transtorno de déficit de atenção-hiperatividade em universitários fumantes. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

21. Dinn WM, Aycicegi A and Harris CL. Cigarette smoking in a student sample: Neurocognitive and clinical correlates. *Addictive Behaviors*. 2004; 29: 107-26. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2003.07.001>
22. Englemann JB. Personality predicts responsivity of the brain reward system. *J Neurosci*. 2006; 26(30): 7775-6. <http://dx.doi.org/10.1523/JNEUROSCI.2377-06.2006>
23. Ohannessian CM and Hesselbrock VM. Do personality characteristics and risk taking mediate the relationship between paternal substance dependence and adolescent substance use? *Addictive Behaviors*. 2007; 32: 1852-62. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.12.017>
24. Díaz Negrete B and García-Aurrecochea R. Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2008; 24: 223-32. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892008001000001>
25. Lemos KM, Neves NMBC, Kuwano AY, et al. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de Medicina de Salvador (BA). *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2007; 34: 118-24. <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-60832007000300003>
26. Rodríguez Rodríguez DC, Dallos Bareño CM, González Rueda SJ, et al. Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005; 21: 1402-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500012>
27. Facundo FRG, Luna SDJR, Castillo MMA, Almanza SEE, García KSL and Gonzalez CI. *Depression and psychoactive substances consumption in Mexican college undergraduates*. 2011.
28. Brasil PdR and Drogas SNdPs. I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco, e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras. In: Drogas SNdPs, (ed.). Brasília2010, p. 284.
29. Henrique IFS, De Micheli D, Lacerda RBd, Lacerda LAd and Formigoni MLOdS. 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. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302004000200039>
30. Patton JH, Stanford MS and ES B. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *J Clin Psychol*. 1995; 51(6): 768-74. [http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1](http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1)
31. Barratt E. Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Percept Mot Skills*. 1959; 9(2): 191-8. <http://dx.doi.org/10.2466/pms.1959.9.3.191>
32. Someya T, Sakado K, Seki T, et al. The Japanese version of the Barratt Impulsiveness Scale, 11th version (BIS-11): its reliability and validity. *Psychiatry ClinNeurosci*. 2001; 55(2): 111-4. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-1819.2001.00796.x>

33. Fossati A, Di CA, Acquarini E and ES B. Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in nonclinical subjects [Abstract]. *J Clin Child Psychol.* 2001; 57: 815-28. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.1051>
34. Bayle FJ, Bourdel MC, Caci H, Gorwood P, Chignon JM and al e. Factor analysis of french translation of the Barratt impulsivity scale (BIS-10). *CanJPsychiatry.* 2000; 45 (2): 156-65.
35. Preuss UW, Rujescu D, Giegling I, et al. Factor structure and validity of a german version of the barratt impulsiveness scale. *FortschrNeurolPsychiatr.* 2003; 71 (10): 527-34.
36. Meneses-Gaya C. Estudo de validação de instrumentos de rastreamento para transtornos depressivos, abusos e dependência de álcool e tabaco. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2011.
37. Zung WW. The measurement of affects: depression and anxiety. *Modern problems of pharmacopsychiatry.* 1974; 7: 170-88. <http://dx.doi.org/10.1159/000395075>
38. Zung WWK. A self-rating pain and distress scale. *Psychosomatics.* 1983; 24: 887-94. [http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3182\(83\)73140-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3182(83)73140-3)
39. Löwe B, Spitzer RL, Gräfe K, et al. Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *Journal of affective disorders.* 2004; 78: 131-40. [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00237-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00237-9)
40. WHO WHO. Info Package: mastering depression in primary care, Version 2.2. . *Regional Office for Europe.* 1995.
41. Heun R, Burkart M, Maier M and Bech P. Internal and external validity of the WHO Well-Being Scale in the elderly general population. *Acta Psychiatr Scand.* 1999; 99: 171-78. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb00973.x>
42. WHO WHO. Well being measures in primary health care: the DepCare Project. *Regional Office for Europe.* Copenhagen, Denmark WHO, 1998.
43. Angst J. Major depression in 1998: are we providing optimal therapy? *J Clin Psychiatry.* 1999; 60(Suppl 6): 5-9.
44. Azevedo-Marques J. Detecção e diagnóstico de transtornos mentais pela equipe do programa de saúde da família. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2009.
45. BRASIL MdS. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1996.
46. Spillane NS, Smith GT and Kahler CW. Impulsivity-like traits and smoking behavior in college students. *Addictive Behaviors.* 2010; 35: 700-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.03.008>

47. Carlson SR and Johnson SC. Impulsivity is not always associated with student drinking: A moderation study of impulsivity and drinking by positive alcohol expectancies. *Addictive Behaviors*. 2012; 37: 556-60. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.12.007>
48. Balodis IM, Potenza MN and Olmstead MC. Binge drinking in undergraduates: Relationships with gender, drinking behaviors, impulsivity and the perceived effects of alcohol. *Behavioural pharmacology*. 2009; 20: 518. <http://dx.doi.org/10.1097/FBP.0b013e328330c779>
49. Farina M, Mengarda CF and Lima Argimon II. Caracterização sociodemográfica de estudantes universitários com sintomas depressivos. 2012: 1-17.
50. Guzmán Facundo FR, Ramos Luna SDJ, Alonso Castillo MM, Esparza Almanza SE, López García KS and Ibarra González CP. Depression and psychoactive substances consumption in Mexican college undergraduates. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2011; 29: 442-50.
51. Adewuya AO. Prevalence of major depressive disorder in Nigerian college students with alcohol-related problems. *General hospital psychiatry*. 2006; 28: 169-73. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2005.09.002>
52. Roberts SJ, Glod CA, Kim R and Houchell J. Relationships between aggression, depression, and alcohol, tobacco: Implications for healthcare providers in student health. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2010; 22: 369-75. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-7599.2010.00521.x>
53. Zalaf MRR and Fonseca RMGSd. Uso problemático de álcool e outras drogas em moradia estudantil: conhecer para enfrentar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2009; 43: 132-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100017>
54. Zaleski M, Laranjeira RR, Marques ACPR, et al. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2006; 28: 142-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006000200013>
55. Lenz BK. Tobacco, depression, and lifestyle choices in the pivotal early college years. *Journal of American College Health*. 2004, p. 213+. <http://dx.doi.org/10.3200/JACH.52.5.213-220>
56. Wagner GA, Oliveira LGd, Barroso LP, et al. Drug use in college students: a 13-year trend. *Revista de Saúde Pública*. 2012; 46: 497-504. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000033>
57. Wagner FA, Velasco-Mondragon HE, Herrera-Vazquez M, Borges G and Lazcano-Ponce E. Early alcohol or tobacco onset and transition to other drug use among students in the State of Morelos, Mexico. *Drug and Alcohol Dependence*. 2005; 77: 93-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.06.009>