

Consumo de Substâncias

Estilo de Vida?

À Procura de um Estilo ?

Neste volume, da Colecção Estudos – Universidades, apresentam-se diversos artigos baseados nos resultados, do *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*, um estudo – sobre os estilos de vida dos adolescentes e dos seus comportamentos nos diversos cenários das suas vidas – promovido pela Organização Mundial de Saúde, que tem contado com o apoio do IDT. São aqui analisadas as relações dos consumos de substâncias com diversas variáveis.

Os autores, constituem a equipa do projecto «Aventura Social» – coordenado pela Professora Doutora Margarida Gaspar de Matos – da Faculdade de Motricidade Humana (Universidade Técnica de Lisboa) e do Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais/Instituto de Higiene e Medicina Tropical (Universidade Nova de Lisboa).

MARGARIDA GASPAS DE MATOS

Licenciada em Psicologia, Especialização em Psicoterapia cognitivo-comportamental pela Universidade Claude Bernard (Lyon II), Doutoramento em Motricidade Humana com Agregação em Saúde Internacional pelo IMHT/UINL, Pós-Doutoramento na SDSU (Universidade de San Diego California) e QUT (Queensland University of Technology). Professora Associada com Agregação na Faculdade de Motricidade Humana.

Lecciona vários cursos de Mestrado, Doutoramento e coordena vários projectos de investigação na área da Saúde Mental, Promoção da Saúde e Estilos de Vida Activos e Promoção de Competências Sociais.

Investigadora e Membro da Comissão de Coordenação do Centro de Malária e outras Doenças Tropicais e Coordenadora Nacional do HBSC/WHO.

Margarida Gaspar de Matos

Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um Estilo?

Colecção ESTUDOS – Universidades

-
-
-
-
-
-
-
-

Margarida Gaspar de Matos
(coordenação)

Universidade Técnica de Lisboa
Universidade Nova de Lisboa



**CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS:
ESTILO DE VIDA? À PROCURA DE UM ESTILO?**

Margarida Gaspar de Matos
(coordenação)

Universidade Técnica de Lisboa
Universidade Nova de Lisboa

Biblioteca Nacional de Portugal – Catalogação na Publicação

MATOS, Margarida Gaspar de, 1956-

Consumo de substâncias : estilo de vida ?
à procura de um estilo ?
(Estudos. Universidades)

ISBN 978-972-9345-65-4

CDU 613
316

Ficha Técnica

Título – CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS:
ESTILO DE VIDA? À PROCURA DE UM ESTILO?

Coordenação – Margarida Gaspar de Matos

Colecção Estudos – Universidades

Edição – Instituto da Droga e da Toxicodependência

ISBN – 978-972-9345-65-4

Depósito Legal – 273 513/08

Tiragem – 500 exemplares

Capa, Arranjo e Execução Gráfica – Editorial do Ministério da Educação

Preço – 15 €

CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS:
ESTILO DE VIDA? À PROCURA DE UM ESTILO?

Margarida Gaspar de Matos
(*coordenação*)

Instituto da Droga e da Toxicodependência
Lisboa, 2008

Coordenação: Margarida Gaspar de Matos

Faculdade de Motricidade Humana/**UTL**
Centro da Malária e outras Doenças Tropicais/IHMT/**UNL**
Health Behaviour in School-aged Children

Estudo realizado no âmbito do Compromisso Protocolar estabelecido entre o **Instituto da Droga e da Toxicoddependência** e a **Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa**, a 12 de Julho de 2004.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	1
PREFÁCIO	3
RESUMOS	5
Adolescência e seus Contextos: o Estudo HBSC/OMS	25
Margarida Gaspar de Matos	
Consumo de Substâncias e Saúde/Bem-estar, em Crianças e Adolescentes Portugueses	45
Tânia Gaspar e Margarida Gaspar de Matos	
Consumo de Substâncias e Satisfação com a Vida, nos Adolescentes Portugueses	71
António Borges da Silva, Margarida Gaspar de Matos e José Alves Diniz	
Consumo de Substâncias e Isolamento Social durante a Adolescência	95
Gina Tomé, Margarida Gaspar de Matos e José Alves Diniz	
Consumo de Substâncias e Felicidade nos Adolescentes Socialmente Isolados	127
Gina Tomé, Margarida Gaspar de Matos e José Alves Diniz	
A Família: Factor de Protecção no Consumo de Substâncias	165
Inês Camacho, Margarida Gaspar de Matos e José Alves Diniz	
A Violência na Escola e sua Associação ao Consumo de Substâncias	201
Sónia Gonçalves e Margarida Gaspar de Matos	
Actividade Física, Desporto e Consumo de Substâncias entre Adolescentes Portugueses	219
Nuno E. Loureiro, Margarida Gaspar de Matos e José Alves Diniz	
Preferências Musicais e Culturas Juvenis e o Consumo de Substâncias nos Adolescentes	233
Mafalda Ferreira, Margarida Gaspar de Matos, Mariana Pessoa e José Alves Diniz	

Consumo de Substâncias na Adolescência e Espaços de Lazer: Análise Específica do Estudo HBSC de 2002	257
Ana Naia, Celeste Simões e Margarida Gaspar de Matos	
Comportamentos de Risco e Consumo de Substâncias: os Adolescentes que não Respondem às Questões dos Consumos	283
Mafalda Ferreira, Margarida Gaspar de Matos e José Alves Diniz	
Consumo de Substâncias na Adolescência: Revisão de um Modelo Explicativo	301
Celeste Simões, Margarida Gaspar de Matos e Juan Batista-Foguet	
Consumo de Substâncias na Adolescência: Evolução ao Longo de 8 Anos	319
Mafalda Ferreira, Margarida Gaspar de Matos e José Alves Diniz	
Conclusões	341
Margarida Gaspar de Matos e Celeste Simões	
Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde em 2007	349
Consultores	353
Financiamentos	357
Escolas Participantes	361
Publicações da Equipa	369
Contactos	373
Anexos: Prevalências dos Consumos em 1998, 2002 e 2006 (Total, por Género e Ano de Escolaridade)	377

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a toda a equipa do Projecto Aventura Social, às entidades parceiras, Faculdade de Motricidade Humana/UTL; Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL; e às entidades financiadoras: Instituto da Droga e da Toxicoddependência; Coordenação da Luta contra o HIV/Sida; Fundação para a Ciência e Tecnologia/Ministério da Ciência e do Ensino Superior.

Por fim, mas não menos importante, a todos os professores, alunos e todos os outros que, de forma directa ou indirecta, contribuíram para a realização deste trabalho.

PREFÁCIO

O Plano Nacional contra a Droga Horizonte 2012, fruto do esforço e motivação dos vários serviços públicos com responsabilidades nesta área, enfatiza uma vez mais, e na sequência do que já vinha sendo advogado desde a Estratégia Nacional de 1999, a importância do conhecimento científico como base das políticas públicas de intervenção nesta área, apontando como prioridade no vector *Informação, investigação, formação e avaliação*, a repetição dos estudos regulares de base populacional que nos permitem uma aproximação ao impacto das políticas públicas nas condições de saúde das nossas populações.

Nesse âmbito, está prevista a realização de diferentes estudos em meio escolar até 2008, uma das populações mais seguidas ao longo das últimas décadas, através de diferentes projectos que se complementam e permitem obter um quadro de referência mais global para a intervenção preventiva, uma das mais importantes prioridades do Plano Nacional acima referido.

Constituiu assim, para nós, uma grata oportunidade de apoiar a realização de mais uma edição deste estudo da Organização Mundial da Saúde, coordenado pela Professora Doutora Margarida Gaspar de Matos, que se vem afirmando como uma referência no âmbito da saúde nos nossos jovens e que engloba, a par de outras dimensões, a questão dos consumos de drogas em populações escolares.

Os resultados agora apresentados apontam para uma estabilização na experimentação e consumo regular de substâncias ilícitas. São dados com os quais nos congratulamos, já que vão ao encontro dos principais objectivos nacionais e europeus estabelecidos até 2008 e que reflectem o trabalho dedicado dos muitos profissionais que intervêm nesta área. Não podemos no entanto deixar de investir na prevenção. Outro tipos de factores que podem ser considerados de risco para o consumo de drogas, como as dificuldades de comunicação com os pais ou a satisfação dos jovens perante a vida, não apresentam, neste estudo, uma evolução tão positiva durante os últimos anos, pelo que teremos de nos manter atentos às próximas tendências e continuar a implementar intervenções localizadas e integradas, cada vez mais adaptadas aos diferentes perfis das diferentes populações-alvo.

O Coordenador Nacional do Combate à Droga
e à Toxicodependência

João Castel-Branco Goulão

CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS: ESTILO DE VIDA? À PROCURA DE UM ESTILO?

Resumo:

O HBSC/OMS (Health Behaviour in School-aged Children) (www.hbsc.org) é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde sobre os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas. O seu principal objectivo é a compreensão dos comportamentos de saúde dos adolescentes. Portugal está integrado desde 1996 e é membro associado desde 1998.

Em termos gerais, a amostra seleccionada é constituída de forma aleatória e tem representatividade nacional para os jovens que frequentam o 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade, no ensino oficial. A unidade de análise é a «turma» e os questionários são preenchidos na sala de aula, sendo de preenchimento anónimo e voluntário.

Portugal realizou um primeiro estudo piloto em 1994 e o primeiro estudo nacional em 1998. Os relatórios estão disponíveis em www.aventurasocial.com e www.fmh.utl.pt/aventurasocial.

A amostra nacional do estudo de 1998 foi constituída por 6903 adolescentes, a de 2002 constituída por 6131, e a de 2006 constituída por 4877 alunos. Nos três estudos a média de idades foi 14 anos, e a amostra foi representativa dos alunos frequentando os 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade do ensino público oficial, em Portugal Continental. A amostra foi nos três estudos estratificada, proporcionalmente pelas 5 regiões educativas do Continente (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve).

O presente trabalho, elaborado com o apoio e financiamento do Instituto da Droga e da Toxicodependência, inclui os estudos de 1998, 2002 e 2006, embora o principal foco seja o estudo de 2006. Está organizado por artigos independentes, artigos que pretendem aprofundar os estudos do consumo de substâncias nos adolescentes Portugueses na sua relação com outros processos, situações e contextos das suas vidas (pares, família, escola e comunidade).

Em síntese os resultados apontam para:

1) Necessidade de implementar programas multi-focais e com foco na promoção da protecção.

Um aspecto importante no cenário da prevenção, que vem de encontro à legislação nacional actual em matéria de prevenção dos consumos de substâncias (ver www.idt.pt – Plano Nacional de Combate à Droga), é a implementação de programas delineados para vários comportamentos-problema.

As intervenções devem ter uma abordagem sistémica sobre os multi-problemas do contexto escolar, tal como tem sido proposto e legislado recentemente (ver em www.dgidc.min-edu.pt – relatórios GTES/ME).

2) Intervenções com foco na responsabilização, participação e na promoção da autonomia, bem-estar, percepção de qualidade de vida e expectativas positivas.

Valoriza-se a participação social activa, o aumento do número de acontecimentos agradáveis na vida diária e a focagem da atenção nos aspectos agradáveis das vivências, como estratégias relevantes para aumentar a felicidade dos indivíduos e a percepção de satisfação de vida. É ainda importante reforçar a autonomia, responsabilização e participação social do adolescente e mostrar-lhe a importância destes factores na promoção da sua saúde.

O grande desafio para pais e professores é a sua presença e atenção, actuando de modo a responsabilizar, dando e exigindo, facilitando as tomadas de decisão, promovendo uma reflexão pessoal sobre a vida, as expectativas de futuro e as opções de vida associadas ao bem-estar.

3) Intervenções «cirúrgicas» em nichos específicos e atenção à evolução das dinâmicas sociais e seus desafios/riscos.

Ao mesmo tempo que se mantêm a associação dos consumos com outros riscos e o seu agravamento com a idade e com algumas condições de precariedade, o consumo de substâncias tal como o estímacos em 1998 e 2002 com os estudos HBSC, parou de aumentar. Entretanto surgem outros consumos e outras potenciais formas de dependência que poderão vir a gerar um mal-estar de vida ou uma dificuldade de gestão do stress do quotidiano, semelhantes aos que parecem estar associados ao uso de substâncias (como poderá ser o exemplo da obsessão pela saúde/estilo de vida saudável ou as novas dependências face às novas tecnologias).

Sugere-se, por um lado, a continuação de intervenções tipo preventivo de carácter universal, abrangendo toda a população escolar e respectivos contextos de vida: escola, família e grupo de pares; mas, por outro lado, estes resultados apontam para a necessidade de intervenções mais específicas e intensas, em pequenos subgrupos identificados como de «risco», atendendo «cirurgicamente» às suas características específicas, nomeadamente no que diz respeito às variáveis associadas ao risco. Este aspecto vem também de encontro à legislação nacional actual (Plano Nacional) em matéria de prevenção dos consumos de substâncias (ver www.idt.pt).

4) Promoção do sucesso escolar e redução das iniquidades sociais como forma de melhorar a saúde na adolescência e reduzir a procura.

Os presentes resultados sugerem a necessidade de combate ao efeito cumulativo dos factores de risco, em termos do seu impacto para a saúde das crianças e adolescentes, actuando de modo articulado e integrado (incluindo aqui também factores pessoais, familiares, escolares e relativos ao grupo de pares).

Um lugar de destaque para a escolarização e suas vicissitudes em Portugal. A competência escolar, o sucesso escolar ou, pelo menos, o não-abandono escolar aparecem-nos como um dos factores mais relevantes, não só do bem-estar na adolescência como da possibilidade de corte do círculo vicioso «iliteracia – pobreza – falta de expectativas para o futuro – risco – comprometimento da saúde/bem-estar», pelo menos para as próximas gerações.

No final deste trabalho são apresentados quadros percentuais da situação dos adolescentes face a vários tipos de consumos de substâncias psico-activas, correspondentes aos três estudos HBSC de 1998, 2002 e 2006, bem como a apresentação destes resultados por género e ano de escolaridade, com referência à média de idades em cada ano de escolaridade.

SUBSTANCE USE: LIFE STYLE? A SEARCH FOR A STYLE?

Abstract:

HBSC/OMS (Health Behaviour in School-aged Children) (www.hbsc.org) is a collaborative study of World Health Organization on the adolescents' life styles and of their behaviours in several contexts of their lives. Its main aim is to understand the health behaviour of the adolescents. Portugal is involved since 1996 and is an associated member since 1998.

A random sample, national representative for pupils in the 6th, 8th and 10th grades, from the public educational system. The «cluster» is the class and the questionnaires are filled in the classroom anonymously and voluntarily.

Portugal made a first pilot study in 1994 and the first national study was in 1998. The reports are available at www.aventurasocial.com and www.fmh.utl.pt/aventurasocial.

The national sample from the 1998 study had 6903 adolescents, the one from 2002 had 6131, and the later in 2006 had 4877 adolescents. In the three studies, the average age is 14 years including pupils from the 6th, 8th and 10th grades in Continental Portugal. In the three studies, the sample was proportionally stratified over the 5 educational regions of the Continent (North, Centre, Lisboa and Vale do Tejo, Alentejo and Algarve).

The present work, made with the support and financing of the Instituto da Droga e da Toxicoddependência (Institute for Drugs and Drug Addiction) includes the three studies, but the main focus is on the one from 2006. It is organized in independent chapters covering the study of substance use in Portuguese adolescents in its relation with other processes, situations and life contexts (peers, family, school and community).

The results point out:

1) The need to implement multi-focal programs and of programs focused in the promotion of protection.

An important aspect in prevention, in line with the actual national legislation in what concerns substance use (see www.idt.pt – National Plan), is the implementation of programs globally tailored for different problem behaviours, as a «cluster».

School-based interventions must follow a systemic approach over the multi problems of the school context. (see www.dgidc.min-edu.pt – reports GTES/ME).

2) Interventions focused in responsibility, participation and promotion of autonomy, well-being, quality of life perception and positive expectations.

The active social participation, the increase of positive situations in daily life and the focus on the positive aspects of life are encouraged as relevant strategies for the increase of individual life satisfaction perception. It is also important to reinforce the autonomy, the responsibility and the social participation of adolescents and furthermore show the importance of these factors on the promotion of their health.

The challenge for parents and teachers is to be present, to be attentive but to act giving responsibility, giving and demanding, making easier the decision making, promoting a personal reflection on life, on the expectancies for the future and on life options associated to well being.

3) «Surgical» selective interventions focusing on the evolution of the social dynamics and its challenges/risks.

The association of substance use to others risks and their increase with age and with some precary conditions are still present in 2006 but substance use, as estimated in 1998 and 2002 HBSC surveys, is no longer increasing. Other substances and other potential forms of addiction came up that may generate a life unease or a difficulty to manage daily stress similar to those that seem to be associated to substance use (as it may be an example the obsession with health and healthy life styles or the new addictions e.g. towards the new technologies).

It is suggested that preventive interventions continue to take place covering all the school population and several life contexts but also, the present results point out the need for selective and more intense

interventions, on small identified risk groups, taking «surgical» care of their specific characteristics. This point accords with present national legislation (National Plan) concerning the prevention of substance use (www.idt.pt).

4) Promotion of school success and reduction of social inequalities as a way to improve health in adolescence and reduce substance use.

The present results suggest the need to fight the cumulative effect of risk factors, concerning their effect on children and adolescents' health, by acting in an integrated way (including factors such as personal, family, school and peer group).

A special place is to be given to schooling, school competence and school success or, at least, school frequency, specially if we know how heavy are Portuguese problems on this issue. Those are relevant factors, not only for the well-being in adolescence, but also to break the vicious circle «illiteracy – poverty – lack of expectations – risk – health compromising behaviours», if not for today's adolescents, at least for the next generations.

At the end of this work, percentage tables are presented regarding several adolescents' use of psycho-active substances taken from the three HBSC studies 1998, 2002 and 2006, separated by gender, grade and average age by grade.

CONSOMMATION DE SUBSTANCES: STYLE DE VIE? À LA RECHERCHE D'UN STYLE?

Résumé:

L'enquête HBSC «Health Behaviour in School-aged Children» (www.hbsc.org) est une étude collaborative de l'Organisation Mondiale de la Santé sur les styles de vie des adolescents et leurs comportements dans les différents scénarios de leurs vies. Son principal objectif est la compréhension des comportements de santé des adolescents. Le Portugal participe au projet depuis 1996 et est membre associé dès 1998.

En termes généraux, l'échantillon sélectionné est pris de façon aléatoire et a une représentation nationale pour les adolescents qui fréquentent les classes de CM2, 5^{ème} et 3^{ème} (au Portugal 6^{ème}, 8^{ème} et 10^{ème}) de l'enseignement officiel du Portugal Continental. L'unité d'analyse est la classe et les questionnaires, anonymes, sont remplis en classe par les élèves volontaires.

Le Portugal a fait une enquête préliminaire en 1994 et sa première enquête nationale en 1998. Les rapports sont disponibles sur www.aventurasocial.com et www.fmh.utl.pt/aventurasocial.

L'échantillon national de l'étude de 1998 est constitué de 6093 adolescents, celui de 2002 de 6131 et celui de 2006 de 4877. Dans les trois études, la moyenne d'âge est de 14 ans et l'échantillon est représentatif des élèves de ces classes. L'échantillon a été, dans tous les trois cas, stratifié proportionnellement selon les 5 régions éducatives du Continent (Nord, Centre, Lisboa et Vale do Tejo, Alentejo et Algarve).

Le présent travail, élaboré avec le support et le financement de l'Instituto da Droga e da Toxicodépendência (Institut de la Drogue et de la Toxicodépendance) inclut les enquêtes de 1998, 2002 et 2006, bien que le focus soit sur celle de 2006. Il est organisé par chapitres indépendants qui veulent approfondir l'étude des consommations de substances par les adolescents Portugais, dans leur rapport avec les autres processus, situations et contextes de vie (amis, famille, école et communauté).

En synthèse les résultats suggèrent:

1) La nécessité d'implémentation de programmes multi-focaux ou focalisés sur la promotion de la protection.

Un aspect important de la prévention, en cohérence avec la législation nationale actuelle en matière de prévention de la consommation de substances (voir www.idt.pt – Plan National), est l'implémentation de programmes globaux, conçus pour différents 'comportements problème'.

Les interventions doivent avoir une approche systémique sur les multi-problèmes du contexte scolaire, comme cela a été proposé et voté récemment (voir www.dgidc.min-edu.pt – rapport GTES/ME).

2) Interventions centrées sur la responsabilisation, la participation, la promotion de l'autonomie, le bien-être, la perception de qualité de vie et les attentes positives.

On valorise la participation sociale active, l'augmentation du nombre d'événements agréables de la vie et la capacité à focaliser l'attention sur les aspects positifs du vécu quotidien, en tant que stratégies pertinentes pour l'augmenter le bonheur des individus et leur satisfaction de vie perçue. Il est aussi important de renforcer l'autonomie, la responsabilisation et la participation sociale des adolescents et de leur montrer l'importance de ces facteurs dans la promotion de sa santé.

Le grand défi pour les parents et les enseignants est d'être présents et attentifs, mais aussi d'agir en responsabilisant, en donnant et exigeant, en facilitant les prises de décision, en prônant une réflexion personnelle sur la vie, les attentes et options de vie associées au bien-être.

3) Interventions «chirurgicales» sur des points spécifiques et attention portée à l'évolution des dynamiques sociales et ses défis/risques.

En même temps que se maintiennent les associations des consommations avec d'autres conduites à risque et que se confirme le fait qu'elles deviennent plus graves avec l'âge et certaines conditions de précarité, la consommation de substances, a cessé d'augmenter depuis les estimations de 1998 et 2002 d'après l'enquête HBSC. En même temps, surgissent d'autres consommations et d'autres potentielles formes de dépendance qui pourront mener à une mal-être ou une difficulté de gestion du stress du quotidien, semblables à celles qui paraissent associées à l'utilisation de substances (comme par l'exemple l'obsession de la santé ou d'un style de vie sain ou les nouvelles dépendances aux nouvelles technologies).

On suggère, d'une part, la poursuite d'interventions de type préventif à caractéristiques universelles, destinées à toute la population scolaire et ses contextes de vie: école, famille et groupe d'amis; mais, d'autre part, ces résultats indiquent le besoin d'interventions plus sélectives et plus intenses, en petits sous-groupes identifiés comme à «risque», considérant 'chirurgicalement' leurs caractéristiques spécifiques, particulièrement en ce qui concerne les variables associées au risque. Cet aspect s'inscrit dans la législation nationale (Plan National) actuelle en matière de prévention des consommations de substances (voir www.idt.pt).

4) Promotion du succès scolaire et réduction des inégalités sociales comme forme d'amélioration de la santé de l'adolescent et de réduction de la recherche et l'utilisation de substances.

Les présents résultats suggèrent le besoin de combattre l'effet cumulatif des facteurs de risque, concernant leur impact sur la santé des enfants et des adolescents, en agissant de façon articulée et intégrée (tout en incluant les facteurs personnels, familiaux, scolaires et relatifs au groupe d'amis).

Une place spéciale sera ici dédiée à la scolarité, à la compétence scolaire, au succès scolaire ou au moins, à l'assiduité scolaire, en tant qu'un des facteurs les plus pertinents, non seulement associé au bien être de l'adolescent, mais aussi comme possibilité pour casser le cercle vicieux «illettrisme – pauvreté – absence de projection dans le futur – risque pour la santé – comportement nuisibles pour la santé/bien être», sinon pour les adolescents d'aujourd'hui, du moins pour les prochaines générations.

A la fin de ce travail, nous présentons des cadres de pourcentages de la situation des adolescents face à différents types de consommation de substances psycho-actives, correspondantes aux trois études HBSC de 1998, 2002 et 2006, ainsi que la présentation de ces résultats par genre et classe de scolarité, avec référence à l'âge moyenne par groupe.

EL ABUSO DE SUSTANCIAS: UN ESTILO DE VIDA? UNA BÚSQUEDA DE ESTILO?

Resumo:

HBSC/OMS (Health Behaviour in School-aged Children) (www.hbsc.org) es un estudio que se realiza en colaboración con la Organización Mundial de la Salud sobre los estilos de vida de los adolescentes y sus conductas en los diferentes contextos en los que transcurren sus vidas. El principal objetivo es comprender la conducta saludable de los adolescentes. Portugal está presente en el estudio desde 1996 y es uno de los miembros asociados desde 1998.

Se utilizó una muestra aleatoria con representación nacional del alumnado de 6.º, 8.º y 10.º curso del sistema público educativo. La selección de la muestra se hace a partir de los grupos de clase y los cuestionarios son rellenados en el aula de forma anónima y voluntaria. Portugal hizo un primer estudio piloto en 1994 y el primer estudio nacional en 1998. Los informes están disponibles en www.aventurasocial.com y www.fmh.utl.pt/aventurasocial.

La muestra nacional de 1998 fue de 6903 adolescentes, la de 2002 de 6131 y la última, 2006, de 4877 (el número disminuye debido al decremento en los índices de natalidad). En el tercero de estos estudios, el promedio de edad fue de 14 años, incluyendo al alumnado de 6.º, 8.º y 10.º año de Portugal Continental. En los tres estudios, la muestra fue proporcionalmente estratificada a través de las cinco regiones del Continente (Norte, Centro, Lisboa y Vale do Tejo, Alentejo y Algarve).

El presente trabajo, hecho con el apoyo y la financiación del Instituto da Droga et da Toxicoddependência (Instituto de la Droga y la Toxicoddependencia) incluye los tres estudios, estando centrado fundamentalmente en el 2006. Está organizado en capítulos independientes en torno al abuso de sustancias en los adolescentes portugueses y su relación con otros procesos, situaciones y contextos vitales (iguales, familia, escuela y comunidad).

Los resultados sugieren:

1) **La necesidad de implementar programas multifocales y programas centrados en la promoción de la protección.**

Un aspecto importante de la prevención, en línea con la actual legislación nacional en lo que concierne al abuso de sustancias (ver www.idt.pt – Plano Nacional), es la puesta en marcha de programas ajustados a los diferentes problemas de conducta.

Las intervenciones basadas en la escuela deben seguir un enfoque sistemático de los «multiproblemas» del contexto escolar (ver www.dgidc.min-edu.pt – reports GTES/ME).

2) **Intervenciones centradas en la responsabilidad, la participación y la promoción de la autonomía, el bienestar, la percepción de la calidad de vida y las expectativas positivas.**

La participación social activa, el incremento de situaciones positivas en la vida diaria y el foco en los aspectos vitales positivos aparecen como estrategias relevantes para el incremento de la percepción de la satisfacción vital individual. Es asimismo importante el refuerzo de la autonomía, la responsabilidad y la participación social de los adolescentes, además de mostrarles la importancia de esos factores en la promoción de su salud.

El desafío para padres y profesorado es estar presentes, estar atentos y actuar dando responsabilidades. Dar y demandar, haciendo más fácil la decisión de hacer y promover una reflexión personal sobre la vida, las expectativas para el futuro y las opciones de vida asociadas al bienestar.

3) **Intervenciones «quirúrgicas» selectivas centradas en la evolución de dinámicas sociales y sus retos/riesgos.**

La asociación del uso de sustancias a otros riesgos y su incremento con la edad y con algunas condiciones de precariedad están todavía presentes en 2006, aunque el uso de sustancias, respecto a 1998 y 2002 no incrementa demasiado. Otras sustancias y formas potenciales de adicción en emergencia pueden generar un malestar vital o una dificultad para afrontar el estrés diario similar al que parece asociado al uso de sustancias (sirva como ejemplo la obsesión por la salud y por los estilos de vida saludables o nuevas adicciones como la de las nuevas tecnologías).

Esto sugiere que las intervenciones preventivas continúen y lo hagan cubriendo a toda la población escolar y toda la variedad de contextos

vitales, apuntando los presentes resultados, además, hacia la necesidad de realizar intervenciones más intensas y selectivas sobre pequeños grupos identificados como de riesgo y prestando especial atención a sus características específicas. Este punto coincide con la legislación nacional en lo concerniente a la prevención del abuso de sustancias (www.idt.pt – Plano Nacional).

4) La promoción del éxito escolar y la reducción de las desigualdades sociales como camino para la mejora de la salud y la reducción del abuso de sustancias en la adolescencia.

Estos resultados sugieren la necesidad de combatir los efectos acumulativos de los factores de riesgo sobre la salud de los niños y adolescentes, actuando de forma integrada (incluyendo factores personales, familiares, escolares y relacionados con el grupo de iguales).

Un lugar especial debe ser dado a la escuela, la competencia escolar y el éxito escolar, o al menos, en la asistencia a la escuela, sobre todo si tenemos en consideración cuánto de grave es esta problemática en Portugal. Son factores relevantes, no sólo en relación con el bienestar adolescente, sino para romper el círculo vicioso «analfabetismo – pobreza – falta de expectativas – riesgo – compromiso con conductas saludables», si no para los adolescentes de hoy, sí al menos para los adolescentes de las generaciones futuras.

Al final de este trabajo, se presentan tablas de porcentajes con el uso de distintas sustancias psicoactivas por parte de los adolescentes tomadas de los tres estudios HBSC 1998, 2002 y 2006 y separadas por género, curso y media de edad por curso.

CONSUMO DI SOSTANZE: STILE DI VITA? CERCANDO UN STILE?

Riassunto:

L'HBSC/OMS (Health Behaviour in School-aged Children) (www.hbsc.org) è uno studio collaborativo della Organizzazione Mondiale di Salute sugli stili di vita degli adolescenti e i loro comportamenti nei diversi contesti della loro vita. Il suo principale obiettivo è la comprensione dei comportamenti di salute dei giovani. Il Portogallo è integrato dal 1996 e membro collegato dal 1998.

In generale, il campione selezionato è stato scelto aleatoriamente e con rappresentatività nazionale per giovani che frequentano la prima media, la terza media e le seconda superiore della scuola pubblica. L'unità di analisi è la classe e i questionari sono compilati in aula, anonimamente e volontariamente.

Il Portogallo ha portato a termine uno studio pilota nel 1994 e un primo studio nazionale nel 1998. Le relazioni sono disponibili in www.aventurasocial.com e www.fmh.utl.pt/aventurasocial.

Il campione nazionale nel 1998 è stato costituito da 6903 adolescenti, nel 2002 da 6131 e nel 2006 da 4877 allievi (dovuto alla riduzione della popolazione scolastica). Nei tre studi la media di età è stata 14 anni e il campione era rappresentativo degli alunni che frequentano la prima media, la terza media e le seconda superiore della scuola pubblica, nel Portogallo Continentale. Il campione nei tre studi era stratificato proporzionalmente per le 5 regione educative do Continente (del Nord, Centro, Lisbona e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve).

Il compito presente, elaborato con il supporto e finanziamento dell'Instituto della Droga e Tossicodependenza, include gli studi di 1998, 2002 e 2006, nonostante il principale sia quello del 2006. La sua organizzazione è strutturata su articoli indipendenti e propri con l'intenzione di approfondire gli studi sul consumo di sostanze tra gli adolescenti Portoghesi nel suo rapporto con altri processi, situazioni e contesti di vita (gruppi di pari, famiglia, scuola e comunità).

In sintesi i risultati indicano:

1. Il bisogno di implementare programmi multifocali concentrandosi nel promuovere la protezione.

Un fatto importante nell'ambito della prevenzione, che è conforme la legislazione nazionale attuale in materia della prevenzione del consumo di sostanze (vedere www.idt.pt), è l'esecuzione di programmi delineati per diversi comportamenti-problema. Gli interventi devono presentare una visione sistematica sui multi-problemi del contesto della scuola, come è stato considerato (vedere www.dgidc.min-edu.pt – relazioni GTES/ME).

2. Interventi focalizzati nella responsabilizzazione, partecipazione e nella promozione dell'autonomia, benessere, percezione della qualità di vita e aspettative positive.

Si valorizza la partecipazione sociale attiva, l'aumento del numero di eventi piacevoli nella quotidianità e la focalizzazione dell'attenzione negli aspetti apprezzabili delle esperienze come strategie per aumentare la felicità degli individui e la percezione della soddisfazione nella vita. È ancora importante rinforzare l'autonomia, responsabilizzazione e partecipazione sociale dell'adolescente e fargli vedere l'importanza di questi fattori nel miglioramento della sua salute.

La grande sfida per i genitori e insegnanti è essere presenti, facendo attenzione però di agire in modo da responsabilizzare, dare e richiedere, facilitando la decisione, promuovendo una riflessione personale sulla vita, sulle aspettative sul futuro e scelte di vita associate al benessere.

3. Interventi «chirurgici» in nicchie specifiche e attenzione all'evoluzione delle dinamiche sociali e le sue sfide/rischi.

Mentre si mantiene il rapporto tra i consumi e altri rischi e il suo aggravamento con l'età e con alcune condizioni di precarietà, il consumo di sostanze come è stato stimato nel 1998 e 2002, ha smesso di aumentare. Tuttavia sono sorti altri consumi e altre forme potenziali di dipendenza che possono in futuro generare malessere di vita o difficoltà di gestione dello stress quotidiano simili a quelli che sembrano associati all'uso di sostanze (come per esempio l'ossessione per la salute/stile di vita salutare oppure nuove dipendenze verso le nuove tecnologie).

Da un lato si suggerisce di continuare a intervenire preventivamente e universalmente, abbracciando la totalità della popolazione scolastica e i

rispettivi contesti di vita: scuola, famiglia e gruppi di pari; ma, dall'altro lato, questi risultati indicano la necessità di interventi più specifici e intensivi, in piccoli sub-gruppi identificati come essendo a rischio, rispondendo «chirurgicamente» alle sue caratteristiche specifiche, in particolare quelli variabili associate al rischio. Questo punto è anche d'accordo con la legislazione nazionale attuale sulla prevenzione del consumo di sostanze (vedere www.idt.pt – Plano Nacional).

4. Incentivare il successo scolastico e ridurre le disuguaglianze sociali come forma di aumentare la salute degli adolescenti e ridurre la ricerca.

I presenti risultati suggeriscono il bisogno di combattere l'effetto cumulativo dei fattori di rischio in termini dell'impatto per la salute di bambini e adolescenti, agendo in modo articolato e integrato (incluso anche fattori personali, familiari, scolastici e di gruppi di pari).

Un punto di rilevanza per la scolarizzazione e le relative ripercussioni in Portogallo. Le competenze e il successo scolastico o, almeno, il non abbandono della scuola ci sembra come uno dei fattori più rilevanti, non soltanto per il benessere nell'adolescenza come per la possibilità di fermare il circolo vizioso «ignoranza – povertà – mancanza di aspettative future – compromissione della salute/benessere», almeno per le prossime generazioni.

Alla fine di questo compito sono presentati i grafici riassuntivi la situazione degli adolescenti rispetto ai diversi tipi di consumo di sostanze psicoattive, corrispondenti alle tre ricerche HBSC 1998, 2002 e 2006, così come la presentazione di questi risultati per sesso e anno di scolarizzazione, con riferimento all'età media per anno scolastico.

**Adolescência
e seus Contextos:
o Estudo HBSC/OMS**

Margarida Gaspar de Matos

A Promoção da Saúde refere-se a um vasto número de acções dirigidas à população, delineadas com o objectivo de promover o desenvolvimento saudável de todos os indivíduos (prevenção tipo universal na terminologia de Gordon, 1987). Estas tarefas beneficiaram com recentes avanços na saúde pública, epidemiologia, ciências humanas e estatística (Coie *et al.*, 1993, Black, 2002).

Um programa de promoção da saúde também pode destinar-se a grupos específicos, nomeadamente grupos em risco de desenvolver determinado problema (prevenção tipo selectiva) ou indivíduos em que foram detectadas precocemente certas alterações (prevenção tipo precoce/indicada) (Gordon, 1987).

O significado de «Saúde/bem-estar» varia de grupo para grupo e de cultura para cultura. Trata-se de uma percepção intra e inter-pessoal, que depende do modo como cada um se sente, em cada momento de vida e da sua história pessoal e grupal (Matos, 2005).

Adolescência e consumo de substâncias

A adolescência é uma fase de transição entre a infância e a vida adulta, que se caracteriza por rápidas mudanças físicas, psicológicas, emocionais, sexuais, cognitivas, comportamentais e sociais (Assis *et al.*, 2003; DiClemente *et al.*, 2001; Michael & Ben-Zur, 2007). A adolescência é também uma fase em que os jovens têm de enfrentar várias escolhas relacionadas com os seus pares, família, saúde, e autonomia.

Por ser um período de profundas mudanças traz com ele uma série de comportamentos que muitas vezes expõem o jovem a uma série de riscos, nomeadamente, ao consumo de substâncias psico-activas.

Investir na saúde do jovem é investir no futuro, o que garante às populações benefícios para a saúde e também benefícios financeiros e sociais. A promoção da saúde do jovem tem implicações positivas para o resto da população, uma vez que a doença no jovem produz efeitos nos seus pais e na sua família

alargada. A intervenção tem as suas especificidades e constitui um enorme desafio, pois cada período do desenvolvimento tem formas diferentes de abordagem e de intervenção (WHO, 2005).

Estudar os comportamentos de saúde dos adolescentes e os factores que os influenciam é essencial para o desenvolvimento de políticas de educação para a saúde, programas promoção da saúde e intervenções dirigidas a esta faixa etária. Muitos dos comportamentos dos adolescentes podem influenciar, directa ou indirectamente, a sua saúde a curto e a longo prazo (Matos *et al.*, 2006).

Na adolescência consolidam-se hábitos adquiridos na infância e incorporam-se novos hábitos influenciados pelo ambiente. O estilo de vida pode ser materializado em inúmeras variáveis, tais como hábitos alimentares, exercício físico, consumo de medicamentos, álcool, tabaco e drogas, acidentes rodoviários, idade de início das relações sexuais, saúde oral, gravidez indesejada, infecções sexualmente transmissíveis, ocupação de tempos livres. Actualmente começa a dar-se importância a outros aspectos, como a percepção de saúde, bem-estar psíquico, imagem corporal, relação com o meio familiar, a escola e o grupo de pares.

Um estilo de vida saudável é um conjunto de padrões comportamentais ou hábitos que mantêm uma estreita relação com a saúde. O estilo de vida de risco pode definir-se como um conjunto de padrões comportamentais que constituem uma ameaça ao bem-estar físico e psíquico e que acarretam consequências negativas para a saúde e desenvolvimento do indivíduo (Rodrigo *et al.*, 2004).

Os estudos que têm vindo a ser desenvolvidos especificamente acerca da adolescência e dos seus comportamentos, (aqui centrados nos comportamentos de abuso de substâncias) realçam dois conceitos fundamentais: Factores de risco e factores de protecção.

Factores de risco

Os **factores de risco** podem ser definidos como qualquer influência que aumenta a probabilidade de determinado comportamento (Kim, Zane & Hong, 2002).

De acordo com Kim, Zane e Hong (2002) os factores de risco mais comuns podem ser colocados em três domínios: personalidade, interpessoais e contextuais.

Personalidade

No que se refere ao domínio da personalidade, são incluídas as diferenças genéticas e bioquímicas relacionadas com o alcoolismo, procura de novas sensações, baixa auto-estima, alienação, impulsividade, agressividade, a existência

de comportamentos anti-sociais, e problemas emocionais, bem como o aparecimento precoce de problemas de comportamento.

Ao nível das características pessoais, os autores têm dado especial atenção, ao que chamam de «procura de sensações». Esta é definida por uma necessidade de ter um conjunto de experiências novas, variadas, e intensas que levam os adolescentes a terem comportamentos de risco, com o objectivo de alcançarem essas sensações. Este aspecto das características pessoais é referido como um forte e positivo preditor do envolvimento dos adolescentes em comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de álcool e drogas, comportamentos sexuais de risco, entre outros (Yamovitzky, 2006).

A associação entre a procura de novas sensações e o **consumo de substâncias** é explicada de diferentes formas: Uma explicação refere-se ao facto do consumo de substâncias ser ilegal podendo este risco ser estimulante. Uma outra razão pode ser o facto das substâncias eventualmente serem consideradas como um estímulo adicional. Contudo, a procura de novas sensações interage com factores sociais e contextuais, influenciando o consumo de substâncias. De acordo com Yamovitzky (2006) as características individuais e de personalidade (incluindo a procura de novas sensações) afectam indirectamente o consumo de substâncias na adolescência, através de agentes de socialização primária, tais como pares consumidores. De forma diferente, os factores psicossociais influenciam a escolha de amigos/pares, e a sua associação com elementos do *peer cluster* (amigos e melhores amigos) influenciam directamente o consumo de substâncias.

Relações interpessoais

No que se refere ao domínio interpessoal, podemos incluir factores associados à família, aos pares e à escola. Neste âmbito salientam-se as atitudes parentais favoráveis ao consumo, fracas ligações familiares, a presença de conflitos familiares, associação com pares consumidores, rejeição dos pares, insucesso escolar, baixo ajustamento escolar e baixas aspirações académicas.

Contextos de vida

Ao nível do domínio contextual, são factores de risco a não conformidade, a existência de normas e regras que reflectem atitudes favoráveis ao consumo e a facilidade de acesso a substâncias.

Importa referir que a pesquisa (e.g., Kim, Zane & Hong, 2002) realizada apoia um modelo de factores de risco múltiplos para o consumo de substâncias na adolescência, ou seja, o comportamento de consumo só pode ser explicado por uma conjugação de múltiplos factores, exercendo alguns deles maior importância no período da adolescência, como é o caso da influência dos pares. Em

síntese, vários factores (considerados de risco) contribuem para o início e continuação/aumento do consumo de substâncias durante esta fase do desenvolvimento, sendo de salientar o aumento da independência, o consumo por parte de pares ou familiares, a disponibilidade percebida da substância e a influência dos pares (D'Amico & McCarthy, 2006; Kuntsche & Jordan, 2006).

O risco é consequência de uma decisão relativa à exposição a situações nas quais se procura a satisfação de um desejo, onde existe a possibilidade de perda, sofrimento físico ou psicológico, inclui a participação em actividades ou formas específicas de comportamento que podem comprometer a saúde física e mental ou aumentar a susceptibilidade a uma determinada doença (WHO, 1986). Muitos destes comportamentos podem estar relacionados com o carácter exploratório que representa o período da adolescência, assim como pela influência do meio (grupo de pares e família). Os comportamentos de risco são usualmente definidos como prejudiciais, com base em dados epidemiológicos e psicossociais. São considerados ameaças ao desenvolvimento saudável do adolescente (Schenker & Minayo, 2005) e estão associados a consequências físicas e mentais, morbidade e mortalidade (Prinstein, Boergers & Spirito, 2001). Quando estes comportamentos de risco não são precocemente identificados e alvo de uma intervenção, podem levar à consolidação de atitudes prejudiciais para a saúde e desenvolvimento do jovem, com significativas consequências a nível individual, familiar e social (Feijó & Oliveira, 2001).

Muitos adolescentes adoptam comportamentos de risco, nomeadamente a condução pouco segura, abuso de substâncias, comportamento sexual não protegido, perturbações alimentares, delinquência, suicídio e desportos perigosos (Michael & Ben-Zur, 2007), que podem constituir uma ameaça à vida, tendo em comum a existência de consequências incertas e potencialmente negativas. O impacto negativo que estes riscos podem acarretar para a saúde do jovem justificou a criação de inúmeras estratégias de promoção da saúde nesta faixa etária (Malik, Oandasan & Yang, 2002).

As informações relativas à forma como os adolescentes vivem esta fase do seu desenvolvimento e os factores que afectam o sucesso ou dificuldade desta transição para a vida adulta são indicadores importantes para a promoção da sua saúde (WHO, 2000).

A adolescência é geralmente um período da vida onde a taxa de morbidade e mortalidade dos adolescentes está muito associada aos estilos de vida (Sells & Blum, 1996; Matos *et al.*, 2006), justificando só por isto programas de prevenção e promoção da saúde (Klein & Auerbach, 2002).

Factores de protecção

Os **factores protectores** podem ser definidos como uma influência que previne, limita ou reduz o consumo de substâncias, e que podem proteger,

opor-se, neutralizar, e interagir com os factores de risco ao longo do tempo (Kim, Zane & Hong, 2002). Também aqui podem ser agrupados com base em três domínios: personalidade, interpessoais, e contextuais (escola, família e espaços/relações de vizinhança, na comunidade).

No domínio da personalidade, é incluído a baixa depressão, a elevada auto-estima, a percepção de sanções como resultado do consumo, a aceitação e crença em normas sociais (Kim, Zane & Hong, 2002).

No domínio interpessoal, vários estudos enfatizam que o envolvimento familiar parece poder atrasar ou prevenir o início do consumo de substâncias. Tem-se verificado um menor consumo de substâncias em relacionamento parentais não conflituosos e afectivos (Nation & Helflinger, 2006).

Os factores protectores relacionados com os pares incluem o tempo dispendido com amigos depois da escola e baixa pressão dos pares para o consumo de substâncias (Kim, Zane & Hong, 2002).

As variáveis relacionadas com a escola, como o envolvimento escolar e as expectativas de *performance* escolar elevadas também foram considerados factores protectores. Para Brook e colegas (1989, citado por Kim, Zane & Hong, 2002) baixos níveis de conflitos escolares e um ambiente de aprendizagem positivo diminuem os factores de risco relacionados com o consumo de substâncias e com os pares.

Analisar-se-á agora de forma um pouco mais pormenorizada a forma como a família, os pares e a escola podem influenciar positivamente ou negativamente o comportamento de consumo dos adolescentes.

Contextos sociais: a Família

Muitos dos comportamentos relacionados com a promoção da própria saúde são aprendidos no **contexto familiar** durante os primeiros anos de vida. O estilo de vida, os hábitos, a higiene, nutrição, actividade física, competências sociais e estratégias de comunicação são aspectos fulcrais da educação da criança e do adolescente. Quando existem falhas em alguns destes aspectos existem fortes possibilidades de surgimento de perturbações ao nível da saúde (WHO, 2000).

A família poderá «funcionar» simultaneamente como factor de risco e de protecção, embora a literatura apresente um predomínio de preocupação com os factores de risco.

Vários estudos sobre o ambiente familiar referem que a estrutura familiar e os padrões de comunicação estão relacionados com o consumo de substâncias. Os adolescentes que referem consumir substâncias, afirmam que os seus

pais estão menos envolvidos no relacionamento com o adolescente, bem como têm maiores problemas de comunicação com os mesmos (Nation & Helflinger, 2006).

Forgay (1998, citado por Nation & Helflinger, 2006) verificou que os conflitos familiares e os baixos níveis de coesão familiar são fortes preditores do consumo de álcool e drogas nos adolescentes em idade escolar.

Os poucos estudos (e.g., Nation & Helflinger, 2006) que trabalham os factores de protecção referem que a monitorização familiar dos adolescentes e a coesão familiar são factores protectores.

Importa ainda referir que, a disfunção familiar e outros agentes *stressores* psicossociais parecem funcionar como factores de risco cumulativos que conduzem a um aumento da vulnerabilidade e à influência negativa dos pares. Contudo, os pais podem modificar a influência dos pares através de uma relação de proximidade com os adolescentes que inclua elementos como a ligação, aceitação, disponibilidade e diálogo (Nation & Helflinger, 2006).

O ambiente familiar é um ambiente privilegiado e a família tem um papel importante nas decisões do adolescente. A família influencia o adolescente de diversas formas, nomeadamente funcionando como modelo, comunicando com o jovem ou oferecendo informações. Os factores sociais e afectivos relacionados com a família podem ser considerados factores protectores. Vários estudos demonstram que a influência parental é um factor preditor de um menor envolvimento dos adolescentes em comportamentos de risco. A existência de um ambiente relacional estável, com ambos os pais a dar supervisão e apoio ao adolescente, que representam autoridade, suporte moral, valores e normas, com quem os jovens têm relações positivas e estáveis são os factores que têm maior correlação com a diminuição dos comportamentos de risco entre os adolescentes (DeVore & Ginsburg, 2005; Michael e Ben-Zur, 2007).

Contextos sociais: os Pares

A adolescência está em geral associada a um certo afastamento da segurança do meio familiar e a uma progressiva aproximação do **grupo de pares**.

Alguns adolescentes participam e/ou criam (sub) culturas juvenis, que por sua vez reforçam o significado e os valores do grupo de pares (Fite, Colder & O'Connor, 2006). Os pares formam assim um importante fórum para os adolescentes no âmbito do relacionamento social, sendo o grupo de pares um aspecto chave no desenvolvimento da independência na adolescência.

A influência dos pares é frequentemente referida como uma das principais causas do consumo de substâncias na adolescência (Palmqvist & Santavirta,

2006). Este facto foi suportado pela ideia de que os consumidores tendem a conhecer alguém que também consuma (Palmqvist & Santavirta, 2006), sendo possível pensar que os adolescentes tendem a escolher os seus pares de acordo com os seus hábitos de consumo (e.g., Fite, Colder & O'Connor, 2006), bem como aumentam os seus consumos quando associados a pares também eles consumidores (Kuntsche & Jordan, 2006). Para além disso, a influência dos pares, incluindo a percepção do número de pares consumidores, e a atitude dos pares face ao consumo de substâncias são também factores preditores que influenciam o consumo (Nation & Helflinger, 2006).

As percepções do meio envolvente podem potenciar os comportamentos de risco, por exemplo um adolescente com uma percepção de consumo exagerado de álcool por parte dos seus pares e com uma experiência positiva com drogas vai estar mais predisposto a beber mais e a ter crenças positivas relativas ao consumo de drogas (D'Amico & McCarthy, 2006). A sobrevalorização dos comportamentos de consumos de álcool e drogas por parte dos pares pode pois contribuir para um aumento do consumo de álcool por parte do adolescente. A necessidade de aceitação por parte dos pares pode acarretar uma maior vulnerabilidade à pressão dos pares, p.e. para o consumo de substâncias, para facilitar a «integração» no grupo de pares (e.g., D'Amico & McCarthy, 2006).

Borsari e Carey (2006) salientam alguns aspectos relacionados com o envolvimento escolar que potenciam a influência dos pares no consumo: os adolescentes rodeados por pares e afastados de casa estão menos sujeitos ao controlo parental e, conseqüentemente, mais propensos ao consumo de álcool. Ao longo do processo de ajustamento ao ambiente escolar, os jovens desenvolvem uma nova identidade psicológica sendo o relacionamento com os pares vital nesta tarefa (os pares funcionam como modelos constituindo uma oportunidade de socialização). Como consequência, as atitudes e comportamentos de consumos dos pares são frequentemente relacionados como atitudes e comportamentos individuais. O álcool, por sua vez, representa uma componente da cultura escolar, estando presente na maioria das actividades sociais e em muitas interações entre pares.

O consumo de álcool tem o seu começo no início da adolescência, em situações sociais, sendo que o consumo de substâncias entre amigos e outros pares parece influenciar o início e posterior continuação de consumo de substâncias (D'Amico & McCarthy, 2006; Nation & Helflinger, 2006). Alguns estudos têm demonstrado que os adolescentes que sentem uma maior necessidade de aceitação pelos seus pares bebem mais, enquanto que, os que referem ter maior controlo sobre os seus impulsos e sentir bem-estar emocional bebem menos (Palmqvist & Santavirta, 2006).

A influência dos pares é um aspecto complexo, sendo importante ter em consideração a qualidade desse relacionamento. Estas relações são, por vezes, referidas como potencialmente perigosas, no entanto, a ausência deste tipo de

interacções pessoais pode também colocar o adolescente em risco. Desta forma a presença de pares nem sempre representa o envolvimento em comportamentos de risco, podendo agir como um factor de protecção (Palmqvist & Santavirta, 2006).

É fundamental ter-se em consideração a qualidade do relacionamento com pares, pois esta é parte integrante da estabilidade, intimidade, e apoio que o adolescente desenvolve neste período da sua vida (Borsari & Carey, 2006). A intimidade é definida como o nível de proximidade entre os adolescentes; desenvolve-se ao longo do tempo e diminui o sentimento de solidão. A influência dos pares determina ainda as escolhas dos adolescentes no que diz respeito ao comportamento sexual e contracepção (Kirby, 2001).

A forma como o adolescente se sente, é aceite, amado, e envolvido em relações com comunicação aberta está relacionada com a autoconfiança e socialização que vão contribuir para uma melhor adaptação, por exemplo, ao contexto escolar; os adolescentes que pertencem a redes de pares apresentam níveis inferiores de problemas psicológicos, stress, e depressão. O relacionamento pró-social com os pares (pares que apresentam maior responsabilidade e um maior número de capacidades sociais e psicológicas) pode actuar como factor protector do consumo de substâncias pelos adolescentes (Yamovitzky, 2006).

O grupo de pares tem uma influência considerável no comportamento de muitos adolescentes e aqueles que têm uma relação forte com o grupo de pares têm tendência para seguir as expectativas destes, procurando seguir as atitudes e actos do grupo. Para estes adolescentes ter comportamentos de risco iguais aos do grupo trata-se de um acto que mostra identificação ao grupo, lealdade e respeito pelos valores do grupo (Kirby, 2001; Michael & Ben-Zur, 2007). Comportamentos desviantes como a posse de arma ou agressão física estão associados à influência dos pares, assim como a auto-agressividade, utilização de tabaco e drogas, abuso de álcool e suicídio. Paralelamente, sabe-se que os adolescentes que estão inseridos em grupos que se mobilizam para ajudar outros ou para participar em actividades escolares têm menos probabilidade de optar por comportamentos de risco (Prinstein, Boergers & Spirito, 2001).

As experiências de vida dos adolescentes oscilam muitas vezes entre comportamentos promotores de um estilo de vida saudável, como seja a prática de actividade física, uma alimentação equilibrada, um forte envolvimento social e escolar, e comportamentos de risco que representam uma ameaça à saúde, tais como a violência, o suicídio, os distúrbios de alimentação, as doenças sexualmente transmissíveis e o consumo de substâncias.

O adolescente passa a maior parte do seu tempo na escola, sendo este um ambiente privilegiado para a realização de acções que promovam a saúde. Uma escola promotora de saúde deve ser considerada uma fonte de desenvolvimento de comportamentos orientados para a promoção da saúde e bem-estar (WHO, 2000).

Contextos sociais: a Escola

Na Europa os jovens entre os 14 e os 16 anos passam cerca de dois terços do tempo na escola (Kuntsche & Jordan, 2006). A escola tem um papel importante, influente, e determinante no ambiente social dos adolescentes, bem como contribui para o desenvolvimento do sentimento de identidade e autonomia dos adolescentes.

Alguns estudos têm procurado perceber o efeito que o consumo de substâncias tem no desempenho escolar. Por exemplo, Ferguson e colaboradores (2003, citados por Kuntsche & Jordan, 2006) comprovaram que o consumo de álcool e drogas (em especial a *Cannabis*) tem um efeito negativo na *performance* escolar.

A literatura é consensual defendendo que para uma melhor compreensão do consumo de substâncias na adolescência é essencial o conhecimento das diferentes características e envoltimentos que influenciam o funcionamento do indivíduo (Kuntsche & Jordan, 2006). Estas características e envoltimentos incluem as características pessoais, o envolvimento e características sócio-culturais, e a interação entre todas as características anteriores. Esta problemática do consumo de substâncias deve ser vista de forma multidimensional, considerando a interação entre os vários sistemas da vida do adolescente.

A investigação permite-nos hoje intervir de forma mais reflectida, em matéria de drogas. Se há 4 anos, em 2002 o cenário era um aumento do uso de substâncias comparativamente aos dados de 1998, os dados de 2006 (Matos et al., 2000; 2003; 2006) oferecem um cenário mais animador e positivo, justificando desta forma o delinear de intervenções e programas, no sentido de prevenir comportamentos de risco, bem como conhecer as diferentes mudanças e contornos dos comportamentos através dos próprios adolescentes e apoiar a promoção de alternativas.

As estratégias de promoção da saúde têm como principal objectivo o desenvolvimento dos recursos do indivíduo e da comunidade, de modo a que se obtenham cada vez melhores níveis de saúde, bem-estar e qualidade de vida. A utilização destas estratégias baseia-se na promoção de competências que apostem na preferência de comportamentos de saúde e de estilos de vida saudáveis. As estratégias implicam também a realização de mudanças no meio envolvente, que permitam o desenvolvimento de melhores indicadores de saúde nas populações.

A educação para a saúde não se pode limitar à abordagem específica das doenças nem pode privilegiar o cariz informativo, instrumental ou mesmo visar apenas o desenvolvimento de crenças e atitudes. Os comportamentos de saúde são muito complexos e devem ser encarados nesta complexidade (Matos, 2005).

A relação entre o adolescente e o mundo que o rodeia é em geral marcada pela intensidade, na interação como no isolamento. Esta intensidade pode ser perigosa ou protectora, exigindo que sejam delineadas investigações sobre os seus efeitos, assim como programas de prevenção e intervenção que tenham em conta as especificidades desta faixa etária, os comportamentos de risco e os comportamentos protectores.

É fundamental que os modelos de investigação e intervenção abarquem esta complexidade, sendo essencial que as diferenças mereçam uma atenção cuidada, nomeadamente no que diz respeito à idade, género e estatuto sócio-económico.

Em Portugal as escolas incluem no seu currículo, pelo menos desde há 2 anos uma área curricular não disciplinar de Educação para a Saúde, sendo uma das áreas prioritárias a prevenção do uso de substâncias Psico-activas (GTES, 2005, 2006, 2007).

Iniquidades sócio-económicas e culturais

As desigualdades sócio-económicas afectam directamente a saúde dos adolescentes em vários aspectos. Quanto mais baixo o estatuto sócio-económico, mais problemática é a saúde do adolescente. Existe uma relação próxima entre saúde, comportamento de risco, bem-estar e condições económicas. Quando melhor o estatuto sócio-económico, maiores são as oportunidades de fazer exercício físico e ter uma alimentação saudável. O mesmo acontece com os indicadores de bem-estar: percepção de saúde, felicidade e autoconfiança (WHO, 2000).

Portugal é um país com baixo nível sócio-económico e educacional, o que exige uma urgente intervenção governamental a nível das famílias, escolas e «Sociedade Civil». Portugal tem alguns dos piores índices de Saúde Pública da Europa, nomeadamente no alcoolismo, cirrose hepática alcoólica, consumo de substâncias psico-activas, infecções sexualmente transmissíveis, gravidez não desejada, tuberculose, obesidade, infecção por HPV e cancro do colo do útero. Todas estas situações poderiam diminuir se fosse possível recorrer a programas de informação e educação adequados. Investigar os comportamentos dos jovens é indispensável, pois o conhecimento correcto da situação que se vive hoje em dia poderá permitir o delineamento de programas de intervenção e encontrar soluções para resolver grande parte destes problemas (Caetano, 2006). Em Portugal, no estudo HBSC de 2006 (Matos *et al.*, 2006) cerca de um terço dos pais dos adolescentes portugueses tinha uma escolaridade inferior à escolaridade obrigatória.

A promoção da saúde inclui a redução da pobreza e das condições de vida deficitárias em termos sócio-económicos e culturais como modo de aumentar o impacto das competências pessoais e reduzir o impacto de acontecimentos

de vida negativos (Matos, 2005, 2006). Morgan (2007) sublinha que na verdade a maior parte dos adolescentes procura valorizar os aspectos positivos da vida, na família como no grupo de pares e valoriza a escola neste percurso.

A pobreza tem um profundo impacto sobre o rendimento escolar, sobretudo quando associada a uma fraca escolaridade dos pais e à exposição a eventos de vida negativos (McLoyd, 1998; Feigin, 2005).

A escolaridade das mães aparece sempre associada a uma melhor saúde dos filhos, melhores condições de habitação e melhor alimentação (LeVine, LeVine, Richman, Uribe & Correa, 1994; Williams, Baumslag & Jelliffe, 1994), tornando o sucesso escolar e a permanência na escola um importante objectivo para qualquer programa de promoção da saúde em meio escolar, não só pela sua ligação directa ao consumo de substâncias, mas também porque se forma neste momento na escola a futura geração de pais e mães.

Como Perrin (1989) sublinhou a pobreza e a falta de escolaridade das populações não são «traços» de uma população, mas situações temporárias que urge ultrapassar com medidas adequadas (Mechanic, 1994; OMS, 2002). A iniquidade (pobreza mas também desenraizamento social, como acontece em muitos casos de migração) está associada a uma escolaridade mais pobre e a um estilo de vida menos saudável. (Matos, 2003; Over, Ellis, Huber & Orville, 1992; WHO, 1997).

Está bem documentado que as crianças e adolescentes que vivem na pobreza estão expostas a um maior risco biológico (Garmezy, 1993). O impacto destes factores é mediado por características pessoais tais como o sentido que as crianças e jovens atribuem às suas experiências de vida e ao modo como são capazes de lidar com estes tornando-se vulneráveis ou mais resilientes. As consequências de influências ambientais negativas e eventos negativos são ainda mediadas pelo apoio familiar e interpessoal e pela competência escolar (Masten & Coatsworth, 1998; Resnick, Bearman & Blum, 1997), e moderadas pela intensidade e duração da exposição (Grotberg, 1995; Masten, 1997). O efeito do número de factores que ameaçam o ajustamento psico-social e comportamental das crianças e adolescentes é conhecido como o «efeito cumulativo dos factores de risco»; fala-se de quatro factores de risco como o número quase certamente associado a problemas de saúde psico-social. A pobreza é quase sempre um destes quatro factores (Masten *et al.*, 1988; Forehand, Bigger & Kutchick, 2002; Werner & Smith, 2001). A pobreza e a iniquidade sócio-cultural afectam a saúde, quer directamente reduzindo o acesso aos serviços de saúde, quer indirectamente diminuindo as expectativas positivas de vida no futuro (Matos, 2005).

Mas, como afirma Morgan (2007) as comunidades nunca se constroem a partir das suas deficiências, mas sim a partir da capacidade de mobilizarem os seus recursos. Scales (1999) identificou o que chamou os «40 trunfos para a saúde», que sugere sejam promovidos na comunidade para favorecer escolhas de estilos de vida saudáveis, que incluam uma visão positiva do futuro e um

ambiente afectivo de participação, responsabilização e autonomia na família e na escola.

Parece pois importante mapear os «trunfos para a saúde» nas crianças e nos adolescentes e entender os factores que estes associam ao seu bem-estar. Se o consumo de substâncias (ou o sedentarismo, ou a alimentação deficiente ou abusiva, ou o isolamento social, ou o mal estar psicológico, ou o sexo desprotegido, ou ainda a violência interpessoal) for um dos «trunfos», será pois necessário identificar e negociar «trunfos» alternativos para lidar com os acontecimentos de vida em recurso a comportamentos lesivos da saúde.

Estudo Health Behaviour in School-aged Children (HBSC/OMS)

O **HBSC/OMS (Health Behaviour in School-aged Children)** é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde, que pretende investigar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas. Iniciou-se em 1982 com investigadores de 3 países: Finlândia, Noruega e Inglaterra e, pouco tempo depois foi adoptado pela OMS, como um estudo colaborativo. Neste momento conta com 44 países entre os quais Portugal, integrado desde 1996 e membro associado desde 1998. Os seus principais objectivos visam uma nova e aprofundada compreensão dos comportamentos de saúde dos adolescentes, estilos de vida e contextos sociais.

O estudo HBSC criou e mantém uma rede internacional dinâmica nesta área da saúde dos adolescentes. Esta rede permite que cada um dos países membros contribua e adquira conhecimento com a colaboração e troca de experiências com os outros países.

O questionário internacional, para o estudo HBSC, é desenvolvido através de uma investigação cooperativa entre os investigadores dos países. Como é habitual neste tipo de estudo internacional, os países membros do HBSC têm de respeitar um protocolo de pesquisa e procedimentos (Currie, Samdal, Boyce & Smith, 2001).

Em termos gerais, seguindo com este protocolo a amostra é constituída de forma aleatória e tem representatividade nacional para os jovens que frequentam o 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade, no ensino oficial. A unidade de análise é a «turma» e os questionários foram preenchidos na sala de aula, sendo de preenchimento anónimo e voluntário.

Portugal realizou um primeiro estudo piloto em 1994 (Matos *et al.*, 2000), o primeiro estudo nacional foi realizado em 1998 (Matos *et al.*, 2000), o segundo estudo nacional em 2002 (Matos *et al.*, 2003) e o terceiro estudo nacional em 2006 (Matos *et al.*, 2006 a, b, c.) disponíveis em www.aventurasocial.com e www.fmh.utl.pt/aventurasocial.

A amostra nacional do estudo de 1998 foi constituída por 6903 adolescentes, a de 2002 constituída por 6131, e a de 2006 constituída por 4877 alunos. Nos três estudos a média de idades foi 14 anos, e a amostra foi representativa dos alunos frequentando os 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade do ensino público oficial, em Portugal Continental. A amostra foi nos três estudos estratificada, proporcionalmente pelas 5 regiões educativas do Continente (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve).

Os grupos de idade foram escolhidos pelo protocolo internacional (Currie *et al.*, 2000, 2004) no sentido de representar diferentes fases da adolescência: 11 anos – desafio das mudanças físicas e emocionais; 13 anos – idade intermédia onde são importantes as decisões de vida e de carreira que vão ser tomadas à idade dos 15 anos.

Os níveis de escolaridade escolhidos para aplicação dos questionários (6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade), procuravam encontrar assim um máximo de jovens com idades compreendidas entre os 11, 13 e 15 anos de idade. Segundo o protocolo internacional (Currie *et al.*, 2001, 2004) pretendia-se aproximadamente 1500 de cada escalão etário, em todos os países participantes.

No estudo HBSC de 2006, da totalidade de questionários enviados para as cinco regiões do país, foi obtida uma taxa de respostas das escolas de 92%. Foi obtida uma taxa de resposta de 87%, no que diz respeito às turmas e aos alunos.

A recolha de dados foi realizada através de um questionário, distribuído através dos Correios. Os questionários foram aplicados à turma na sala de aula, de modo anónimo e em regime voluntário. Foi obtido o consentimento das Direcções Regionais, da Direcção da Escola, das Comissões de pais e, em algumas escolas o consentimento activo e individual dos pais. O estudo foi submetido e obteve parecer da Comissão Nacional de Protecção de Dados e da Comissão de Ética do Hospital de S. João e foi sujeito à avaliação de especialistas, do painel de consultores do projecto Aventura Social (www.aventurasocial.com e www.fmh.utl.pt/aventurasocial).

O presente trabalho, elaborado com o apoio e financiamento do Instituto da Droga e da Toxicoddependência, faz uma reflexão sobre os resultados do estudo Europeu HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), estudo colaborativo da OMS (Currie *et al.*, 2000, 2004), desde 1998, abrangendo os estudos de 1998, 2002 e 2006, embora o principal foco seja o estudo de 2006 (Matos *et al.*, 2000; 2003; 2006).

Está organizado por artigos independentes e com autoria própria, artigos que pretendem aprofundar o consumo de substâncias nos adolescentes Portugueses na sua relação com outros processos, situações e contextos das suas vidas (pares, família, escola e comunidade).

No final são apresentados quadros percentuais da situação dos adolescentes face a vários tipos de consumos de substâncias psico-ativas, correspondentes aos três estudos, 1998, 2002 e 2006, bem como a apresentação destes resultados por género e ano de escolaridade.

Referências

- Assis, S., Avanci, J., Silva, C., Malaquias, J., Santos, N. & Oliveira, R. (2003) A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8, 3, 669-679. Consultado em 7 de Fevereiro de 2007, através de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232003000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
- Bennett, D. & Bauman, A. (2000). Adolescent mental health and risk sexual behaviour. *British Medical Journal*, 321, 251-252.
- Black, M. (2002). Society of Pediatric Psychology Presidential Address: Opportunities for Health Promotion in Primary Care. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 7, 637-646.
- Bonsari, B. & Carey, K. (2006). How the quality of peer relationships influences college alcohol use. *Drug and Alcohol Review*, Volume 25, 4, pp. 361-370.
- Bridge J., Goldstein T., Brent D. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2006, 47, 372-394.
- Caetano, J. (2006). Prefácio. In M. Matos & Cols (Eds.). *Indicadores de saúde dos adolescentes portugueses*. Relatório Preliminar HBSC 2006. Consultado em 26 de Janeiro de 2007 através de <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/Indicadores%20deSaude.pdf>
- Coie, J., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnow, J. R., Markman, H. J., Ramey, S. L., Shure, M. B., & Long, B. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48, 1013-1022.
- Currie, C., Hurrelmann K., Settertobulte W., Smith R. & Todd J. (2000). *Health and health behavior among young people*. Copenhagen: World Health Organization.
- Currie, C., Samdal, O., Boyce, W. & Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.
- Currie, C., Roberts C. & Morgan A. (2004). et al. *Young people health in context*. Copenhagen: WHO.
- D'Amico, E. & McCarthy D. (2006). Escalation and Inicioation of Younger Adolescent's Substance Use: The Impact of Perceived Peer Use. *Journal of Adolescent Health*. 39, 481-487.
- DeVore, E., & Ginsburg, K. (2005). The protective effects of good parenting on adolescents. *Pediatrics*. 117, 4, 460-465.
- DiClemente, R., Wingood, G., Crosby, R. Sionean, S., Brenda, S., Harrington, K., Davies, S., Hook, E., & Kim Oh (2001). Parentyÿ Monitorÿyg: Association With Adolescents' Risk Behaviors. *Pediatrics*, 107;1363-1368 Consultado em 7 de Fevereiro de 2007, através de <http://pediatrics.aapublications.org/cgi/reprint/107/6/1363>.
- Feijó, R. & Oliveira, E. (2001). Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria* 77 (Supl. 2), 125-134.
- Farrel, M., Barnes, G. & Banerjee, S. (1995). Family cohesion as a buffer the effects of problem-drinking fathers on psychological distress, deviant behavior, and heavy drinking in adolescents. *J Health Social Bahavior*, 36, 377-385.
- Feigin, R. (2005). Prospects for the Future of Child Health Through Research *JAMA*. 294: 1373-1379.

- Fite, P., Colder, C. & O'Connor, R. (2006). Childhood behavior problems and peer selection and socialization: Risk for adolescent alcohol use. *Addictive Behaviors*, 31, 1454-1459.
- Forehand, R., Biggar, H. & Kotchick, B. (2002). Cumulative risk across family stressors: Short-and long-term effects for adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. www.findarticles.com. Accessed 20-09-2002.
- Garmezy N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*. 56: 127-136.
- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. In J. Steinberg & M. Silverman (Eds.), *Preventing mental disorders* (pp. 20-26). Rockville, MD: Department of Health and Human Services.
- Grotberg E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Hague: The Bernard van Leer Foundation.
- GTES (2005) *Educação para a saúde – relatório preliminar*, acessido em 2 Julho 2007. www.dgdc.min-edu.pt.
- GTES (2006) *Educação para a saúde – relatório de progresso*, acessido em 2 Julho 2007. www.dgdc.min-edu.pt.
- GTES (2007) *Educação para a saúde – relatório final*, acessível em 30 Setembro 2007. www.dgdc.min-edu.pt.
- Kim, I., Zane N., & Hong, S. (2002). Protective factors against substance use among asian american youth: A test of the peer cluster theory. *Journal of Community Psychology*, 30, 565-584.
- Kirby, D. (2001). *Emerging answers: research findings on programs to reduce teen pregnancy*. Washington, D. C.: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Klein, J. & Auerbach, M. (2002). *Improving adolescent health outcomes*. *Minerva Pediatrica*, 54, 1, 25-39.
- Kuntsche, E. & Jordan, M. (2006). Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors Results of multilevel analyses. *Drug and Alcohol Dependence*, 84, 167-174.
- LeVine, R., LeVine, S., Richman, A., Uribe, F. & Correa, C. (1994). Schooling and survival: the impact of maternal education on health and reproduction in the third world. In: Chen L, Kleinman A, Ware N, eds. *Health and Social Change in International perspective*. Boston: Harvard Press; 303-338.
- Malik, R., Oandasan, I. & Yang, M. (2002). Health promotion, the family physician and youth: Improving the connection. *Family Practice*, 19, 5, 523-528.
- Masten, A., Garmezy, N., Tellegen, A., Pellegrini, D., Larkin, K. & Larsen, A. (1988). Competence and stress in school children: The moderating effects of individual and family qualities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 29 (6): 745-764.
- Masten, A. (1997). Resilience in children at risk. *Research and practice*. 5 (1): 4-6.
- Masten, A. & Coatsworth, J. (1998). The development of competence in favourable and unfavourable environments. *American Psychologist*. 53 (2): 205-220.
- Matos, M. G. & Equipa do Projecto Aventura Social. (2000). *A saúde dos adolescentes portugueses*. Lisboa: FMH/PEPT-Saúde.
- Matos, M. G. & Equipa do Projecto Aventura Social (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. G. (2005). *Comunicação e gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: CDI/FMH.
- Matos, M. G. & Equipa do Projecto Aventura Social (2006a). *A saúde dos adolescentes portugueses: Hoje em 8 anos*. <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/nacional.pdf>. Accessed 20-12-2006.

- Matos, M. G. & Equipa do Projecto Aventura Social (2006b). *Os adolescentes portugueses e o consumo de drogas*. <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/nacional.pdf>. Accessed 20-12-2006.
- Matos, M. G. & Equipa do Projecto Aventura Social (2006c). *Os comportamentos sexuais dos adolescentes portugueses* <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/nacional.pdf>. Accessed 20-12-2006.
- Matos, M. G. (2007). *Health and well-being in portuguese adolescents*. WHO/HBSC Forum: Social Coesion and Mental Health, 2007: Las Palmas, March 2007.
- McLoyd, V. (1998). Paper presented at: «*Growing up poor: The effects on achievement, parenting and child care*»; Consortium of Social Science Associations, Washington.
- Mechanic, D. (1994) Promoting health: Implications for modern and developing nations. In: Chen L, Kleinman A, Ware N, eds. *Health and Social Change in International perspective*. Boston: Harvard Press; 471-490.
- Michael, K., & Ben-Zur, H. (2007). Risk-taking among adolescents: Associations with social and affective factors. *Journal of Adolescence*, 30, 18, 17–31.
- Morgan, A. (2007). *Frameworks for improving young people's mental well being: Assets and deficits models*. WHO/HBSC Forum: Social Cohesion and Mental Health, 2007: Las Palmas, March 2007.
- Nation, M. & Heflinger A. (2006). Risk Factors for Serious Alcohol and Drug Use: The Role of Psychosocial Variables in Predicting the Frequency of Substance Use Among Adolescents. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32, 415-433.
- OMS (2002). *Rapport sur la santé dans le monde «Réduire les risques et promouvoir une vie saine»*. Genève: OMS.
- Over, M., Ellis, Huber J. & Orville, S. (1992). The consequences of Adult Ill-health. In: Feachen, R, Kjelltrom, T, Murray, C, Over, M, Phillips, M, eds. *The health of adults in the developing world* NY: Oxford Press; 161-208.
- Palmqvist, R. & Santavirta, N. (2006). What Friends are for: The Relationships Between Body Image, Substance Use, and Peer Influence Among Finnish Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 35 (2), April, 203-219.
- Perrin, B. (1989). Literacy and health: making the connection. *Health promotion*. 28: 2-5.
- Phillips, D. & Verhasselt, Y. (1994). *Health and Development*. NY: Routledge.
- Pine, D., Cohen, E., Cohen, P. & Brook, J. (1999). Adolescent Depressive Symptoms as Predictors of Adult Depression: Moodiness or Mood Disorder? *American Journal of Psychiatry*, 156, 133-135.
- Prinstein, M., Boergers, J., & Spirito, A. (2001). Adolescents' and their friends' health-risk behaviour: factors that alter or add to peer influence. *Journal of Pediatric Psychology*, 16, 5, 287-298.
- Resnick, M., Bearman, P., Blum, R. et al. (1997). Protecting children from harm. *JAMA*. 278 (10): 823-832.
- Rodrigo, M., Maiquez, M., Garcia, M., Mendonza, R., Rubio, A., Martinez, A., & Martin, J. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescência. *Psicothema*, 16, 2, 203-210.
- Scales, P. (1999). Reducing risks and building developmental assets. *Journal of School Health*; 69 (3): 113-119.
- Schenker, M. & Minayo, M. (2005). Factores de risco e de protecção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência e Saúde Colectiva*, 10, 3, 707-717.
- Sells, C., & Blum, R. (1996). Morbidity and mortality among US adolescents: An overview of data and trends. *American Journal of Public Health*, 86, 4, 513–519.

- Yanovitzku, I. (2006). Sensation Seeking and Alcohol Use by College Students: Examining Multiple Pathways of Effects. *Journal of Health Communication*, 11, 269-280.
- Werner, E. & Smith, R. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience and recovery*. New York: Cornell University Press; 2001.
- WHO (1986). *The Ottawa Charter for health promotion. Health Promotion*. Geneva:WHO.
- WHO (1986). *Young people's health – a challenge for society: report of a WHO study group on young people and «Health for all by the year 2000»*. Geneva:WHO.
- WHO (1997). *The Jakarta Declaration: On Leading Health Promotion into the 21st Century*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2000). *Health and Health Behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children: A WHO Cross-National Study (HBSC) International Report*. Geneva:WHO.
- WHO (2005). *The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations*. Denmark:WHO.
- Williams, C., Baumslag, N. & Jelliffe, D. (1994). *Mother and Child Health*. NY: Oxford Press.
- Wu, L. & Ringwalt, C. (2006). Use of Alcohol Treatment and Mental Health Services Among Adolescents With Alcohol Use Disorders. *Psychiatric Services*, 57: 84-92.

Consumo de Substâncias e Saúde/Bem-estar, em Crianças e Adolescentes Portugueses

Tânia Gaspar*
e Margarida Gaspar de Matos**

* Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana/UTL, Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL, Universidade Lusíada, Doutoranda – Universidade do Porto, Fundação para a Ciência e a Tecnologia – SFRH/BD/22908/2005.

** Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana/UTL, Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL.

Resumo

Objectivos: O presente trabalho visa compreender e caracterizar factores ligados ao risco e factores ligados à protecção e aos cenários que envolvem a criança e o adolescente, especialmente o impacto da percepção de felicidade e do consumo de tabaco e bebidas destiladas no seu estilo de vida e relação com o contexto social.

Metodologia: Foram utilizadas questões do estudo nacional HBSC (Matos *et al.*, 2006a; 2006b), aplicadas numa amostra aleatória e representativa, constituída por crianças e adolescentes do 5.º, 6.º, 7.º, 8.º e do 10.º ano de escolaridade do ensino público regular nas cinco regiões de educação de Portugal continental. O presente estudo envolve um total de 125 escolas, incluindo 389 turmas. A distribuição foi estratificada para cada região (Norte, Lisboa e Vale do Tejo, Centro, Alentejo e Algarve), num total de 8072 crianças e adolescentes, 50,6% do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 10 e os 20 anos, média de idade de 13,17 anos.

Resultados: Os resultados revelam que os alunos, de um modo geral, que apresentam maior percepção de felicidade demonstram ter mais comportamentos ligados à protecção e um melhor envolvimento com os diversos contextos (escola, família e grupo de pares), pelo contrário, os alunos que referem consumir substâncias apresentam mais comportamentos ligados ao risco e um relacionamento menos positivo com os seus contextos.

Introdução

Estilos de vida

Os estilos de vida estão intimamente ligados à saúde. Os factores ambientais, os hábitos alimentares, o tabagismo, o uso e abuso de álcool e drogas, a actividade sexual desprotegida, são factores que influenciam a saúde e condicionam um desenvolvimento integral harmonioso e saudável (Matos, Simões & Canha, 1999).

A adolescência é um período importante do desenvolvimento humano, repleto de ameaças à saúde e ao bem-estar. A grande maioria das actuais ameaças à saúde dos adolescentes é consequência de factores sociais, envolvimento e comportamentais que rodeiam o meio ambiente onde o adolescente vive. Estes factores incluem um largo espectro de comportamentos e efeitos relacionados, tais como: uso e abuso de substâncias, violência, suicídio, distúrbios de alimentação, gravidez na adolescência, e doenças sexualmente transmissíveis (DiClemente, Hansen & Ponton, 1996).

Actualmente a abordagem causal das doenças deixou de ter unicamente uma explicação orgânica para uma abordagem holística envolvendo os estilos de vida. A experiência dos indivíduos e factores relacionados com o seu envolvimento físico e social favorecem o desenvolvimento de comportamentos de risco ou, por outro lado, actuam como factores de protecção. Deste modo, criar condições para que os indivíduos tenham opções de escolhas saudáveis em termos de estilo de vida deverá passar por uma preocupação com o ambiente físico, social, cultural e económico que envolve o adolescente (OMS, 1986). Nas sociedades mais desenvolvidas, a ênfase dos serviços de saúde passou para a promoção e educação para a saúde tentando levar os indivíduos a adoptar estilos de vida saudáveis, desde as idades mais precoces no sentido de uma melhor qualidade de vida. Daí a importância crescente atribuída ao trabalho de promoção de saúde desenvolvido a nível das escolas e das famílias (WHO, 1999).

Green e Pope (2000) tentam isolar factores que influenciam a escolha de comportamentos ligados à saúde, passíveis de modificações por intervenções pedagógicas: factores predisponentes relacionados com o indivíduo, o seu sistema de valores, crenças e motivações, factores relacionados com as competências e conhecimentos individuais, e factores relacionados com o contexto (crenças, normas e atitudes de grupo). Defendem que a utilização de estratégias centradas nestes três factores potencia o sucesso de intervenções educativas.

Não há um mas vários tipos de estilos de vida «saudáveis». A variedade estabelece-se em função do grupo onde cada indivíduo está inserido e das próprias características individuais. Para a compreensão da adopção de comportamentos de saúde é necessário considerar não só características de ordem individual (atitudes, interesses, informação, educação), como também características de ordem envolvental como grupo familiar, grupo social, ambiente do trabalho ou

escola, comunidade onde está inserido. Podem ser considerados outros atributos mais sistémicos do envolvimento como o sistema social, instituições, cultura, regime político e ainda, por outro lado as características do nicho ecológico e geográfico onde o indivíduo se insere. Estes factores (Mendoza & Sagrera, 1990) estão em permanente interacção e contribuem para moldar os comportamentos dos indivíduos ligados quer à saúde quer ao risco. A aquisição e adopção de muitos comportamentos e hábitos, nem sempre os mais saudáveis, determinantes para a idade adulta, ocorrem durante a infância e a adolescência.

São considerados factores de risco os estatutos sociais, económicos ou biológicos, comportamentos ou envolvimento associados ou causa de um aumento da susceptibilidade a uma doença específica, «doença-saúde» ou prejuízo (WHO, 1999).

Como no caso dos comportamentos de risco, uma vez identificados os factores de risco, eles podem vir a ser o ponto de entrada ou o foco para as estratégias e acções de promoção da saúde (Nutbeam, 1998; Resnick *et al.*, 1999; Muuss & Porton, 1999).

Consumo de Substâncias psico-activas

A aquisição de hábitos de consumo de substâncias nocivas à saúde pode ser influenciada por diversos factores tais como a idade, a etnia, a estrutura familiar, o estatuto sócio-económico da família, atitudes de consumo da família e dos amigos, ligação com a família e com os amigos, fraco envolvimento escolar ou profissional, sintomas de stress, ansiedade e depressão, problemas de auto-estima e outras características da personalidade, entre outras. Considera-se que o início do uso de substâncias antes dos 15, 16 anos constitui um factor de risco para uma variedade de problemas de saúde mental, de eventual abuso de álcool e drogas e má adaptação no mundo adulto. O stress e a depressão são também considerados factores de risco para o consumo de substâncias. As vantagens e expectativas atribuídas ao consumo de substâncias incluem maior percepção de liberdade, maior relaxamento, redução de tensão e de stress, facilidade/desinibição social e sexual e ainda um efeito anti-depressivo. No âmbito do consumo de substâncias da população, podem ser considerados factores de risco ou de protecção a diversos níveis: (1) a nível pessoal, nomeadamente a personalidade, o género, as competências de vida, problemas de comportamento e experimentação precoces e persistentes; (2) a nível familiar, tal como o relacionamento pais-filhos, exercício da autoridade e práticas de disciplina e atitudes e comportamentos dos pais, tipo de família, relacionamento marido-mulher; (3) a nível psicossocial, assim como o grupo de pares, apoio social, escola, local de trabalho, etc. (Muuss & Porton, 1999; Sneed, Morisky, Rotheram-Borus, Ebin & Malotte, 2001; Wiesner & Ittel, 2002).

Os resultados de um estudo de Sarigari, Ryan e Peterson (1999) sobre o impacto dos comportamentos de saúde considerados de risco no desenvolvi-

mento e saúde das raparigas adolescentes indicam que as adolescentes femininas fumam, bebem, e consomem outras substâncias tanto como os seus companheiros masculinos, mas com maior risco para a saúde.

Álcool

A maioria dos estudos realizados na área dos consumos, na fase da adolescência, segundo Carvalho (1990) e Aarons, Brown, Coe, Myers, Garland, Ezzet-Lofstram, Hazen & Hough (1999), referem que o álcool é a substância mais utilizada pelos adolescentes. Estes autores referem ainda que os problemas de saúde durante a adolescência estão relacionados com o consumo de álcool e os problemas tornar-se-ão mais evidentes quanto mais precoce for o seu início.

Segundo Sieving, Perry e Williams (2000) que estudaram e apresentaram resultados que justificam o «modelo da influência dos amigos» (que defende que os jovens adolescentes cujos amigos consomem álcool apresentam maior probabilidade de consumo) e o «modelo da escolha dos amigos» (os jovens adolescentes que bebem, procuram amigos que bebam) no consumo de álcool. Os resultados indicam que o consumo de droga pelos amigos está também associado ao aumento do consumo de álcool pelos jovens. Contudo a relação de ordem inversa (maior envolvimento dos jovens no álcool leve a um maior consumo de droga entre amigos) não foi verificada neste estudo.

Num estudo conduzido por Trindade e Correia (1999) sobre crenças e comportamentos específicos do consumo de álcool entre estudantes adolescentes, verificou-se que os padrões de beber dos estudantes estão significativamente relacionados com o género, a etnicidade, o ano de escolaridade e os hábitos de bebida dos pais e amigos.

Outros estudos indicam que os rapazes mais velhos estão em maior risco para o forte consumo de bebidas do que os estudantes mais novos ou as raparigas (Feldman, Harvey, Holowaty & Shortt, 1999; Matos *et al.*, 2003). Segundo o estudo HBSC para Portugal Continental, no que diz respeito ao consumo do álcool, comparando os resultados de 1998 para 2002, nota-se um aumento de consumo de bebidas destiladas em detrimento do consumo de cerveja. Verifica-se também que os rapazes continuam a consumir mais álcool que as raparigas, mas em 2002 verifica-se que enquanto os rapazes têm um consumo equivalente de cerveja e bebidas destiladas, as raparigas consomem muito mais bebidas destiladas do que cerveja e em 1998 mantinham um consumo equivalente de cerveja e bebidas destiladas. Quer no estudo de 1998, quer no estudo de 2002, o consumo de álcool vai aumentando com a idade. Assim, aos 11 anos a grande maioria não experimentou álcool. O consumo de vinho é o que menos varia com a idade. Dos jovens com 16 anos ou mais enquanto que em 1998 o maior consumo era de cerveja, em 2002 o maior consumo era de bebidas destiladas. Comparando 1998 com 2002, nota-se uma grande diminuição do consumo ocasional de bebidas alcoólicas. Em ambos os estudos, os rapazes consomem

álcool de modo ocasional, significativamente mais, do que as raparigas. De 1998 para 2002 o consumo ocasional de álcool, aos 11 anos reduziu-se para metade. Para o grupo dos 16 ou mais anos também se notou uma diminuição do consumo ocasional de bebidas alcoólicas. Por outro lado, de 1998 para 2002 nota-se nos jovens um aumento da frequência do estado de embriaguez. Em ambos os estudos, os rapazes estiveram embriagados significativamente mais do que as raparigas: um terço dos rapazes e um quinto das raparigas estiveram embriagados. Relativamente aos grupos etários, a frequência de embriaguez vai aumentando com a idade: enquanto que aos 11 anos a grande maioria dos jovens não estiveram embriagados, com 16 ou mais anos quase metade esteve em estado de embriaguez (Matos, *et al.*, 2003). O estudo desenvolvido por Hibell, Andersson, Ahlstrom, Balakireva, Bjarnasson, Kokkevi & Morgan (1997, 2000) refere um aumento na experimentação e no consumo de álcool de 1995 para 1999.

No que respeita aos efeitos negativos do consumo de álcool, salientam-se entre outros: o alcoolismo aumenta a probabilidade de doenças como a cirrose hepática, o cancro, a hipertensão e os défices de memória (Ogden, 1999). O álcool aumenta a probabilidade de o próprio indivíduo se lesionar em acidentes, e condiciona a expressão de comportamentos violentos, com as potenciais consequências daí decorrentes.

Por outro lado, é importante ter em conta que o consumo de substâncias psico-activas como o álcool pode ser interpretado como um comportamento, um «ritual», que envolve a realização de expectativas acerca dos efeitos que o álcool vai desencadear (Van Der Stel & Voordewind, 1998).

Villa (1997) estuda as expectativas sobre o consumo de álcool em adolescentes, tais como: (a) mudanças globais positivas (felicidade, esperança no futuro, mundo parece mais agradável), (b) bem estar físico e social (pessoas mais amáveis e divertidas), (c) facilitador da sexualidade (maior interacção com o sexo oposto, pessoas mais românticas e experiências sexuais mais fáceis e agradáveis), (d) relaxação e redução da tensão (a bebida relaxa, as pessoas ficam menos tensas), (e) Melhora as capacidades cognitivas e motoras (entendem-se melhor as coisas, é mais fácil fazer desporto depois de beber um pouco de álcool, está-se mais atento às pessoas), (f) deterioração cognitiva e motora (perca do controlo, as pessoas apercebem-se menos do que se passa em redor), (g) aumento da activação e agressividade (ajuda a fazer frente a outras pessoas, as pessoas sentem-se mais fortes e poderosas, têm sentimentos de grandeza).

Segundo o estudo desenvolvido por Hibell *et al.* (1997) os jovens referem diversos efeitos positivos e negativos do consumo de álcool, nomeadamente efeitos a nível da gestão emocional, comportamental, interpessoal e sintomas físicos. Quanto aos problemas vivenciados por consumo de álcool, os jovens referem problemas individuais (menor desempenho escolar, estrago ou perca de roupas e dinheiro, acidentes ou ferimentos), relacionais (discussões, problemas com os pais, amigos e professores), sexuais (experiências sexuais involuntárias

e sem protecção) e criminais (envolvimento em lutas, condução sob o efeito de álcool e problemas com a polícia).

Um outro aspecto relevante é a percepção dos jovens das razões para abstinência de álcool, o estudo desenvolvido por Hibell *et al.* (1997) apresenta diversas. As mais apresentadas pelos jovens foram: (1) efeitos horríveis: ressacas, tonturas e vômitos; (2) causa de acidentes; (3) prejuízo para a saúde; (4) más consequências a nível familiar; (5) risco de perda de controlo; (6) crime e violência; (7) dependência.

Em relação à percepção de acessibilidade ao álcool, a grande maioria dos jovens refere grande ou razoável fácil acesso a bebidas alcoólicas. Em relação ao local onde consomem álcool os jovens referem em primeiro lugar ser a casa e depois um *pub* ou bar. Cerca de metade dos jovens desaprova o consumo de álcool. Quanto aos amigos, cerca de um terço dos jovens refere que a maior parte dos seus colegas fuma e que mais de um terço consome bebidas alcoólicas. Os jovens consumidores de tabaco e álcool caracterizam-se por uma maior frequência de comportamentos de risco, por uma menor desaprovação de bebidas, menor percepção de risco de bebida ao fim-de-semana e sobrestima do consumo entre amigos («bebedeiras», álcool, tabaco, haxixe e marijuana). A maioria destes jovens não tem consumos ilícitos, sendo o álcool a substância predominante. Em termos das expectativas futuras face ao consumo de álcool, os jovens que assumiram que irão beber álcool quando forem mais velhos, tendem a atribuir ao álcool um maior nível de efeitos positivos e um menor nível de efeitos negativos, apresentando frequências mais elevadas de problemas pessoais (Hibell *et al.*, 1997).

Os autores Van Der Stel e Voordewind (1998) apresentam diversos níveis de factores de risco para o abuso de álcool: (1) a sociedade e a cultura, através da legislação, de normas sociais que promovam o consumo, a fácil acessibilidade e um contexto económico desfavorável; (2) factores interpessoais, tais como, o consumo de álcool por pais e familiares, atitude favorável ao consumo por parte da família, um contexto familiar difícil e/ou complexo, discussões familiares ou divórcio, rejeição por parte dos pais, relações com amigos que consomem álcool; (3) factores psicossociais, assim como problemas de comportamento precoce e persistente, o insucesso escolar, má adaptação à escola, rebeldia, atitude, crenças e expectativas favoráveis face ao consumo e início do consumo em idade precoce; (4) factores bio-genéticos, factores genéticos que determinam a vulnerabilidade e a vulnerabilidade psico-fisiológica aos efeitos do álcool.

Tabaco

O consumo de tabaco é um factor referido como um dos comportamentos que diminuem a saúde (Baum e Posluszny, 1999).

Na maioria dos casos, a iniciação tabágica ocorre na puberdade e a dependência instala-se durante a adolescência. Mais de metade dos jovens que experimentam tabaco será dependente de nicotina e, entre os jovens que fumam de modo regular aos 20 anos, 95% será dependente de nicotina (APA, 1994).

Num estudo levado a cabo por DuRant, Smith, Kreiter e Krowchuk (1999), defende-se que um início precoce no uso de cigarros apresenta uma correlação forte com o envolvimento noutros comportamentos de risco, como o consumo de álcool e drogas, sendo que a iniciação no hábito de fumar está associada a vários factores pessoais e sociais.

Harrel, Bangdiwala, Deng, Webb e Bradley (1998), estudaram a iniciação no consumo de tabaco. Os resultados indicam que o consumo para experiência aumentou com a idade assim como também o consumo regular. Estes autores concluíram que a etnia, o estatuto socio-económico e o estágio pubertal são importantes factores de predição do começo de consumo em alunos da escola.

Uma das áreas mais realçadas na Promoção da Saúde tem sido, nos últimos anos, a prevenção do consumo de tabaco junto dos jovens, isto porque se provou que no período da adolescência, existe uma maior probabilidade de que os jovens experimentem o seu primeiro cigarro e iniciem hábitos tabágicos, que se poderão prolongar por toda a vida (Lima, 1999).

Diversos estudos (Lambert, Hublet, Verduyck, Maes & Broucke, 2002; Matos, Gaspar, Vitória & Clemente, 2003) confirmam o aumento acentuado da experimentação e do consumo regular de tabaco nas raparigas. Verifica-se, também, que o tabaco, à semelhança do álcool, surge associado a problemas da esfera relacional, comportamental e emocional. Os jovens que fumam manifestam um maior afastamento em relação à família, à escola, e aos colegas da escola, sendo que têm um maior convívio com os amigos fora do horário escolar. Os jovens fumadores apresentam com maior frequência comportamentos de experimentação e consumo de álcool e outras drogas e de envolvimento em lutas e situações de violência.

Segundo o estudo realizado por Matos *et al.* (2003), de 1998 para 2002 nota-se em Portugal um aumento de jovens entre os 11 e os 16 anos que experimentaram tabaco. Esse aumento surge tanto para os rapazes como para as raparigas mas nas raparigas, deu-se um aumento maior, atingindo valores muito semelhantes à experimentação por parte dos rapazes. Também no que diz respeito ao consumo de tabaco, comparando os resultados do estudo de 1998, com os resultados do estudo de 2002, verifica-se que existe um aumento no consumo de tabaco a nível geral sendo que, nas raparigas, se notou um aumento maior, o que as aproxima do consumo dos rapazes. São os jovens mais velhos (mais de 15 anos) que mais contribuem para este aumento.

Entre outros, salientam-se alguns dos efeitos negativos do consumo de tabaco: o consumo de tabaco estava relacionado com o cancro do pulmão, com a doença cardíaca e com outros cancros (Ogden, 1999).

Metodologia

Instrumento

Para o presente estudo foi utilizada uma versão reduzida do Questionário do Estudo Internacional Health Behaviour School-Aged Children. As questões utilizadas para avaliar a dimensão dos comportamentos de saúde das crianças e dos adolescentes, foram retiradas do instrumento do estudo Health Behaviour in School-Aged Children (Currie, Hurrelmann, Settertobulte, Smith & Todd, 2000; 2001; Matos & Equipa do Aventura Social, 2006a; 2006b).

O Health Behaviour School-Aged Children é um estudo internacional em colaboração com a OMS, que envolve em 2006, 44 países, incluindo Portugal. Os principais objectivos deste estudo são iniciar e manter investigação nacional e internacional sobre saúde, comportamentos de saúde e os respectivos contextos em crianças e adolescentes; contribuir teórica e metodologicamente para o aumento do conhecimento nesta área; monitorizar e comparar a saúde e os comportamentos de saúde a nível nacional e internacional; promover e apoiar no âmbito da promoção de saúde nestas faixas etárias, através de redes nacionais e internacionais de acção. O estudo visa identificar e caracterizar os comportamentos de saúde das crianças e adolescentes, numa amostra aleatória e representativas dos 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade. O questionário aborda temas relacionados com os contextos e actores com os quais as crianças e adolescentes se movem, nomeadamente, actividade física e tempo livre, alimentação e higiene, consumo de substâncias, imagem corporal, sintomas físicos e psicológicos, comportamentos sexuais e crenças e atitudes face ao VIH/sida, expectativas futuras, relação familiar, relação com o grupo de pares, envolvimento escolar e com a comunidade.

No presente estudo foram utilizadas 17 questões do questionário total, as questões utilizadas apresentavam para além de questões sócio demográficas, um conjunto de questões relacionadas com a prática de actividade física e tempo livre, consumo de substâncias (tabaco e bebidas alcoólicas), contexto e relação familiar; contexto e envolvimento escolar (amigos, professores e violência), dieta e imagem corporal percepção de felicidade.

Procedimento

A unidade de análise usada neste estudo foi a turma. Escolas e turmas foram seleccionadas aleatoriamente. Os professores administraram os questionários na sala de aula. A participação dos alunos foi anónima e voluntária. O estudo ocorreu em Janeiro de 2006.

Análise estatística

Foi utilizado o programa «Statistical Package for Social Sciences – SPSS – Windows» (versão 15) para análise e tratamento estatístico. Para este estudo específico, foi utilizado o χ^2 com o objectivo de se verificar as diferenças significativas existentes para as variáveis em estudo.

Pretendeu-se avaliar a evolução do consumo de álcool (bebidas destiladas), tabaco e a percepção de felicidade pessoal ao longo da infância e adolescência.

Caracterização da amostra

Amostra aleatória e representativa das crianças e adolescentes portugueses do 5.º, 6.º, 7.º, 8.º e do 10.º ano de escolaridade do ensino público regular, nas cinco Regiões de Educação de Portugal continental.

O presente estudo envolveu um total de 125 escolas, incluindo 389 turmas: 5.º ano (19,3%), 6.º ano (19,2%), 7.º ano (20,3%), 8.º ano (21,6%) e do 10.º ano (19,7%) de escolaridade (Quadro 1). A distribuição foi representativa para cada região (Norte, Lisboa e Vale do Tejo, Centro, Alentejo e Algarve), num total de 8072 crianças e adolescentes, 50,6% do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 10 e os 20 anos, média de idade de 13,2 anos.

Quadro 1 – Características demográficas da amostra

		N	%	M	DP	Ampl.
Género	Rapazes	3990	49,4			
	Raparigas	4082	50,6			
Idade		8072		13,17	2,06	10-20
Ano de escolaridade	5.º Ano	1560	19,3			
	6.º Ano	1546	19,2			
	7.º Ano	1635	20,3			
	8.º Ano	1740	21,6			
	10.º Ano	1591	19,7			
Região	Norte	8072	45,6			
	Lisboa		27,7			
	Centro		15,4			
	Alentejo		6,7			
	Algarve		4,6			
	Total					

(continua)

(continuação)

		N	%	M	DP	Ampl.
Nacionalidade	Portuguesa	7430	96,8			
	CPLP (Africana + Brasileira)	248	3,2			
Estatuto Sócio-económico*	Baixo	3916	67,1			
	Médio/Alto	1917	32,9			

* ESE calculado pela análise da profissão dos pais através da escala de Graffar.

M = Média, DP = Desvio padrão.

A grande maioria tem nacionalidade portuguesa, enquanto que apenas 3,2% referem ter nacionalidade de um país de língua portuguesa. O estatuto sócio-económico e a nacionalidade são apresentados e caracterizados como variáveis em estudo. A maioria dos inquiridos refere ter um estatuto sócio-económico baixo.

Resultados

Nos quadros 2, 3 e 4 serão apresentadas as descritivas das variáveis principais em estudo, nomeadamente, a percepção de felicidade, o consumo de bebidas destiladas, assim como o consumo de tabaco.

Verifica-se, através da leitura do quadro 2, que a grande maioria dos participantes refere que é feliz.

Quadro 2 – Percepção de felicidade

	N	Feliz %	Infeliz %
Felicidade	7833	85,7	14,3

A grande maioria das crianças e adolescentes refere que nunca consumiu tabaco (quadro 3) e que raramente ou nunca consumiu bebidas destiladas (quadro 4).

Quadro 3 – Consumo de tabaco

	N	Sim %	Não %
Consumo Tabaco	7915	9,4	90,6

Quadro 4 – Consumo de bebidas destiladas

	N	Sim %	Raramente/Nunca %
Consumo Bebidas Destiladas	7869	8,5	91,5

Através da análise do Quadro 5 e da observação do Gráfico I, verifica-se que o consumo de tabaco e de bebidas destiladas aumenta com o ano de escolaridade frequentado (variável proxy da idade).

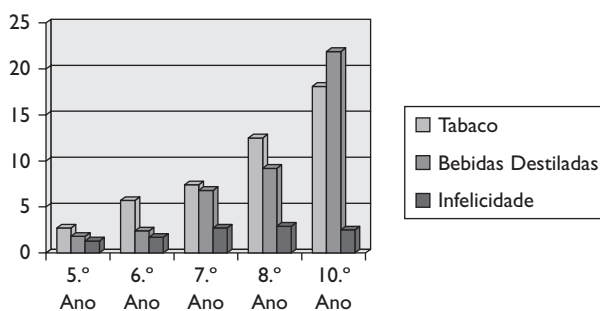
Salienta-se um grande aumento de consumo de bebidas destiladas do 8.º para o 10.º ano de escolaridade. Em relação à percepção de felicidade, encontra-se um padrão crescente de infelicidade à medida que o ano de escolaridade frequentado aumenta.

As três variáveis em estudo foram analisadas segundo o género e a idade e o padrão mantém-se.

Quadro 5 – Consumo de tabaco, bebidas destiladas e percepção de infelicidade por ano de escolaridade (%); médias e desvio padrão da idade por ano de escolaridade (N = 8072)

	Média de Idade	DP	Consumo Tabaco (%)	Consumo Bebidas Destiladas (%)	Percepção de Infelicidade (%)
5.º Ano	10,7	0,95	2,7	1,8	1,3
6.º Ano	11,9	0,69	5,7	2,4	1,7
7.º Ano	12,9	1,02	7,4	6,8	2,7
8.º Ano	14,2	0,96	12,5	9,2	2,9
10.º Ano	16,1	0,92	18,1	21,9	2,5

Gráfico I – Representação gráfica da evolução do consumo de tabaco, bebidas destiladas e percepção de infelicidade por ano de escolaridade (N = 8072)



De seguida, foram estudadas as três variáveis principais, tendo em conta a sua relação com outras variáveis demográficas, outros comportamentos de saúde/risco e respectivos contexto, nomeadamente, a família, a escola e o grupo de pares.

O objectivo é identificar através de todos estes aspectos, as características das crianças e os adolescentes segundo a sua percepção de felicidade, e estatuto de consumo de tabaco e bebidas destiladas.

Percepção de Felicidade

No quadro 6, é estudada a variável **percepção de felicidade**.

Observa-se que são os participantes com uma maior percepção de infelicidade que nunca praticam actividade física.

No âmbito da imagem corporal, são as crianças e adolescentes mais felizes que mais referem não estar a fazer dieta porque estão satisfeitos com o seu peso. Os participantes que referem sentir-se mais infelizes são os que mais referem estar a fazer dieta.

Relativamente ao consumo de substâncias, verifica-se que são os participantes com uma maior percepção de felicidade que mais referem nunca ter consumido tabaco e que raramente ou nunca consumiram cerveja, vinho e bebidas destiladas.

Em relação ao contexto escolar, as crianças e adolescentes que se dizem mais felizes são os que mais referem gostar da escola, que os professores têm uma boa/média percepção face às suas capacidades e que nunca se envolvem em lutas, contrariamente, os participantes com maior percepção de infelicidade são caracterizados por gostar menos da escola, envolver-se em lutas quatro ou mais vezes e por referir que os professores consideram que eles têm capacidades inferiores à média.

No âmbito das relações interpessoais, com a família e o grupo de pares, verifica-se que são os participantes mais felizes que consideram ser fácil falar com a mãe e com o pai e são os que mais referem ter dois amigos ou mais.

Quadro 6 – Estudo da variável Percepção de Felicidade

Percepção de Felicidade		Feliz	Infeliz	χ^2	gl
Tempos Livres					
Actividade Física (N = 7616)	Nunca	4,6	9,7	10,06***	3
	Menos de 3x/sem	31,9	32,7		
	3x ou mais/sem	46,3	40,6		
	Todos os dias	17,1	17,0		
Computador e playstation (N = 7465)	Não	18,3	23,0	2,37 n.s.	1
	Sim	81,7	77,0		
Vídeos e DVD (N = 7554)	Não	3,1	3,0	0,01 n.s.	1
	Sim	96,9	97,0		
Internet e chats (N = 7671)	Não	35,9	33,7	0,33 n.s.	1
	Sim	64,1	66,3		

(continua)

Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um Estilo?

(continuação)

Percepção de Felicidade		Feliz	Infeliz	χ^2	gl
Imagem Corporal					
Fazer dieta (N = 7692)	Não, peso bom	58,8	39,5	30,79****	3
	Não, mas preciso	20,4	25,6		
	Não, preciso aumentar peso	11,0	15,7		
	Sim, estou a dieta	9,9	19,2		
Consumo de Substâncias					
Consumo de tabaco (N = 7708)	Sim	8,8	27,6	70,65*****	1
	Não	91,2	72,4		
Consumo de cerveja (N = 7644)	Sim	7,1	19,3	35,15*****	1
	Raramente/nunca	92,9	80,7		
Consumo de vinho (N = 7590)	Sim	2,1	8,6	31,60*****	1
	Raramente/nunca	97,9	91,4		
Consumo de bebidas destiladas (N = 7663)	Sim	8,2	17,6	18,59*****	1
	Raramente/nunca	91,8	82,4		
Contexto Escolar					
Gostar da Escola (N = 7775)	Gosto	79,1	51,8	73,98*****	1
	Não gosto	20,9	48,2		
Percepção dos professores face à capacidade dos alunos (N = 7754)	Muito boa	11,3	12,2	78,58*****	2
	Boa/média	82,9	65,7		
	Inferior à média	5,8	22,1		
Envolvimento em lutas (N = 7738)	Nunca	60,8	47,3	34,06*****	2
	1 a 3 vezes	30,4	31,1		
	4 vezes ou mais	8,8	21,6		
Apoio Social – Família e Grupo de Pares					
Falar com a mãe (N = 7549)	Fácil	78,2	50,9	85,60*****	2
	Difícil	19,0	37,3		
	Não tenho/ /não vejo	2,8	11,8		

(continua)

(continuação)

Percepção de Felicidade		Feliz	Infeliz	χ^2	gl
Apoio Social – Família e Grupo de Pares					
Falar com o pai (N = 7369)	Fácil	56,2	31,6	63,99****	2
	Difícil	36,4	46,2		
	Não tenho/ /não vejo	7,4	22,2		
Bons amigos (N = 7619)	Nenhum	1,0	9,0	96,62****	2
	Um amigo	2,8	6,6		
	Dois amigos ou mais	96,1	2,9		

* $p \leq 0,10$; ** $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,01$; **** $p \leq 0,001$ n.s. – estatisticamente não significativo $p > 0,10$

Consumo de tabaco

No quadro 7, é estudada a variável **consumo de tabaco**.

As crianças e adolescentes que nunca consumiram tabaco apresentam uma maior percepção de felicidade do que os que consomem.

Em relação à ocupação de tempos livres, observa-se que são os participantes que consomem tabaco que nunca praticam actividade física e ocupam mais frequentemente o seu tempo livre na Internet e *chats*.

No âmbito da imagem corporal, são as crianças e adolescentes que nunca consumiram tabaco que mais referem não estar a fazer dieta porque estão satisfeitos com o seu peso. Os participantes que consomem tabaco são os que mais referem estar a fazer dieta, ou não estar mas precisam.

Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, verifica-se que são os participantes que consomem tabaco que mais referem consumir cerveja, vinho e bebidas destiladas.

Em relação ao contexto escolar, as crianças e adolescentes que nunca consumiram tabaco são os que mais referem gostar da escola, que os professores têm uma muito boa e boa/média percepção face às suas capacidades e que nunca se envolvem em lutas, contrariamente, os participantes que consomem tabaco são caracterizados por gostar menos da escola, envolver-se em lutas e por referir que os professores consideram que eles têm capacidades inferiores à média.

No âmbito das relações interpessoais, com a família e o grupo de pares, verifica-se que são os participantes que nunca consumiram tabaco que consideram ser fácil falar com a mãe e com o pai e são os que mais referem ter dois amigos ou mais. As crianças e adolescentes que referem consumir tabaco, são as que mais referem ter nenhum amigo.

Quadro 7 – Estudo da variável Consumo de Tabaco

Consumo de Tabaco		Sim	Não	χ^2	gl
Saúde Positiva					
Percepção de felicidade (N = 7708)	Feliz	93,4	98,2	70,65****	1
	Infeliz	6,6	1,8		
Tempos Livres					
Actividade Física (N = 7728)	Nunca	9,3	4,3	40,04****	3
	Menos de 3x/sem	32,8	31,7		
	3x ou mais/sem	42,4	46,6		
	Todos os dias	15,4	17,5		
Computador e playstation (N = 7537)	Não	17,9	18,5	0,15 n.s.	1
	Sim	82,1	81,5		
Vídeos e DVD (N = 7628)	Não	2,8	3,2	0,35 n.s.	1
	Sim	97,2	96,8		
Internet e chats (N = 7753)	Não	31,2	36,5	7,93****	1
	Sim	68,8	63,5		
Imagem Corporal					
Fazer dieta (N = 7735)	Não, peso bom	49,0	59,0	46,30****	3
	Não, mas preciso	22,1	20,4		
	Não, preciso aumentar peso	12,3	11,1		
	Sim, estou a dieta	16,6	9,5		
Consumo de Substâncias					
Consumo de cerveja (N = 7743)	Sim	38,2	4,2	1115,55****	1
	Raramente/nunca	61,8	95,8		
Consumo de vinho (N = 7683)	Sim	10,9	1,3	283,10****	1
	Raramente/nunca	89,1	98,7		

(continua)

(continuação)

Consumo de Tabaco		Sim	Não	χ^2	gl
Consumo de Substâncias					
Consumo de bebidas destiladas (N = 7757)	Sim	40,2	5,2	1042,50****	1
	Raramente/nunca	59,8	94,8		
Contexto Escolar					
Gostar da Escola (N = 7866)	Gosto	56,4	80,9	237,05****	1
	Não gosto	43,6	19,1		
Percepção dos professores face à capacidade dos alunos (N = 7844)	Muito boa	8,2	11,7	112,58****	2
	Boa/média	76,8	82,9		
	Inferior à média	15,1	5,3		
Envolvimento em lutas (N = 7815)	Nunca	42,3	62,1	148,22****	2
	1 a 3 vezes	38,4	29,7		
	4 vezes ou mais	19,3	8,2		
Apoio Social – Família e Grupo de Pares					
Falar com a mãe (N = 7621)	Fácil	66,8	78,6	57,30****	2
	Difícil	27,4	18,7		
	Não tenho/ /não vejo	5,8	2,7		
Falar com o pai (N = 7442)	Fácil	44,9	56,6	57,28****	2
	Difícil	41,2	36,3		
	Não tenho/ /não vejo	13,9	7,1		
Bons amigos (N = 7691)	Nenhum	3,2	1,0	27,99****	2
	Um amigo	2,9	2,9		
	Dois amigos ou mais	93,8	96,1		

* $p \leq 0,10$; ** $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,01$; **** $p \leq 0,001$
n.s. – estatisticamente não significativo $p > 0,10$

Consumo de bebidas destiladas

No quadro 8, é estudada a variável **consumo de bebidas destiladas**.

As crianças e adolescentes que raramente ou nunca consumiram bebidas destiladas apresentam uma maior percepção de felicidade do que os que consomem.

Em relação à ocupação de tempos livres, observa-se que são os participantes que consomem bebidas destiladas que nunca praticam actividade física e ocupam mais frequentemente o seu tempo livre a ver vídeos e DVD e na Internet e *chats*.

No âmbito da imagem corporal, são as crianças e adolescentes que raramente ou nunca consumiram bebidas destiladas que mais referem não estar a fazer dieta porque estão satisfeitos com o seu peso. Os participantes que consomem bebidas destiladas são os que mais referem estar a fazer dieta.

Relativamente ao consumo de outras substâncias, verifica-se que são os participantes que consomem bebidas destiladas que mais referem consumir tabaco, cerveja e vinho.

Em relação ao contexto escolar, as crianças e adolescentes que raramente ou nunca consumiram bebidas destiladas são os que mais referem gostar da escola e que nunca se envolvem em lutas, contrariamente, os participantes que consomem bebidas destiladas são caracterizados por gostar menos da escola, envolver-se em lutas e por referir que os professores consideram que eles têm capacidades inferiores à média.

No âmbito das relações interpessoais, com a família e o grupo de pares, verifica-se que são os participantes que raramente ou nunca consumiram bebidas destiladas que consideram ser fácil falar com a mãe. As crianças e adolescentes que referem consumir bebidas destiladas, são as que mais referem não ver ou não ter pai e mãe e são as que mais referem ter nenhum amigo.

Quadro 8 – Estudo da variável Consumo de Bebidas Destiladas

Consumo de Bebidas Destiladas		Sim	Raramente/ /Nunca	χ^2	gl
Saúde Positiva					
Percepção de felicidade (N = 7663)	Feliz	95,5	98,1	18,59****	1
	Infeliz	4,5	1,9		
Tempos Livres					
Actividade Física (N = 7667)	Nunca	8,9	4,3	32,70****	3
	Menos de 3x/sem	28,1	32,3		
	3x ou mais/sem	44,0	46,3		
	Todos os dias	19,0	17,2		
Computador e <i>playstation</i> (N = 7494)	Não	18,0	18,5	0,13 n.s.	1
	Sim	82,0	81,5		

(continua)

(continuação)

Consumo de Bebidas Destiladas		Sim	Raramente/ /Nunca	χ^2	gl
Tempos Livres					
Vídeos e DVD (N = 7587)	Não	1,9	3,2	3,69**	1
	Sim	98,1	96,8		
Internet e chats (N = 7709)	Não	30,2	36,6	10,43*****	1
	Sim	69,8	63,4		
Imagem Corporal					
Fazer dieta (N = 7678)	Não, peso bom	54,1	58,7	13,63****	3
	Não, mas preciso	19,1	20,6		
	Não, preciso aumentar peso	13,9	10,8		
	Sim, estou a dieta	13,0	9,8		
Consumo de Substâncias					
Consumo de tabaco (N = 7757)	Sim	44,5	6,2	1042,50*****	1
	Não	55,5	93,8		
Consumo de cerveja (N = 7779)	Sim	53,8	3,2	2228,53*****	1
	Raramente/nunca	46,2	96,8		
Consumo de vinho (N = 7742)	Sim	16,6	0,9	681,31*****	1
	Raramente/nunca	83,4	99,1		
Contexto Escolar					
Gostar da Escola (N = 7830)	Gosto	57,8	80,5	187,39*****	1
	Não gosto	42,2	19,5		
Percepção dos professores face à capacidade dos alunos (N = 7809)	Muito boa	9,8	11,7	23,77*****	2
	Boa/média	79,8	82,5		
	Inferior à média	10,4	5,8		
Envolvimento em lutas (N = 7770)	Nunca	44,0	61,8	120,03*****	2
	1 a 3 vezes	36,6	29,8		
	4 vezes ou mais	19,4	8,4		

(continua)

(continuação)

Consumo de Bebidas Destiladas		Sim	Raramente/ /Nunca	χ^2	gl
Apoio Social – Família e Grupo de Pares					
Falar com a mãe (N = 7582)	Fácil	69,1	78,4	29,51****	2
	Difícil	26,2	18,7		
	Não tenho/ /não vejo	4,7	2,9		
Falar com o pai (N = 7397)	Fácil	52,4	56,0	9,76***	2
	Difícil	36,8	36,5		
	Não tenho/ /não vejo	10,8	7,5		
Bons amigos (N = 7649)	Nenhum	2,6	1,1	16,73****	2
	Um amigo	1,6	3,1		
	Dois amigos ou mais	95,8	95,9		

* $p \leq 0,10$; ** $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,01$; **** $p \leq 0,001$ n.s. – estatisticamente não significativo $p > 0,10$

Discussão

O bem-estar na infância e na adolescência é influenciado por diversos factores sociais, envolvimento e comportamentais (DiClemente, Hansen & Ponton, 1996, Muuss, 1999).

De um modo geral, as crianças e os adolescentes com uma maior percepção de felicidade apresentam mais comportamentos ligados à protecção e um melhor envolvimento com os seus contextos (escola, família e grupo de pares) e relações interpessoais mais positivas com os elementos desses contextos.

Pelo contrário, as crianças e adolescentes consumidores de tabaco e bebidas destiladas apresentam mais comportamentos ligados ao risco para a saúde, menos comportamentos ligados à protecção e um envolvimento menos positivo com os seus contextos e relações interpessoais relacionadas.

À semelhança de outros estudos (Matos *et al.*, 2003; 2006) os alunos mais velhos, apresentam, comportamentos de consumo de substâncias mais elevados. A percepção de infelicidade parece aumentar durante a adolescência, pelo menos durante a escolaridade obrigatória.

Estas conclusões remetem para a importância de promoção do bem-estar subjectivo e da felicidade em crianças e adolescentes, aspecto, ligado à adopção de comportamentos ligados à protecção e a estilos de vida saudáveis

(Gaspar, Matos, Ribeiro & Leal, 2005, 2006a, 2006b, 2007; submetido). Especificamente, os resultados ilustram uma relação positiva entre a percepção de felicidade e o não consumo de substâncias.

A intervenção educativa na área da saúde deve ser focada nas crenças, comportamentos e atitudes, competências pessoais e sociais dos indivíduos, mas também nos factores relacionados com o seu contexto (Green & Pope, 2000).

No âmbito do consumo de substâncias, os resultados sugerem, uma abordagem holística, focada, por um lado, na promoção de estilos de vida saudáveis e alternativas ao uso e abuso de substâncias, e por outro, na prevenção do início do consumo para os não consumidores, sempre em articulação e tendo em conta os contextos e envolvendo todas as partes, nomeadamente, crianças e adolescentes, pais e professores, grupo de pares, escola e a própria comunidade.

Referências

- Aarons, G., Brown, S., Coe, M., Myers, M., Garland, A., Ezzet-Lofstrom, R., Hazen, A. & Hough, R. (1999). Adolescent alcohol and drug abuse and health. *Journal of Adolescent Health, 24*, 6, 412-421.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *DSM IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. APA: Washington.
- Baum, A. & Posluszny, D. (1999). *Health psychology: mapping biobehavioral contributions to health and illness*. Retirado em 20 de Janeiro de 2000 da World Wide Web: psych.annualreviews.org.
- Carvalho, J. (1990). Comportamentos desviantes. In B. P. Campos (Ed.). *Psicologia do Desenvolvimento e Educação de Jovens* (pp. 214-249). Lisboa: Universidade Aberta.
- Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R. & Todd, J. (2000). *Health and health behaviour among young people*. HEPCA series: World Health Organisation.
- Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., & Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.
- DiClemente, R., Hansen, W. & Ponton, L. (Eds.). (1996). *Handbook of adolescent health risk behaviour*. New York: Plenum Press.
- DuRant, R., Smith, J., Kreiter, S. & Krowchuk, D. (1999). The relationship between early age of onset of initial substance use and engaging in multiple health risk behaviours among young adolescents. *Archives of Paediatrics & Adolescent Medicine, 153*, 286-291.
- Feldman, L., Harvey, B., Holowaty, P. & Shortt, L. (1999). Alcohol use beliefs and behaviours among high school students. *Journal of Adolescent Health, 24*, 1, 48-58.
- Gaspar, T.; Matos, M.; Gonçalves, A. & Ramos, V. (2005). Saúde dos Adolescentes Migrantes. In M. Matos (Eds.) *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola*. (pp. 119-124). Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana.
- Gaspar, T.; Matos, M.; Ribeiro, J. & Leal, I. (2005). Saúde, qualidade de vida e desenvolvimento. In M. Matos (Eds.) *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola* (pp. 61-68). Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana.
- Gaspar, T.; Matos, M.; Ribeiro, J. & Leal, I. (2006a). Percepção da qualidade de vida em crianças e adolescentes: diferenças de idade. In *Actas (CD-ROM) VI Simpósio Nacional de Investigação em psicologia*, Évora.

- Gaspar, T.; Matos, M.; Ribeiro, J. & Leal, I. (2006b). Avaliação da percepção da qualidade de vida em crianças e adolescentes. In C. Machado, L. Almeida, M. A. Guisande, M. Gonçalves e V. Ramalho (Eds.) *Actas do XI Congresso Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 491-500). Universidade do Minho. Edições Psiquilíbrios, Braga.
- Gaspar, T.; Matos, M.; Ribeiro, J. & Leal, I. (2007). Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, Brasil (aceite).
- Gaspar, T.; Matos, M.; Ribeiro, J.; Leal, I.; Erhart, M. & Ravens-Sieberer, U. (submitted). Quality of Life in Children and Adolescents: Portuguese KIDSCREEN-52. *Quality of Life Research*.
- Green, C., & Pope, C. (2000). Depressive symptoms, health promotion, and health risk behaviours. *American Journal of Health Promotion*, 15, 1, 29-34.
- Harrel, J., Bangdiwala, S., Deng, S., Webb, J., & Bradley, C. (1998). Smoking initiation in youth – the roles of gender. *Journal of Adolescent Health*, 23, 5, 271-279.
- Hibell, B., Andersson, B., Ahlstrom, S., Balakireva, O., Bjarnasson, T., Kokkevi, A. & Morgan, M. (1997). *The 1995 ESPAD Report: the European School Survey, Project Alcohol and Other Drugs*. Pompidou Group, Council of Europe.
- Hibell, B., Andersson, B., Ahlstrom, S., Balakireva, O., Bjarnasson, T., Kokkevi, A. & Morgan, M. (2000). *The 1999 ESPAD Report: the European School Survey, Project Alcohol and Other Drugs*. Pompidou Group, Council of Europe.
- Lambert, M., Hublet, A., Verduyck, P., Maes, L. & Broucke, V. (2002). *Report of the project «Gender Differences in Smoking in Young People»*. The European Commission, Europe against Cancer. Belgium: FIHP.
- Lima, L. (1999). A Prevenção do Tabagismo na Adolescência. In L. Sardinha, M. Matos & I. Loureiro (Eds.). *Promoção da Saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo* (pp. 123-161). Lisboa: FMH.
- Matos, M., Simões, C. & Canha, L. (1999). Saúde e Estilos de Vida em Jovens Portugueses em Idade Escolar. In L. Sardinha, M. Matos & I. Loureiro (Eds.). *Promoção da Saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo* (pp. 217-240). Lisboa: FMH.
- Matos, M.; Gaspar, T.; Vitória, P. & Clemente, M. (2003). *Adolescentes e o Tabaco: rapazes e raparigas*. Lisboa: FMH, CPT e Ministério da Saúde.
- Matos, M. e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: FMH.
- Matos, M.; Gaspar, T.; Ferreira, M.; Linhares, F.; Simões, C.; Diniz, J.; Ribeiro, J.; Leal, I. & Equipa do Aventura Social (2006). *Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes: Projecto Europeu Kidscreen, Relatório do Estudo Português*. Website: www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2006). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Hoje e em 8 anos – Relatório Preliminar do Estudo HBSC 2006*. Website: www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com
- Mendoza, R. & Sagrera, M. (1990). *Los escolares y la Salud – avance de los resultados del segundo estudio español sobre conductas de los escolares relacionadas com la Salud*. Madrid: Plan Regional sobre Drogas – Ministerio de Educacion e Cultura.
- Muuss, R. & Porton, H. (1999). Increasing risk behaviour among adolescents. In R. Muuss & H. Porton (Eds.) *Adolescent Behaviour* (pp. 422-431). USA: McGraw-Hill College.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13, 4, 349-363.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde* (Direcção-Geral de Saúde, Trad.). Versão portuguesa «Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública», 17-21 Novembro, Ottawa, Canada.

- Resnick, M. et al. (1999). Protecting Adolescents from Harm: findings from the national longitudinal study of adolescent health. In R. Muuss & H. Porton (Eds.) *Adolescent Behaviour* (pp. 376-395). USA: McGraw-Hill College.
- Sarigari, P., Ryan, L. & Peterson, A. (1999). Prevention of high-risk behaviors in adolescent women. *Journal of Adolescent Health, 25*, 2, 109-119.
- Sieving, R., Perry, C. & Williams, C. (2000). Do friendships change behaviours, or do behaviours change friendships? Examining paths of influence in young adolescents' alcohol use. *Journal of Adolescent Health, 26*, 1, 27-35.
- Sneed, C., Morisky, D., Rotheram-Borus, M., Ebin, V. & Malotte, C. (2001). Patterns of adolescent alcohol, cigarette, and marijuana use over a 6-month period. *Addictive Behaviors, 26*, 415-423.
- Trindade, I. & Correia, R. (1999). Adolescentes e álcool: estudo do comportamento de consumo de álcool na adolescência. *Análise Psicológica, 3*, 20-32.
- Van Der Stel, J. & Voordewind, D. (1998). *Manuel Prevention: alcool, drogues et tabac*. Groupe Pompidou, Conseil de l'Europe, Strasbourg.
- Villa, R. (1997). *Alcoholismo Juvenil: Prevenção e Tratamento*. Madrid: Pirâmide.
- Wiesner, M. & Ittel, A. (2002). Relations of pubertal timing and depressive symptoms to Substance use. *Journal of Early Adolescence, 22*, 1, 5-23.
- World Health Organisation (1999). *Community Involvement in Health Development: a review of the concept and practise*. H. Kahssay & P. Oakley (Eds.), Geneva.
- World Health Organisation (1999). WHO information series on school health. Document six. Preventing HIV/AIDS/STI and related discrimination: An important responsibility of health promoting schools Geneva: WHO. Retirado em 10 de Dezembro de 2002 da World Wide Web: www.who.int/hpr/gshi/docs

Consumo de Substâncias e Satisfação com a Vida, nos Adolescentes Portugueses

António Borges da Silva*,
Margarida Gaspar de Matos**
e José Alves Diniz***

* Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana/UTL, Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL, Doutorando Fundação para a Ciência e a Tecnologia – SFRH/BD/31119/2006.

** Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana/UTL, Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL.

*** Faculdade de Motricidade Humana/UTL.

Resumo

Objectivos: Perceber a satisfação de vida dos adolescentes portugueses e relacioná-la com o consumo de substâncias.

Metodologia: Utilizaram-se os dados da amostra portuguesa de 2006 do estudo integrado na rede europeia «Health Behaviour in School-Aged Children» (HBSC). A amostra é constituída por 4877 adolescentes, com uma média de idade de 14 anos, 49,6% do género masculino e 50,4% do género feminino.

Resultados: Após a análise da estatística descritiva procedeu-se à comparação de médias de satisfação de vida entre os diferentes grupos, um dos quais correspondeu à ausência de consumo. Os adolescentes portugueses percebem-se prevalentemente satisfeitos com a vida. O nível de percepção de satisfação de vida diminui com a idade enquanto o índice de consumo de substâncias aumenta. Os adolescentes que mais consomem substâncias percebem-se como menos satisfeitos com a vida.

Introdução

A satisfação de vida tem mobilizado civilizações e culturas ao longo dos tempos. Se os filósofos da Grécia antiga a consideravam como a grande meta e como um elemento motivacional do ser humano, os escritos espirituais e religiosos apresentam-na como um tesouro a perseguir mesmo que tal exija percorrer caminhos mais ou menos ascéticos (Marias, 1998; Cherobim, 2004).

O advento da psicologia positiva, na sua proposta de alteração do foco da psicologia, da recuperação dos acontecimentos de vida negativos para a construção de competências e qualidades positivas, veio dar centralidade à satisfação de vida enquanto elemento determinante no desenvolvimento positivo dos indivíduos (Arteche & Bandeira, 2003; Fredrickson, 2001; Matos, Gonçalves & Gaspar, 2004; Sheldon & King, 2001).

A saúde é definida como um estado elevado de bem-estar físico, emocional, social, cognitivo e espiritual pelo que a redução dos *deficits* negativos pode não corresponder automaticamente a um aumento dos recursos positivos (Lykken, 2000; Shank & Coyle, 2002). Capacitar as pessoas para exercerem controlo sobre os determinantes da sua saúde é ajudá-las a adoptar estilos de vida que potenciem os respectivos recursos pessoais, influenciando positivamente o meio em que se inserem, incrementando comportamentos saudáveis e introduzindo hábitos que criem maior qualidade e satisfação de vida (Dias, Duque, Silva & Durá, 2004; Matos & Gaspar, 2005; OMS, 1986).

Vários estudos têm manifestado a associação entre a percepção de satisfação de vida e a saúde, sendo que a menor percepção desta satisfação parece corresponder a maior frequência de situações de depressão, de suicídio, de comportamentos disruptivos e violentos, de dificuldades de adaptação ao meio, etc. (Hansen, Holstein, Due & Currie, 2003; Matos & Gaspar, 2005; Matos & Batista-Foguet, 2007).

Seligman (2003) sustém que a autêntica satisfação de vida não só é possível, como se pode e deve cultivar, identificando e utilizando muitas das fortalezas e recursos que o indivíduo já possui: ao identificar e desenvolver o melhor de si, o indivíduo melhora sensivelmente a sua vida e a de quantos o rodeiam.

A satisfação de vida não é algo que acontece. Não é o resultado da sorte ou do azar. Não é algo que se possa comprar com dinheiro ou com poder. Não parece depender tanto dos acontecimentos externos, mas sobretudo do modo como os interpretamos. A satisfação é uma condição vital que cada indivíduo deve preparar, cultivar e defender. Os indivíduos que sabem controlar e orientar a sua experiência interna são capazes de determinar a qualidade das suas vidas, isso é o mais próximo que podemos estar de uma autêntica satisfação de vida (Czikszentmihalyi, 2000).

A satisfação de vida possui um carácter processual (não se trata de um estado permanente), é marcada pelo contexto, pelas circunstâncias, pela subjectividade e inter subjectividade, pelo modo de perceber, pelo sentido... No fundo, a satisfação de vida passa por criar as condições imprescindíveis para que cada indivíduo possa ser agente e receptor da sua realização de vida, preenchendo as suas necessidades e permitindo-lhe sentir-se feliz (Cherobim, 2004; Veenhoven, 2001).

A mudança está sempre presente no desenvolvimento da pessoa. Na adolescência, contudo, as alterações são tão radicais, por vezes tão rápidas e acentuadas, que provavelmente em nenhuma outra fase da vida se fazem sentir tantas mudanças e com tanta intensidade (Aberastury & Knobel, 1982; Castells & Silber, 2006). Convergem neste período vários processos mais ou menos complexos que afectam o adolescente: mudanças ao nível cognitivo e socio-cognitivo (Turiel, 1989), maior autonomia e independência pessoal, adaptação às próprias alterações físicas e psicológicas, relações mais fortes e elaboradas com os pares, sentimentos e interesses completamente novos, transições e conteúdos escolares que implicam mais o adolescente e o seu futuro, novas perspectivas sobre si próprio e sobre o que o rodeia (família, escola, ecologia, organização social, futuro, mundo), novas preocupações, novas emoções e reacções aos estímulos interiores e do meio que o envolve (Aberastury & Knobel, 1982; Balaguer & Castillo, 2002; Castells & Silber, 2006). À tensão derivada de tudo isto há que adicionar a produzida por outros indutores de *stress* não menos relevantes como seja a aparição de doenças, a perda de entes queridos, os conflitos familiares com e entre os pais, o fracasso escolar, o abuso por parte dos colegas, e outras adversidades inopinadas (Gómez-Fraguela, Luengo-Martín, Romero-Triñanes, Villar-Torres & Sobral-Fernández, 2006).

A quantidade de mudanças e de factores indutores de *stress* presentes na adolescência fez com que se generalizasse a crença de que esta etapa corresponderia a um período de tormento e de profundo mal-estar. Os dados da investigação não apoiam esta ideia (Coleman & Hendry, 1999; Matos *et al.*, 2003; Matos & Gaspar, 2005). A grande maioria dos adolescentes lida com a complexidade e as exigências destes aspectos do desenvolvimento de forma saudável, sendo poucos os que vivenciam este período com quebras, mais ou menos profundas, no seu equilíbrio, na satisfação de vida e no bem-estar psicológico (Dryfoos, 1997). No entender de alguns autores, são estas quebras de equilíbrio que poderão estar na origem de comportamentos menos saudáveis, no consumo de substâncias, nas insatisfações existenciais, nos problemas emocionais, nos problemas somáticos, e até nas perturbações psicológicas com maior ou menor gravidade (Dryfoos, 1997; Souza, Borges, Medeiros, Teles & Manuri, 2004). Para Frydenberg (1997) as quebras de equilíbrio terão mais a ver com as expectativas, uma vez que os adolescentes vivem a transição da educação primária para a secundária como um repto que desperta neles optimismo, entusiasmo e desejo de trabalhar para atingir bons resultados; mas com o passar do tempo, muitos vêem frustradas as suas expectativas e vão acusando menor satisfação de vida e maior pessimismo em relação às suas capacidades e recursos.

Uma grande parte dos comportamentos que ameaçam a saúde dos adolescentes e o bem-estar a curto, médio e longo prazo, com substancial afectação das próprias potencialidades e recursos, têm a ver com o uso e abuso de substâncias (álcool, tabaco, substância ilícitas), com a violência, com os distúrbios de alimentação, com as doenças sexualmente transmissíveis, com a gravidez na adolescência, com hábitos de sedentarismo (Castells & Silber, 2006; Hernandez & Saborit, 2003; Matos *et al.*, 2002; OMS, 2001a). Muitos destes comportamentos aparecem associados a ambientes insalubres, a sistemas inadequados de apoio à promoção de estilos de vida saudáveis, a falta de informações correctas, a contextos pouco interessantes, interessados e preocupados. Muitos padrões de comportamento e problemas de saúde adquiridos na fase da adolescência permanecerão para toda a vida (Castells & Silber, 2006; OMS, 2001a).

As mudanças que ocorrem nestas idades influenciam as percepções dos adolescentes não só em relação ao meio como (sobretudo) em relação a si próprios. As auto-descrições dos adolescentes começam a incluir aspectos como emoções, desejos, motivações, atitudes, crenças e ideias sobre como desejariam ser e sobre como não querem ser. À medida que as auto-descrições se convertem em abstracções e em ideais, existe uma maior probabilidade de distorções, com imagens pouco realistas deles próprios, conduzindo à adopção de condutas desadaptadas (Balaguer & Castillo, 2002). As percepções dos indivíduos são compostas por figuras e expressões do domínio comum, fruto de diferentes vivências, em diversos contextos do adolescente; são resultado da individualidade de cada um, que interpreta o ambiente e ele próprio segundo os respectivos recursos pessoais; podem ser, ao mesmo tempo, ilusórias, contraditórias e verdadeiras, afectadas sobretudo pelas idiosincrasias individuais face a si próprio e ao mundo que o rodeia; retratam a realidade embora não a conformem; condicionam o presente e o futuro do indivíduo (Assis *et al.*, 2003; Minayo, 1999).

O consumo de substâncias pode corresponder a uma quebra no equilíbrio do indivíduo, podendo comprometer o presente e o futuro da própria pessoa, da família e mesmo da comunidade. Wills e colaboradores (1995; 1996) sugerem um modelo explicativo para o consumo de substâncias, em três vertentes: (1) regular os estados emocionais desagradáveis, (2) esquecer-se dos problemas que preocupam e (3) procurar soluções mágicas para os problemas (Wills, DuHamel & Vaccaro, 1995; Wills, McNamara, Vaccaro & Hirky, 1996). Contudo, o emprego destas estratégias de evitamento, incrementam o *stress* em vez de o reduzir (facilitam a aparição de novas situações indutoras de *stress* e reduzem a disponibilidade dos recursos pessoais e sociais), aumentando a probabilidade de voltar a consumir substâncias (Wills *et al.*, 1996; Silva, Malbergier, Stempiuk & Andrade, 2006). Na análise de Sussman e colaboradores (2004), ainda que em etapas posteriores o consumo de substâncias possa representar mais uma estratégia de evitamento, não parece que seja o desejo de evadir-se dos problemas o que leva ao início do consumo na adolescência precoce. Outras razões como a curiosidade ou a pressão dos pares parecem ser razões mais determinantes para explicar a iniciação ao consumo de substâncias (Sussman, Unger & Dent, 2004).

Os estudos associam o consumo de substâncias a contextos deficitários (local de habitação, família, escola), a menor dedicação aos trabalhos escolares, a maior absentismo escolar, à dificuldade em lidar com o *stress*, a comportamentos desprovidos de civismo, a comportamentos de risco, a danos pessoais e em terceiros (OMS, 2001b; Silva *et al.*, 2006). De acordo com Balaguer e Pastor (2001), alguns estudos realizados em diferentes países europeus denotam que os comportamentos de risco tendem a manifestar-se de forma relacionada, ou seja, os jovens que consomem álcool tendem a fumar, a consumir substâncias ilícitas, a ter uma alimentação pouco saudável e a não estar fisicamente activos.

Embora numa análise multidimensional e geral os níveis de bem-estar dos adolescentes sejam considerados elevados (Matos *et al.*, 2003) o mesmo pode não ser tão evidente quando se avalia a satisfação de vida considerando o género, a idade, diferentes situações de carácter pessoal (migrantes, estatuto socio-económico desfavorecido, adolescentes institucionalizados), ou os diversos contextos da vida do adolescente como seja a família, os pares, a escola ou a comunidade local (Matos, Gonçalves & Gaspar., 2004; Matos, Gonçalves & Gaspar, 2005; Silva *et al.*, 2006; Wagner, Ribeiro, Arteche & Bornholdt, 1999).

Os estudos HBSC de 1998 e 2002, no geral, registam um aumento do consumo de substâncias nos adolescentes portugueses, sendo que o género masculino acusa consumos mais elevados. O aumento da idade corresponde a um maior consumo de tabaco, de álcool e de substâncias ilícitas (Matos *et al.*, 2003; Matos & Gaspar, 2005).

O objectivo proposto para o presente trabalho é verificar a satisfação de vida dos adolescentes portugueses e relacioná-la com o consumo de substâncias, a partir dos dados do HBSC 2006 (Matos *et al.*, 2006).

Com base na revisão de literatura e nos estudos HBSC 1998 e 2002 (Matos & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2000 e 2003) em Portugal, espera-se que em 2006, a exemplo dos anos anteriores, os adolescentes portugueses se percepcionem, no geral, satisfeitos com a vida. Os trabalhos anteriores apontam para um decréscimo da média do valor da satisfação com a vida à medida que a idade aumenta, sendo que os rapazes se sentem mais felizes do que as raparigas. Esta mesma tendência é esperada neste trabalho. Espera-se ainda que o aumento do consumo de substância corresponda a um decréscimo dos níveis de satisfação com a vida.

Este trabalho, além de dar continuidade a trabalhos anteriores, poderá ajudar a aprofundar os conhecimentos sobre os adolescentes portugueses nos confrontos do consumo de substâncias e da saúde positiva. Os resultados poderão ser orientadores no momento de delinear programas de intervenção para a promoção da saúde dos adolescentes portugueses. Numa perspectiva mais abrangente, este estudo poderá relevar aspectos de interesse para uma política de saúde que se pretende ajustada às características diferentes dos destinatários e das regiões do país. Os resultados deste trabalho poderão igualmente

contribuir para a reflexão de pais, professores e escolas de modo a motivar estratégias de prevenção do consumo de substâncias e de desenvolvimento de competências nos adolescentes. Desenvolver comportamentos saudáveis potenciadores das capacidades funcionais, físicas, psicológicas, criativas, espirituais, sociais torna-se determinante numa perspectiva de promoção da saúde e da satisfação de vida dos adolescentes (Dias *et al.*, 2004; Paúl & Fonseca, 2001).

O consumo de substâncias aparece muitas vezes envolto em vestes cativantes e facilitadoras que anunciam satisfação de vida sem custos. Como tal, para além do conhecimento em si, é fundamental trabalhar as dimensões cognitivas, contextuais, sociais, afectivas/emocionais, espirituais, culturais por forma a desenvolver e dar consistência a competências arraigadas, capazes de lidar com os apelos sedutores de tais comportamentos de risco.

Metodologia

Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 4877 indivíduos adolescentes, 49,6% do género masculino e 50,4% do género feminino. O 6.º ano de escolaridade é frequentado por 31,7% destes adolescentes, o 8.º ano por 35,7% e o 10.º ano por 32,6%. A média de idade situa-se nos 14 anos (1040 com 11 anos; 1475 com 13 anos; 1615 com 15 anos; 747 com 16 anos ou mais).

A amostra que se pretendeu representativa dos adolescentes das escolas públicas em Portugal continental, quanto às regiões, distribuiu-se da seguinte forma: 43,7% para a região Norte; 28,8% para a região de Lisboa e Vale do Tejo; 15,4% para a região Centro; 6,9% para o Alentejo; 5,2% para o Algarve.

A quase generalidade dos adolescentes tem nacionalidade portuguesa (94,1%), apresentando os adolescentes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) um valor de 2,2%. A maior parte dos pais destes adolescentes têm nacionalidade portuguesa (pai 92,4%; mãe 92%), seguidos pelos pais oriundos dos PALOP (pai 5,1%; mãe 5%).

Instrumento

Na recolha de dados utilizou-se o questionário *Health Behaviour in School-Aged Children* (HBSC 2006), segundo o respectivo protocolo. Da totalidade do estudo nacional HBSC 2006, este trabalho fixou-se nas medidas sobre a auto-percepção do consumo de substâncias (álcool, tabaco, drogas ilícitas), nos factores demográficos e na escala de satisfação de vida de Cantril (1965). Esta escala é representada graficamente como uma escada onde o degrau «10» corresponde à «melhor vida possível» e o degrau «0» representa a «pior vida

possível». Aos indivíduos adolescentes foi pedido que assinalassem o degrau que melhor descrevia aquilo que sentiam naquele momento.

O HBSC 2006 é um questionário internacional, de auto-preenchimento, desenvolvido através de uma investigação cooperativa entre os países que participam no estudo. Com início em 1983/1984 e 1985/1986, o estudo HBSC tem-se repetido de quatro em quatro anos, envolvendo sempre mais países. Portugal juntou-se a este estudo a partir de 1997/1998, pelo que o estudo de 2006 foi o terceiro verificado no país. Com base na experiência anterior e no contributo de cada país, desenvolve-se um questionário internacional para cada estudo. As questões utilizadas no questionário devem seguir o formato indicado no protocolo (Currie *et al.*, citado por Matos & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2003) e os países participantes devem incluir os itens obrigatórios do questionário, que atingem aspectos da saúde a nível demográfico, comportamental e psicossocial.

A primeira parte do questionário inclui questões demográficas como a idade, o género, ou o estatuto sócio económico, questões sobre o ambiente escolar, consumo de tabaco e álcool, família, escola, pares e qualidade de vida. A segunda parte encontra-se relacionada com as questões específicas do protocolo internacional, violência e lesões, actividade física e saúde positiva. Na terceira parte encontram-se as questões associadas às perguntas de monitorização, cultura de grupo e lazer, consumo de drogas e actividade física. E finalmente a quarta parte, onde foram incluídas questões relacionadas com o comportamento sexual e atitudes e conhecimentos face ao VIH/SIDA (Matos & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2003). Esta última parte foi respondida apenas pelos adolescentes do 8.º e 10.º anos de escolaridade.

O questionário recebeu por parte de todos os países participantes, um estudo piloto do seu questionário nacional, com objectivo de verificar as capacidades de compreensão e possibilidade de aplicação do questionário de tradução e instruções adequadas.

Procedimento

O presente trabalho é fundamentalmente um estudo descritivo e correlacional de carácter transversal, numa amostra representativa da população das escolas públicas em Portugal continental, no 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade.

Depois de obtidas as devidas autorizações das Direcções Regionais de Educação, as escolas seleccionadas aleatoriamente foram contactadas telefonicamente, com o objectivo de confirmar a sua disponibilidade para colaborar no estudo. O questionário foi, então, enviado por correio. As turmas, também seleccionadas aleatoriamente, foram do 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade.

Juntamente com o questionário foram enviados às escolas participantes: uma carta dirigida ao Presidente do Conselho Executivo, apresentando o estudo; uma cópia da autorização da Direcção Regional de Educação correspondente; um envelope com 28 questionários; uma carta de procedimentos para o professor, com indicações para dar conhecimento aos alunos de que a resposta é voluntária, confidencial e anónima. Da carta de procedimentos constou a informação de que o questionário é de auto-preenchimento, na sala de aula, sob supervisão do professor, que não deverá interferir. Para o preenchimento do questionário aponta-se um período entre 60-90 minutos (Matos & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2003).

As escolas aplicaram os questionários no início do 2.º período reenviando-os posteriormente para análise dos resultados.

Os dados quantitativos foram introduzidos numa base de dados e as análises estatísticas foram efectuadas pelo *Statistical Package for Social Sciences*, versão 15.0 para windows.

Resultados

Os resultados obtidos mostram que os adolescentes em estudo se afirmam prevalentemente satisfeitos com a vida (mais de 80% dos adolescentes percebem a sua satisfação de vida na metade superior da escala de Cantril, 1965). Estes dados correspondem ao nível de percepção de felicidade dos adolescentes estudados uma vez que cerca de 82% se afirmam «felizes» ou «muito felizes».

O nível de satisfação de vida, contudo, diminui à medida que aumenta a idade: adolescentes com 11 anos $M = 7,85$, $DP = 1,88$; adolescentes com 13 anos $M = 7,52$, $DP = 1,91$; adolescentes com 15 anos $M = 7,00$, $DP = 1,83$; adolescentes com 16 anos ou mais $M = 6,73$, $DP = 1,89$.

Foram obtidas diferenças estatisticamente significativas entre os géneros para a satisfação de vida ($t [4824] = 2,05$; $p = 0,040$). O género masculino relatou níveis mais elevados de satisfação de vida ($M = 7,36$; $DP = 1,85$), comparativamente com o género feminino ($M = 7,24$; $DP = 1,98$).

O consumo de substâncias aumenta com a idade em todas as variáveis estudadas: no consumo de cerveja, aos 11 anos 98,2% raramente ou nunca consumiu, aos 16 anos ou mais 76%; no consumo de vinho, aos 11 anos 98,8% raramente ou nunca consumiu, aos 16 anos 94,2%; no consumo de bebidas destiladas, aos 11 anos 98,5% raramente ou nunca consumiu, aos 16 anos 71,8%; no consumo de bebidas alcoólicas populares, aos 11 anos 98,9% raramente ou nunca consumiu, aos 16 anos 76,4%; no abuso de álcool (embriaguez), aos 11 anos 90,6% nunca se embriagou, aos 16 anos 47,6%; no consumo de droga

no último mês, aos 11 anos 99,1% nada consumiu, aos 16 anos 88,6%; no consumo de marijuana ao longo da vida, aos 11 anos 98,7% nunca consumiu, aos 16 anos 79,3%; no consumo de tabaco, aos 11 anos 95,9% não fuma, aos 16 anos 75,9%.

Quanto ao álcool, cerca de 60% dos indivíduos afirma já ter experimentado bebidas alcoólicas. O abuso de álcool (embriaguez), aos 15 anos, mostra que 34,4% dos adolescentes já se embriagou pelo menos uma vez e, aos 16 anos ou mais, 47,6% dos adolescentes nunca abusou do álcool. De notar que nesta última faixa etária, 19% referiu ter-se embriagado 4 vezes ou mais. A idade da iniciação no consumo de bebidas alcoólicas atinge mais de 19% dos adolescentes estudados com 11 anos; aos 15 anos cerca de 57% dos adolescentes referem ter já consumido bebidas alcoólicas. O consumo de álcool e a embriaguez são mais frequentes entre os indivíduos do género masculino (61% e 28% respectivamente, para os rapazes; 58% e 22% respectivamente, para as raparigas).

No âmbito do consumo de substância ilícitas, embora 8,2% dos adolescentes afirmem já ter consumido haxixe ao longo da vida, no último mês 95,5% dos adolescentes não consumiu qualquer substância ilícita. A principal faixa etária relatada para o início do consumo de substâncias ilícitas situa-se entre os 11 e os 14 anos (76,7% dos adolescentes indicam esta faixa etária como o momento do início dos consumos), o que corresponde, *grosso modo*, ao 2.º e 3.º Ciclos do Ensino Básico; as idades mais críticas são os 12 e 13 anos, com um valor de 47,4%. O género masculino experimenta e consome significativamente mais do que o género feminino: 4,8% dos rapazes consumiu marijuana ao longo da vida 3 vezes ou mais enquanto as raparigas consumiram 2,7%; no último mês 3,8% dos rapazes consumiram substâncias ilícitas mais de uma vez enquanto as raparigas consumiram 1,3%.

No campo do consumo de tabaco, apesar de 32,8% dos adolescentes do estudo ter manifestado alguma experiência com o consumo de tabaco, 87,8% dos adolescentes portugueses não fuma, 7,2% fuma uma vez por semana ou menos e 5% consome tabaco todos os dias. Os valores entre géneros são semelhantes: 4,6% dos rapazes diz consumir tabaco diariamente para 5,4% de raparigas; 8,3% dos rapazes aponta consumir tabaco uma vez por semana ou menos para 6% de raparigas. A principal faixa etária assinalada pelos adolescentes para o 1.º cigarro situa-se entre os 11 e os 14 anos: dos 32,8% dos adolescentes que referem experiência com o consumo de tabaco, cerca de 25% ocorreu nestas idades, correspondendo no geral ao 2.º e 3.º Ciclos do Ensino Básico.

Na relação entre satisfação de vida e consumo de substâncias, quanto mais elevado ou mais intenso o consumo de substâncias, menores são os níveis de satisfação de vida. As diferenças são estatisticamente significativas em relação a todas as substâncias consideradas, destacando-se a «embriaguez» e o «consumo de tabaco». A introdução da variável género nesta relação não altera a significância das diferenças verificadas.

Tabela I – Diferenças entre os grupos de Consumo de Substâncias em relação à Satisfação de Vida

		Satisfação de vida		F
		M	DP	
Consumo de álcool				
Cerveja	Todos os dias	6,61	3,70	18,20***
	Todas as semanas/meses	6,81	1,90	
	Raramente/nunca	7,36	1,88	
Vinho	Todos os dias	6,33	3,47	4,37**
	Todas as semanas/meses	7,21	2,01	
	Raramente/nunca	7,31	1,89	
Bebidas destiladas	Todos os dias	6,42	3,86	19,62***
	Todas as semanas/meses	6,85	1,91	
	Raramente/nunca	7,36	1,89	
Alcoolpops	Todos os dias	6,92	3,86	12,13***
	Todas as semanas/meses	6,88	1,96	
	Raramente/nunca	7,34	1,89	
Embriaguez	Quatro vezes ou mais	6,60	2,24	68,33***
	Uma a três vezes	6,82	2,02	
	Nunca	7,49	1,81	
Consumo de droga				
No último mês	2 vezes ou +/consumo habitual	6,58	2,60	12,65***
	Uma vez	6,75	1,92	
	Nunca	7,34	1,88	
Marijuana na vida	Três vezes ou mais	6,54	2,31	22,93***
	Uma a duas vezes	6,70	2,02	
	Nunca	7,35	1,88	
Consumo de tabaco	Todos os dias	6,19	2,42	62,51***
	1 vez por semana ou menos	6,73	2,06	
	Nunca	7,41	1,84	

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

O estudo da relação entre a satisfação de vida, a idade e o consumo de substâncias mostrou registos muito semelhantes com o estudo da relação entre a satisfação de vida, o ano de escolaridade e o consumo de substâncias. Os níveis de satisfação de vida vão diminuindo à medida que se avança na idade e na escolaridade. O consumo de cerveja, o abuso de álcool e o consumo de tabaco mostram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de satisfação

de vida, nos três anos de escolaridade, com o aumento dos respectivos consumos. No 8.º ano de escolaridade, o aumento do consumo de bebidas destiladas, de bebidas alcoólicas populares e de marijuana na vida manifestam níveis de satisfação de vida mais baixos (estatisticamente significativos). No 10.º ano de escolaridade o consumo de substâncias ilícitas no último mês regista diferenças estatisticamente significativas sendo que os que mais consomem mostram menor satisfação com a vida do que os que nunca consomem.

Tabela 2 – Diferenças entre os grupos de Consumo de Substâncias para adolescentes do 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade em relação à Satisfação de Vida

		Satisfação de Vida 6.º ano		F	Satisfação de Vida 6.º ano		F	Satisfação de Vida 6.º ano		F
		M	DP		M	DP		M	DP	
Consumo de álcool										
Cerveja	Todos os dias	8,67	1,96	4,50*	6,64	3,76	3,62*	5,62	4,01	4,81**
	Todas as semanas/ /meses	6,94	2,20		6,76	2,34		6,82	1,63	
	Raramente/nunca	7,87	1,93		7,20	1,90		6,97	1,66	
Vinho	Todos os dias	7,67	1,96	0,02 n.s.	6,52	3,65	1,12 n.s.	4,33	3,55	7,15***
	Todas as semanas/ /meses	7,88	1,99		7,21	2,39		6,98	1,75	
	Raramente/nunca	7,84	1,95		7,17	1,93		6,94	1,67	
Bebidas destiladas	Todos os dias	10	–	2,91 n.s.	6,32	3,99	5,13**	6,20	3,56	1,18 n.s.
	Todas as semanas/ /meses	7,14	2,51		6,77	1,98		6,84	1,82	
	Raramente/nunca	7,86	1,93		7,20	1,92		6,97	1,64	
Alcoolpops	Todos os dias	8,33	2,88	1,34 n.s.	6,38	4,45	4,22*	7,80	1,92	0,75 n.s.
	Todas as semanas/ /meses	7,29	2,50		6,72	2,19		6,89	1,80	
	Raramente/nunca	7,85	1,93		7,20	1,91		6,94	1,66	
Embriaguez	4 vezes ou mais	7,50	2,06	9,38***	6,28	2,80	24,75***	6,64	1,94	8,45***
	1 a 3 vezes	7,25	2,39		6,68	2,16		6,77	1,71	
	Nunca	7,92	1,87		7,34	1,81		7,08	1,61	
Consumo de droga										
No último mês	2 vezes ou +/cons. habitual	7,80	2,09	1,07 n.s.	6,71	3,18	1,21 n.s.	6,31	2,24	5,77**
	1 vez	7,00	1,82		6,96	2,38		6,57	1,65	
	Nunca	7,89	1,92		7,18	1,92		6,97	1,66	

(continua)

(continuação)

		Satisfação de Vida 6.º ano		F	Satisfação de Vida 6.º ano		F	Satisfação de Vida 6.º ano		F
		M	DP		M	DP		M	DP	
Consumo de droga										
Marijuana na vida	3 vezes ou mais	7,00	3,22	0,94 n.s.	6,31	3,37	5,53**	6,59	1,81	6,78***
	1 a 2 vezes	8,33	1,61		6,67	2,22		6,49	1,87	
	Nunca	7,84	1,94		7,19	1,91		7,00	1,66	
Consumo de tabaco	Todos os dias	6,65	2,66	8,24***	5,45	2,83	36,37***	6,49	2,07	8,32***
	1 vez por semana ou menos	7,14	2,21		6,61	2,18		6,65	1,85	
	Nunca	7,89	1,91		7,29	1,85		7,01	1,62	

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

O estatuto sócio-económico baixo e o estatuto sócio-económico médio/alto dos pais não exprime diferenças quanto ao nível de satisfação de vida dos adolescentes (79,5% dos adolescentes com pais de estatuto sócio-económico baixo dizem-se satisfeitos ou muito satisfeitos com a vida para 79,8% dos adolescentes com pais de estatuto sócio-económico médio ou alto). O mesmo já não se pode dizer quando se considera o consumo de substâncias: os adolescentes que referem o estatuto sócio-económico dos pais baixo e que consomem substâncias mostram diferenças nos níveis de satisfação de vida, estatisticamente significativas e mais expressivas, à medida que acusam aumento no consumo de substâncias. Os níveis de satisfação de vida são menores com o aumento do consumo de substâncias, sobretudo nos adolescentes cujos pais descrevem com estatuto sócio-económico baixo.

Tabela 3 – Diferenças entre os grupos de Consumo de Substâncias para o estatuto sócio-económico (baixo, médio/alto) do pai e da mãe em relação à Satisfação de Vida

		Satisfação de Vida Estatuto Baixo Pai		F	Satisfação de Vida Estatuto Baixo Mãe		F	Satisfação de Vida Estatuto Médio/Alto Pai		F	Satisfação de Vida Estatuto Médio/Alto Mãe		F
		M	DP		M	DP		M	DP		M	DP	
Consumo de álcool													
Cerveja	Todos os dias	6,14	3,96	12,19***	6,11	4,02	12,22***	6,83	3,71	2,47 n.s.	5,71	4,34	4,07*
	Todas as semanas/ meses	6,79	1,98		6,72	2,00		6,87	1,95		6,91	1,98	
	Raramente/nunca	7,35	1,91		7,34	1,88		7,29	1,88		7,33	1,93	

(continua)

Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um Estilo?

(continuação)

		Satisfação de Vida Estatuto Baixo Pai		F	Satisfação de Vida Estatuto Baixo Mãe		F	Satisfação de Vida Estatuto Médio/Alto Pai		F	Satisfação de Vida Estatuto Médio/Alto Mãe		F
		M	DP		M	DP		M	DP		M	DP	
		Consumo de álcool											
Vinho	Todos os dias	6,06	3,63	3,57*	5,46	4,01	6,22**	8,00	3,60	0,57 n.s.	8,33	2,88	0,98 n.s.
	Todas as semanas/ /meses	7,30	1,99		7,00	1,98		7,35	2,14		7,68	2,23	
	Raramente/nunca	7,29	1,93		7,29	1,91		7,24	1,89		7,27	1,94	
Bebidas destiladas	Todos os dias	6,57	3,77	11,31***	6,33	4,05	13,80***	6,55	4,25	3,60*	5,25	5,50	4,19*
	Todas as semanas/ /meses	6,76	2,01		6,68	2,04		6,90	1,83		6,95	1,85	
	Raramente/nunca	7,35	1,92		7,35	1,89		7,32	1,89		7,34	1,95	
Alcoolpops	Todos os dias	6,89	4,10	6,12**	6,00	4,37	11,52***	7,33	4,21	4,77**	6,67	5,77	3,53*
	Todas as semanas/ /meses	6,86	1,94		6,71	2,04		6,74	2,07		6,80	1,94	
	Raramente/nunca	7,32	1,94		7,33	1,89		7,31	1,86		7,34	1,94	
Embriguez	4 vezes ou mais	6,49	2,21	42,47***	6,34	2,20	47,27***	6,63	2,46	11,99***	6,57	2,45	9,81***
	1 a 3 vezes	6,79	2,06		6,71	2,12		6,86	1,95		6,94	2,00	
	Nunca	7,49	1,85		7,50	1,79		7,42	1,83		7,42	1,88	
Consumo de droga													
No último mês	2 vezes ou +/cons. habitual	6,34	2,55	12,48***	6,40	2,59	11,35***	6,86	3,11	0,62 n.s.	6,22	3,17	3,89*
	1 vez	6,43	2,09		6,16	1,83		7,18	1,70		7,67	2,17	
	Nunca	7,34	1,90		7,30	1,91		7,27	1,90		7,33	1,93	
Marijuana na vida	3 vezes ou mais	6,44	2,24	14,11***	6,16	2,42	18,63***	6,72	2,62	5,05**	6,74	2,52	3,03*
	1 a 2 vezes	6,58	2,16		6,46	2,12		6,56	2,03		6,82	1,94	
	Nunca	7,33	1,92		7,33	1,90		7,29	1,87		7,32	1,92	
Consumo de tabaco	Todos os dias	5,95	2,47	41,02***	5,96	2,45	36,05***	6,46	2,58	10,66***	6,42	2,80	7,43***
	1 vez por semana ou menos	6,73	2,09		6,66	2,18		6,57	1,96		6,84	2,10	
	Nunca	7,40	1,87		7,39	1,84		7,34	1,88		7,34	1,90	

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Neste estudo, considerou-se o factor região (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve). Foram obtidas diferenças estatisticamente significativas entre as regiões para a satisfação de vida ($F [4; 4821] = 5,17; p = 0,000$).

As comparações Post-Hoc, pelo método Games Howell, indicaram que o grupo de adolescentes do Norte relatou um índice mais elevado de satisfação de vida ($M = 7,43$; $DP = 1,87$) quando comparado com o grupo de adolescentes do Algarve ($M = 7,00$; $DP = 1,95$).

A região do país com percentagens mais elevadas de adolescentes no consumo de substâncias é o Alentejo; porém, mesmo neste caso, o registo mais frequente corresponde ao não consumo: 64% nunca se embriagou, sendo que 13,9% já se embriagaram 4 vezes ou mais; 83,8% não fumam sendo que 7,8% consomem tabaco todos os dias; 93,3% não consumiu substâncias ilícitas no último mês sendo que 3,5 consumiu 2 ou mais vezes. Os adolescentes das regiões Norte, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve são os que registam percentagens mais elevadas de não consumo de substâncias, com valores muito próximos uns dos outros.

O factor região na sua relação com os níveis de satisfação de vida e o consumo de substâncias mostrou, no seguimento dos resultados já apresentados, que quanto maior ou mais intenso é o consumo de substâncias menores são os níveis de satisfação de vida. Os valores mais expressivos em todas as regiões do país surgem nas variáveis abuso de álcool (embriaguez) e consumo de tabaco. Enquanto no Algarve os adolescentes registam não consumir «todos os dias» bebidas alcoólicas, na região Norte o consumo de cerveja, de bebidas destiladas e de bebidas alcoólicas populares «todos os dias» parece estar associado a melhores níveis de satisfação de vida, obtendo-se mesmo diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de consumo de bebidas alcoólicas populares para a satisfação de vida ($F [2; 2063] = 6,92$; $p = 0,001$). As comparações Post-Hoc, pelo método Tukey, indicaram que o grupo de adolescentes que consumia bebidas alcoólicas populares todos os dias e o grupo que raramente ou nunca consumia este tipo de bebidas relatam índices mais elevados de satisfação de vida ($M = 8,70$; $DP = 1,76$ e $M = 7,45$; $DP = 1,86$, respectivamente) quando comparados com o grupo de adolescentes que todas as semanas ou meses consome bebidas alcoólicas populares ($M = 6,99$; $DP = 1,90$).

Discussão

Não obstante todas as alterações próprias desta fase do desenvolvimento, os adolescentes portugueses percebem-se, numa grande parte, satisfeitos com a vida. Os resultados acompanham os de outros estudos que sublinham a forma saudável como os adolescentes enfrentam este período (Coleman & Hendry, 1999; Matos *et al.*, 2003; Matos *et al.*, 2007; Matos & Gaspar, 2005). Também no encaixe desses mesmos estudos, observa-se que o aumento da idade joga um papel adverso em relação aos níveis de satisfação de vida dos adolescentes. Terá este facto a ver com a frustração de expectativas e com o crescente pessimismo em relação aos próprios recursos? O estudo não nos permite concluir nesse sentido nem noutra. Os ajustes que as mudanças da

adolescência impõem aos indivíduos têm influência na respectiva percepção de satisfação de vida.

A percepção de satisfação de vida é mais elevada no género masculino do que no género feminino. Terá isto a ver com a tendência para comportamentos de externalização nos rapazes e de internalização nas raparigas, como referem os estudos de Matos e colaboradores (2004; 2006)?

O aumento do consumo de substâncias na faixa etária da adolescência estudada é preocupante não só pelo seu crescimento entre os 11 e os 16 anos, mas também pelo que os estudos demonstram: os padrões de comportamentos adquiridos nesta fase do desenvolvimento tendem a permanecer por toda a vida (Castells & Silber, 2006; OMS, 2001a). Se se considerarem as conclusões de Balaguer e Pastor (2001) que, na análise de vários estudos europeus, referem a concomitância do consumo de álcool, do consumo de tabaco, do consumo de substância ilícitas, de uma alimentação pouco saudável e de sedentarismo, nesse caso, as preocupações das políticas educativas e de saúde deverão ser redobradas para se alcançarem bons níveis de saúde positiva.

Os resultados permitem identificar as idades onde se verificam os maiores valores de iniciação ao consumo de substâncias. Efectivamente as idades correspondentes ao 2.º e 3.º Ciclos do Ensino Básico parecem ser as idades onde se registam mais de 50% dos casos de início de consumos. Os resultados permitem perceber igualmente que o género masculino, provavelmente pela sua tendência a externalizar comportamento (Matos & colaboradores, 2004; 2007), é mais vulnerável a dar abertura aos consumos. O conhecimento destes dados deverá motivar medidas a nível educativo, nomeadamente nas escolas, a partir do 1.º Ciclo do Ensino Básico até, pelo menos, ao Ensino Secundário.

Das substâncias consideradas no estudo, o consumo de vinho é o que cresce menos com a idade. O aumento do consumo das outras bebidas evolui de forma semelhante sendo particularmente expressiva a percentagem de adolescentes que já abusou do álcool. O consumo de tabaco e o abuso de álcool são as categorias do presente estudo que parecem mais afectar os níveis de satisfação de vida, manifestando constantemente diferenças estatisticamente significativas entre o grupo dos que «não fumam» ou «nunca se embriagaram» e os restantes grupos («uma vez por semana ou menos» e «todos os dias», para o consumo de tabaco; «uma a três vezes» e «quatro vezes ou mais», para a embriaguez). Os dados manifestam uma forte associação entre baixos níveis de satisfação de vida e níveis elevados de consumo de tabaco e de abuso de álcool.

Os resultados fazem perceber claramente que o aumento e intensidade do consumo de substâncias seguem em sentido oposto aos níveis de satisfação de vida. Quer no género masculino, quer no género feminino, registam-se menores índices de satisfação de vida (estatisticamente significativos) quando se observam consumos mais elevados de substâncias. O avanço na idade e na

escolaridade, como já referido, enquanto regista aumento de consumo de substâncias, relata diminuição dos níveis de satisfação de vida. Este estudo não permite afirmar que o aumento do consumo de substâncias seja o principal responsável dos registos decrescentes nos níveis de satisfação de vida, mas talvez este filão da investigação não devesse ser abandonado. Será que com o aumento da idade os adolescentes manifestam progressivas dificuldades de ajuste à realidade? Será que os contextos (família, escola, pares, comunidade) não facilitam o ajustamento do adolescente às mudanças que sente dentro de si e nas percepções que tem do contexto (Matos *et al.*, 2007)? Será que o adolescente com o aumento da idade experimenta o inadequação das suas competências, dos seus recursos e das suas expectativas para se ajustar às realidades que percebe (Frydenberg, 1997; Matos *et al.*, 2005; Silva *et al.*, 2006; Wagner, Ribeiro, Arteche & Bornholdt, 1999; Wills *et al.*, 1996)? Será que o aumento da idade torna o adolescente mais permeável a comportamentos de risco, à curiosidade e à pressão dos pares, corroborando a máxima popular «diz-me com quem andas, dir-te-ei quem és» (Sussman *et al.*, 2004)? Será a percepção dos contextos deficitários da família, da escola e da comunidade que determinarão o aumento do consumo de substâncias com a idade (OMS, 2001b; Silva *et al.*, 2006)? Ou será que tudo isto em conjunto induz um acréscimo de stress de difícil gestão no adolescente que já se esforça por lidar com os ajustes próprios das suas alterações biopsicosociais?

Da evolução dos consumos de substâncias ao longo da idade e da escolaridade parece que o aumento mais significativo em todas as variáveis estudadas se verifica entre o 6.º e o 8.º ano de escolaridade. Do 8.º para o 10.º ano de escolaridade os aumentos mais significativos ocorrem sobretudo nos consumos de substâncias ilícitas. Na linha da Declaração sobre os Jovens e o Álcool (OMS, 2001b), aparentemente, parece que o consumo de álcool (e de tabaco) estará a montante do consumo de substâncias ilícitas.

Em todos os anos de escolaridade, quanto maior o consumo de substâncias menor a percepção de satisfação com a vida. Existe uma associação entre baixos níveis de satisfação de vida e o consumo de substâncias. Em todo o caso o actual estudo não permite concluir se é a baixa percepção de satisfação de vida que leva ao consumo de substâncias ou se é este que leva àquela.

Apesar do estatuto sócio-económico baixo e médio/alto dos pais dos adolescentes não ter influências significativas na percepção de satisfação de vida dos adolescentes, com o consumo de substâncias verificam-se diferenças: os adolescentes com pais de estatuto sócio-económico baixo acusam níveis de satisfação de vida inferiores em relação aos adolescentes com pais de estatuto sócio-económico médio/alto e que também consomem substâncias. Parece que o estatuto sócio-económico médio/alto funciona como atenuante no consumo de substâncias levando o adolescente a perceber-se com melhor satisfação de vida que o adolescente que consome substâncias e pertencem ao estatuto sócio-económico baixo. Poderá estar isto relacionado com o facto de o adolescente

consumidor de substâncias e com nível sócio-económico médio alto continuar a ter expectativas melhores quanto ao futuro? Em todo o caso estes dados parecem atribuir ao estatuto sócio-económico influência na percepção da satisfação de vida quando está em jogo o consumo de substâncias. Sem este consumo o estatuto sócio económico parece perder qualquer influência na percepção da satisfação de vida dos adolescentes.

Os adolescentes portugueses com melhores níveis de percepção de satisfação de vida são os adolescentes do Norte de Portugal continental e os que se percebem com menores índices de satisfação de vida são os adolescentes do Algarve. O actual estudo não permite avançar mais. A que é que esta constatação se deverá? Será que na base destas diferenças estarão questões culturais? De identidade? De raízes? De sentido de pertença?

Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas populares na região Norte, constata-se que o grupo de adolescentes que as consome todos os dias e o grupo que raramente ou nunca as consome, relatam índices mais elevados de satisfação de vida quando comparados com o grupo de adolescentes que todas as semanas ou meses as consome. Terá isto a ver com o consumo esporádico e exacerbado? Será esse consumo relacionado com níveis elevados de não satisfação de vida? Poderá o consumo de bebidas «todos os dias» ser um consumo de pequenas quantidades e relacionado, sobretudo com factores culturais, não correspondendo, por isso, níveis baixos de satisfação de vida? O Alentejo, seguido da região Centro de Portugal continental, regista os índices mais elevados no consumo de substâncias. Independentemente de ser pertinente aprofundar as causas destes resultados, estes dados são importantíssimos seja ao nível educativo (família e escola) seja ao nível das políticas de educação das escolas e das autarquias locais. Parece haver muito a fazer no que à promoção da saúde diz respeito. Apesar de uma ou outra *nuance*, no geral o consumo e abuso de substâncias (álcool, tabaco e substâncias ilícitas) está associado a níveis inferiores de satisfação de vida.

O presente estudo sugere na sua continuidade outros que ajudem a perceber o que é que leva o adolescente recorrer ao consumo de substâncias, quais os contextos de vida mais favoráveis a estes consumos, quais os factores que conduzem a uma menor percepção da satisfação de vida, se os consumos de substâncias são concomitantes, se são os baixos níveis de percepção de satisfação de vida que conduzem ao consumo de substâncias ou se são estes que conduzem àqueles. Independentemente dos resultados desses futuros estudos, parece importante trabalhar competências com os adolescentes de forma a ajudá-los a desenvolver e apurar os recursos necessários e mais adequados para lidarem com as percepções de si próprios (mudanças, emoções, sentimentos, auto-imagem, auto-conceito, auto-estima), da sociedade e do mundo.

Ao delinear possíveis intervenções recordam-se alguns autores que apontam a anulação de hábitos, o compromisso activo, o aumento do número de

acontecimentos agradáveis na vida diária e a focalização da atenção nos aspectos aprazíveis das vivências, como estratégias relevantes para aumentar a felicidade dos indivíduos e a percepção de satisfação de vida.

Considerando que a habituação é inimiga da mudança a longo prazo nos níveis de felicidade (Watson, 2002) e de satisfação (Seligman, 2003), emerge a necessidade de cultivar hábitos que impulsionem a desabituação; nesse sentido a variedade, a novidade e o desafio podem ser incluídos nas actividades diárias como «hábito» que mexe com o *status quo* individual. O compromisso activo (Lykken, 2000; Seligman, 2003; Watson, 2002), que leva o indivíduo a focalizar-se no exterior e a ocupar-se activamente no contexto, nomeadamente através da actividade social e da actividade física, onde cabem as actividades de lazer, são potencialmente promotores de níveis elevados de humor positivo (Watson, 2002), de bem-estar e de satisfação. Atrevemo-nos a propor que, sendo os resultados deste estudo um reflexo da realidade entre os adolescentes portugueses, que os pais interiorizem a necessidade de mobilizar os seus filhos para actividades de carácter social, nomeadamente de suporte e ajuda à comunidade; atrevemo-nos, também, a sugerir que a escola promova actividades, sociais e físicas, que catapultem os indivíduos para observar e intervir em realidades exteriores a si mesmos e que os ocupem activamente no (des)envolvimento do que os rodeia, fazendo-os sentir úteis e felizes; atrevemo-nos a sugerir que as autarquias, as comunidades e associações locais promovam projectos abertos aos adolescentes (desporto, actividades culturais, actividades de lazer, campanhas de solidariedade, etc.) que criem sentido de pertença e de identidade, sentido de solidariedade e de comunidade.

A maximização de actividades agradáveis na vida diária é, do mesmo modo, responsável pelo aumento da satisfação. Esta maximização depende mais da frequência do que da intensidade, razão pela qual é aconselhável aumentar o número de experiências positivas na vida diária (Menec, 2003; Reich & Zautra, 1981; Zautra, 1996; Zimmer, Hickey, & Searle, 1995), aumentar a variedade de actividades (Lykken, 2000; Seligman, 2003) ou aumentar a quantidade de satisfação que é experimentada nas actividades diárias (Folkman & Moskowitz, 2000; Fredrickson, 2002; Kuiper, Martin & Olinger, 1993). Para além da família, a escola e as associações locais, segundo as suas características e os seus recursos, podem dar origem a diversos projectos de animação que cultivem estes momentos agradáveis que aumentam a satisfação.

Mais do que o número ou a variedade de actividades aprazíveis é importante prevenir e acompanhar o adolescente; ajudá-lo a descobrir-se, a conhecer-se e a comunicar-se; dotá-lo de competências para «ler» o seu próprio desenvolvimento, os acontecimentos de vida, o contexto, a sociedade e o mundo; trabalhar os seus recursos pessoais para lidar com os desafios de uma existência indutora de stress; envolvê-lo em comunidades que integrem, sejam criativas e promovam a saúde; despertar-lhe horizontes e ideais de vida; acompanhá-lo nas opções e reflexões de vida; desenvolver a sua responsabilidade e solidariedade para a comunidade.

Referências

- Aberastury, A. & Knobel, M. (1982). *Adolescência normal*. Editora Artes Médicas Porto Alegre.
- Arteche, A. X. & Bandeira, D. R. (2003). Bem-estar subjetivo: um estudo com adolescentes trabalhadores. *PsicoUSF*, 8 (2), 193-201.
- Assis, S. G., Avanci, J. Q., Silva, C. M., Malaquias, J. V., Santos, N. & Oliveira, R. (2003). A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2003, 8 (3), 669-679.
- Balaguer, I. & Castillo, I. (2002). Los estilos de vida relacionados con la salud en la adolescencia temprana. In *Estilos de Vida en la Adolescencia* (pp. 37-49). Valencia: Promolibro.
- Balaguer, I. & Pastor, Y. (2001). *Un estudio de la relación entre el autoconcepto y los estilos de vida en la adolescencia media*. Congresso Internacional de Psicologia Online de Psicologia Aplicada. Retirado em 25 de Abril de 2006 de <http://psicologia-online/ciopa2001/actividades/57/index.html>
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Castells, P. & Silber, T. (2006). *Guia Práctica de la Salud y Psicología del Adolescente*. Barcelona: Planeta.
- Cherobim, M. (2004). *La escuela, un espacio para aprender a ser feliz. Ecología de las relaciones para la construcción del clima escolar*. Tesis doctoral. Facultad de pedagogía. Departamento de didáctica educativa. Universidad de Barcelona.
- Coleman, J. y Hendry, L. B. (1999). *The nature of adolescence* (3.^a Ed.). Londres: Routledge.
- Czikszentmihalyi, M. (2000). *Fluir, una psicología de la felicidad*. Barcelona: Kairós.
- Dias, M., Duque, A., Silva, M. & Durá, E. (2004). Promoção da saúde: o renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica*. 23 (3), 463-473.
- Dryfoos, J. (1997). The prevalence of problems behaviours: Implications for programs. In R. P. Weissberg, T. P. Gullotta, R. L. Hampton & G. R. Adams (Eds.). *Enhancing Children's Wellness* (pp. 17-46). London: Sage Publications.
- Folkman, S., & Moskowitz, T. (2000). Stress, positive emotion, and coping. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 115-118.
- Fordyce, M. W. (1983). A program to increase happiness: Further studies. *Journal of Counselling Psychology*, 30, 483-498.
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. *American Psychologist*, 56 (3), 218-226.
- Fredrickson, B. (2002). Positive emotions. In C. R. Snyder & S. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 120-134). New York, NY: Oxford University Press.
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping. Theoretical and research perspectives*. London: Routledge.
- Gómez-Fraguela, J. A., Luengo-Martín, A., Romero-Triñanes, E., Villar-Torres, P. & Sobral-Fernández, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (3), 581-597.
- Hansen, E., Holstein, B., Due, P. & Currie, C. (2003). *International survey of self-reported medicine use among adolescents*. Retirado em 6 Fevereiro de 2003 da World Wide Web: www.theannals.com/The Annals of Pharmacotherapy.
- Hernandez, P. & Saborit, J. (2003). La importancia del deporte-salud. *Educación Física Y Deportes*. 61 (9). Revista Digital. Retirado em 25 de Abril de 2006 de www.efdeportes.com
- Kuiper, N. A., Martin, R. A. & Olinger, L. J. (1993). Coping, humour, stress and cognitive appraisals. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 25, 81-96.

- Lykken, D. (2000). *The nature and nurture of joy and contentment*. New York: St. Martin's Griffin.
- Mariás, J. (1998). *La felicidad humana*. Madrid: Alianza.
- Matos, M. & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde. (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro Anos Depois)*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. & Gaspar, T. (2005). *Adolescentes Portugueses: Risco e Protecção*. Comunicação apresentada no 6.º Congresso Virtual HIV/AIDS: Prevenção da SIDA. Um desafio que não pode ser perdido. Retirado em 28 de Fevereiro de 2006 de www.aidscongress.net
- Matos, M. G. & Batista-Foguet, J. M. (2007). Satisfação com a vida, escola, risco e protecção ao longo da adolescência. In Santos, P. S. (Eds.), *Temas Candentes em Psicologia do Desenvolvimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, M. & Equipa do Projecto Aventura Social (2004). *Risco e protecção na adolescência: o adolescente, os amigos, a família e a escola*. www.fmh.utl.pt/
- Matos, M., Gonçalves, A., Gaspar, T. (2005) *Aventura social e saúde: prevenção do VIH numa comunidade migrante*. Lisboa, CMDT/IHMT/UNL e FMH/UTL.
- Matos, M., Gonçalves, A. & Gaspar, T. (2004). Adolescentes estrangeiros em Portugal: uma questão de saúde. *Psicologia, Saúde & Doença*, 5 (1), 75-85.
- Matos, M. & Equipa do Projecto Aventura Social (1998). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses: Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC/OMS*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. & Equipa do Projecto Aventura Social (2006). *A saúde dos adolescentes portugueses hoje e em oito anos*. Lisboa, CMDT/IHMT/UNL e FMH/UTL.
- Menec, V. (2003). The relation between everyday activities and successful aging: A six-year longitudinal study. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 58 B, S74-S82.
- Minayo, M. C. S. (1999). *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.
- OMS (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. Versão Portuguesa «Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública». 17-21 Novembro. Ottawa. Canadá. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- OMS (2001a). *Saúde dos adolescentes: estratégia para a Região Africana*. Brazzaville. Congo.
- OMS. (2001b). *Declaração sobre os Jovens e o Álcool*. Conferência Ministerial Europeia sobre os Jovens e o Álcool, Estocolmo.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Reich, J. & Zautra, A. (1981). Life events and personal causation: Some relationship with satisfaction and distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 1002-1012.
- Seligman, M. E. P. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Vergara.
- Shank, J. & Coyle, C. (2002). *Therapeutic recreation in health promotion and rehabilitation*. State College, PA: Venture.
- Sheldon, K. & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56 (3), 216-217.
- Silva, L., Malbergier, A., Stempluk, V., Andrade, A. (2006). Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista de Saúde Pública*, 40 (2), 280-288.
- Souza, M., Borges, I., Medeiros, M., Teles, S., & Munari, D. (2004). A abordagem de adolescentes em grupo: o contexto da educação em saúde e prevenção de DST. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexuais Transmissíveis*, 16, 18-22.

- Sussman, S., Unger, J. B. y Dent, C.W. (2004). Peer group self-identification among alternative high school youth: A predictor of their psychosocial functioning five years later. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 9-25.
- Turiel, E. (1989). The social construction of social construction. In W. Damon (Eds.). *Child Development Today and Tomorrow* (pp. 86-106). California: Jossey-Bass Publishers.
- Veenhoven, R. (2001). *What We Know about Happiness*. Erasmus University Rotterdam, working paper.
- Wagner, A., Ribeiro, L., Arteché, A. & Bornholdt, E. (1999). Configuração familiar e o bem-estar psicológico dos adolescentes. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 12 (1), 147-156.
- Watson, D. (2002). Positive affectivity: The disposition to experience pleasurable emotional states. In C. R. Snyder & S. Lopez, (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 106-119). New York, NY: Oxford University Press.
- Wills, T., DuHamel, K. & Vaccaro, D. (1995). Activity and mood temperament as predictor of adolescent substance use: Test of a self-regulation mediational model. *Journal of Personality Social Psychology*, 6, 901-916.
- Wills, T., McNamara, G., Vaccaro, D. & Hirky, A. (1996). Escalated substance use: A longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 166-180.
- Zautra, A. J. (1996). Investigations of the ongoing stressful situations among those with chronic illness. *American Journal of Community Psychology*, 24, 697-717.
- Zimmer, A., Hickey, T., & Searle, M. (1995). Activity participation and well-being among older people with arthritis. *Gerontologist*, 35, 463-471.

Consumo de Substâncias e Isolamento Social durante a Adolescência

Gina Tomé*,
Margarida Gaspar de Matos**
e José Alves Diniz***

* Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana/UTL, Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL, Doutoranda Fundação para a Ciência e a Tecnologia – SFRH/BD/30753/2006.

** Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana/UTL, Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL.

*** Faculdade de Motricidade Humana/UTL.

Resumo

Objectivos: O presente estudo teve como objectivo explorar a associação entre o grupo de pares, o consumo de substâncias e a solidão.

Metodologia: A amostra foi constituída pelos sujeitos participantes no estudo realizado em Portugal Continental, que integra o estudo Internacional HBSC – Health Behaviour in School-aged Children. O estudo decorreu durante o mês de Janeiro de 2006, incluindo alunos do 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade de escolas públicas do país, com média de idades igual a 14 anos, num total de 4877 adolescentes. O instrumento utilizado foi o questionário do HBSC, que no estudo português seguiu o formato indicado no protocolo (Currie *et al.*, 2001).

Resultados: Os resultados encontrados revelam que os adolescentes que não têm amigos são os que mais consomem substâncias ilícitas e mais se sentem sozinhos. Enquanto que normalmente se associa os consumos ao grupo de pares consumidores ou apresentando outros comportamentos de risco, estes resultados vêm alertar para os comportamentos de risco associados aos adolescentes socialmente isolados.

Introdução

O grupo de pares tem um papel essencial na formação da identidade dos adolescentes, uma vez que o desenvolvimento de atitudes, opiniões, prioridades e objectivos pode ocorrer no grupo de pares (Sussman, Unger, & Dent, 2004), grupo que os ajuda a formar uma identidade e construir uma imagem de si próprio consistente (Claudino, Cordeiro, & Arriaga, 2006). A influência do grupo de pares é geralmente assumida como negativa, pois pode desempenhar um papel importante no desenvolvimento e manutenção dos comportamentos de risco (La Greca, Prinstein, & Fetter, 2001), dessa forma o grupo é, por vezes, percebido como responsável pelas influências negativas, nomeadamente pelos comportamentos desviantes, o consumo de substâncias, ou o afastamento da escola (Peixoto *et al.*, 2001).

Os comportamentos de risco podem ocorrer como manutenção ou iniciação das amizades, ou seja, como uma tentativa de integração no grupo, sendo mais habituais longe dos pais, uma vez que os adolescentes se encontram na companhia dos pares fora do alcance parental (Engels & Bogt, 2001). Simultaneamente à necessidade de integração num grupo de pares, os adolescentes tendem a distanciar-se do controlo parental e de outras figuras de autoridade, já que comportamentos como o consumo de álcool, marijuana, ou comportamentos delinquentes, ocorrem essencialmente nos locais habitualmente frequentados pelo grupo, como pubs, discotecas ou festas (Engels, & Bogt, 2001). Nesse sentido, Matos *et al.* (2006), no estudo Português integrado no estudo Europeu HBSC – Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), verificaram que entre o estudo realizado durante o ano de 2002 e o realizado em 2006 a comunicação dos adolescentes com os pais diminuiu, enquanto que o tempo que os adolescentes passam com os amigos depois das aulas e os dias que saem à noite aumentou. Assim, um dos elementos essenciais a ter em consideração na relação dos adolescentes com o grupo de pares, é o contexto aonde essas interações acontecem, até porque no tempo disponível entre o fim das aulas e o horário que devem chegar a casa, é por vezes onde sucedem esses comportamentos e por isso deve ser supervisionado e compreendido pelos adultos, com objectivo de evitar que ocorram (Goldestein, Davis-Kean & Eccles, 2005).

O processo de influência do grupo pode ser complexo, onde as características individuais e do próprio grupo, ocorrem como moderadores essenciais da mudança comportamental (Hartup, 2005). Hartup (2005), refere que as diferenças sociais e psicológicas também são importantes, podendo influenciar a forma como os adolescentes codificam e descodificam a informação transmitida pelo grupo de pares e pelos comportamentos desviantes. O autor afirma ainda que os relacionamentos mais próximos, com maior companheirismo e intimidade poderão ser mais influenciadores do que aqueles aonde existam poucas qualidades positivas, ou mais conflitos.

Acerca da influência da relação com os pais e com o grupo de pares, Beal, Ausiello, e Perrin (2001), realizaram um estudo com 208 estudantes do 6.º

e 8.º anos de escolaridade de Massachusetts, onde verificaram que a influência dos pais sobre os adolescentes estava mais associada ao consumo de álcool, enquanto a influência dos pares surgia mais associada a todos os outros comportamentos de risco para a saúde (consumo de tabaco, comportamentos sexuais de risco, uso de haxixe), sugerindo que a relação com os pares pode ser melhor preditora dos comportamentos de risco durante a adolescência, do que a relação com os pais. Já Engels e Bogt (2001), observaram que ter um amigo chegado tornava mais fácil a integração no grupo de pares e estava associado a um maior índice de competências de amizade. O estudo revelou ainda que os adolescentes que bebem, consomem marijuana, ou que se envolvem em comportamentos delinquentes, relatavam encontrar-se mais próximos dos pares, pois esses comportamentos eram vistos como positivos na relação dos adolescentes com os pares. Nessas situações pode ocorrer influência da qualidade da sua relação com os pares, que se encontrava positivamente associada aos comportamentos de risco. Ainda relativamente aos melhores amigos, Chipuer (2001), encontrou que a ligação ao melhor amigo era melhor preditor da solidão emocional e social, do que a relação com os pais, em adolescentes dos 5.º e 6.º anos de escolaridade, assim, aqueles que possuíam uma ligação mais forte ao melhor amigo referiam sentir-se menos sozinhos. Parker & Asher (1993, citado por Jackson, 2007), verificou que ter uma fraca aceitação no grupo de pares, falta de amigos e estar insatisfeito com as amizades, contribuíam independentemente para a solidão.

O consumo de substâncias na adolescência poderá coincidir com o consumo de substâncias pelo grupo de pares, uma vez que a associação com pares que consomem substâncias, aumenta a probabilidade do consumo ser percebido como norma e assim reforçá-lo (Morton & Chen, 2006). No estudo realizado por Morton e Chen (2006), com uma amostra constituída por 2453 adolescentes que frequentavam do 6.º ao 9.º ano de escolaridade, os autores presenciaram uma associação entre o consumo de substâncias nos adolescentes e o consumo pelo grupo de pares.

Outra variável importante a considerar na relação dos adolescentes com o grupo de pares é o género, pois os rapazes e raparigas interagem de forma diversa com os pares (Pereira, & Matos, 2005). Makovits, Benenson e Dolenszky (2001), asseguram que a interacção com os pares é diferente em função do género. Nesse sentido, Nangle (2004), realizou um estudo com o objectivo de verificar a existência de diferenças nas amizades entre os géneros, onde observou que os adolescentes tendiam a associar-se a pares semelhantes a nível do estatuto social e estilo comportamental, e que essa tendência aumentava entre as raparigas, devido à preferência por amizades mais próximas. Field (2002), verificou que as raparigas mantêm relações mais próximas com os pais e com os pares, já Pearson e colaboradores (2006), através do estudo realizado com 3146 adolescentes, com idades compreendidas entre os 13 e os 15 anos, com objectivo de verificar a relação entre a posição sociométrica dos adolescentes (pertencer a um grupo, díade ou estarem isolados), a popularidade dos adolescentes, a idade, o género, o estatuto socioeconómico e a relação com o

consumo de substâncias (tabaco, álcool e drogas), observaram que as raparigas estavam mais frequentemente inseridas em grupos (grandes ou pequenos) e eram mais comunicativas, enquanto os rapazes tinham mais frequentemente uma posição associada ao isolamento, eram menos populares e menos comunicativos. Os autores observaram ainda que o consumo de tabaco e substâncias era mais baixo nos grupos mais alargados, enquanto o consumo de tabaco era mais elevado nas díades e o consumo de substâncias nos adolescentes mais isolados.

Nesse âmbito, encontram-se também diferenças entre os géneros e o tipo de relação que os adolescentes mantêm com o grupo de pares e o consumo de substâncias. Assim, Kuntsche e Gmel (2004), num estudo realizado com 3861 adolescentes dos 8.º e 9.º anos de escolaridade, verificaram que os rapazes tendem a embebedar-se mais do que as raparigas, o que ocorre em grupos com diferentes níveis de integração social. Já Clark e Lohéac (2006), analisaram os dados do «National Longitudinal Study of Adolescent Health» (Add Health), que incluía adolescentes americanos que frequentavam do 7.º ao 12.º anos de escolaridade, e encontraram que o consumo de tabaco, álcool e marijuana, estavam associados ao comportamento do grupo de pares e que o efeito do grupo era mais forte para os comportamentos de risco, especialmente para o consumo de álcool, mais nos rapazes do que nas raparigas. Entretanto, Pearson e Michell (2000), estudaram um grupo de 115 adolescentes que frequentavam o ensino secundário e observaram que o consumo de substâncias e tabaco estava mais associado ao isolamento social, quando comparados aos adolescentes que pertenciam a grupos mais alargados. No mesmo sentido foram os resultados encontrados por Alexander e colaboradores (2001), com uma amostra constituída por 2525 adolescentes do 7.º ao 12.º anos de escolaridade dos Estados Unidos, onde encontraram que a popularidade dos adolescentes estava mais associada à baixa prevalência do consumo de tabaco.

Ainda relativamente à exploração das diferenças entre os géneros e o consumo de substâncias, Barber, Bolitho e Bertrand (1999), realizaram um estudo com 1942 adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, onde concluíram que as diferenças entre os rapazes e as raparigas relativamente aos preditores do consumo de substâncias eram mais notáveis entre os adolescentes mais novos. Assim, no grupo dos rapazes com 12-13 anos, o consumo de substâncias estava mais associado ao consumo de drogas pelos amigos e com problemas de comportamento, nas raparigas da mesma idade, o consumo de substâncias estava associado à aprovação dos pares para o consumo e à influência dos pares para o consumo. Entre os 14-15 anos, os problemas de comportamento e o consumo de substâncias pelos amigos continuavam a estar associados mais aos rapazes. Nessa idade, o consumo de substâncias entre os amigos passava a ser mais importante para os rapazes do que para as raparigas. Finalmente, no grupo dos mais velhos (16-17 anos), os factores dominantes para ambos os géneros, eram o consumo de substâncias entre os amigos e os problemas de comportamento, onde o consumo entre os amigos era mais importante para os rapazes do que para as raparigas. Assim, no geral, os autores consideram que a influência dos pares é melhor preditor do consumo de

substâncias nos rapazes do que nas raparigas. Com o mesmo objectivo foi o estudo de Kokkevi e colaboradores (2007), baseado no «Cross-Sectional School Population Survey» (ESPAD), com 16445 adolescentes de seis países Europeus, em que os autores verificaram que os rapazes apresentavam maior prevalência do consumo de substâncias ilícitas do que as raparigas e que essas diferenças eram menos marcadas para o consumo de tabaco.

Para a análise do consumo de substâncias nos adolescentes, Grunbaum, Tortolero, Weller, e Gingiss (2000), concretizaram um estudo com 475 adolescentes de 51 escolas do Texas, com objectivo de verificar os factores culturais, sociais e interpessoais associados ao consumo de álcool, tabaco e substâncias ilícitas em que observaram que o género masculino era preditor para todas as categorias do consumo de substâncias utilizadas e que a solidão encontrava-se inversamente associada ao uso de marijuana, ou seja, os estudantes que se sentiam mais sozinhos consumiam menos marijuana. Já Kokkevi e colaboradores (2007), encontraram uma associação entre o consumo de tabaco e os jovens que saem mais vezes à noite com os amigos e que têm mais amigos que também fumam, e ainda, que o consumo de marijuana e substâncias ilícitas estava associada ao ter amigos ou irmãos que consomem essas substâncias.

A solidão tem sido associada a uma variedade de dificuldades psicossociais, como baixa auto-estima, baixas competências sociais, interações sociais pobres, a problemas de saúde mental como ansiedade, depressão, comportamentos suicidas e de saúde física como problemas cardiovasculares, deficiências do sono, entre outros. Além disso, as pessoas que sofrem mais com a solidão são as mais associadas a problemas com o abuso de álcool, ou substâncias ilícitas, fadiga, dores de cabeça, entre outros (Heinrich & Gullone, 2006). Weiss (citado por Cheng & Furnham, 2002), distingue dois tipos de solidão, a solidão emocional, que resulta da falta de afecto, e a solidão social, resultante da falta de um grupo de amigos com quem possa partilhar interesses e actividades. Assim, a amizade providencia suporte social, permitindo a partilha de interesses comuns, sentimentos e emoções (Cheng & Furnham, 2002), evitando os sentimentos de solidão. O sentimento de solidão pode ser vivenciado de forma diferenciada pelos sujeitos, há quem se sinta sozinho por estar socialmente isolado, mas há quem esteja bem integrado no grupo de pares e se sinta só (Bogaerts, 2006).

O estudo realizado por Bogaerts (2006), com 440 estudantes universitários com média de idades igual a 22 anos, revelou que mesmo nos jovens adultos existe uma forte associação entre a ligação aos pais e aos pares e os sentimentos de solidão. Corsano, Majorano e Champretavy (2006), defendem que a solidão pode ser um comportamento de risco para o adolescente, se for causado pela rejeição social, ou uma necessidade desenvolvimental e até promover o bem-estar psicológico se for uma escolha do próprio. Spola e Bukowski (1999, citado por Heinrich, & Gullone, 2006), consideram que a solidão durante a adolescência, até certo nível, pode ser normal, devido às grandes expectativas sociais, relações pessoais, ou alterações, características dessa fase. Entretanto, a persistência dos sentimentos negativos e de solidão, deixam de ser normati-

vos e devem ser resolvidos antes da passagem para a fase adulta, pois poderão comprometer as relações sociais e a saúde mental dos jovens adultos (Heinrich, & Gullone, 2006). No que se refere à relação com os pares, Jackson (2007), num estudo realizado com 281 adolescentes Australianos, com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos, observou que o aumento da solidão era descrito pelos adolescentes que tinham pouca ligação aos pares.

A solidão é em alguns estudos associada ao consumo de substâncias, através das características dos adolescentes que consomem substâncias, que muitas vezes são definidos como tendo baixo rendimento académico e poucas expectativas relativamente ao futuro (Ellickson *et al.*, 2001), ou como jovens pouco satisfeitos com a vida (Zullig *et al.*, 2001).

Actualmente há outras variáveis estudadas como estando associadas à solidão ou à saúde dos adolescentes, como o caso da associação encontrada em alguns estudos, entre a solidão e a grande utilização da Internet (Prezza, Pacilli, & Dinelli, 2004). Prezza *et al.* (2004), num estudo realizado com 331 jovens italianos com média de idades de 17,25 anos, verificaram que os jovens com estatuto socio-económico mais elevado eram os que mais utilizavam a Internet e que a solidão surgia associada ao uso da mesma. Observaram ainda que os adolescentes que mais utilizavam a Internet referiam ter mais amigos «on-line», facto analisado pelos autores através de duas perspectivas: a Internet poderá contribuir para facilitar e melhorar as amizades, ou ainda, que o aumento da homogeneidade e similaridade nos comportamentos que caracterizam esses adolescentes, podem motivar cada vez mais a utilização dessa tecnologia. Os autores referem que a Internet pode também ser factor resultante de negligência dos amigos e das tarefas escolares, para os que mais a utilizam, já que pode absorver tempo e atenção que usualmente lhes eram dedicados.

Portanto, pode-se observar-se que existem estudos que associam o relacionamento com o grupo de pares, ao consumo de substâncias e à solidão. Partindo desses estudos, o objectivo deste estudo é explorar mais profundamente a relação entre o grupo de pares, o consumo de substâncias e a solidão.

Metodologia

Caracterização da amostra

A amostra utilizada neste estudo é constituída pelos sujeitos participantes no estudo Português realizado em Portugal Continental em 2006, parte integrante do estudo Internacional HBSC – Health Behaviour in School-aged Children (www.hbsc.org; www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com). Portugal foi incluído como parceiro neste estudo pela primeira vez em 1996.

O estudo HBSC iniciou-se em 1982 através de uma equipa de investigadores da Finlândia, Noruega e Inglaterra e desde 1985/86 é realizado de 4 em

4 anos. Ao longo dos anos o estudo foi crescendo e actualmente conta com a participação de 44 países Europeus e da América do Norte, em colaboração com a Organização Mundial de Saúde (Roberts *et al.*, 2007). O estudo tem como objectivo conseguir uma nova e maior compreensão do comportamento de saúde dos adolescentes, saúde e bem-estar no seu contexto social, através da recolha de dados que permitam comparações nacionais e internacionais, de forma a alcançar este objectivo (Roberts *et al.*, 2007).

O estudo Português incluiu alunos dos 6.º, 8.º e 10.º anos do ensino público regular com média de idades de 14 anos (SD = 1,89). A amostra nacional consistiu em 4877 estudantes de 257 turmas, de 125 escolas Portuguesas escolhidas aleatoriamente, representativa dos referidos anos de escolaridade e estratificada por regiões de Educação Regional. Os alunos foram distribuídos da seguinte forma: Norte: 43,7%, Centro: 15,4%, Lisboa: 28,8%, Alentejo: 6,9% e Algarve: 5,2%. Destes, 50,4% eram raparigas e 49,6% rapazes, e foram distribuídos da seguinte forma: 31,7% no 6.º ano de escolaridade, 35,7% no 8.º ano de escolaridade e 32,6% no 10.º ano de escolaridade. A taxa de resposta foi de 92% para escolas, 87% para turmas, e 87% para alunos.

Instrumento

O instrumento no qual se baseia o estudo é um questionário de auto-administração aplicado nas escolas pelos professores.

O questionário providencia informação sobre os indicadores de saúde e comportamentos relacionados com a saúde e circunstâncias de vida dos adolescentes. As questões abrangem informação demográfica, incluindo a idade, estrutura familiar, estatuto sócio-económico; relações sociais com a família, pares e no ambiente escolar; comportamento de saúde, como a actividade física, comportamento alimentar, consumo de álcool, tabaco, marijuana, comportamento sexual, violência, *bullying*, entre outros; e indicadores de bem-estar, incluindo sintomas físicos e psicológicos, satisfação com a vida, entre outros (Currie *et al.*, 2001).

No estudo Português, o questionário inclui todos os itens obrigatórios que abrangem questões demográficas, aspectos da saúde comportamental e psicossocial, seguindo o formato indicado no protocolo (Currie *et al.*, 2001).

Questões utilizadas

Questões dos pares:

Neste momento, quantos bons amigos(as) tens? Opções de resposta: Nenhum; Um; Dois ou mais.

Quantos dias por semana normalmente ficas com os teus amigos depois das aulas? Opções de respostas: Nenhum dia; Um-dois dias; Três a cinco dias; Todos os dias.

Quantas vezes por semana saís à noite com os teus amigos? Opções de respostas: Nenhuma noite; Uma a duas noites; Três a seis noites; Todas as noites.

A maior parte dos amigos do teu grupo... Opções de resposta: a) É mais novo do que tu; b) É mais velho do que tu; c) Têm mais ou menos a mesma idade que tu; d) Têm diferentes idades.

A maior parte dos amigos do meu grupo: (assinala apenas uma opção para cada frase). a) São bons alunos na escola; b) Fumam cigarros; c) Embriagam-se; d) Já usaram drogas para ficar «pedrados» Opções de resposta: Raramente ou nunca; Algumas vezes; Frequentemente.

Tens um ou vários amigos que sejam especiais para ti, em quem confies, que te façam sentir bem contigo mesmo, e que te apoiem quando precisas. (Assinala apenas uma resposta). Opções de resposta: a) Sim, tenho um ou mais amigos assim especiais; b) Não, não tenho amigos assim neste momento.

Com que à vontade te sentes para falar sobre os temas que te preocupam com as seguintes pessoas? g) Melhor amigo; h) Amigos do mesmo sexo; i) Amigos do sexo oposto; Opções de resposta: Fácil; Difícil; Não tenho ou não vejo essa pessoa.

Questões do Consumo de Substâncias:

Quantas vezes fumas tabaco? Opções de resposta: Todos os dias; Uma vez por semana ou menos; Eu não fumo.

Já alguma vez ficaste embriagado («apanhaste uma bebedeira»)? Opções de resposta: Não, nunca; Sim, uma vez; Sim, Duas a dez vezes; Sim, mais de dez vezes.

Quantas vezes consumiram drogas ilegais no último mês? Opções de resposta: a) Nenhuma; b) 1 vez; c) Mais do que uma vez; d) Consumo regularmente.

Já alguma vez experimentaste algum destes produtos? a) Bebida alcoólica; b) Haxixe ou erva; d) Medicamentos geralmente usados como drogas; e) Heroína; f) Cocaína; g) Ecstasy; j) LSD; Opções de resposta: sim; não.

Questões sobre a Solidão:

Pensa na última semana... (Assinala uma resposta para cada linha). Sentiste-te sozinho(a)? Opções de resposta: Raramente/Nunca; Algumas vezes; Frequentemente.

Procedimento

A unidade de análise usada neste estudo foi a turma. Em cada escola as turmas foram seleccionadas aleatoriamente a fim de se encontrar o número requerido de alunos para cada turma, que era proporcional ao número dos meses fornecidos pelo Ministério da Educação. Os professores administraram os questionários na sala de aula. A participação dos alunos foi voluntária. O estudo ocorreu em Janeiro de 2006.

Resultados

A amostra do presente estudo é constituída por 4877 adolescentes, dos quais 49,6% pertencem ao género feminino e 50,4% ao género masculino, com média de idades de 14 anos, distribuídos por 31,7% que frequentam o 6.º ano de escolaridade, 35,7% o 8.º ano de escolaridade e 32,6% o 10.º ano.

Para analisar as diferenças entre os géneros, escolaridade, as diferenças existentes para o grupo de pares e para o consumo de substâncias, recorreu-se ao teste Qui-Quadrado.

Género

Para as diferenças entre os géneros, pode-se observar na tabela I, que os rapazes saem mais vezes à noite com os amigos, têm menos amigos especiais com quem podem contar, têm mais dificuldades em falar com o melhor amigo e com amigos do mesmo género, mais facilidade em falar com os amigos do género oposto, têm mais amigos mais velhos do que eles, têm mais amigos que se embriagam mais frequentemente, têm mais amigos que já usaram substâncias ilícitas, os rapazes já estiveram embriagados mais vezes, consomem substâncias ilícitas mais regularmente, já experimentaram mais haxixe, mais heroína, mais ecstasy, mais LSD, e sentem-se menos frequentemente sozinho. As raparigas têm mais amigos que são bons alunos na escola e têm mais dificuldade em falar com amigos do mesmo género.

Tabela I – Género para relação com pares, solidão e consumos

		Rapazes		Raparigas		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%			
Bons Amigos	Não tenho	17	0,7	18	0,8	35	n.s.	
	Um	27	1,2	38	1,6	65		
	Dois ou mais	2263	98,1	2312	97,6	4575		
Ter um ou mais amigos especiais	Sim	2083	92,1	2303	96,6	4386	44,14***	1
	Não	178	7,9	81	3,4	259		

(continua)

Consumo de Substâncias e Isolamento Social durante a Adolescência

(continuação)

		Rapazes		Raparigas		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%			
Sair noite amigos	Nenhuma noite	1014	43,0	1337	55,2	2351	133,57***	3
	Uma-Duas noites	898	38,1	872	36,0	1770		
	Três-Seis noites	313	13,3	174	7,2	487		
	Todas noites	133	5,6	40	1,7	173		
A maior parte dos amigos...	Mais novo	220	9,7	125	5,4	345	42,83***	3
	Mais velho	335	14,8	279	12,0	614		
	Mais ou menos mesma idade	1462	64,4	1651	70,9	3113		
	Diferentes idades	254	11,2	275	11,8	529		
Maioria amigos são bons alunos	Raramente/Nunca	160	7,3	66	2,9	226	48,42***	2
	Algumas vezes	1094	50,0	1172	50,6	2266		
	Frequentemente	933	42,7	1076	46,5	2009		
Maioria amigos fumam cigarros	Raramente/Nunca	1255	69,0	1372	69,9	2627	n.s.	
	Algumas vezes	352	19,3	351	17,9	703		
	Frequentemente	213	11,7	240	12,2	453		
Maioria amigos embriagam-se	Raramente/Nunca	1278	69,8	1467	76,3	2745	24,23***	2
	Algumas vezes	409	22,3	361	18,8	770		
	Frequentemente	145	7,9	95	4,9	240		
Maioria amigos já usaram drogas	Raramente/Nunca	1498	84,1	1705	90,5	3203	37,86***	2
	Algumas vezes	171	9,6	123	6,5	294		
	Frequentemente	112	6,3	55	2,9	167		
Facilidade falar melhor amigo	Fácil	1908	85,8	2140	91,3	4048	34,24***	2
	Difícil	228	10,3	142	6,1	370		
	Não tenho ou não vejo	88	4,0	63	2,7	151		
Falar amigos mesmo género	Fácil	1772	79,9	2077	89,4		80,05***	2
	Difícil	370	16,7	213	9,2			
	Não tenho ou não vejo	76	3,4	34	1,5			
Falar amigos género oposto	Fácil	1364	62,4	1281	55,9	2645	48,44***	2
	Difícil	711	32,5	948	41,4	1659		
	Não tenho ou não vejo	112	5,1	62	2,7	174		

(continua)

(continuação)

		Rapazes		Raparigas		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%			
Embriaguez	Nunca	1681	70,5	1871	76,8	3552	39,96***	3
	Uma vez	289	12,1	264	10,8	553		
	Duas-Dez vezes	319	13,4	261	10,7	580		
	Mais de Dez vezes	95	4,0	39	1,6	134		
Consumo Tabaco	Todos dias	109	4,6	131	5,4	240	10,55**	2
	1 vez/semana ou menos	197	8,3	146	6,0	343		
	Não fumo	2067	87,1	2145	88,6	4212		
Consumo substâncias ilícitas último mês	Nenhuma	2050	93,4	2223	97,5	4273	44,81***	3
	Uma vez	60	2,7	26	1,1	86		
	Mais uma vez	47	2,1	19	0,8	66		
	Regularmente	37	1,7	11	0,5	48		
Experimentar Haxixe	Sim	238	10,6	140	5,9	378	33,21***	1
	Não	2015	89,4	2227	94,1	4242		
Experimentar Heroína	Sim	48	2,2	14	0,6	62	20,87***	1
	Não	2165	97,8	2325	99,4	4490		
Experimentar Cocaína	Sim	39	1,7	33	1,4	72	n.s.	
	Não	2230	98,3	2261	98,6	4491		
Experimentar Ecstasy	Sim	52	2,3	20	0,9	72	16,24***	1
	Não	2167	97,7	2320	99,1	4487		
Experimentar LSD	Sim	60	2,8	19	0,8	79	24,57***	1
	Não	2046	97,2	2232	99,2	4278		
Sentir Sozinho	Raramente/Nunca	1880	79,1	1743	71,5	3623	37,88***	2
	Algumas vezes	372	15,6	536	22,0	908		
	Frequentemente	126	5,3	159	6,5	285		

** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Escolaridade

Para a escolaridade, pode-se verificar na tabela 2, que os adolescentes do 6.º ano referem mais frequentemente que têm amigos mais novos, que nunca consumiram drogas no último mês, sentem-se sozinhos menos frequentemente. Os do 8.º ano, saem mais vezes à noite com os amigos. E os adolescentes que frequentam o 10.º ano, referem que fumam mais frequentemente, já ficaram

mais vezes embriagados, já experimentaram mais vezes bebidas alcoólicas, mais haxixe, que os amigos fumam mais frequentemente, que os amigos embriagam-se mais frequente, que os amigos usaram mais vezes substâncias, têm mais dificuldade em falar com o melhor amigo, em falar com os amigos do género oposto, e em falar com os amigos do mesmo género.

Tabela 2 – Anos de escolaridade para a relação com os pares, solidão e consumos

		6.º ano		8.º ano		10.º ano		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Bons Amigos	Não tenho	8	0,5	13	0,8	14	0,9	35	n.s.	
	Um	23	1,6	20	1,2	22	1,4	65		
	Dois ou mais	1433	97,9	1653	98,0	1489	97,6	4575		
Ter um ou mais amigos especiais	Sim	1351	93,3	1576	94,7	1459	95,2	4386	n.s.	
	Não	97	6,7	89	5,3	73	4,8	259		
Sair noite amigos	Nenhuma noite	974	65,2	834	48,6	543	34,6	2351	372,44***	6
	Uma-Duas noites	324	21,7	610	35,5	836	53,3	1770		
	Três-Seis noites	134	9,0	197	11,5	156	9,9	487		
	Todas noites	63	4,2	76	4,4	34	2,2	173		
A maior parte dos amigos...	Mais novo	135	9,4	126	7,7	84	5,5	345	33,08***	6
	Mais velho	190	13,2	221	13,5	203	13,3	614		
	Mais ou menos mesma idade	915	63,6	1108	67,7	1090	71,5	3113		
	Diferentes idades	199	13,8	182	11,1	148	9,7	529		
Maioria amigos são bons alunos	Raramente/Nunca	86	6,3	79	4,8	61	4,1	226	n.s.	
	Algumas vezes	671	48,8	834	51,1	761	50,9	2266		
	Frequentemente	618	44,9	719	44,1	672	45,0	2009		
Maioria amigos fumam cigarros	Raramente/Nunca	869	85,7	987	71,9	771	55,2	2627	273,24***	
	Algumas vezes	94	9,3	252	18,4	357	25,6	703		
	Frequentemente	51	5,0	133	9,7	269	19,3	453		
Maioria amigos embriagam-se	Raramente/Nunca	917	89,2	1020	75,6	808	58,7	2745	287,27***	
	Algumas vezes	78	7,6	250	18,5	442	32,1	770		
	Frequentemente	33	3,2	80	5,9	127	9,2	240		
Maioria amigos usaram drogas	Raramente/Nunca	974	94,7	1197	90,5	1032	78,7	3203	153,64***	
	Algumas vezes	34	3,3	75	5,7	185	14,1	294		
	Frequentemente	21	2,0	51	3,9	95	7,2	167		

(continua)

Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um Estilo?

(continuação)

		6.º ano		8.º ano		10.º ano		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Facilidade falar melhor amigo	Fácil	1186	85,0	1449	87,7	1413	93,0	4048	51,79***	4
	Difícil	153	11,0	150	9,1	67	4,4	370		
	Não tenho ou não vejo	57	4,1	54	3,3	40	2,6	151		
Facilidade falar amigos mesmo género	Fácil	1100	80,6	1394	84,8	1355	88,3	3849	56,99***	4
	Difícil	201	14,7	217	13,2	165	10,8	583		
	Não tenho ou não vejo	63	4,6	33	2,0	14	0,9	110		
Facilidade falar amigos género oposto	Fácil	601	45,4	956	58,5	1088	71,6	2645	242,76***	4
	Difícil	618	46,7	629	38,5	412	27,1	1659		
	Não tenho ou não vejo	105	7,9	50	3,1	19	1,3	174		
Embriaguez	Nunca	1328	87,3	1284	74,7	940	59,5	3552	376,31***	6
	Uma vez	133	8,7	206	12,0	214	13,6	553		
	Duas-Dez vezes	50	3,3	186	10,8	344	21,8	580		
	Mais de Dez vezes	11	0,7	42	2,4	81	5,1	134		
Consumo Tabaco	Todos dias	22	1,4	73	4,3	145	9,2	240	136,83***	
	1 vez/semana ou menos	64	4,2	140	8,2	139	8,8	343		
	Não fumo	1432	94,3	1492	87,5	1288	81,9	4212		
Consumo substâncias ilícitas último mês	Nenhuma	1385	98,5	1525	95,8	1363	92,4	4273	74,88***	6
	Uma vez	11	0,8	28	1,8	47	3,2	86		
	Mais uma vez	2	0,1	18	1,1	46	3,1	66		
	Regularmente	8	0,6	21	1,3	19	1,3	48		
Experimental Haxixe	Sim	33	2,3	110	6,7	235	15,4	378	179,16***	2
	Não	1424	97,7	1530	93,3	1288	84,6	4242		
Experimental Heroína	Sim	17	1,2	32	2,0	13	0,9	62	7,73*	2
	Não	1417	98,8	1582	98,0	1491	99,1	4490		
Experimental Cocaína	Sim	27	1,9	24	1,5	21	1,4	72	n.s.	
	Não	1410	98,1	1611	98,5	1470	98,6	4491		
Experimental Ecstasy	Sim	18	1,2	31	1,9	23	1,5	72	n.s.	
	Não	1423	98,8	1583	98,1	1481	98,5	4487		

(continua)

(continuação)

		6.º ano		8.º ano		10.º ano		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Experimentar LSD	Sim	25	1,8	36	2,3	18	1,3	79	n.s.	
	Não	1338	98,2	1522	97,7	1418	98,7	4278		
Sentir Sozinho	Raramente/Nunca	1214	79,5	1267	73,7	1142	72,7	3623	22,52***	4
	Algumas vezes	236	15,5	344	20,0	328	20,9	908		
	Frequentemente	77	5,0	107	6,2	101	6,4	285		

* $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,001$

Grupo de pares

Para as diferenças entre as questões do grupo de pares, verificou-se que os adolescentes que referem não ter nenhum amigo íntimo, têm mais dificuldade em falar com o melhor amigo, já experimentaram mais heroína, mais ecstasy, referem ter consumido substâncias ilícitas no último mês mais frequentemente, fumam mais frequentemente, ficam menos dias com os amigos depois das aulas, sentem-se mais frequentemente sozinhos.

Tabela 3 – Número de amigos para relação com pares, consumos, felicidade e solidão

		Não tenho		Um amigo		Dois ou mais amigos		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Ter um ou mais amigos especiais	Sim	10	32,3	56	88,9	4170	95,1	4236	238,85***	2
	Não	21	67,7	7	11,1	216	4,9	244		
Sair noite amigos	Nenhuma noite	23	67,6	45	70,3	2209	48,9	2277	18,24**	6
	Uma-Duas noites	6	17,6	14	21,9	1686	37,3	1706		
	Três-Seis noites	3	8,8	3	4,7	463	10,2	469		
	Todas noites	2	5,9	2	3,1	162	3,6	166		
A maior parte dos amigos...	Mais novo	6	24,0	7	12,1	314	7,2	327	12,96*	6
	Mais velho	4	16,0	8	13,8	568	13,0	580		
	Mais ou menos mesma idade	13	52,0	37	63,8	2979	68,3	3029		
	Diferentes idades	2	8,0	6	10,3	501	11,5	509		
Maioria amigos são bons alunos	Raramente/Nunca	2	8,3	6	10,3	204	4,8	212	n.s.	
	Algumas vezes	11	45,8	32	55,2	2130	50,0	2173		
	Frequentemente	11	45,8	20	34,5	1923	45,2	1954		

(continua)

Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um Estilo?

(continuação)

		Não tenho		Um amigo		Dois ou mais amigos		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Maioria amigos fumam cigarros	Raramente/Nunca	14	73,7	38	73,1	2497	69,7	2549	n.s.	
	Algumas vezes	3	15,8	7	13,5	661	18,5	671		
	Frequentemente	2	10,5	7	13,5	423	11,8	432		
Maioria amigos embriagam-se	Raramente/Nunca	13	68,4	41	80,4	2603	73,1	2657	n.s.	
	Algumas vezes	5	26,3	6	11,8	738	20,7	749		
	Frequentemente	1	5,3	4	7,8	220	6,2	225		
Maioria amigos usaram drogas	Raramente/Nunca	14	66,7	45	90,0	3050	87,9	3109	10,52*	
	Algumas vezes	4	19,0	2	4,0	273	7,9	279		
	Frequentemente	3	14,3	3	6,0	148	4,3	154		
Facilidade falar melhor amigo	Fácil	17	56,7	46	74,2	3842	89,1	30	53,19***	4
	Difícil	7	23,3	12	19,4	340	7,9	62		
	Não tenho ou não vejo	6	20,0	4	6,5	128	3,0	4310		
Facilidade falar amigos mesmo género	Fácil	19	63,3	42	66,7	3654	85,3	3715	32,15***	
	Difícil	8	26,7	19	30,2	537	12,5	564		
	Não tenho ou não vejo	3	10,0	2	3,2	92	2,1	97		
Facilidade falar amigos género oposto	Fácil	15	50,0	24	38,7	2509	59,4	2548	14,77**	
	Difícil	12	40,0	35	56,5	1564	37,0	1611		
	Não tenho ou não vejo	3	10,0	3	4,8	150	3,6	156		
Embriaguez	Nunca	24	68,6	52	81,3	3331	73,6	3407	n.s.	
	Uma vez	3	8,6	4	6,3	528	11,7	535		
	Duas-Dez vezes	5	14,3	7	10,9	547	12,1	559		
	Mais de Dez vezes	3	8,6	1	1,6	122	2,7	126		
Consumo Tabaco	Todos dias	7	21,2	3	4,8	221	4,9	231	19,96***	4
	1 vez/semana ou menos	2	6,1	7	11,3	317	7,0	326		
	Não fumo	24	72,7	52	83,9	3968	88,1	4044		
Consumo substâncias ilícitas último mês	Nenhuma	28	87,5	55	93,2	4038	95,7	4121	43,98***	6
	Uma vez	0	0,0	2	3,4	80	1,9	82		
	Mais uma vez	0	0,0	1	1,7	61	1,4	62		
	Regularmente	4	12,5	1	1,7	39	0,9	44		

(continua)

(continuação)

		Não tenho		Um amigo		Dois ou mais amigos		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Experimental Haxixe	Sim	5	15,2	6	9,7	345	7,9	356	n.s.	
	Não	28	84,8	56	90,3	4009	92,1	4093		
Experimental Heroína	Sim	4	12,1	0	0,0	53	1,2	57	31,06***	2
	Não	29	87,9	60	100,0	4240	98,8	4329		
Experimental Cocaína	Sim	0	0,0	0	0,0	72	100,0	72	n.s.	
	Não	34	100,0	64	100,0	4203	98,3	4301		
Experimental Ecstasy	Sim	4	12,1	0	0,0	62	1,4	66	26,15***	
	Não	29	87,9	60	100,0	4236	98,6	4325		
Experimental LSD	Sim	2	6,7	0	0,0	67	1,6	69	n.s.	
	Não	28	93,3	55	100,0	4050	98,4	4133		
Sentir Sozinho	Raramente/Nunca	13	39,4	39	60,9	3435	75,9	3487	43,60***	
	Algumas vezes	12	36,4	15	23,4	836	18,5	863		
	Frequentemente	8	24,2	10	15,6	255	5,6	273		

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Conforme se observa na tabela 4, os adolescentes que referem sair com os amigos todas as noites, têm mais amigos mais velhos do que eles, a maioria dos amigos raramente ou nunca são bons alunos, a maioria dos amigos fumam frequentemente, a maioria dos amigos embriagam-se frequentemente, maioria dos amigos já usaram drogas frequentemente, falam mais facilmente com os amigos do gênero oposto, fumam mais frequentemente, já ficaram mais vezes embriagados, já consumiram mais vezes substâncias ilícitas no último mês, que já experimentaram mais vezes bebidas alcoólicas, haxixe, medicamentos usados como drogas, heroína, ecstasy e LSD.

Tabela 4 – Sair à noite para relação com pares e consumos

		Nenhuma		1-2 noites		3-6 noites		Todas noites		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%	N	%			
Bons Amigos	Não tenho	23	1,0	6	0,4	3	0,6	2	1,2	34	18,25**	6
	Um	45	2,0	14	0,8	3	0,6	2	1,2	64		
	Dois ou mais	2209	97,0	1686	98,8	463	98,7	162	97,6	4520		
Ter um ou mais amigos especiais	Sim	2116	93,3	1621	95,6	440	97,3	143	92,3	4320	19,03***	3
	Não	153	6,7	75	4,4	12	2,7	12	7,7	252		

(continua)

Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um Estilo?

(continuação)

		Nenhuma		1-2 noites		3-6 noites		Todas noites		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%	N	%			
A maior parte dos amigos...	Mais novo	179	8,0	121	7,1	33	7,3	8	5,2	341	110,95***	9
	Mais velho	253	11,3	228	13,4	91	20,0	35	22,6	607		
	Mais ou menos mesma idade	1590	71,2	1158	68,0	261	57,5	68	43,9	3077		
	Diferentes idades	210	9,4	197	11,6	69	15,2	44	28,4	520		
Maioria amigos são bons alunos	Raramente/Nunca	78	3,6	80	4,8	23	5,5	40	27,8	221	176,44***	6
	Algumas vezes	1102	50,2	833	49,8	236	56,6	53	36,8	2224		
	Frequentemente	1016	46,3	760	45,4	158	37,9	51	35,4	1985		
Maioria amigos fumam cigarros	Raramente/Nunca	1460	83,4	882	61,0	193	49,0	60	41,7	2595	368,06***	6
	Algumas vezes	196	11,2	350	24,2	112	28,4	36	25,0	694		
	Frequentemente	95	5,4	214	14,8	89	22,6	48	33,3	446		
Maioria amigos embriagam-se	Raramente/Nunca	1525	88,0	912	63,4	208	52,4	63	46,0	2708	500,95***	6
	Algumas vezes	176	10,2	420	29,2	136	34,3	33	24,1	765		
	Frequentemente	31	1,8	107	7,4	53	13,4	41	29,9	232		
Maioria amigos usaram drogas	Raramente/Nunca	1635	94,7	1163	84,8	288	75,4	77	57,0	3163	333,84***	6
	Algumas vezes	66	3,8	148	10,8	55	14,4	21	15,6	290		
	Frequentemente	25	1,4	61	4,4	39	10,2	37	27,4	162		
Facilidade falar melhor amigo	Fácil	1903	86,0	1526	91,6	414	90,2	143	90,5	3986	32,54***	6
	Difícil	226	10,2	99	5,9	30	6,5	10	6,3	365		
	Não tenho ou não vejo	84	3,8	41	2,5	15	3,3	5	3,2	145		
Facilidade falar amigos mesmo género	Fácil	1795	81,9	1463	88,0	402	88,2	133	85,8	3793	46,76***	6
	Difícil	338	15,4	176	10,6	35	7,7	18	11,6	567		
	Não tenho ou não vejo	59	2,7	23	1,4	19	4,2	4	2,6	105		
Facilidade falar amigos género oposto	Fácil	1066	49,3	1114	67,8	305	68,8	125	80,1	2610	193,12***	6
	Difícil	995	46,0	489	29,8	117	26,4	24	15,4	1625		
	Não tenho ou não vejo	103	4,8	40	2,4	21	4,7	7	4,5	171		
Embriaguez	Nunca	2039	87,8	1117	63,8	255	52,8	69	40,8	3480	721,48***	9
	Uma vez	190	8,2	244	13,9	85	17,6	26	15,4	545		
	Duas-Dez vezes	83	3,5	339	19,3	108	22,4	41	24,3	571		
	Mais de Dez vezes	10	0,4	52	3,0	35	7,2	33	19,5	130		

(continua)

(continuação)

		Nenhuma		1-2 noites		3-6 noites		Todas noites		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%	N	%			
Consumo Tabaco	Todos dias	43	1,9	101	5,8	54	11,3	34	20,2	232	302,01***	6
	1 vez/semana ou menos	75	3,2	179	10,3	63	13,2	20	11,9	337		
	Não fumo	2201	94,9	1459	83,9	360	75,5	114	67,9	4134		
Consumo substâncias ilícitas último mês	Nenhuma	2158	98,9	1546	95,0	394	90,0	110	71,0	4208	475,77***	9
	Uma vez	12	0,5	46	2,8	18	4,1	9	5,8	85		
	Mais uma vez	8	0,4	28	1,7	16	3,7	12	7,7	64		
	Regularmente	5	0,2	7	0,4	10	2,3	24	15,5	46		
Experimentar Haxixe	Sim	55	2,4	181	10,8	75	16,5	58	37,9	369	338,69***	3
	Não	2205	97,6	1500	89,2	380	83,5	95	62,1	4180		
Experimentar Ecstasy	Sim	11	0,5	20	1,2	9	2,0	28	19,0	68	320,34***	3
	Não	2232	99,5	1636	98,8	431	98,0	119	81,0	4418		
Experimentar Heroína	Sim	11	0,5	12	0,7	6	1,4	29	19,6	58	403,25***	3
	Não	2230	99,5	1636	99,3	436	98,6	119	80,4	4421		
Experimentar Cocaína	Sim	34	1,5	29	1,8	5	1,1	3	1,8	71	n.s.	
	Não	2169	98,5	1628	98,2	448	98,9	161	98,2	4406		
Experimentar LSD	Sim	15	0,7	25	1,6	16	3,8	21	15,7	77	171,01***	3
	Não	2126	99,3	1568	98,4	403	96,2	113	84,3	4210		
Sentir Sozinho	Raramente/Nunca	1745	75,1	1323	75,6	358	74,7	130	76,0	3556	n.s.	
	Algumas vezes	444	19,1	327	18,7	94	19,6	24	14,0	889		
	Frequentemente	135	5,8	101	5,8	27	5,6	17	9,9	280		

** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Já na tabela 5, observa-se que os adolescentes que mencionam que a maioria dos amigos são mais velhos do que eles, têm amigos que fumam mais frequentemente, já ficaram mais vezes embriagados, já experimentaram mais vezes bebidas alcoólicas, mais haxixe, afirmam mais frequentemente que os amigos já usaram drogas, que a maioria dos amigos fumam, que a maioria dos amigos embriagam-se frequentemente.

Tabela 5 – Idade dos Amigos para características dos amigos e consumos

A maior parte dos amigos												
		É mais novo		É mais velho		Têm mais ou menos a mesma idade do que tu		Têm diferentes idades		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%	N	%			
Bons Amigos	Não tenho	6	1,8	4	0,7	13	0,4	2	0,4	25	12,96*	6
	Um	7	2,1	8	1,4	37	1,2	6	1,2	58		
	Dois ou mais	314	96,0	568	97,9	2979	98,3	501	98,4	4362		
Ter um ou mais amigos especiais	Sim	307	92,7	554	94,7	2861	95,2	468	93,4	4190	n.s.	
	Não	24	7,3	31	5,3	144	4,8	33	6,6	232		
Sair noite amigos	Nenhuma noite	179	52,5	253	41,7	1590	51,7	210	40,4	2232	110,95****	9
	Uma-Duas noites	121	35,5	228	37,6	1158	37,6	197	37,9	1704		
	Três-Seis noites	33	9,7	91	15,0	261	8,5	69	13,3	454		
	Todas noites	8	2,3	35	5,8	68	2,2	44	8,5	155		
Maioria amigos são bons alunos	Raramente/Nunca	29	9,0	40	7,5	101	3,4	37	7,9	207	69,82***	6
	Algumas vezes	133	41,2	299	55,9	1473	49,6	254	54,4	2159		
	Frequentemente	161	49,8	196	36,6	1395	47,0	176	37,7	1928		
Maioria amigos embriagam-se	Raramente/Nunca	184	75,1	282	57,3	1909	77,4	262	68,4	2637	103,67****	6
	Algumas vezes	44	18,0	151	30,7	446	18,1	83	21,7	724		
	Frequentemente	17	6,9	59	12,0	111	4,5	38	9,9	225		
Maioria amigos fumam cigarros	Raramente/Nunca	199	77,7	265	55,0	1850	74,6	216	55,2	2530	139,22****	6
	Algumas vezes	34	13,3	113	23,4	408	16,4	101	25,8	656		
	Frequentemente	23	9,0	104	21,6	223	9,0	74	18,9	424		
Maioria amigos usaram drogas	Raramente/Nunca	219	88,7	367	78,8	2181	90,2	303	82,3	3070	62,61****	6
	Algumas vezes	21	8,5	61	13,1	155	6,4	38	10,3	275		
	Frequentemente	7	2,8	38	8,2	81	3,4	27	7,3	153		
Facilidade falar melhor amigo	Fácil	278	88,3	503	87,3	2638	89,6	438	87,1	3857	14,93*	
	Difícil	30	9,5	53	9,2	229	7,8	38	7,6	350		
	Não tenho ou não vejo	7	2,2	20	3,5	76	2,6	27	5,4	130		
Facilidade falar amigos mesmo género	Fácil	253	80,8	461	81,3	2521	85,9	429	86,7	3664	25,19****	
	Difícil	47	15,0	85	15,0	367	12,5	52	10,5	551		
	Não tenho ou não vejo	13	4,2	21	3,7	46	1,6	14	2,8	94		

(continua)

(continuação)

A maior parte dos amigos												
		É mais novo		É mais velho		Têm mais ou menos a mesma idade do que tu		Têm diferentes idades		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%	N	%			
Facilidade falar amigos género oposto	Fácil	175	57,8	351	62,3	1692	58,3	297	61,1	2515	17,25**	6
	Difícil	113	37,3	182	32,3	1121	38,6	166	34,2	1582		
	Não tenho ou não vejo	15	5,0	30	5,3	91	3,1	23	4,7	159		
Embriaguez	Nunca	246	71,7	390	64,5	2376	77,1	351	67,0	3363	69,09***	9
	Uma vez	45	13,1	80	13,2	317	10,3	78	14,9	520		
	Duas-Dez vezes	45	13,1	107	17,7	324	10,5	73	13,9	549		
	Mais de Dez vezes	7	2,0	28	4,6	63	2,0	22	4,2	120		
Consumo Tabaco	Todos dias	15	4,5	51	8,5	114	3,7	43	8,3	223	56,55***	6
	1 vez/semana ou menos	21	6,2	62	10,3	190	6,2	44	8,5	317		
	Não fumo	301	89,3	490	81,3	2765	90,1	432	83,2	3988		
Consumo substâncias ilícitas último mês	Nenhuma	301	96,2	517	91,7	2790	96,8	446	93,3	4054	60,60***	9
	Uma vez	4	1,3	25	4,4	41	1,4	10	2,1	80		
	Mais uma vez	6	1,9	13	2,3	37	1,3	7	1,5	63		
	Regularmente	2	0,6	9	1,6	15	0,5	15	3,1	41		
Experimental Haxixe	Sim	24	7,4	75	12,9	179	6,0	62	12,6	340	50,19***	3
	Não	300	92,6	506	87,1	2801	94,0	432	87,4	4039		
Experimental Ecstasy	Sim	5	1,6	16	2,8	14	0,5	21	4,4	56	61,34***	3
	Não	311	98,4	555	97,2	2943	99,5	461	95,6	4270		
Experimental Heroína	Sim	6	1,9	12	2,1	13	0,4	20	4,2	51	56,25***	3
	Não	312	98,1	565	97,9	2939	99,6	458	95,8	4274		
Experimental Cocaína	Sim	4	1,3	4	0,7	51	1,7	11	2,2	70	n.s.	
	Não	313	98,7	573	99,3	2865	98,3	481	97,8	4232		
Experimental LSD	Sim	7	2,3	15	2,8	27	1,0	17	3,7	66	26,59***	3
	Não	299	97,7	523	97,2	2811	99,0	438	96,3	4071		
Sentir Sozinho	Raramente/Nunca	246	72,1	438	71,9	2389	77,6	363	69,5	3436	26,10***	6
	Algumas vezes	72	21,1	127	20,9	535	17,4	116	22,2	850		
	Frequentemente	23	6,7	44	7,2	154	5,0	43	8,2	264		

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Solidão

Os adolescentes que se sentem sozinhos mais frequentemente têm menos amigos, referem mais frequentemente que não têm amigos especiais, têm mais dificuldades em falar com o melhor amigo, com os amigos do mesmo género, têm mais amigos que fumam mais frequentemente, que se embriagam mais frequentemente, que já consumiram substâncias mais frequentemente, que raramente são bons alunos na escola, já se embriagaram mais frequentemente, fumam mais frequentemente, referem que os amigos têm diferentes idades (ver tabela 6).

Tabela 6 – Solidão – Amigos, pares e consumos

		Raramente/ /Nunca		Algumas vezes		Frequente- mente		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Bons Amigos	Não tenho	13	0,4	12	1,4	8	2,9	33	43,60***	4
	Um	39	1,1	15	1,7	10	3,7	64		
	Dois ou mais	3435	98,5	836	96,9	255	93,4	4526		
Ter um ou mais amigos especiais	Sim	3292	95,2	807	93,2	241	88,6	4340	23,99***	2
	Não	166	4,8	59	6,8	31	11,4	256		
Sair noite amigos	Nenhuma noite	1745	49,1	444	49,9	135	48,2	2324	n.s.	
	Uma-Duas noites	1323	37,2	327	36,8	101	36,1	1751		
	Três-Seis noites	358	10,1	94	10,6	27	9,6	479		
	Todas noites	130	3,7	24	2,7	17	6,1	171		
A maior parte dos amigos...	Mais novo	246	7,2	72	8,5	23	8,7	341	26,10***	
	Mais velho	438	12,7	127	14,9	44	16,7	609		
	Mais ou menos mesma idade	2389	69,5	535	62,9	154	58,3	3078		
	Diferentes idades	363	10,6	116	13,6	43	16,3	522		
Maioria amigos são bons alunos	Raramente/Nunca	163	4,9	39	4,6	20	8,0	222	18,31***	4
	Algumas vezes	1645	49,0	470	55,8	129	51,4	2244		
	Frequentemente	1549	46,1	334	39,6	102	40,6	1985		
Maioria amigos fumam cigarros	Raramente/Nunca	2002	71,1	472	66,1	129	60,3	2603	18,88***	4
	Algumas vezes	501	17,8	147	20,6	45	21,0	693		
	Frequentemente	313	11,1	95	13,3	40	18,7	448		
Maioria amigos embriagam-se	Raramente/Nunca	2094	74,9	491	69,3	133	63,6	2718	28,08***	4
	Algumas vezes	544	19,5	168	23,7	49	23,4	761		
	Frequentemente	158	5,7	50	7,1	27	12,9	235		

(continua)

Consumo de Substâncias e Isolamento Social durante a Adolescência

(continuação)

		Raramente/ /Nunca		Algumas vezes		Frequente- mente		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Maioria amigos usaram drogas	Raramente/Nunca	2435	88,5	576	85,3	158	81,0	3169	18,76***	4
	Algumas vezes	208	7,6	62	9,2	18	9,2	288		
	Frequentemente	109	4,0	37	5,5	19	9,7	165		
Facilidade falar melhor amigo	Fácil	3058	90,0	728	85,2	216	80,9	4002	37,42***	4
	Difícil	250	7,4	82	9,6	33	12,4	365		
	Não tenho ou não vejo	88	2,6	44	5,2	18	6,7	150		
Facilidade falar amigos mesmo gênero	Fácil	2905	85,8	704	83,5	198	74,7	3807	27,48***	4
	Difícil	404	11,9	120	14,2	53	20,0	577		
	Não tenho ou não vejo	75	2,2	19	2,3	14	5,3	108		
Facilidade falar amigos gênero oposto	Fácil	1985	59,7	477	56,9	150	56,4	2612	n.s.	
	Difícil	1215	36,6	331	39,5	100	37,6	1646		
	Não tenho ou não vejo	124	3,7	31	3,7	16	6,0	171		
Embriaguez	Nunca	2718	75,9	621	69,1	177	63,0	3516	37,24***	6
	Uma vez	375	10,5	127	14,1	43	15,3	545		
	Duas-Dez vezes	399	11,1	124	13,8	47	16,7	570		
	Mais de Dez vezes	91	2,5	27	3,0	14	5,0	132		
Consumo Tabaco	Todos dias	159	4,5	47	5,3	27	9,6	233	28,68***	4
	1 vez/semana ou menos	226	6,3	85	9,5	25	8,9	336		
	Não fumo	3179	89,2	762	85,2	228	81,4	4169		
Consumo substâncias ilícitas último mês	Nenhuma	3192	95,8	784	95,0	257	94,5	4233	13,55*	
	Uma vez	63	1,9	19	2,3	2	0,7	84		
	Mais uma vez	46	1,4	15	1,8	5	1,8	66		
	Regularmente	32	1,0	7	0,8	8	2,9	47		
Experimentar Haxixe	Sim	271	7,9	75	8,7	23	8,5	369	n.s.	
	Não	3161	92,1	789	91,3	249	91,5	4199		
Experimentar Heroína	Sim	43	1,4	8	0,9	9	3,4	60	9,56**	2
	Não	3349	98,7	835	99,1	257	96,6	4441		

(continua)

(continuação)

		Raramente/ /Nunca		Algumas vezes		Frequentemente		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Experimental Cocaína	Sim	54	1,6	12	1,4	6	2,3	72	n.s.	
	Não	3342	98,4	839	98,6	255	97,7	4436		
Experimental Ecstasy	Sim	53	1,6	9	1,1	8	3,0	70	n.s.	
	Não	3346	98,4	835	98,9	257	97,0	4438		
Experimental LSD	Sim	56	1,7	15	1,8	4	1,6	75	n.s.	
	Não	3193	98,3	798	98,2	250	98,4	4241		

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Modelo de Regressão Logística

Foram efectuadas seis análises de regressão logística, através do método enter, com objectivo de avaliar os factores preditores do consumo de substâncias, do consumo de tabaco, e da embriaguez.

Para cada uma das três análises de regressão logística pretendeu-se identificar as variáveis associadas ao consumo de substâncias no último mês, a embriaguez e o consumo de tabaco, a um nível multivariado, dicotomizaram-se estas 3 variáveis: consumo de drogas no último mês (sim/não), embriaguez (sim/não) e consumo de tabaco semanal (sim/não) e introduziu-se em cada um dos três modelos outros dois indicadores de consumo, a solidão, amigos íntimos, sair com os amigos à noite (enquanto variáveis de intervalo).

Num segundo conjunto de três análises de regressão logística introduziu-se também no modelo o género e escolaridade (categoriais).

Para o consumo de substâncias foram encontradas como predictoras a embriaguez, o consumo semanal de tabaco e o sair à noite com os amigos (ver tabela 7). No modelo aonde é introduzido o género e a escolaridade, verificou-se que as variáveis predictoras do consumo mantêm-se sendo acrescentadas como predictoras o género masculino e o 6.º e 8.º anos de escolaridade, estas últimas inversamente, ou seja, os adolescentes do 10.º ano de escolaridade são os que mais consomem substâncias ilícitas (ver tabela 8).

Tabela 7 – Regressão Logística – Variáveis Predictoras do Consumo de Substâncias no último mês

	β	SE	95% IC	OR
Amigos	- 0,47	0,33	(0,33-1,19)	0,624
Sentir Só	- 0,19	0,19	(0,57-1,20)	0,827
Embriaguez (1)	1,57	0,21	(3,15-7,31)	4,801***
Consumo Tabaco (1)	1,85	0,18	(4,43-9,07)	6,336***
Sair noite amigos	0,73	0,10	(1,71-2,51)	2,074***

** $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,001$ **Tabela 8** – Regressão Logística – Variáveis Predictoras do Consumo de Substâncias no último mês

	β	SE	95% IC	OR
Género (1)	1,09	0,19	(1,88-3,99)	2,739***
Escolaridade	-	-	Referente	1
Escolaridade (1)	- 1,08	0,29	(0,19-0,60)	0,341***
Escolaridade (2)	- 0,56	0,19	(0,41-1,17)	0,571**
Amigos	- 0,56	0,34	(0,29-1,10)	0,571
Sentir Só	- 0,05	0,20	(0,65-1,40)	0,954
Embriaguez (1)	1,38	0,22	(2,61-6,10)	3,990***
Consumo Tabaco (1)	1,91	0,18	(4,69-9,71)	6,752***
Sair noite amigos	0,71	0,10	(1,66-2,49)	2,039***

** $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,001$

Para a embriaguez verificou-se que a solidão, o consumo de substâncias no último mês, o consumo semanal de tabaco e o sair à noite com os amigos, surgem como as variáveis predictoras (ver tabela 9). Quando o género e a escolaridade são inseridos no modelo, observa-se que os resultados vão no mesmo sentido dos encontrados para o consumo de substâncias, assim, o género masculino, e o 6.º e 8.º anos de escolaridade passam a preditores da embriaguez, sendo que estas últimas predizem de forma inversa a embriaguez (ver tabela 10).

Tabela 9 – Regressão Logística – Variáveis Predictoras da Embriaguez

	β	SE	95% IC	OR
Amigos	0,29	0,22	(0,86-2,07)	1,331
Sentir Só	0,43	0,09	(1,29-1,84)	1,544***
Consumo Substâncias (1)	1,52	0,21	(2,99-6,95)	4,559***
Consumo Tabaco (1)	1,72	0,12	(4,46-7,02)	5,593***
Sair noite amigos	0,74	0,05	(1,89-2,31)	2,091***

** $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,001$

Tabela 10 – Regressão Logística – Variáveis Predictoras da Embriaguez

	β	SE	95% IC	OR
Género (1)	0,22	0,08	(1,06-1,47)	1,248**
Escolaridade	–	–	Referente	1
Escolaridade (1)	– 1,37	0,11	(0,20-0,32)	0,253***
Escolaridade (2)	– 0,64	0,09	(0,44-0,63)	0,528***
Amigos	0,30	0,22	(0,88-2,09)	1,355
Sentir Só	0,42	0,09	(1,27-1,82)	1,521***
Consumo Substâncias (1)	1,34	0,22	(2,48-5,89)	3,826***
Consumo Tabaco (1)	1,63	0,12	(4,04-6,42)	5,095***
Sair noite amigos	0,71	0,05	(1,84-2,26)	2,043***

** $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,001$

Já para o consumo de tabaco as variáveis que melhor o predizem foram o consumo de substâncias, a embriaguez, o sair à noite com os amigos, os amigos e a solidão (ver tabela 11). Ao inserir-se o género e a escolaridade no modelo as variáveis predictoras mantêm-se, com excepção da variável solidão (ver tabela 12).

Tabela 11 – Regressão Logística – Variáveis Predictoras do consumo de tabaco

	β	SE	95% IC	OR
Amigos	– 0,58	0,22	(0,36-0,86)	0,559**
Sentir Só	0,27	0,12	(1,04-1,65)	1,308*
Consumo Substâncias (1)	1,82	0,18	(4,32-8,81)	6,169***
Embriaguez (1)	1,74	0,12	(4,55-7,15)	5,703***
Sair noite amigos	0,41	0,07	(1,32-1,171)	1,501***

* $p \leq 0,01$; ** $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,001$

Tabela 12 – Regressão Logística – Variáveis Predictoras do consumo de tabaco

	β	SE	95% IC	OR
Género (1)	– 0,24	0,11	(0,63-0,98)	0,788*
Escolaridade	–	–	Referente	1
Escolaridade (1)	– 0,65	0,16	(0,38-0,71)	0,520***
Escolaridade (2)	– 0,09	0,12	(0,71-1,15)	0,906***
Amigos	– 0,58	0,22	(0,36-0,86)	0,557**
Sentir Só	0,22	0,12	(0,98-1,58)	1,244
Consumo Substâncias (1)	1,80	0,19	(4,24-8,79)	6,106***
Embriaguez (1)	1,63	0,12	(4,05-6,44)	5,105***
Sair noite amigos	0,44	0,07	(1,36-1,78)	1,556***

* $p \leq 0,01$; ** $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,001$

Discussão

O objectivo do presente estudo foi analisar as associações entre o grupo de pares, o consumo de substâncias e a solidão.

Os resultados encontrados indicam que apesar da associação negativa existente sobre a influência do grupo de pares (LaGreca, Prinstein, & Fetter, 2001; Peixoto *et al.*, 2001), a falta de amigos também pode ser vista como um comportamento de risco, já que os adolescentes que referem não ter amigos, são os que mais experimentaram substâncias como a heroína, ecstasy, mais substâncias ilícitas no último mês, fumam mais e sentem-se mais sozinhos. Estes resultados vão ao encontro dos observados por Pearson e colaboradores (2006), que verificaram uma associação entre o isolamento social e o consumo de substâncias e tabaco, ou de Pearson e Michell (2000), e Alexander e colaboradores (2001), que verificaram tendências semelhantes. Os adolescentes que fumam todos os dias e os que mais vezes já ficaram embriagados, são também os que revelam maiores sentimentos de solidão. Dessa forma, a falta de amigos pode ser vista como risco para os sentimentos de solidão e consumo de substâncias, como apontam os resultados de Bogart, Colens, Ellickson, e Klein (2007), que encontraram uma ligação entre o consumo de substâncias e uma menor satisfação com a vida.

Por outro lado, ao analisar as diferenças entre os géneros, verificou-se que são os rapazes que apresentam maior tendência para o consumo de todas as substâncias incluídas neste estudo e os que menos se sentem sozinhos. Desta forma, as amigas mais próximas podem ser mais capazes de influenciar os comportamentos dos adolescentes (Hartup, 2005), as raparigas são vistas como as que mantêm amigas mais próximas (Field, 2002), e os rapazes considerados os que mais fortemente são influenciados pelos pares (Barber, Bolitho, & Bertrand, 1999), tornando relevante o facto de no presente estudo serem os rapazes que mais referem que têm amigos mais velhos do que eles e que mais se embriagam. Morton e Chen (2006), referem que o facto do grupo de pares consumir substâncias poderá aumentar a probabilidade de consumo. São também os rapazes que mais tempo passam com os amigos, uma vez que ficam mais dias com os amigos depois das aulas e saem mais vezes à noite com os amigos, é reconhecido que comportamentos como o consumo de substâncias ou outros comportamentos de risco, ocorrem mais frequentemente nos locais frequentados pelo grupo e longe do controlo parental (Engels, & Bogt, 2001), facto que também poderá estar associado aos resultados encontrados.

Relativamente à solidão, verificou-se a mesma tendência observada para os rapazes, no que diz respeito às características dos amigos, ou seja, os adolescentes que se sentem mais sozinhos, são os que têm mais amigos com comportamentos de risco (embriagam-se mais, consomem mais substâncias e fumam mais), pode-se pressupor que neste caso a qualidade e ligação ao grupo de pares poderá influenciar não só os sentimentos de solidão, mas também o consumo

de substâncias, tal como observou Jackson (2007), ou seja, uma associação entre a falta de ligação aos pares e a solidão.

Quanto à falta de amigos, observou-se que os adolescentes que não têm amigos íntimos são os que mais consomem substâncias, mais experimentaram heroína, *ecstasy*, tabaco e sentem-se mais frequentemente sozinhos, indicando que o consumo de substâncias poderá ocorrer entre os adolescentes mais isolados (Pearson *et al.*, 2006; Pearson & Michell, 2000). A falta de amigos foi também o melhor preditor para a solidão neste estudo, no entanto para os consumos, somente o consumo de tabaco se revelou preditor da solidão, podendo de alguma forma indicar uma maior prevalência do consumo de tabaco entre os adolescentes mais isolados (Alexander *et al.*, 2001), denunciando que os adolescentes podem vivenciar a solidão de forma diversa (Bogaerts, 2006), não eliminando o risco desta comprometer a saúde mental dos adolescentes (Heinrich & Gullone, 2006).

Assim, estes resultados vêm sugerir que o grupo de pares possui um papel relevante no desenvolvimento dos adolescentes, mas, enquanto que em geral é a ligação a um grupo de pares com comportamentos de risco que aparece associada ao risco no adolescente, nomeadamente aos consumos, este trabalho vem realçar que também a falta de amigos poderá levar a comportamentos de risco para a saúde, indicando a necessidade de explorar mais profundamente esta associação.

Referências

- Alexander, C., Piazza, M., Mekos, D. & Valente, T. (2001). Peers, schools and adolescent cigarette smoking. *Journal of Adolescent Health, 29*, 22-30.
- Barber, J., Bolitho, F. & Bertrand, L. (1999). Intrapersonal versus peer group predictors of adolescent drug use. *Children and Youth Services Review, 21*, 7, 565-579.
- Beal, A., Ausiello, J. & Perrin, J. (2001). Social influences on health risk behaviours among minority middle school students. *Journal of Adolescent Health, 28*, 474-480.
- Bogaerts, S. (2006). Feelings of subjective emotional loneliness: an exploration of attachment. *Social Behaviour and Personality*.
- Bogart, L., Collins, R., Ellickson, P. & Klein, D. (2007). Are adolescent substance users less satisfied with life as young adults and if so, why? *Social Indicators Research, 81*, 149-169.
- Cheng, H. & Furnham, A. (2002). Personality, peer relations, and self-confidence as predictors of happiness and loneliness. *Journal of Adolescence, 25*, 327-339.
- Chipuer, M. (2001). Dyadic attachments and community connectedness: Links with youths loneliness experiences. *Journal of Community Psychology, 29*, 429-446.
- Clark, A. & Lohéac, Y. (2006). It wasn't me, it was them! Social influence in risk behaviour by adolescents. *Journal of Health Economics*. Article in Press.
- Claudino, J., Cordeiro, R. & Arriaga, M. (2006). Depressão e suporte social em adolescentes e jovens adultos um estudo realizado junto de adolescentes pré-universitários. *Revista do ISPV, 32*, 185-196.

- Corsano, P., Majorano, M. & Champretavy, L. (2006). Psychological well-being in adolescence: The contribution of interpersonal relations and experience of being alone. *Adolescence*, 41, 162, 341-353.
- Currie, C., Samsal, O., Boyce, W. & Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen:WHO.
- Ellickson, L., Tucker, J. & Klein, D. (2001). High-risk behaviors associated with early smoking: results from 5 year follow-up. *The Journal of Adolescent Health*, 28, 465-473.
- Engels, R. & Bogt, T. (2001). Influences of risk behaviours on the quality of peer relations in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 30, 675-695.
- Field, T. (2002). Adolescent's parent and peer relationships. *Adolescence*. Retirado em 06 de Janeiro de 2007 de www.findarticles.com
- Goldestein, S., Davis-Kean, P. & Eccles, J. (2005). Parents, peers, and problem behaviour: a longitudinal investigation of the impact of relationships perceptions and characteristics on the development of adolescent problem behaviour. *Developmental Psychology*, 41, 401-413.
- Grunbaum, J., Tortolero, S., Weller, N. & Gingiss, P. (2000). Cultural, social, and intrapersonal factors associated with substance use among alternative high school students. *Addictive Behaviors*, 25, 1, 145-151.
- Hartup, W. (2005). Peer interaction: What causes what? *Journal of Abnormal Child Psychology*. Retirado em 18 de Maio de 2007 de www.findarticles.com
- Heinrich, L. & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26, 695-718.
- Jackson, T. (2007). Protective self-presentation, sources of socialization, and loneliness among Australian adolescents and young adults. *Personality and Individual Differences*. Aceite em 13 de Abril de 2007.
- Kokkevi, A., Richardson, C., Floresar, S., Kuzman, M. & Stergar, E. (2007). Psychosocial correlates of substance use in adolescence: A cross-national study in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 86, 67-74.
- Kuntsche, E. & Gmel, G. (2004). Emotional wellbeing and violence among social and solitary risky single occasion drinkers in adolescence. *Addiction*, 98, 331-339.
- La Greca, M., Prinstein, J. & Fetter, D. (2001). Adolescent peer crowd affiliation: Linkages with health risk behaviors and close friendships. *Journal of Pediatric Psychology*, 26, 131-143.
- Markovits, H., Benenson, J. & Dolenszky, E. (2001). Evidence that children and adolescents have internal models of peer interaction that are gender differentiated. *Child Development*, 72, 3, 879-886.
- Matos, M., & Equipa do Aventura Social (2006). *A saúde dos adolescentes Portugueses – Hoje em 8 anos – Relatório Preliminar do estudo HBSC 2006*. Website: www.fmh.utl.pt/aventurasocial.com
- Morton, B. & Chen, R. (2006). Over time relationships between early adolescent and peer substance use. *Addictive Behaviors*, 31, 1211-1223.
- Nangle, D. (2004). Opposites do not attract: social status and behavioural style concordances and discordances among children and the peers who like or dislike them. *Journal of Abnormal Child Psychology*. Retirado em 13 de Março de 2007 de www.findarticles.com
- Pearson, M., Sweeting, H., West, P., Young, R., Gordon, J. & Turner, K. (2006). Adolescent substance use in different social and peer contexts: A social network analysis. *Drugs: education, prevention and policy*, 13, 6, 519-536.
- Pearson, A. & Michell, L. (2000). Smoke rings: social network analysis of friendship groups, smoking and drug-taking. *Drugs: education, prevention and policy*, 7, 21-37.

- Peixoto, F., Martins, A., Pereira, M., Amaral, V. & Pedro, I. (2001). Os grupos de adolescentes na escola: Percepções intra e intergrupais. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 1*, 79-93.
- Pereira, E. & Matos, M. (2005). Grupo de pares, comportamentos desviantes e consumo de substâncias. In *Comunicação Gestão de Conflitos e Saúde na Escola*. FMH Edições. Lisboa: pp. 95-102.
- Prezza, M., Pacilli, M. & Dinelli, S. (2004). Loneliness and new Technologies in a group of Roman adolescents. *Computers in Human Behaviour, 20*, 691-709.
- Roberts, C., Currie, C., Samdal, O., Currie, D., Smith, R. & Maes, L. (2007). Measuring the health behaviours of adolescents through cross-national survey research: recent developments in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *Journal Public Health*. Aceite em 07 de Março de 2007.
- Sussman, S., Unger, J. & Dent, C. (2004). Peer group self-identification among alternative high school youth: a predictor of their psychosocial functioning five years later. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4*, 9-25.
- Zullig, J., Valois, R., Huebner, E., Oeltmann, J. & Drane, J. (2001). Relationships between perceived life satisfaction and adolescent's substance abuse. *The Journal of Adolescent Health, 29*, 279-288.

Consumo de Substâncias e Felicidade nos Adolescentes Socialmente Isolados

Gina Tomé*,
Margarida Gaspar de Matos**
e José Alves Diniz***

* Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana/UTL, Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL, Doutoranda Fundação para a Ciência e a Tecnologia – SFRH/BD/30753/2006.

** Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana/UTL, Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL.

*** Faculdade de Motricidade Humana/UTL.

Resumo

Objectivos: O presente estudo teve como objectivo explorar a associação entre o grupo de pares, o consumo de substâncias e a felicidade.

Metodologia: A amostra foi constituída pelos sujeitos participantes no estudo realizado em Portugal Continental, que integra o estudo Internacional HBSC – Health Behaviour in School-aged Children. O estudo decorreu durante o mês de Janeiro de 2006, incluindo alunos do 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade de escolas públicas do país, com média de idades igual a 14 anos, num total de 4877 adolescentes. O instrumento utilizado foi o questionário do HBSC, que no estudo português seguiu o formato indicado no protocolo (Currie *et al.*, 2001).

Resultados: Os resultados encontrados revelam que os adolescentes que não têm amigos são os que mais consomem substâncias ilícitas, mais se sentem tristes, sozinhos e infelizes, aqueles que mais consomem substâncias ilícitas são os que mais se sentem tristes e infelizes e que passam mais horas a ver TV, jogar playstation e a navegar na internet. Estes resultados vêm alertar para os comportamentos de risco associados aos adolescentes socialmente isolados.

Introdução

As amizades são geralmente assumidas como recíprocas, ou seja, quando consideramos alguém nosso amigo, está implícito que o outro pensa da mesma forma (Vaquera & Kao, 2007). Assim, o grupo de pares tem um papel essencial na formação da identidade dos adolescentes, através do desenvolvimento de atitudes, opiniões, prioridades e objectivos (Sussman, Unger & Dent, 2004). Simultaneamente à necessidade de integração num grupo de pares, os adolescentes tendem a distanciar-se do controlo parental e de outras figuras de autoridade, já que comportamentos como o consumo de álcool, marijuana, ou comportamentos delinquentes, ocorrem essencialmente nos locais habitualmente frequentados pelo grupo, como *pubs*, discotecas ou festas (Engels & Bogt, 2001). Assim, um dos elementos essenciais a ter em consideração na relação dos adolescentes com o grupo de pares, é o contexto aonde essas interações acontecem, até porque o tempo disponível entre o fim das aulas e o horário que devem chegar a casa, é por vezes onde sucedem esses comportamentos e por isso deve ser supervisionado e compreendido pelos adultos, com objectivo de evitar que ocorram (Goldestwin, Davis-Kean & Eccles, 2005).

Os comportamentos individuais são por vezes influenciados pelas normas e valores do grupo, que surgem através do convívio dos jovens. As diferenças sociais e psicológicas podem influenciar a forma como os adolescentes codificam e descodificam a informação transmitida pelo grupo de pares e pelos comportamentos desviantes e os relacionamentos mais próximos, com maior companheirismo e intimidade poderão ser mais influenciadores do que aqueles aonde existam poucas qualidades positivas, ou mais conflitos (Hartup, 2005). Acerca da influência da relação com os pais e com o grupo de pares, Beal, Ausiello, e Perrin (2001), realizaram um estudo com 208 estudantes do 6.º e 8.º anos de escolaridade de Massachusetts, onde verificaram que a influência dos pais sobre os adolescentes estava mais associada ao consumo de álcool, enquanto a influência dos pares surgia mais associada a todos os outros comportamentos de risco para a saúde (consumo de tabaco, comportamentos sexuais de risco, uso de haxixe), sugerindo que a relação com os pares pode ser melhor preditora dos comportamentos de risco durante a adolescência. Já Engels e Bogt (2001), observaram que ter um amigo chegado tornava mais fácil a integração no grupo de pares e estava associado a um maior índice de competências de amizade, os autores verificaram que os adolescentes que bebem, consomem marijuana, ou que se envolvem em comportamentos delinquentes, relatavam encontrar-se mais próximos dos pares, pois esses comportamentos eram vistos como positivos na relação dos adolescentes com os pares.

O consumo de substâncias na adolescência poderá coincidir com o consumo pelo grupo de pares, uma vez que a associação com pares que consomem substâncias, aumenta a probabilidade do consumo ser percebido como norma e assim reforçá-lo (Morton & Chen, 2006). No estudo realizado por Morton e Chen (2006), com uma amostra constituída por 2453 adolescentes que frequentavam do 6.º ao 9.º anos de escolaridade, os autores presenciaram

uma associação entre o consumo de substâncias nos adolescentes e o consumo pelo grupo de pares.

Outra variável importante a considerar na relação dos adolescentes com o grupo de pares é o género, pois os rapazes e raparigas interagem de forma diversa com os pares (Pereira, & Matos, 2005), assim, a interacção com os pares é diferente em função do género (Markovits, Benenson & Dolenszky, 2001). Nesse sentido, Nangle (2004), realizou um estudo com o objectivo de verificar a existência de diferenças nas amizades entre os géneros, onde observou que os adolescentes tendiam a associar-se a pares semelhantes a nível do estatuto social e estilo comportamental, e que essa tendência aumentava entre as raparigas, que preferiam estabelecer amizades mais próximas. Encontram-se também diferenças entre os géneros e o tipo de relação que os adolescentes mantêm com o grupo de pares e o consumo de substâncias. Kuntsche e Gmel (2004), num estudo realizado com 3861 adolescentes dos 8.º e 9.º anos de escolaridade, verificaram que os rapazes tendem a embebedar-se mais do que as raparigas, o que ocorre em grupos com diferentes níveis de integração social. Já Clark e Lohéac (2006), analisaram os dados do «National Longitudinal Study of Adolescent Health» (Add Health), que incluía adolescentes americanos que frequentavam do 7.º ao 12.º anos de escolaridade, e encontraram que o consumo de tabaco, álcool e marijuana, estavam associados ao comportamento do grupo de pares e que o efeito do grupo era mais forte para os comportamentos de risco, especialmente para o consumo de álcool, mais nos rapazes do que nas raparigas.

Ainda relativamente à exploração das diferenças entre os géneros e o consumo de substâncias, Barber, Bolitho e Bertrand (1999), realizaram um estudo com 1942 adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, onde concluíram que as diferenças entre os rapazes e as raparigas relativamente aos preditores do consumo de substâncias eram mais notáveis entre os adolescentes mais novos. Assim, no grupo dos rapazes com 12-13 anos, o consumo de substâncias estava mais associado ao consumo de drogas pelos amigos e com problemas de comportamento, nas raparigas da mesma idade, o consumo de substâncias estava associado à aprovação dos pares para o consumo e à influência dos pares para o consumo. Entre os 14-15 anos, os problemas de comportamento e o consumo de substâncias pelos amigos continuavam a estar associados mais aos rapazes. Nessa idade, o consumo de substâncias entre os amigos passava a ser mais importante para os rapazes do que para as raparigas. Finalmente, no grupo dos mais velhos (16-17 anos), os factores dominantes para ambos géneros, era o consumo de substâncias entre os amigos e os problemas de comportamento, onde o consumo entre os amigos era mais importante para os rapazes do que para as raparigas. Assim, no geral, os autores consideram que a influência dos pares é melhor preditor do consumo de substâncias nos rapazes do que nas raparigas. Com o mesmo objectivo foi o estudo de Kokkevi e colaboradores (2007), baseado no «Cross-Sectional School Population Survey» (ESPAD), com 16445 adolescentes de seis países Europeus, em que os autores verificaram que os rapazes apresentavam maior prevalência

do consumo de substâncias ilícitas do que as raparigas e que essas diferenças eram menos marcadas para o consumo de tabaco.

Para a análise do consumo de substâncias nos adolescentes, Grunbaum, Tortolero, Weller, e Gingiss (2000), concretizaram um estudo com 475 adolescentes de 51 escolas do Texas, com objectivo de verificar os factores culturais, sociais e interpessoais associados ao consumo de álcool, tabaco e substâncias ilícitas em que observaram que o género masculino era preditor para todas as categorias do consumo de substâncias utilizadas e que os estudantes que apresentavam mais sintomas de depressão consumiam mais marijuana e cocaína. Kokkevi e colaboradores (2007), verificaram que os rapazes apresentavam maior prevalência do consumo de substâncias ilícitas do que as raparigas e que essas diferenças eram menos marcadas para o consumo de tabaco e ainda uma associação entre o consumo de tabaco e os jovens que saem mais vezes à noite com os amigos e que têm mais amigos que também fumam, e que o consumo de marijuana e substâncias ilícitas estava associada ao ter amigos ou irmãos que consomem essas substâncias.

Até aqui pode-se indagar que o grupo de pares exerce influência na opção por um estilo de vida saudável durante a adolescência, através dos processos interpessoais de comunicação que ocorrem no grupo (Stiles, 2004). Dessa forma, os jovens inseridos em grupos aonde existe uma relação de apoio mútuo e intimidade, ou seja, os que têm amizades mais próximas, podem ter menos probabilidade de apresentar sintomas de depressão do que os que não possuem suporte social por parte do grupo (Claudino, Cordeiro & Arriaga, 2006; Field, 2002). Zimmerman (2004), através do estudo com 43 adolescentes, com objectivo de pesquisar se as diferenças na amizade e na relação com os pares se encontravam associadas às representações de afecto, concluiu que os adolescentes com representações de afecto mais estáveis, referiam amizades mais próximas e também um conceito mais elaborado sobre a amizade. Esses adolescentes referiam também estar mais frequentemente integrados num grupo de pares mais alargado, geralmente em ambiente escolar, ter competências emocionais mais apropriadas para lidar com situações conflituosas, menos hostilidade e índices de ansiedade social menos elevadas. No mesmo sentido foi o estudo de Tarrant, Mackenzie e Hewitt (2006), com uma amostra constituída por 114 adolescentes Britânicos, com idades compreendidas entre os 14 e os 15 anos, em que os adolescentes com maior identificação ao grupo de pares, possuíam mais auto-estima.

Chung e Furnham (2002), verificaram a existência de uma relação entre a amizade, a autoconfiança e a felicidade, aonde a amizade e a autoconfiança, surgiram como moderadores do auto-relato de felicidade. Assim, a amizade também poderá ser um forte preditor da felicidade, já que providencia suporte social, permitindo a partilha de interesses comuns, sentimentos e emoções. Corsano, Majorano e Champretavy (2006), no estudo realizado com 330 adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 19 anos, de quatro escolas Italianas, encontraram que o bem-estar psicológico nos adolescentes mais novos depende

da aceitação e integração num grupo de pares e que a insatisfação associada às relações interpessoais ia decrescendo com a idade. Já Vaquera e Kao (2007), consideram que o bem-estar nos adolescentes está associado a amizade, e se a amizade for recíproca essa associação torna-se ainda mais forte, no estudo realizado com uma amostra representativa, constituída pelos sujeitos participantes no Add Health, as autoras observaram que a reciprocidade da amizade era uma dimensão muito importante na vida dos adolescentes.

Dessa forma, consideram que a satisfação com as relações sociais são vitais para uma boa saúde mental e física e uma vez que damos tanta importância às relações sociais que matemos, não surpreende que quando essas relações são negativas, os sujeitos desenvolvam mais sintomas de depressão, ansiedade ou até mesmo raiva (Heinrich & Gullone, 2006), demonstrando que a falta de habilidades sociais pode levar a consequências psicológicas (Segrin & Taylor, 2007). Segrin e Taylor (2007), num estudo realizado com 703 sujeitos, com idades compreendidas entre os 18 e os 87 anos, observaram que as habilidades sociais estavam fortemente associadas às relações positivas com outras pessoas, que simultaneamente estavam associadas ao bem-estar psicológico.

Ainda relativamente à amizade, Demir, Ozdemir, e Weitekamp (2007), encontraram que o melhor amigo era o melhor preditor da felicidade. No mesmo sentido foram os resultados encontrados por Demir e Weitekamp (2007), com uma amostra constituída por 423, com média de idade igual a 22,5 anos, que revelaram que não só a amizade seria preditor da felicidade, mas também a qualidade das amizades. Os autores verificaram que o mais importante não era a quantidade de amigos, mas a qualidade da relação e que a dimensão companheirismo, era considerada uma das mais importantes na associação à felicidade, assim como o envolvimento em actividades com os amigos.

No que se refere aos tempos livres, são considerados como parte de um desenvolvimento saudável na vida dos adolescentes (Sharp, Caldwell, Graham & Ridenour, 2006), o tempo livre passado com os amigos é por vezes associado ao bem-estar psicológico (Laftman & Ostberg, 2006). Silva e colaboradores (2007), no estudo realizado com 960 adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos, presenciaram que o sedentarismo, o tabagismo e a ingestão ou abuso de bebidas alcoólicas estavam associadas às pontuações mais baixas de bem-estar psicológico.

Já Sharp e colaboradores (2006), verificaram que a motivação dos adolescentes para os tempos livres e a influência dos pais estavam associados com maior interesse no envolvimento de actividades interessantes nos tempos livres.

Apesar dos benefícios apontados à prática de actividade física, como lidar de forma mais eficaz com stress, os sentimentos de bem-estar, entre outros (Iwasaki, Zuzanek & Mannell, 2001), os adolescentes passam cada vez mais horas a ver TV, jogar jogos (como Playstation), ou a navegar na Internet (Matos *et al.*, 2006). O tempo livre que os adolescentes gastam em actividades sedentárias

como ver TV, usar o computador, ou jogar videojogos é superior ao que gastam a praticar actividade física (Sjolie & Thuen, 2002), apesar de por vezes essas actividades estarem mais associadas ao consumo de substâncias ilícitas, álcool e tabaco e a comportamentos violentos (Strasburgues & Donnerstein, 2000).

Prezza, Pacilli, & Dinelli (2004), observaram que os adolescentes que mais utilizavam a Internet referiam ter mais amigos «on-line», facto analisado pelos autores através de duas perspectivas: a Internet poderá contribuir para facilitar e melhorar as amizades, ou ainda, que o aumento da homogeneidade e similaridade nos comportamentos que caracterizam esses adolescentes, podem motivar cada vez mais a utilização dessa tecnologia. Os autores referem que a Internet pode também ser factor resultante de negligência dos amigos e das tarefas escolares, para os que mais a utilizam, já que pode absorver tempo e atenção que usualmente lhes eram dedicados. Punamaki *et al.* (2006), realizaram um estudo com 7292 jovens Finlandeses com 12, 14, 16 e 18 anos, e verificaram que os rapazes jogam mais jogos digitais e passam mais tempo na Internet do que as raparigas, estas utilizam mais frequentemente o telemóvel. Os autores observaram ainda que a utilização intensiva das tecnologias de informação e comunicação (ICT) (telemóveis, jogos de computador, enviar e receber e-mail e navegar na Internet), estava associada à uma pior percepção de saúde, que por sua vez estava associada negativamente aos hábitos de sono.

Portanto, através da revisão apresentada, pode-se observar uma associação entre o grupo de pares, o consumo de substâncias, à solidão, a felicidade e as actividades de lazer. Partindo dessa perspectiva, o objectivo deste estudo é explorar mais profundamente a relação entre o grupo de pares, o consumo de substâncias, a felicidade e as actividades de lazer.

Metodologia

Caracterização da amostra

A amostra utilizada neste estudo é constituída pelos sujeitos participantes no estudo Português realizado em Portugal Continental em 2006, parte integrante do estudo Internacional HBSC – Health Behaviour in School-aged Children (www.hbsc.org; www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com). Portugal foi incluído como parceiro neste estudo pela primeira vez em 1996.

O estudo HBSC iniciou-se em 1982 através de uma equipa de investigadores da Finlândia, Noruega e Inglaterra e desde 1985/86 é realizado de 4 em 4 anos. Ao longo dos anos o estudo foi crescendo e actualmente conta com a participação de 44 países Europeus e da América do Norte, em colaboração com a Organização Mundial de Saúde (Roberts *et al.*, 2007). O estudo tem como objectivo conseguir uma nova e maior compreensão do comportamento de saúde dos adolescentes, saúde e bem-estar no seu contexto social, através

da recolha de dados que permitam comparações nacionais e internacionais, de forma a alcançar este objectivo (Roberts *et al.*, 2007).

O estudo Português incluiu alunos dos 6.º, 8.º e 10.º anos do ensino público regular com média de idades de 14 anos (SD = 1,89). A amostra nacional consistiu em 4877 estudantes de 257 turmas, de 125 escolas Portuguesas escolhidas aleatoriamente, representativa dos referidos anos de escolaridade e estratificada por regiões de Educação Regional. Os alunos foram distribuídos da seguinte forma: Norte: 43,7%, Centro: 15,4%, Lisboa: 28,8%, Alentejo: 6,9% e Algarve: 5,2%. Destes, 50,4% eram raparigas e 49,6% rapazes, e foram distribuídos da seguinte forma: 31,7% no 6.º ano de escolaridade, 35,7% no 8.º ano de escolaridade e 32,6% no 10.º ano de escolaridade. A taxa de resposta foi de 92% para escolas, 87% para turmas e 87% para alunos.

Instrumento

O instrumento no qual se baseia o estudo é um questionário de auto-administração aplicado nas escolas pelos professores.

O questionário providencia informação sobre os indicadores de saúde e comportamentos relacionados com a saúde e circunstâncias de vida dos adolescentes. As questões abrangem informação demográfica, incluindo a idade, estrutura familiar, estatuto sócio-económico; relações sociais com a família, pares e no ambiente escolar; comportamento de saúde, como a actividade física, comportamento alimentar, consumo de álcool, tabaco, marijuana, comportamento sexual, violência, *bullying*, entre outros; e indicadores de bem-estar, incluindo sintomas físicos e psicológicos, satisfação com a vida, entre outros (Currie *et al.*, 2001).

No estudo Português, o questionário inclui todos os itens obrigatórios que abrangem questões demográficas, aspectos da saúde comportamental e psicossocial, seguindo o formato indicado no protocolo (Currie *et al.*, 2001).

Questões utilizadas

Questões dos pares:

Neste momento, quantos bons amigos(as) tens? Opções de resposta: Nenhum; Um; Dois ou mais.

Quantas vezes por semana saís à noite com os teus amigos? Opções de resposta: Nenhuma noite; Uma a duas noites; Três a seis noites; Todas as noites.

A maior parte dos amigos do teu grupo... Opções de resposta: a) É mais novo do que tu; b) É mais velho do que tu; c) Têm mais ou menos a mesma idade que tu; d) Têm diferentes idades.

A maior parte dos amigos do meu grupo: (assinala apenas uma opção para cada frase). *a)* São bons alunos na escola; *b)* Fumam cigarros; *c)* Embebedam-se; *d)* Já usaram drogas para ficar «pedrados» Opções de resposta: Raramente ou nunca; Algumas vezes; Frequentemente.

Tens um ou vários amigos que sejam especiais para ti, em quem confies, que te façam sentir bem contigo mesmo, e que te apoiem quando precisas. (Assinala apenas uma resposta). Opções de resposta: *a)* Sim, tenho um ou mais amigos assim especiais; *b)* Não, não tenho amigos assim neste momento.

Com que à vontade te sentes para falar sobre os temas que te preocupam com as seguintes pessoas? *g)* Melhor amigo; *h)* Amigos do mesmo sexo; *i)* Amigos do sexo oposto; Opções de resposta: Fácil; difícil; Não tenho ou não vejo essa pessoa.

Questões do Consumo de Substâncias:

Quantas vezes fumas tabaco? Opções de resposta: Todos os dias; Uma vez por semana ou menos; Eu não fumo.

Já alguma vez ficaste embriagado («apanhaste uma bebedeira»)? Opções de resposta: Não, nunca; Sim, uma vez; Sim, 2-10 vezes; Sim, mais de 10 vezes.

Quantas vezes consumiram drogas ilegais no último mês? Opções de resposta: *a)* Nenhuma; *b)* 1 vez; *c)* Mais do que uma vez; *d)* Consumo regularmente.

Já alguma vez experimentaste algum destes produtos? *a)* Bebida alcoólica; *b)* Haxixe ou erva; *d)* Medicamentos geralmente usados como drogas; *e)* Heroína; *f)* Cocaína; *g)* Ecstasy; *j)* LSD; Opções de resposta: sim; não.

Questões sobre a Felicidade:

No geral, como te sentes presentemente em relação à vida? Opções de resposta: Feliz; Infeliz.

Pensa na última semana... (Assinala uma resposta para cada linha). Sentiste-te triste? Opções de resposta: Raramente/Nunca; Algumas vezes; Frequentemente.

Fico tão triste que parece que não aguento; Opções de resposta: *a)* Nunca ou quase nunca me acontece; *b)* Acontece-me às vezes; *c)* Ando assim quase sempre.

Questões Internet, Playstation e TV:

Durante o teu tempo livre, quantas horas por dia costumás ver televisão (incluindo vídeos e DVD)? (Assinala uma opção para os *dias de semana* e outra para o *fim-de-semana*).

Durante o teu tempo livre, quantas horas por dia usas para jogar no computador ou na consola (Playstation, Xbox, etc.)? (Assinala uma opção para os *dias de semana* e outra para o *fim-de-semana*).

Durante o teu tempo livre, quantas horas por dia usas o computador (para «conversar»/«chats», «navegar» na internet, ou «enviar e-mails», trabalhos de casa, etc.)? (Assinala uma opção para os *dias de semana* e outra para o *fim de semana*). Opções de resposta: Meia hora ou menos; 1 a 3 horas; 4 horas ou mais.

Procedimento

A unidade de análise usada neste estudo foi a turma. Em cada escola as turmas foram seleccionadas aleatoriamente a fim de se encontrar o número requerido de alunos para cada turma, que era proporcional ao número dos mesmos fornecidos pelo Ministério da Educação. Os professores administraram os questionários na sala de aula. A participação dos alunos era voluntária. O estudo ocorreu em Janeiro de 2006.

Resultados

A amostra do presente estudo é constituída por 4877 adolescentes, dos quais 49,6% pertencem ao género feminino e 50,4% ao género masculino, com média de idades de 14 anos, distribuídos por 31,7% que frequentam o 6.º ano de escolaridade, 35,7% o 8.º ano de escolaridade e 32,6% o 10.º ano.

Para analisar as diferenças entre os géneros, escolaridade, as diferenças existentes para o grupo de pares e para o consumo de substâncias, recorreu-se ao teste Qui-Quadrado.

Género

Para as diferenças entre os géneros, observou-se que os rapazes saem mais vezes à noite com os amigos, têm mais dificuldade em falar com o melhor amigo e com amigos do mesmo género, têm mais amigos mais velhos do que eles, têm mais amigos que se embebedam mais frequentemente, os rapazes já estiveram embriagados mais vezes, consomem substâncias ilícitas mais regularmente, mais heroína, mais ecstasy, mais LSD, sentem-se mais felizes relativamente à vida e jogam *playstation* mais horas ao fim de semana e durante a semana. As

raparigas têm mais amigos que são bons alunos na escola, têm mais dificuldade em falar com amigos do mesmo género, sentem-se tristes mais frequentemente e referem mais vezes que ficam tão tristes que parece que não aguentam (ver tabela I).

Tabela I – Género para relação com pares, felicidade e consumos

		Rapazes		Raparigas		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%			
Bons Amigos	Não tenho	17	0,7	18	0,8	35	n.s.	
	Um	27	1,2	38	1,6	65		
	Dois ou mais	2263	98,1	2312	97,6	4575		
Ter um ou mais amigos especiais	Sim	2083	92,1	2303	96,6	4386	44,14***	1
	Não	178	7,9	81	3,4	259		
Sair noite amigos	Nenhuma noite	1014	43,0	1337	55,2	2351	133,57***	3
	Uma-Duas noites	898	38,1	872	36,0	1770		
	Três-Seis noites	313	13,3	174	7,2	487		
	Todas noites	133	5,6	40	1,7	173		
A maior parte dos amigos...	Mais novo	220	9,7	125	5,4	345	42,83***	3
	Mais velho	335	14,8	279	12,0	614		
	Mais ou menos mesma idade	1462	64,4	1651	70,9	3113		
	Diferentes idades	254	11,2	275	11,8	529		
Maioria amigos são bons alunos	Raramente/Nunca	160	7,3	66	2,9	226	48,42***	2
	Algumas vezes	1094	50,0	1172	50,6	2266		
	Frequentemente	933	42,7	1076	46,5	2009		
Maioria amigos fumam cigarros	Raramente/Nunca	1255	69,0	1372	69,9	2627	n.s.	
	Algumas vezes	352	19,3	351	17,9	703		
	Frequentemente	213	11,7	240	12,2	453		
Maioria amigos embriagam-se	Raramente/Nunca	1278	69,8	1467	76,3	2745	24,23***	2
	Algumas vezes	409	22,3	361	18,8	770		
	Frequentemente	145	7,9	95	4,9	240		
Maioria amigos já usaram drogas	Raramente/Nunca	1498	84,1	1705	90,5	3203	37,86***	2
	Algumas vezes	171	9,6	123	6,5	294		
	Frequentemente	112	6,3	55	2,9	167		
Facilidade falar melhor amigo	Fácil	1908	85,8	2140	91,3	4048	34,24***	2
	Difícil	228	10,3	142	6,1	370		
	Não tenho ou não vejo	88	4,0	63	2,7	151		

(continua)

Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um Estilo?

(continuação)

		Rapazes		Raparigas		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%			
Falar amigos mesmo género	Fácil	1772	79,9	2077	89,4		80,05***	2
	Difícil	370	16,7	213	9,2			
	Não tenho ou não vejo	76	3,4	34	1,5			
Falar amigos género oposto	Fácil	1364	62,4	1281	55,9	2645	48,44***	2
	Difícil	711	32,5	948	41,4	1659		
	Não tenho ou não vejo	112	5,1	62	2,7	174		
Embriaguez	Nunca	1681	70,5	1871	76,8	3552	39,96***	3
	Uma vez	289	12,1	264	10,8	553		
	Duas-Dez vezes	319	13,4	261	10,7	580		
	Mais de Dez vezes	95	4,0	39	1,6	134		
Consumo Tabaco	Todos dias	109	4,6	131	5,4	240	10,55**	2
	1 vez/semana ou menos	197	8,3	146	6,0	343		
	Eu não fumo	2067	87,1	2145	88,6	4212		
Consumo substâncias ilícitas último mês	Nenhuma	2050	93,4	2223	97,5	4273	44,81***	3
	Uma vez	60	2,7	26	1,1	86		
	Mais uma vez	47	2,1	19	0,8	66		
	Regularmente	37	1,7	11	0,5	48		
Experimentar Haxixe	Sim	238	10,6	140	5,9	378	33,21***	1
	Não	2015	89,4	2227	94,1	4242		
Experimentar Heroína	Sim	48	2,2	14	0,6	62	20,87***	1
	Não	2165	97,8	2325	99,4	4490		
Experimentar Cocaína	Sim	39	1,7	33	1,4	72	n.s.	
	Não	2230	98,3	2261	98,6	4491		
Experimentar Ecstasy	Sim	52	2,3	20	0,9	72	16,24***	1
	Não	2167	97,7	2320	99,1	4487		
Experimentar LSD	Sim	60	2,8	19	0,8	79	24,57***	1
	Não	2046	97,2	2232	99,2	4278		
Felicidade	Feliz	2018	85,7	1919	79,7	3937	30,57***	1
	Infeliz	336	14,3	490	20,3	826		

(continua)

(continuação)

		Rapazes		Raparigas		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%			
Sentir Triste	Raramente/Nunca	1550	65,0	1153	47,5	2703	153,16***	2
	Algumas vezes	676	28,3	987	40,6	1663		
	Frequentemente	160	6,7	289	11,9	449		
Fico tão triste que parece que não aguento	Nunca ou quase nunca acontece	1593	68,0	1090	45,3	2683	251,37***	2
	Acontece-me às vezes	696	29,7	1203	50,0	1899		
	Quase sempre	52	2,2	113	4,7	165		
Ver TV – Semana	30 minutos ou menos	284	12,0	241	10,0	525	n.s.	
	Uma-Três horas	1239	52,5	1304	53,9	2543		
	Quatro ou mais horas	837	35,5	874	36,1	1711		
Ver TV – Fim-de-Semana	30 minutos ou menos	153	6,5	118	4,9	271	6,84*	2
	Uma-Três horas	855	36,4	863	35,7	1718		
	Quatro ou mais horas	1339	57,1	1434	59,4	2772		
Jogar Playstation – Semana	30 minutos ou menos	657	27,9	1409	58,1	2066	518,73***	2
	Uma-Três horas	1115	47,4	830	34,2	1945		
	Quatro ou mais horas	582	24,7	186	7,7	768		
Jogar Playstation – Fim-de-Semana	30 minutos ou menos	394	16,7	1151	47,7	1545	685,74***	2
	Uma-Três horas	937	39,8	900	37,3	1837		
	Quatro ou mais horas	1022	43,4	362	15,0	1384		
Internet – Semana	30 minutos ou menos	1037	44,1	1100	45,5	2137	10,13**	2
	Uma-Três horas	923	39,3	995	41,2	1918		
	Quatro ou mais horas	389	16,6	321	13,3	710		
Internet – Fim-de-Semana	30 minutos ou menos	957	41,1	1000	41,5	1957	5,99*	2
	Uma-Três horas	791	34,0	876	36,4	1667		
	Quatro ou mais horas	581	24,9	533	22,1	1114		

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Escolaridade

Para a escolaridade, os adolescentes do 6.º ano referem mais frequentemente que têm amigos mais novos, que nunca consumiram drogas no último mês, são mais felizes, ficam tão tristes que parece que não aguentam menos vezes. Os do 8.º ano, saem mais vezes à noite com os amigos, vêm TV mais horas durante a semana e ao fim de semana, jogam mais horas *playstation* durante a semana e ao fim de semana. E os adolescentes que frequentam o 10.º ano, referem que fumam mais frequentemente, já ficaram mais vezes embriagados, já experimentaram mais haxixe, sentem-se tristes mais frequentemente, estão mais horas na Internet durante a semana e fim-de-semana, que os amigos fumam mais frequentemente, que os amigos embebedam-se mais frequente, que os amigos usaram mais vezes substâncias, têm mais dificuldade em falar com o melhor amigo, em falar com os amigos do género oposto, e em falar com os amigos do mesmo género (ver tabela 2).

Tabela 2 – Anos de escolaridade para a relação com os pares, felicidade e consumos

		6.º ano		8.º ano		10.º ano		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Bons Amigos	Não tenho	8	0,5	13	0,8	14	0,9	35	n.s.	
	Um	23	1,6	20	1,2	22	1,4	65		
	Dois ou mais	1433	97,9	1653	98,0	1489	97,6	4575		
Ter um ou mais amigos especiais	Sim	1351	93,3	1576	94,7	1459	95,2	4386	n.s.	
	Não	97	6,7	89	5,3	73	4,8	259		
Sair noite amigos	Nenhuma noite	974	65,2	834	48,6	543	34,6	2351	372,44***	6
	Uma-Duas noites	324	21,7	610	35,5	836	53,3	1770		
	Três-Seis noites	134	9,0	197	11,5	156	9,9	487		
	Todas noites	63	4,2	76	4,4	34	2,2	173		
A maior parte dos amigos...	Mais novo	135	9,4	126	7,7	84	5,5	345	33,08***	6
	Mais velho	190	13,2	221	13,5	203	13,3	614		
	Mais ou menos mesma idade	915	63,6	1108	67,7	1090	71,5	3113		
	Diferentes idades	199	13,8	182	11,1	148	9,7	529		
Maioria amigos são bons alunos	Raramente/Nunca	86	6,3	79	4,8	61	4,1	226	n.s.	
	Algumas vezes	671	48,8	834	51,1	761	50,9	2266		
	Frequentemente	618	44,9	719	44,1	672	45,0	2009		
Maioria amigos fumam cigarros	Raramente/Nunca	869	85,7	987	71,9	771	55,2	2627	273,24***	
	Algumas vezes	94	9,3	252	18,4	357	25,6	703		
	Frequentemente	51	5,0	133	9,7	269	19,3	453		

(continua)

Consumo de Substâncias e Felicidade nos Adolescentes Socialmente Isolados

(continuação)

		6.º ano		8.º ano		10.º ano		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Maioria amigos embriagam-se	Raramente/Nunca	917	89,2	1020	75,6	808	58,7	2745	287,27***	
	Algumas vezes	78	7,6	250	18,5	442	32,1	770		
	Frequentemente	33	3,2	80	5,9	127	9,2	240		
Maioria amigos usaram drogas	Raramente/Nunca	974	94,7	1197	90,5	1032	78,7	3203	153,64***	
	Algumas vezes	34	3,3	75	5,7	185	14,1	294		
	Frequentemente	21	2,0	51	3,9	95	7,2	167		
Facilidade falar melhor amigo	Fácil	1186	85,0	1449	87,7	1413	93,0	4048	51,79***	4
	Difícil	153	11,0	150	9,1	67	4,4	370		
	Não tenho ou não vejo	57	4,1	54	3,3	40	2,6	151		
Facilidade falar amigos mesmo género	Fácil	1100	80,6	1394	84,8	1355	88,3	3849	56,99***	4
	Difícil	201	14,7	217	13,2	165	10,8	583		
	Não tenho ou não vejo	63	4,6	33	2,0	14	0,9	110		
Facilidade falar amigos género oposto	Fácil	601	45,4	956	58,5	1088	71,6	2645	242,76***	4
	Difícil	618	46,7	629	38,5	412	27,1	1659		
	Não tenho ou não vejo	105	7,9	50	3,1	19	1,3	174		
Embriaguez	Nunca	1328	87,3	1284	74,7	940	59,5	3552	376,31***	6
	Uma vez	133	8,7	206	12,0	214	13,6	553		
	Duas-Dez vezes	50	3,3	186	10,8	344	21,8	580		
	Mais de Dez vezes	11	0,7	42	2,4	81	5,1	134		
Consumo Tabaco	Todos dias	22	1,4	73	4,3	145	9,2	240	136,83***	
	1 vez/semana ou menos	64	4,2	140	8,2	139	8,8	343		
	Não fumo	1432	94,3	1492	87,5	1288	81,9	4212		
Consumo substâncias ilícitas último mês	Nenhuma	1385	98,5	1525	95,8	1363	92,4	4273	74,88***	6
	Uma vez	11	0,8	28	1,8	47	3,2	86		
	Mais uma vez	2	0,1	18	1,1	46	3,1	66		
	Regularmente	8	0,6	21	1,3	19	1,3	48		
Experimentar Haxixe	Sim	33	2,3	110	6,7	235	15,4	378	179,16***	2
	Não	1424	97,7	1530	93,3	1288	84,6	4242		

(continua)

Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um Estilo?

(continuação)

		6.º ano		8.º ano		10.º ano		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Experimental Heroína	Sim	17	1,2	32	2,0	13	0,9	62	7,73*	2
	Não	1417	98,8	1582	98,0	1491	99,1	4490		
Experimental Cocaína	Sim	27	1,9	24	1,5	21	1,4	72	n.s.	
	Não	1410	98,1	1611	98,5	1470	98,6	4491		
Experimental Ecstasy	Sim	18	1,2	31	1,9	23	1,5	72	n.s.	
	Não	1423	98,8	1583	98,1	1481	98,5	4487		
Experimental LSD	Sim	25	1,8	36	2,3	18	1,3	79	n.s.	
	Não	1338	98,2	1522	97,7	1418	98,7	4278		
Felicidade	Feliz	1332	88,7	1363	80,3	1242	79,4	3937	56,99***	2
	Infeliz	169	11,3	335	19,7	322	20,6	826		
Sentir Triste	Raramente/Nunca	992	64,8	926	53,8	785	50,2	2703	74,96***	4
	Algumas vezes	440	28,7	616	35,8	607	38,8	1663		
	Frequentemente	100	6,5	178	10,3	171	10,9	449		
Fico tão triste que parece que não aguento	Nunca ou quase nunca acontece	964	64,7	920	54,2	799	51,3	2683	62,76***	4
	Acontece às vezes	478	32,1	719	42,3	702	45,1	1899		
	Quase sempre	49	3,3	59	3,5	57	3,7	165		
Ver TV – Semana	30 minutos ou menos	253	16,8	137	8,0	135	8,6	525	107,05***	4
	Uma-Três horas	773	51,4	856	50,1	914	58,3	2543		
	Quatro ou mais horas	479	31,8	714	41,8	518	33,1	1711		
Ver TV – Fim-de-Semana	30 minutos ou menos	157	10,5	55	3,2	59	3,8	271	142,53**	4
	Uma-Três horas	608	40,5	537	31,6	573	36,8	1718		
	Quatro ou mais horas	736	49,0	1110	65,2	927	59,5	2773		
Jogar Playstation – Semana	30 minutos ou menos	639	42,5	677	39,6	750	47,9	2066	28,21***	4
	Uma-Três horas	625	41,6	717	41,9	603	38,5	1945		
	Quatro ou mais horas	239	15,9	316	18,5	213	13,6	768		

(continua)

(continuação)

		6.º ano		8.º ano		10.º ano		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Jogar Playstation – Fim-de-Semana	30 minutos ou menos	495	32,9	488	28,7	562	36,0	1545	24,10***	4
	Uma-Três horas	586	39,0	666	39,1	585	37,5	1837		
	Quatro ou mais horas	422	28,1	548	32,2	414	26,5	1384		
Internet – Semana	30 minutos ou menos	874	58,6	776	45,4	487	31,1	2137	237,76***	4
	Uma-Três horas	473	31,7	677	39,6	768	49,1	1918		
	Quatro ou mais horas	145	9,7	256	15,0	309	19,8	710		
Internet – Fim-de-Semana	30 minutos ou menos	810	54,5	718	42,3	429	27,6	1957	248,06***	4
	Uma-Três horas	452	30,4	585	34,4	630	40,5	1667		
	Quatro ou mais horas	223	15,0	396	23,3	495	31,9	1114		

* $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,001$

Grupo de pares

Para as diferenças entre as questões do grupo de pares, verificou-se que os adolescentes que referem não ter nenhum amigo íntimo, têm mais dificuldade em falar com o melhor amigo, já experimentaram mais heroína, mais ecstasy, referem ter consumido substâncias ilícitas no último mês mais frequentemente, fumam mais frequentemente, sentem-se mais frequentemente tristes, sentem-se mais infelizes em relação à vida, ficam tão tristes que não aguentam mais frequentemente (ver tabela 3).

Tabela 3 – Número de amigos para relação com pares, consumos e solidão

		Não tenho		Um amigo		Dois ou mais amigos		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Ter um ou mais amigos especiais	Sim	10	32,3	56	88,9	4170	95,1	4236	238,85***	2
	Não	21	67,7	7	11,1	216	4,9	244		
Sair noite amigos	Nenhuma noite	23	67,6	45	70,3	2209	48,9	2277	18,24**	6
	Uma-Duas noites	6	17,6	14	21,9	1686	37,3	1706		
	Três-Seis noites	3	8,8	3	4,7	463	10,2	469		
	Todas noites	2	5,9	2	3,1	162	3,6	166		

(continua)

Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um Estilo?

(continuação)

		Não tenho		Um amigo		Dois ou mais amigos		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
A maior parte dos amigos...	Mais novo	6	24,0	7	12,1	314	7,2	327	12,96*	6
	Mais velho	4	16,0	8	13,8	568	13,0	580		
	Mais ou menos mesma idade	13	52,0	37	63,8	2979	68,3	3029		
	Diferentes idades	2	8,0	6	10,3	501	11,5	509		
Maioria amigos são bons alunos	Raramente/Nunca	2	8,3	6	10,3	204	4,8	212	n.s.	
	Algumas vezes	11	45,8	32	55,2	2130	50,0	2173		
	Frequentemente	11	45,8	20	34,5	1923	45,2	1954		
Maioria amigos fumam cigarros	Raramente/Nunca	14	73,7	38	73,1	2497	69,7	2549	n.s.	
	Algumas vezes	3	15,8	7	13,5	661	18,5	671		
	Frequentemente	2	10,5	7	13,5	423	11,8	432		
Maioria amigos embriagam-se	Raramente/Nunca	13	68,4	41	80,4	2603	73,1	2657	n.s.	
	Algumas vezes	5	26,3	6	11,8	738	20,7	749		
	Frequentemente	1	5,3	4	7,8	220	6,2	225		
Maioria amigos usaram drogas	Raramente/Nunca	14	66,7	45	90,0	3050	87,9	3109	10,52*	
	Algumas vezes	4	19,0	2	4,0	273	7,9	279		
	Frequentemente	3	14,3	3	6,0	148	4,3	154		
Facilidade falar melhor amigo	Fácil	17	56,7	46	74,2	3842	89,1	30	53,19***	4
	Difícil	7	23,3	12	19,4	340	7,9	62		
	Não tenho ou não vejo	6	20,0	4	6,5	128	3,0	4310		
Facilidade falar amigos mesmo género	Fácil	19	63,3	42	66,7	3654	85,3	3715	32,15***	
	Difícil	8	26,7	19	30,2	537	12,5	564		
	Não tenho ou não vejo	3	10,0	2	3,2	92	2,1	97		
Facilidade falar amigos género oposto	Fácil	15	50,0	24	38,7	2509	59,4	2548	14,77**	
	Difícil	12	40,0	35	56,5	1564	37,0	1611		
	Não tenho ou não vejo	3	10,0	3	4,8	150	3,6	156		
Embriaguez	Nunca	24	68,6	52	81,3	3331	73,6	3407	n.s.	
	Uma vez	3	8,6	4	6,3	528	11,7	535		
	Duas-Dez vezes	5	14,3	7	10,9	547	12,1	559		
	Mais de Dez vezes	3	8,6	1	1,6	122	2,7	126		

(continua)

Consumo de Substâncias e Felicidade nos Adolescentes Socialmente Isolados

(continuação)

		Não tenho		Um amigo		Dois ou mais amigos		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Consumo Tabaco	Todos dias	7	21,2	3	4,8	221	4,9	231	19,96***	4
	1 vez/semana ou menos	2	6,1	7	11,3	317	7,0	326		
	Não fumo	24	72,7	52	83,9	3968	88,1	4044		
Consumo substâncias ilícitas último mês	Nenhuma	28	87,5	55	93,2	4038	95,7	4121	43,98***	6
	Uma vez	0	0,0	2	3,4	80	1,9	82		
	Mais uma vez	0	0,0	1	1,7	61	1,4	62		
	Regularmente	4	12,5	1	1,7	39	0,9	44		
Experimentar Haxixe	Sim	5	15,2	6	9,7	345	7,9	356	n.s.	
	Não	28	84,8	56	90,3	4009	92,1	4093		
Experimentar Heroína	Sim	4	12,1	0	0,0	53	1,2	57	31,06***	2
	Não	29	87,9	60	100,0	4240	98,8	4329		
Experimentar Cocaína	Sim	0	0,0	0	0,0	72	100,0	72	n.s.	
	Não	34	100,0	64	100,0	4203	98,3	4301		
Experimentar Ecstasy	Sim	4	12,1	0	0,0	62	1,4	66	26,15***	
	Não	29	87,9	60	100,0	4236	98,6	4325		
Experimentar LSD	Sim	2	6,7	0	0,0	67	1,6	69	n.s.	
	Não	28	93,3	55	100,0	4050	98,4	4133		
Felicidade	Feliz	11	33,3	47	72,3	3734	83,2	3792	61,75***	2
	Infeliz	22	66,7	18	27,7	755	16,8	795		
Sentir Triste	Raramente/Nunca	9	26,5	30	46,9	2565	56,7	2604	27,28***	4
	Algumas vezes	15	44,1	23	35,9	1557	34,4	1595		
	Frequentemente	10	29,4	11	17,2	405	8,9	426		
Fico tão triste que parece que não aguento	Nunca ou quase nunca acontece	14	43,8	26	40,6	2538	56,7	2578	57,56***	4
	Acontece-me às vezes	10	31,3	32	50,0	1795	40,1	1837		
	Quase sempre	8	25,0	6	9,4	141	3,2	155		
Ver TV – Semana	30 minutos ou menos	5	14,7	8	12,3	490	10,9	503	n.s.	
	Uma-Três horas	17	50,0	42	64,6	2380	52,8	2439		
	Quatro ou mais horas	12	35,3	15	23,1	1636	36,3	1663		

(continua)

(continuação)

		Não tenho		Um amigo		Dois ou mais amigos		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Ver TV – Fim-de-Semana	30 minutos ou menos	2	5,9	4	6,2	250	5,6	256	n.s.	
	Uma-Três horas	13	38,2	27	41,5	1615	36,9	1655		
	Quatro ou mais horas	19	55,9	34	52,3	2620	58,4	2673		
Jogar Playstation – Semana	30 minutos ou menos	19	55,9	44	69,8	1922	42,6	1985	24,97***	4
	Uma-Três horas	7	20,6	15	23,8	1863	41,3	1885		
	Quatro ou mais horas	8	23,5	4	6,3	723	16,0	735		
Jogar Playstation – Fim-de-Semana	30 minutos ou menos	15	45,5	29	46,0	1431	31,8	1475	10,61*	4
	Uma-Três horas	8	24,2	23	36,5	1751	39,0	1782		
	Quatro ou mais horas	10	30,3	11	17,5	1312	29,2	1333		
Internet – Semana	30 minutos ou menos	23	67,6	37	59,7	1990	44,3	2050	14,75**	4
	Uma-Três horas	6	17,6	20	32,3	1823	40,6	1849		
	Quatro ou mais horas	5	14,7	5	8,1	681	15,2	691		
Internet – Fim-de-Semana	30 minutos ou menos	18	56,3	34	54,8	1822	40,7	1874	11,27*	4
	Uma-Três horas	8	25,0	22	35,5	1585	35,4	1615		
	Quatro ou mais horas	6	18,8	6	9,7	1066	23,8	1078		

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Os que referem sair com os amigos todas as noites, sentem-se menos vezes tristes, fumam mais frequentemente, já ficaram mais vezes embriagados, já consumiram mais vezes substâncias ilícitas no último mês, que já experimentaram mais vezes haxixe, heroína, ecstasy e LSD, vêm mais horas TV durante a semana e durante o fim-de-semana, jogam *playstation* mais horas durante a semana e ao fim-de-semana, estão mais horas na Internet durante a semana e fim-de-semana (ver tabela 4).

Tabela 4 – Sair à noite para relação com pares e consumos

		Nenhuma		1-2 noites		3-6 noites		Todas noites		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%	N	%			
Bons Amigos	Não tenho	23	1,0	6	0,4	3	0,6	2	1,2	34	18,25**	6
	Um	45	2,0	14	0,8	3	0,6	2	1,2	64		
	Dois ou mais	2209	97,0	1686	98,8	463	98,7	162	97,6	4520		
Ter um ou mais amigos especiais	Sim	2116	93,3	1621	95,6	440	97,3	143	92,3	4320	19,03***	3
	Não	153	6,7	75	4,4	12	2,7	12	7,7	252		
A maior parte dos amigos...	Mais novo	179	8,0	121	7,1	33	7,3	8	5,2	341	110,95***	9
	Mais velho	253	11,3	228	13,4	91	20,0	35	22,6	607		
	Mais ou menos mesma idade	1590	71,2	1158	68,0	261	57,5	68	43,9	3077		
	Diferentes idades	210	9,4	197	11,6	69	15,2	44	28,4	520		
Maioria amigos são bons alunos	Raramente/Nunca	78	3,6	80	4,8	23	5,5	40	27,8	221	176,44***	6
	Algumas vezes	1102	50,2	833	49,8	236	56,6	53	36,8	2224		
	Frequentemente	1016	46,3	760	45,4	158	37,9	51	35,4	1985		
Maioria amigos fumam cigarros	Raramente/Nunca	1460	83,4	882	61,0	193	49,0	60	41,7	2595	368,06***	6
	Algumas vezes	196	11,2	350	24,2	112	28,4	36	25,0	694		
	Frequentemente	95	5,4	214	14,8	89	22,6	48	33,3	446		
Maioria amigos embriagam-se	Raramente/Nunca	1525	88,0	912	63,4	208	52,4	63	46,0	2708	500,95***	6
	Algumas vezes	176	10,2	420	29,2	136	34,3	33	24,1	765		
	Frequentemente	31	1,8	107	7,4	53	13,4	41	29,9	232		
Maioria amigos usaram drogas	Raramente/Nunca	1635	94,7	1163	84,8	288	75,4	77	57,0	3163	333,84***	6
	Algumas vezes	66	3,8	148	10,8	55	14,4	21	15,6	290		
	Frequentemente	25	1,4	61	4,4	39	10,2	37	27,4	162		
Facilidade falar melhor amigo	Fácil	1903	86,0	1526	91,6	414	90,2	143	90,5	3986	32,54***	6
	Difícil	226	10,2	99	5,9	30	6,5	10	6,3	365		
	Não tenho ou não vejo	84	3,8	41	2,5	15	3,3	5	3,2	145		
Facilidade falar amigos mesmo género	Fácil	1795	81,9	1463	88,0	402	88,2	133	85,8	3793	46,76***	6
	Difícil	338	15,4	176	10,6	35	7,7	18	11,6	567		
	Não tenho ou não vejo	59	2,7	23	1,4	19	4,2	4	2,6	105		

(continua)

Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um Estilo?

(continuação)

		Nenhuma		1-2 noites		3-6 noites		Todas noites		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%	N	%			
Facilidade falar amigos género oposto	Fácil	1066	49,3	1114	67,8	305	68,8	125	80,1	2610	193,12***	6
	Difícil	995	46,0	489	29,8	117	26,4	24	15,4	1625		
	Não tenho ou não vejo	103	4,8	40	2,4	21	4,7	7	4,5	171		
Embriguez	Nunca	2039	87,8	1117	63,8	255	52,8	69	40,8	3480	721,48***	9
	Uma vez	190	8,2	244	13,9	85	17,6	26	15,4	545		
	Duas-Dez vezes	83	3,5	339	19,3	108	22,4	41	24,3	571		
	Mais de Dez vezes	10	0,4	52	3,0	35	7,2	33	19,5	130		
Consumo Tabaco	Todos dias	43	1,9	101	5,8	54	11,3	34	20,2	232	302,01***	6
	1 vez/semana ou menos	75	3,2	179	10,3	63	13,2	20	11,9	337		
	Não fumo	2201	94,9	1459	83,9	360	75,5	114	67,9	4134		
Consumo substâncias ilícitas último mês	Nenhuma	2158	98,9	1546	95,0	394	90,0	110	71,0	4208	475,77***	9
	Uma vez	12	0,5	46	2,8	18	4,1	9	5,8	85		
	Mais uma vez	8	0,4	28	1,7	16	3,7	12	7,7	64		
	Regularmente	5	0,2	7	0,4	10	2,3	24	15,5	46		
Experimentar Haxixe	Sim	55	2,4	181	10,8	75	16,5	58	37,9	369	338,69***	3
	Não	2205	97,6	1500	89,2	380	83,5	95	62,1	4180		
Experimentar Ecstasy	Sim	11	0,5	20	1,2	9	2,0	28	19,0	68	320,34***	3
	Não	2232	99,5	1636	98,8	431	98,0	119	81,0	4418		
Experimentar Heroína	Sim	11	0,5	12	0,7	6	1,4	29	19,6	58	403,25***	3
	Não	2230	99,5	1636	99,3	436	98,6	119	80,4	4421		
Experimentar Cocaína	Sim	34	1,5	29	1,8	5	1,1	3	1,8	71	n.s.	
	Não	2169	98,5	1628	98,2	448	98,9	161	98,2	4406		
Experimentar LSD	Sim	15	0,7	25	1,6	16	3,8	21	15,7	77	171,01***	3
	Não	2126	99,3	1568	98,4	403	96,2	113	84,3	4210		
Felicidade	Feliz	1910	82,5	1440	83,1	381	80,5	142	85,0	3873	n.s.	
	Infeliz	404	17,5	293	16,9	92	19,5	25	15,0	814		
Sentir Triste	Raramente/Nunca	1343	57,7	935	53,4	259	54,4	118	69,4	2655	25,82***	6
	Algumas vezes	769	33,0	653	37,3	175	36,8	34	20,0	1631		
	Frequentemente	216	9,3	164	9,4	42	8,8	18	10,6	440		

(continua)

Consumo de Substâncias e Felicidade nos Adolescentes Socialmente Isolados

(continuação)

		Nenhuma		1-2 noites		3-6 noites		Todas noites		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%	N	%			
Fico tão triste que parece que não aguento	Nunca ou quase nunca acontece	1340	58,2	952	55,0	251	52,5	102	63,0	2645	20,83**	6
	Acontece-me às vezes	879	38,2	726	41,9	213	4,6	49	30,2	1867		
	Quase sempre	83	3,6	53	3,1	14	2,9	11	6,8	161		
Ver TV – Semana	30 minutos ou menos	297	6,3	153	3,3	45	1,0	20	12,0	515	50,45***	6
	Uma-Três horas	1234	53,3	978	56,1	228	47,7	61	36,7	2501		
	Quatro ou mais horas	784	33,9	612	35,1	205	42,9	85	51,2	1686		
Ver TV – Fim-de-Semana	30 minutos ou menos	150	6,5	75	4,3	29	6,1	13	8,1	267	25,62***	6
	Uma-Três horas	854	37,0	639	36,7	155	32,6	37	23,0	1685		
	Quatro ou mais horas	1302	56,5	1028	59,0	291	61,3	111	68,9	2732		
Jogar Playstation – Semana	30 minutos ou menos	1145	49,6	727	41,6	132	27,6	33	19,9	2037	223,51***	6
	Uma-Três horas	888	38,5	736	42,1	230	48,0	56	33,7	1910		
	Quatro ou mais horas	275	11,9	286	16,4	117	24,4	77	46,4	755		
Jogar Playstation – Fim-de-Semana	30 minutos ou menos	831	36,0	538	30,9	118	24,6	32	19,2	1519	120,06***	6
	Uma-Três horas	918	39,8	684	39,3	157	32,8	47	28,1	1806		
	Quatro ou mais horas	557	24,2	518	29,8	204	42,6	88	52,7	1367		
Internet – Semana	30 minutos ou menos	1248	54,3	613	35,1	182	38,0	53	31,9	2096	255,45***	6
	Uma-Três horas	832	36,2	824	47,1	180	37,6	55	33,1	1891		
	Quatro ou mais horas	218	9,5	311	17,8	117	24,4	58	34,9	704		
Internet – Fim-de-Semana	30 minutos ou menos	1137	49,6	556	32,1	174	36,8	52	31,5	1919	203,21***	6
	Uma-Três horas	787	34,3	665	38,4	142	30,0	50	30,3	1644		
	Quatro ou mais horas	370	16,1	511	29,5	157	33,2	63	38,2	1101		

** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Consumo de substâncias

Relativamente ao consumo de substâncias, os adolescentes que afirmam que consumiram substâncias regularmente no último mês, têm menos amigos, saem mais à noite com os amigos, têm menos amigos bons alunos, têm mais amigos que se embriagam frequentemente, têm mais amigos que já usaram substâncias, falam mais facilmente com os amigos do género oposto, já se embriagaram mais vezes, fumam mais, referem mais vezes ter experimentado haxixe, mais heroína, mais *ecstasy*, andam mais vezes tão tristes que quase não aguentam, vêem TV mais horas durante a semana e menos horas no fim-de-semana, jogam *playstation* mais horas durante a semana e no fim de semana, estão na Internet mais horas durante a semana e durante o fim-de-semana (ver tabela 5).

Tabela 5 – Consumo de substâncias ilícitas e relações entre pares

		Nenhuma		1 vez		Mais do que 1 vez		Regularmente		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%	N	%			
Bons Amigos	Não tenho	28	0,7	0	0,0	0	0,0	4	9,1	32	43,98***	6
	Um	55	1,3	2	2,4	1	1,6	1	2,3	59		
	Dois ou mais	4038	98,0	80	97,6	61	98,4	39	88,6	4218		
Ter um ou mais amigos especiais	Sim	3902	94,6	80	97,6	59	95,2	38	90,5	4079	n.s.	
	Não	224	5,4	2	2,4	3	4,8	4	9,5	233		
Sair noite amigos	Nenhuma noite	2158	51,3	12	14,1	8	12,5	5	10,9	2183	474,77***	9
	Uma-Duas noites	1546	36,7	46	54,1	28	43,8	7	15,2	1627		
	Três-Seis noites	394	9,4	18	21,2	16	25,0	10	21,7	438		
	Todas noites	110	2,6	9	10,6	12	18,8	24	52,2	155		
A maior parte dos amigos...	Mais novo	301	7,4	4	5,0	6	9,5	2	4,9	313	60,60***	9
	Mais velho	517	12,8	25	31,3	13	20,6	9	22,0	564		
	Mais ou menos mesma idade	2790	68,8	41	51,3	37	58,7	15	36,6	2883		
	Diferentes idades	446	11,0	10	12,5	7	11,1	15	36,6	478		
Maioria amigos são bons alunos	Raramente/Nunca	178	4,5	10	12,3	8	13,1	15	40,5	211	125,41***	6
	Algumas vezes	1991	50,1	50	61,7	29	47,5	10	27,0	2080		
	Frequentemente	1809	45,5	21	25,9	24	39,3	12	32,4	1866		
Maioria amigos fumam cigarros	Raramente/Nunca	2406	72,6	18	23,1	10	16,7	9	21,4	2443	361,17***	6
	Algumas vezes	588	17,7	27	34,6	11	18,3	10	23,8	636		
	Frequentemente	320	9,7	33	42,3	39	65,0	23	54,8	415		

(continua)

(continuação)

		Nenhuma		1 vez		Mais do que 1 vez		Regularmente		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%	N	%			
Maioria amigos embriagam-se	Raramente/Nunca	2498	76,1	24	29,6	13	21,0	7	17,5	2542	352,18***	6
	Algumas vezes	624	19,0	39	48,1	29	46,8	13	32,5	705		
	Frequentemente	161	4,9	18	22,2	20	32,3	20	50,0	219		
Maioria amigos usaram drogas	Raramente/Nunca	2907	91,0	31	39,2	15	24,2	8	20,0	2961	762,66***	6
	Algumas vezes	205	6,4	31	39,2	20	32,3	10	25,0	266		
	Frequentemente	84	2,6	17	21,5	27	43,5	22	55,0	150		
Facilidade falar melhor amigo	Fácil	3573	88,6	77	91,7	60	92,3	37	82,2	3747	n.s.	
	Difícil	334	8,3	3	3,6	1	1,5	5	11,1	343		
	Não tenho ou não vejo	124	3,1	4	4,8	4	6,2	3	6,7	135		
Facilidade falar amigos mesmo género	Fácil	3391	84,8	72	88,9	55	84,6	36	81,8	3554	n.s.	
	Difícil	521	13,0	7	8,6	7	10,8	6	13,6	541		
	Não tenho ou não vejo	88	2,2	2	2,5	3	4,6	2	4,5	95		
Facilidade falar amigos género oposto	Fácil	2288	58,1	61	74,4	51	78,5	36	80,0	2436	32,39***	6
	Difícil	1506	38,2	19	23,2	11	16,9	6	13,3	1542		
	Não tenho ou não vejo	147	3,7	2	2,4	3	4,6	3	6,7	155		
Embriaguez	Nunca	3244	76,8	15	17,6	13	19,7	11	23,4	3283	902,30***	9
	Uma vez	471	11,1	22	25,9	2	3,0	3	6,4	498		
	Duas-Dez vezes	443	10,5	36	42,4	27	40,9	10	21,3	516		
	Mais de Dez vezes	67	1,6	12	14,1	24	36,4	23	48,9	126		
Consumo Tabaco	Todos dias	137	3,3	30	34,9	32	49,2	23	48,9	222	751,37***	6
	1 vez/semana ou menos	262	6,2	22	25,6	16	24,6	3	6,4	303		
	Não fumo	3813	90,5	34	39,5	17	26,2	21	44,7	3885		
Experimental Haxixe	Sim	193	4,7	64	76,2	55	84,6	42	87,5	354	1497,65***	3
	Não	3951	95,3	20	23,8	10	15,4	6	12,5	3987		
Experimental Ecstasy	Sim	23	0,6	11	14,3	9	14,8	25	51,8	68	1055,22***	3
	Não	4080	99,4	66	85,7	52	85,2	18	41,9	4216		
Experimental Heroína	Sim	20	0,5	4	5,3	6	10,2	26	60,5	56	1234,40***	3
	Não	4091	99,5	71	94,7	53	89,8	17	39,5	4232		

(continua)

Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um Estilo?

(continuação)

		Nenhuma		1 vez		Mais do que 1 vez		Regularmente		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%	N	%			
Experimentar Cocaína	Sim	65	1,6	1	1,2	1	1,6	0	0,0	67	n.s.	
	Não	3924	98,4	82	98,8	61	98,4	46	100,0	4113		
Experimentar LSD	Sim	38	1,0	8	11,0	6	10,3	19	48,7	71	581,73***	3
	Não	3895	99,0	65	89,0	52	89,7	20	51,3	4032		
Felicidade	Feliz	3519	83,3	66	77,6	46	74,2	34	72,3	3665	9,13*	3
	Infeliz	706	16,7	19	22,4	16	25,8	13	27,7	754		
Sentir Triste	Raramente/Nunca	2392	56,6	40	48,2	30	46,2	29	63,0	2491	20,53**	6
	Algumas vezes	1463	34,6	33	39,8	25	38,5	7	15,2	1528		
	Frequentemente	373	8,8	10	12,0	10	15,4	10	21,7	403		
Fico tão triste que parece que não aguento	Nunca ou quase nunca acontece	2403	57,0	41	48,2	25	38,5	24	53,3	2493	43,41***	6
	Acontece-me às vezes	1676	39,8	42	49,4	35	53,8	13	28,9	1766		
	Quase sempre	134	3,2	2	2,4	5	7,7	8	17,8	149		
Ver TV – Semana	30 minutos ou menos	452	10,7	13	15,3	4	6,2	11	22,9	480	21,82***	6
	Uma-Três horas	2278	53,9	44	51,8	33	50,8	12	25,0	2367		
	Quatro ou mais horas	1496	35,4	28	32,9	28	43,1	25	52,1	1579		
Ver TV – Fim-de-Semana	30 minutos ou menos	213	5,1	11	13,3	6	9,2	9	19,6	239	32,76***	6
	Uma-Três horas	1538	36,5	29	34,9	24	36,9	10	21,7	1601		
	Quatro ou mais horas	2463	58,4	43	51,8	35	53,8	27	58,7	2568		
Jogar Playstation – Semana	30 minutos ou menos	1855	43,9	23	26,7	28	43,1	16	33,3	1922	71,11***	6
	Uma-Três horas	1734	41,0	37	43,0	21	32,3	7	14,6	1799		
	Quatro ou mais horas	641	15,2	26	30,2	16	24,6	25	52,1	708		
Jogar Playstation – Fim-de-Semana	30 minutos ou menos	1366	32,4	20	23,8	22	33,3	17	36,2	1425	46,31***	
	Uma-Três horas	1657	39,2	25	29,8	19	28,8	2	4,3	1703		
	Quatro ou mais horas	1199	28,4	39	46,4	25	37,9	28	59,6	1291		

(continua)

(continuação)

		Nenhuma		1 vez		Mais do que 1 vez		Regularmente		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%	N	%			
Internet – Semana	30 minutos ou menos	1906	45,2	22	25,9	20	31,7	18	37,5	1966	82,92****	
	Uma-Três horas	1726	40,9	36	42,4	27	42,9	6	12,5	1795		
	Quatro ou mais horas	588	13,9	27	31,8	16	25,4	24	50,0	655		
Internet – Fim-de-Semana	30 minutos ou menos	1753	41,7	25	29,4	19	30,6	15	32,6	1812	51,29****	6
	Uma-Três horas	1496	35,6	27	31,8	23	37,1	4	8,7	1550		
	Quatro ou mais horas	953	22,7	33	38,8	20	32,3	27	58,7	1033		

** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Felicidade

Os adolescentes que se sentem mais felizes em relação à vida, têm mais amigos, falam mais facilmente com o melhor amigo, com os amigos do mesmo gênero, a maior parte dos amigos raramente ou nunca fuma cigarros, a maioria dos amigos raramente ou nunca se embriagam, maioria dos amigos são frequentemente bons alunos na escola, a maioria dos amigos têm mais ou menos a mesma idade do que eles, já ficaram menos vezes embriagados, fumam menos, experimentaram menos haxixe, ficam menos frequentemente tão tristes que quase não aguentam, referem menos frequentemente que jogam menos horas *playstation* durante a semana e durante o fim-de-semana (ver tabela 6).

Tabela 6 – Felicidade, relações entre pares e consumos

		Feliz		Infeliz		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%			
Bons Amigos	Não tenho	11	0,3	22	2,8	33	61,75****	2
	Um	47	1,2	18	2,3	65		
	Dois ou mais	3734	98,5	755	95,0	4489		
Ter um ou mais amigos especiais	Sim	3617	95,5	707	90,3	4324	34,68****	1
	Não	170	4,5	76	9,7	246		
Sair noite amigos	Nenhuma noite	1910	49,3	404	49,6	2314	n.s.	
	Uma-Duas noites	1440	37,2	293	36,0	1733		
	Três-Seis noites	381	9,8	92	11,3	473		
	Todas noites	142	3,7	25	3,1	167		

(continua)

Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um Estilo?

(continuação)

		Feliz		Infeliz		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%			
A maior parte dos amigos...	Mais novo	251	6,7	79	10,2	330	24,46***	3
	Mais velho	489	13,1	116	15,0	605		
	Mais ou menos mesma idade	2590	69,3	470	60,8	3060		
	Diferentes idades	409	10,9	108	14,0	517		
Maioria amigos são bons alunos	Raramente/Nunca	173	4,7	46	6,1	219	19,69***	2
	Algumas vezes	1803	49,1	425	56,4	2228		
	Frequentemente	1684	46,2	282	37,5	1976		
Maioria amigos fumam cigarros	Raramente/Nunca	2182	71,3	401	61,7	2583	25,50***	2
	Algumas vezes	543	17,7	142	21,8	685		
	Frequentemente	336	11,0	107	16,5	443		
Maioria amigos embriagam-se	Raramente/Nunca	2268	74,8	430	66,1	2698	21,48***	2
	Algumas vezes	587	19,4	165	25,3	752		
	Frequentemente	177	5,8	56	8,6	233		
Maioria amigos já usaram drogas	Raramente/Nunca	2629	88,6	526	83,5	3155	12,82**	2
	Algumas vezes	217	7,3	66	10,5	283		
	Frequentemente	120	4,0	38	6,0	158		
Facilidade falar melhor amigo	Fácil	3321	89,7	649	83,9	3970	30,14***	2
	Difícil	285	7,7	78	10,1	363		
	Não tenho ou não vejo	98	2,6	47	6,1	145		
Facilidade falar amigos mesmo género	Fácil	3157	85,7	619	80,3	3776	14,88***	2
	Difícil	445	12,1	127	16,5	572		
	Não tenho ou não vejo	80	2,2	25	3,2	105		
Facilidade falar amigos género oposto	Fácil	2170	59,9	420	54,8	2590	8,16*	2
	Difícil	1324	36,5	309	40,3	1633		
	Não tenho ou não vejo	131	3,6	38	5,0	169		
Embriaguez	Nunca	2953	75,9	528	64,8	3481	45,30***	3
	Uma vez	407	10,5	131	16,1	538		
	Duas-Dez vezes	443	11,4	123	15,1	566		
	Mais de Dez vezes	90	2,3	33	4,0	123		

(continua)

Consumo de Substâncias e Felicidade nos Adolescentes Socialmente Isolados

(continuação)

		Feliz		Infeliz		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%			
Consumo Tabaco	Todos dias	160	4,1	70	8,7	230	53,14***	2
	I vez/semana ou menos	243	6,3	86	10,7	329		
	Não fumo	3479	89,6	649	80,6	4128		
Consumo substâncias ilícitas último mês	Nenhuma	3519	96,0	706	93,6	4225	9,13*	3
	Uma vez	66	1,8	19	2,5	85		
	Mais uma vez	46	1,3	16	2,1	62		
	Regularmente	34	0,9	13	1,7	47		
Experimentar Haxixe	Sim	275	7,3	91	11,5	366	15,93***	1
	Não	3498	92,7	698	88,5	4196		
Experimentar Heroína	Sim	42	1,1	13	1,7	55	n.s.	
	Não	3684	98,9	758	98,3	4442		
Experimentar Cocaína	Sim	54	1,5	17	2,2	71	n.s.	
	Não	3638	98,5	748	97,8	4386		
Experimentar Ecstasy	Sim	54	1,4	11	1,4	65	n.s.	
	Não	3673	98,6	764	98,6			
Experimentar LSD	Sim	55	1,5	15	2,0	70	n.s.	
	Não	3513	98,5	721	98,0	4234		
Sentir Triste	Raramente/Nunca	2496	64,0	155	19,2	2651	934,01***	2
	Algumas vezes	1244	31,9	377	46,7	1621		
	Frequentemente	160	4,1	276	34,2	436		
Fico tão triste que parece que não aguento	Nunca ou quase nunca acontece	2478	63,8	183	22,4	2661	681,55***	2
	Acontece-me às vezes	1364	35,1	517	63,2	1881		
	Quase sempre	45	1,2	118	14,4	163		
Ver TV – Semana	30 minutos ou menos	412	10,6	97	11,9	509	n.s.	
	Uma-Três horas	2075	53,3	430	52,6	2505		
	Quatro ou mais horas	1403	36,1	290	35,5	1693		

(continua)

(continuação)

		Rapazes		Raparigas		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%			
Ver TV – Fim-de-Semana	30 minutos ou menos	217	5,6	47	5,8	264	n.s.	
	Uma-Três horas	1430	36,8	263	32,5	1693		
	Quatro ou mais horas	2234	57,6	498	61,6	2732		
Jogar Playstation – Semana	30 minutos ou menos	1616	41,5	421	51,6	2037	26,16***	2
	Uma-Três horas	1639	42,1	279	34,2	1918		
	Quatro ou mais horas	637	16,4	116	14,2	753		
Jogar Playstation – Fim-de-Semana	30 minutos ou menos	1191	30,7	324	40,0	1515	26,63***	2
	Uma-Três horas	1550	39,9	276	34,0	1826		
	Quatro ou mais horas	1144	29,4	211	26,0	1355		
Internet – Semana	30 minutos ou menos	1765	45,4	341	42,1	2106	n.s.	
	Uma-Três horas	1553	40,0	341	42,1	1894		
	Quatro ou mais horas	566	14,6	128	15,8	694		
Internet – Fim-de-Semana	30 minutos ou menos	1578	40,8	348	43,1	1926	10,20**	2
	Uma-Três horas	1404	36,3	248	30,7	1652		
	Quatro ou mais horas	881	22,8	212	26,2	1093		

** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Modelo de Regressão Logística

Foram efectuadas seis análises de regressão logística, através do método enter, com objectivo de avaliar os factores preditores do consumo de substâncias, do consumo de tabaco, e da embriaguez.

Para cada uma das três análises de regressão logística pretendeu-se identificar as variáveis associadas ao consumo de substâncias no último mês, a embriaguez e o consumo de tabaco, a um nível multivariado, dicotomizaram-se estas 3 variáveis: consumo de drogas no último mês (sim/não), embriaguez

(sim/não) e consumo de tabaco semanal (sim/não), Felicidade (feliz/infeliz) e introduziu-se em cada um dos três modelos outros indicadores de consumo – amigos íntimos, sair com os amigos à noite (enquanto variáveis de intervalo).

Num segundo conjunto de três análises de regressão logística introduziu-se também no modelo o género e escolaridade (categoriais).

Para o consumo de substâncias foram encontradas como preditoras a embriaguez, o consumo semanal de tabaco e o sair à noite com os amigos (ver tabela 7). No modelo aonde é introduzido o género e a escolaridade, verificou-se que as variáveis preditoras do consumo mantêm-se sendo acrescentadas como preditoras o género masculino e o 6.º e 8.º anos de escolaridade, estas últimas inversamente, ou seja, os adolescentes do 10.º ano de escolaridade são os que mais consomem substâncias ilícitas (ver tabela 8).

Tabela 7 – Regressão Logística – Variáveis Preditoras do Consumo de Substâncias no último mês

	β	SE	95% IC	OR
Amigos	- 0,40	0,33	(0,35-1,28)	0,668
Felicidade	- 0,18	0,20	(0,56-1,24)	0,834
Embriaguez (1)	1,53	0,21	(3,03-7,02)	4,615***
Consumo Tabaco (1)	1,82	0,18	(4,29-8,81)	6,147***
Sair noite amigos	0,75	0,09	(1,74-2,55)	2,109***

*** $p \leq 0,001$

Tabela 8 – Regressão Logística – Variáveis Preditoras do Consumo de Substâncias no último mês

	β	SE	95% IC	OR
Género (1)	1,05	0,19	(1,95-4,18)	2,857***
Escolaridade	-	-	Referente	-
Escolaridade (1)	- 1,07	0,29	(0,20-0,60)	0,344***
Escolaridade (2)	- 0,57	0,19	(0,38-0,82)	0,563**
Amigos	- 0,47	0,34	(0,32-1,20)	0,623
Felicidade	- 0,33	0,21	(0,48-1,08)	0,719
Embriaguez (1)	1,36	0,22	(2,54-5,94)	3,880***
Consumo Tabaco (1)	1,88	0,19	(4,55-9,42)	6,543***
Sair noite amigos	0,73	0,10	(1,69-2,54)	2,072***

** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Para a embriaguez verificou-se que a felicidade inversamente, ou seja, a infelicidade, o consumo de substâncias no último mês, o consumo semanal de tabaco e o sair à noite com os amigos, surgem como as variáveis preditoras (ver tabela 9). Quando o género e a escolaridade são inseridos no modelo, observa-se que o género masculino, e o 6.º e 8.º anos de escolaridade passam a preditores da embriaguez, estas últimas predizem de forma inversa a embriaguez e a infelicidade deixa de ser preditora, todas as outras variáveis mantêm-se (ver tabela 10).

Tabela 9 – Regressão Logística – Variáveis Preditoras da Embriaguez

	β	SE	95% IC	OR
Amigos	0,33	0,23	(0,88-2,17)	1,386
Felicidade	- 0,42	0,10	(0,53-0,80)	0,653***
Consumo Substâncias (1)	1,48	0,22	(2,88-6,71)	4,401***
Consumo Tabaco (1)	1,71	0,12	(4,43-6,97)	5,556***
Sair noite amigos	0,75	0,05	(1,90-2,31)	2,097***

* $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,001$

Tabela 10 – Regressão Logística – Variáveis Preditoras da Embriaguez

	β	SE	95% IC	OR
Género (1)	0,19	0,08	(1,02-1,42)	1,208*
Escolaridade	–	–	Referente	–
Escolaridade (1)	- 1,35	0,11	(0,21-0,32)	0,260***
Escolaridade (2)	- 0,64	0,09	(0,44-0,63)	0,528***
Amigos	0,33	0,22	(0,90-2,17)	1,398
Felicidade	- 0,38	0,10	(0,56-0,84)	0,686
Consumo Substâncias (1)	1,32	0,22	(2,43-5,77)	3,745***
Consumo Tabaco (1)	1,62	0,12	(4,03-6,40)	5,080***
Sair noite amigos	0,72	0,05	(1,85-2,27)	2,051***

* $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,001$

Já para o consumo de tabaco as variáveis que melhor o predizem foram o consumo de substâncias, a embriaguez, o sair à noite com os amigos, a felicidade inversamente e os amigos (ver tabela 11). Ao inserir-se o género e a escolaridade no modelo as variáveis preditoras mantêm-se, com excepção do 6.º ano de escolaridade que passa a variável preditora do consumo de tabaco, inversamente, assim, os adolescentes do 6.º ano fumam menos (ver tabela 12).

Tabela 11 – Regressão Logística – Variáveis Predictoras do consumo de tabaco

	β	SE	95% IC	OR
Amigos	- 0,47	0,22	(0,40-0,97)	0,623*
Felicidade	- 0,60	0,13	(0,43-0,71)	0,549***
Consumo Substâncias (1)	1,79	0,18	(4,19-8,58)	5,997***
Embriaguez (1)	1,74	0,12	(4,54-7,14)	5,692***
Sair noite amigos	0,41	0,07	(1,32-1,71)	1,503***

* $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,001$ **Tabela 12** – Regressão Logística – Variáveis Predictoras do consumo de tabaco

	β	SE	95% IC	OR
Género (1)	- 0,20	0,11	(0,65-1,02)	0,818
Escolaridade	-	-	Referente	-
Escolaridade (1)	- 0,66	0,16	(0,39-0,73)	0,531***
Escolaridade (2)	- 0,12	0,12	(0,70-1,12)	0,886
Amigos	- 0,48	0,22	(0,40-0,96)	0,619*
Felicidade	- 0,54	0,13	(0,45-0,75)	0,582***
Consumo Substâncias (1)	1,78	0,19	(4,11-8,53)	5,920***
Embriaguez (1)	1,63	0,12	(4,05-6,45)	5,111***
Sair noite amigos	0,44	0,07	(1,35-1,77)	1,550***

* $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,001$

Discussão

O objectivo do presente estudo foi analisar as associações entre o grupo de pares, o consumo de substâncias, a felicidade e as actividades de lazer.

Os resultados encontrados revelaram uma associação entre a falta de amigos e os sentimentos de tristeza e infelicidade, sugerindo que a amizade poderá ser preditora da felicidade (Chung & Furnham, 2002; Demir *et al.*, 2007). A falta de amigos pode ainda ser vista como comportamento de risco para a saúde dos adolescentes, uma vez que os adolescentes que não têm amigos surgem como os que mais experimentaram substâncias como a heroína, *ecstasy*, mais substâncias ilícitas no último mês, fumam mais, sentem-se mais tristes e infelizes relativamente à vida. Estes resultados podem indicar um mal-estar psicológico dos adolescentes que não estão satisfeitos com as relações sociais que

mantêm (Heinrich & Gullone, 2006). Essa tendência é reforçada quando verificamos que os jovens que referem consumir substâncias ilícitas regularmente no último mês são os que andam mais tristes que quase não aguentam e os que fumam todos os dias e que mais vezes já ficaram embriagados, são também os que revelam maiores sentimentos de tristeza. Dessa forma, a amizade pode estar associada à felicidade, uma vez que providencia suporte social, partilha de interesses, sentimentos e emoções (Chung & Furnham, 2002), e por sua vez a falta de amigos pode ser vista como risco para os sentimentos de solidão, tristeza e consumo de substâncias, indo ao encontro dos resultados de Bogart, Collins, Ellickson, e Klein (2007), que encontraram uma ligação entre o consumo de substâncias e uma menor satisfação com a vida.

Outros resultados observados foram as diferenças encontradas para o consumo de substâncias no último mês e o ver TV, jogar *playstation*, e utilizar a internet. Os adolescentes que consumiram substâncias ilícitas regularmente no último mês, são os que vêm TV mais horas durante a semana, jogam *playstation* mais horas durante a semana e fim-de-semana e estão mais horas na internet durante a semana e fim-de-semana, assim como os adolescentes que mais vezes ficaram embriagados. Os tempos livres são considerados positivos para o desenvolvimento dos adolescentes (Sharp, Caldwell, Graham & Ridenou, 2006), entretanto apesar dos benefícios referidos para a prática de actividade física, os adolescentes optam cada vez mais por actividades sedentárias como ver TV, jogar Playstation, ou navegar na Internet (Matos *et al.*, 2006).

Tendo em conta que o tempo de lazer passado com os amigos leva a sentimentos de bem-estar (Laftman & Ostberg, 2006), que o sedentarismo surge por vezes ligado ao consumo de substâncias ilícitas, álcool e tabaco (Sjolie & Thuen, 2002), e que as actividades de lazer analisadas, são actividades que os adolescentes podem realizar fora do contexto do grupo de pares, se os adolescentes que não têm amigos são os que mais consomem as substâncias analisadas, os que mais se sentem tristes e infelizes. Os que mais consomem são os que mais se sentem tristes, infelizes e os que mais horas passam a realizar as actividades de lazer analisadas, podemos subentender que os adolescentes insatisfeitos com as relações de amizade que mantêm, ou que não têm amigos íntimos, são os mais infelizes e nos tempos livres optam por actividades que não necessitam de companhia, levando a um maior consumo de substâncias.

Dessa forma, os resultados apresentados sugerem a necessidade de adaptar as intervenções aos adolescentes socialmente isolados ou insatisfeitos com as relações de amizade que mantêm e de aprofundar as consequências associadas à utilização crescente dos jogos como a Playstation e da utilização da Internet.

Referências

- Barber, J., Bolitho, F. & Bertrand, L. (1999). Intrapersonal versus peer group predictors of adolescent drug use. *Children and Youth Services Review*, 21, 7, 565-579.
- Beal, A., Ausiello, J. & Perrin, J. (2001). Social influences on health risk behaviours among minority middle school students. *Journal of Adolescent Health*, 28, 474-480.
- Bogart, L., Collins, R., Ellickson, P. & Klein, D. (2007). Are adolescent substance users less satisfied with life as young adults and if so, why? *Social Indicators Research*, 81, 149-169.
- Currie, C., Samsal, O., Boyce, W. & Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen:WHO.
- Clark, A., & Lohéac, Y. (2006). It wasn't me, it was them! Social influence in risk behaviour by adolescents. *Journal of Health Economics*. Article in Press.
- Claudino, J., Cordeiro, R. & Arriaga, M. (2006). Depressão e suporte social em adolescentes e jovens estudo realizado junto de adolescentes pré-universitários. *Revista do ISPV*, 32, 185-196.
- Chung, H. & Furnham, A. (2002). Personality, peer relations, and self-confidence as predictors of happiness and loneliness. *Journal of Adolescence*, 25, 327-339.
- Corsano, P., Majorano, M. & Champretavy, L. (2006). Psychological well-being in adolescence: The contribution of interpersonal relations and experience of being alone. *Adolescence*, 41, 162, 341-353.
- Demir, M. & Weitekamp, L. (2007). I Am so happy cause today I found my friend: Friendship and personality as predictors of happiness. *Journal of Happiness Studies*, 8, 181-211.
- Demir, M., Ozdemir, M. & Weitekamp, L. (2007). Looking to happy tomorrows with friends: best and close friendships as they predict happiness. *Journal of Happiness Studies*, 8, 243-271.
- Engels, R. & Bogt, T. (2001). Influences of risk behaviours on the quality of peer relations in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 30, 675-695.
- Field, T. (2002). Adolescent's parent and peer relationships. *Adolescence*. Retirado em 06 de Janeiro de 2007 de www.findarticles.com
- Goldestein, S., Davis-Kean, P. & Eccles, J. (2005). Parents, peers, and problem behaviour: a longitudinal investigation of the impact of relationships perceptions and characteristics on the development of adolescent problem behaviour. *Developmental Psychology*, 41, 401-413.
- Grunbaum, J., Tortolero, S., Weller, N. & Gingiss, P. (2000). Cultural, social, and intrapersonal factors associated with substance use among alternative high school students. *Addictive Behaviors*, 25, 1, 145-151.
- Hartup, W. (2005). Peer interaction: What causes what? *Journal of Abnormal Child Psychology*. Retirado em 18 de Maio de 2007 de www.findarticles.com
- Heinrich, L. & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26, 695-718.
- Iwasaki, Y., Zuzanek, J., & Mannell, R. (2001). The effects of physically active leisure on stress health relationships. *Canadian Journal public Health*, 92, 3, 214-218.
- Kokkevi, A., Richardson, C., Floresar, S., Kuzman, M. & Stergar, E. (2007). Psychosocial correlates of substance use in adolescence: A cross-national study in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 86, 67-74.
- Kuntsche, E. & Gmel, G. (2004). Emotional wellbeing and violence among social and solitary risky single occasion drinkers in adolescence. *Addiction*, 98, 331-339.
- Laftman, S. & Ostberg, V. (2006). The pros and cons of social relations: An analysis of adolescents' health complaints. *Social Science & Medicine*, 63, 611-623.

- Markovits, H., Benenson, J. & Dolenszky, E. (2001). Evidence that children and adolescents have internal models of peer interaction that are gender differentiated. *Child Development*, 72, 3, 879-886.
- Matos, M. & Equipa do Aventura Social (2006). *A saúde dos adolescentes Portugueses – Hoje em 8 anos – Relatório Preliminar do estudo HBSC 2006*. Web site: www.fmh.utl.pt/aventurasocial.com
- Morton, B. & Chen, R. (2006). Over time relationships between early adolescent and peer substance use. *Addictive Behaviors*, 31, 1211-1223.
- Nangle, D. (2004). Opposites do not attract: social status and behavioural style concordances and discordances among children and the peers who like or dislike them. *Journal of Abnormal Child Psychology*. Retirado em 13 de Março de 2007 de www.findarticles.com
- Pereira, E. & Matos, M. (2005). Grupo de pares, comportamentos desviantes e consumo de substâncias. In *Comunicação Gestão de Conflitos e Saúde na Escola*. FMH Edições. Lisboa: pp. 95-102.
- Prezza, M., Pacilli, M. & Dinelli, S. (2004). Loneliness and new Technologies in a group of Roman adolescents. *Computers in Human Behavior*, 20, 691-709.
- Punamaki, R., Wallenius, M., Nygard, C., Saarni, I. & Rimpela, A. (2006). Use of information and communication technology (ICT) and perceived health in adolescence: The role of sleeping habits and waking-time tiredness. *Journal of Adolescence*, retirado em 01 de Fevereiro de 2007 de www.sciencedirect.com
- Roberts, C., Currie, C., Samdal, O., Currie, D., Smith, R. & Maes, L. (2007). Measuring the health behaviours of adolescents through cross-national survey research: recent developments in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *Journal Public Health*. Aceite em 07 de Março de 2007.
- Segrin, C. & Taylor, M. (2007). Positive interpersonal relationships mediate the association between social skills and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 43, 637-646.
- Sharp, E., Caldwell, L., Graham, J. & Ridenour, T. (2006). Individual motivation and parental influence on adolescents experiences of interest in free time: A longitudinal examination. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 359-372.
- Silva, R., Horta, B., Pontes, L., Faria, A., Souza, L., Cruzeiro, A. & Pinheiro, R. (2007). Bem-estar psicológico e adolescência: factores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 1113-1118.
- Sjolie, A. & Thuen, F. (2002). School journeys and leisure activities in rural and urban adolescents in Norway. *Health Promotion International*, 17, 21-30.
- Stiles, A. (2004). Relationships among personal space boundaries, peer acceptance, and peer reputation in adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. Retirado em 16 de Março de 2007 de www.findarticles.com
- Strasburguer, V. & Donnerstein, E. (2000). Children, adolescents, and the media in the 21st century. *Adolescent Medicine*, 11, 1, 51-68.
- Sussman, S., Unger, J. & Dent, C. (2004). Peer group self-identification among alternative high school youth: a predictor of their psychosocial functioning five years later. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1 (4), 9-25.
- Tarrant, M., Mackenzie, L. & Hewitt, L. (2006). Friendship group identification multidimensional self-concept, and experience of developmental tasks in adolescence. *Journal of Adolescence*, 29, 627-640.
- Vaquera, E. & Kao, G. (2007). *Do you like me as much as I like you? Friendship reciprocity and its effects on school outcomes among adolescents*. Social Science Research. In press.
- Zimmermann, P. (2004). Attachment representations and characteristics of friendship relations during adolescence. *Journal of Experimental Child Psychology*, 88, 83-101.

A Família: Factor de Protecção no Consumo de Substâncias

Inês Camacho*,
Margarida Gaspar de Matos**
e José Alves Diniz***

* Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana/UTL, Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL, Doutoranda Fundação para a Ciência e a Tecnologia – SFRH/BD/31397/2006.

** Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana/UTL, Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL.

*** Faculdade de Motricidade Humana/UTL.

Resumo

Objectivos: O presente trabalho tem como objectivo verificar a influência da família (comunicação com os pais, o que os pais sabem sobre amigos, dinheiro que gastam, onde está depois da escola, saídas à noite e tempos livres) no consumo de substâncias (bebidas alcoólicas, tabaco e drogas).

Metodologia: A amostra utilizada é constituída pelos sujeitos participantes no estudo Português realizado em Portugal Continental em 2006, parte integrante do estudo Internacional HBSC – Health Behaviour in School-aged Children, incluindo alunos dos 6.º, 8.º e 10.º anos do ensino público regular com média de idades de 14 anos ($SD = 1,89$). A amostra nacional consistiu em 4877 estudantes de 257 turmas, de 125 escolas Portuguesas escolhidas aleatoriamente, representativa dos referidos anos de escolaridade e estratificada por regiões de Educação Regional. As variáveis seleccionadas para este estudo foram: facilidade de comunicação com os pais; o quanto os pais sabem sobre os amigos, maneira como gasta o dinheiro, onde estão depois da escola, saídas à noite e os seus tempos livres; experimentar bebidas alcoólicas, embriaguez; consumo de tabaco e consumo de drogas no último mês.

Resultados: No que diz respeito aos resultados, constatou-se que os jovens que referem ter facilidade em falar com os pais, e que os pais sabem muito sobre os seus amigos, maneira como gasta o dinheiro, onde estão depois da escola, saídas à noite e os seus tempos livres são os que apresentam menores índices de consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e drogas.

Introdução

O relacionamento familiar, a influência dos estilos parentais e da comunicação familiar, apesar de ao longo da adolescência sofrerem alterações, continuam a desempenhar funções importantes para os adolescentes, assumindo um papel decisivo no ajustamento e desenvolvimento de competências psicossociais, na saúde mental e em comportamentos de saúde dos jovens.

A forma como os pais exercem a sua função, é bastante diversificada e essas variações irão influenciar o desenvolvimento de determinadas características da criança e adolescente. Os modelos afectivos e de interacção que os pais utilizam para lidarem com a criança, influenciam de modo significativo, a forma como ela aprende e se relaciona com os outros. Os modelos parentais, as expectativas e os métodos educativos determinam largamente o repertório de comportamento da criança, bem como as suas atitudes e objectivos.

A maior parte dos trabalhos referentes à educação da criança e aos seus efeitos, tem procurado identificar as características pelas quais os pais diferem, significativamente uns dos outros, características essas que têm sido relatadas como influentes nas diferenças que se verificam, a vários níveis, entre as crianças.

As relações positivas na família, o suporte emocional e social dos pais e um estilo de disciplina parental construtivo e consistente, tendem a estar relacionados com maiores índices de bem-estar e de ajustamento na adolescência (Field, Diego & Sanders, 2002; Branje, Van Aken & Van Lieshout, 2002) e menor envolvimento em comportamentos de risco e em grupos de pares desviantes (Mounts, 2002; Ardel & Day 2002).

Soucy e Larose (2000) demonstraram que a percepção dos adolescentes acerca do controlo parental e de uma relação segura com pelo menos um dos pais, em especial com a mãe, é preditor de um melhor ajustamento dos adolescentes.

Os comportamentos e estilos parentais variam e influenciam de forma diversificada o desenvolvimento de determinadas características da criança/adolescente, o seu desenvolvimento social, cognitivo, emocional, filiação no grupo de pares e desempenho académico, podendo actuar como factor de protecção mas também como factor de risco (Baptista, 2000).

Um dos problemas que parece ser particularmente vulnerável na influência dos estilos parentais é o consumo de substâncias nomeadamente o álcool, tabaco e droga.

No estudo do HBSC (Health Behaviour of School-aged Children) em 2002 verificou-se que 5% dos jovens com 11 anos, 12% dos jovens com 13 anos

e 29% dos jovens com 15 anos referem ter consumido bebidas alcoólicas semanalmente. Verificou-se igualmente que 1 em 3 jovens com 15 anos de idade estiveram duas ou mais vezes bêbados durante a vida (Currie *et al.*, 2004). Os rapazes apresentam uma maior propensão para beber do que as raparigas.

Num outro estudo, pode-se constatar que os jovens que experimentam bebidas alcoólicas entre os 11 e 14 anos de idade, apresentam uma maior probabilidade de desenvolver problemas com o álcool, nomeadamente o alcoolismo (David, DeWit, Edward, Adlaf, David, Offord, Alan & Ogborne, 2000).

O estudo do consumo de álcool na adolescência torna-se de extrema importância, pelo facto de ser neste período de vida do indivíduo que os estilos de vida já estão definidos. O consumo de álcool recorrente durante a adolescência poderá ter como consequência a dependência de álcool, bem como problemas físicos e mentais crónicos.

O consumo de álcool aparece associado ao consumo de tabaco nos adolescentes (Philip, Ritchey, Gerald, Reid & Lora, 2001).

O consumo de tabaco é referido como a principal causa de problemas de saúde graves e morte em países desenvolvidos e responsável por mais de 14% das mortes na Europa (Currie *et al.*, 2004).

Pierce e Gilpin (1996) estimam que metade dos jovens do sexo masculino que fumam irão fumar cerca de 16 anos e as raparigas por mais 20 anos.

Tem-se verificado, que os jovens que mantêm contacto com outros jovens que fumam, tem uma grande influência no início do hábito de fumar (Jonathan, Arthur, Peterson, Robyn, Bharat, Brian & Irwin, 2005). Estes autores referem ainda que o facto de os pais fumarem também poderá influenciar os jovens a iniciarem o consumo do tabaco.

Ao fazer uma revisão da literatura, tem-se verificado a existência de alguns factores que parecem influenciar os jovens para consumirem tabaco (Tyas & Pederson, 1998), incluindo o comportamento, atitudes e expectativas dos pais e amigos. Os jovens que têm pais fumadores e/ou amigos fumadores, apresentam maiores possibilidades de consumirem tabaco. Tem sido demonstrado que o suporte familiar funciona como factor de protecção contra o consumo de tabaco nos jovens (Simantov, 2000). Tem-se igualmente constatado que o grupo de pares que fuma tem uma grande influência no início do hábito de fumar pelo facto de providenciarem o acesso aos cigarros, aumentam a prevalência do hábito de fumar e criam regras com que os jovens se identificam (Carvajal, 2000). A pressão, implícita ou explícita, exercida pelo grupo de pares tem sido demonstrada como uma das maiores razões de início do hábito de fumar dos jovens (Engels, 1998).

Harrel, Bangdiwala, Deng, Webb e Bradley (1998) efectuaram um estudo com o objectivo de descrever a iniciação no fumar e investigar factores que

predizem a «iniciação precoce» de fumar em crianças que frequentam a escola, usando uma abordagem longitudinal. Os resultados indicam que o fumar experimental aumenta com a idade, assim como também, a prevalência corrente de fumar, e que os rapazes tinham uma maior prevalência de fumadores experimentais do que as raparigas. Concluíram que a etnia, o estatuto sócio-económico e o estágio pubertal são importantes factores de predição de começar a fumar em alunos da escola.

O consumo de tabaco está relacionado com o cancro do pulmão, com a doença cardíaca e com outros cancros (Doll & Hill, 1954; citado por Ogden, 1999).

Noutro estudo verificou-se a existência de factores de risco para o início no consumo do tabaco, nomeadamente o consumo de álcool, fazer parte de uma família monoparental, não praticar exercício físico e o consumo de substâncias psicoactivas (Sasco, Merrill, Benhaim-Luzon, Gérard & Freyer, 2003).

Pode-se constatar que o consumo de tabaco, aparece associado a outros comportamentos de risco, como consumo de álcool, comportamentos anti-sociais e consumo de substâncias psicoativas. Jovens que consomem tabaco, apresentam três vezes mais predisposição para consumir álcool regularmente e oito vezes mais de consumir cannabis do que os jovens não fumadores (Lamkin & Houston, 1998).

As consequências associadas ao consumo de substâncias, que são muitas vezes percebidas como positivas pelos adolescentes (tais como a crença de que o consumo de tabaco tem como consequência a prevenção do aumento de peso) podem constituir uma motivação para o aumento do consumo de tabaco, especialmente no sexo feminino (WHO, 1993; Waldron, 1988; Smith, Nutbeam, Moore, Roberts & Catford, 1994).

Segundo a revisão feita por Forster e Wolfson (1998) sobre o consumo de tabaco nos jovens, existe uma grande facilidade de acesso ao tabaco para os jovens. Pierce, em 1996, refere que os anúncios e a promoção de tabaco aumentaram a probabilidade dos jovens começarem a fumar. Noutro estudo, verificou-se que o facto de os adolescentes verem filmes em que haja consumo de tabaco está positivamente associado ao consumo de tabaco nos adolescentes (James, Michael, Madeline, Leila, Jennifer, Bridget & Todd, 2001).

Os problemas de saúde que estão relacionados com o consumo de substâncias psicoactivas durante a adolescência, tornar-se-ão mais evidentes se o seu início for precoce (Aarons *et al.*, 1999). Num estudo levado a cabo por DuRant, Smith, Kreiter e Kronwchuk (1999) os resultados indicaram que o uso precoce de substâncias nos adolescentes estava associado com a pertença a um grupo com comportamentos de risco para a saúde.

O uso de substâncias é um importante preditor tanto da morbidade como da mortalidade entre os adultos no entanto, é mais usual ser considerado comportamento de risco entre os adolescentes (Gabhainn & François, 2000). Daí, nos factores de risco referidos por DiClemente, Hansen e Ponton (1996) também estar incluído o uso e o abuso de substâncias.

Com o objectivo de estudar as diferenças entre os géneros no consumo de substâncias, Kokkevi e colaboradores (2007), baseado no «Cross-Sectional School Population Survey» (ESPAD), com 16445 adolescentes de seis países Europeus os autores verificaram que os rapazes apresentavam maior prevalência do consumo de substâncias ilícitas do que as raparigas e que essas diferenças eram menos marcadas para o consumo de tabaco.

Segundo Oetting e Donnermeyer (1998, citado por Gabhainn & François, 2000), a teoria da socialização apresenta uma visão global do desenvolvimento do adolescente, incluindo a referência ao uso de substâncias. Este modelo prediz uma maior probabilidade do jovem estar envolvido em comportamento de risco quando a vinculação entre o adolescente e a sua família ou o ambiente escolar é fraco.

A qualidade da vida familiar e as práticas parentais parecem ter uma grande influência na prevenção dos comportamentos de risco nos adolescentes (consumo de álcool e drogas, comportamentos de violência, entre outros).

Pretende-se assim com este estudo verificar a influência da família (comunicação com os pais, o que os pais sabem sobre os amigos, dinheiro que gastam, onde estão depois da escola, saídas as noites e tempos livres) no consumo de substâncias (bebidas alcoólicas, tabaco e substâncias psicoactivas) nos adolescentes portugueses.

Metodologia

Amostra

A amostra utilizada neste estudo é constituída pelos sujeitos participantes no estudo Português realizado em Portugal Continental em 2006, parte integrante do estudo Europeu HBSC – Health Behaviour in School-aged Children (www.hbsc.org; www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com). Portugal foi incluído como parceiro neste estudo pela primeira vez em 1996.

O estudo HBSC iniciou-se em 1982 através de uma equipa de investigadores da Finlândia, Noruega e Inglaterra e desde 1985/86 é realizado de 4 em 4 anos. Ao longo dos anos o estudo foi crescendo e actualmente conta com a participação de 44 países Europeus e da América do Norte, em colaboração com a Organização Mundial de Saúde (Roberts *et al.*, 2007). O estudo tem

como objectivo conseguir uma nova e maior compreensão do comportamento de saúde dos adolescentes, saúde e bem-estar no seu contexto social, através da recolha de dados que permitam comparações nacionais e internacionais, de forma a alcançar este objectivo (Roberts *et al.*, 2007).

O estudo Português incluiu alunos dos 6.º, 8.º e 10.º anos do ensino público regular com média de idades de 14 anos (SD = 1,89). A amostra nacional consistiu em 4877 estudantes de 257 turmas, de 125 escolas Portuguesas escolhidas aleatoriamente, representativa dos referidos anos de escolaridade e estratificada por regiões de Educação Regional. Os alunos foram distribuídos da seguinte forma: Norte: 43,7%, Centro: 15,4%, Lisboa: 28,8%, Alentejo: 6,9% e Algarve: 5,2%. Destes, 50,4% eram raparigas e 49,6% rapazes, e foram distribuídos da seguinte forma: 31,7% no 6.º ano de escolaridade, 35,7% no 8.º ano de escolaridade e 32,6% no 10.º ano de escolaridade. A taxa de resposta foi de 92% para escolas, 87% para turmas e 87% para alunos.

Instrumento

O instrumento no qual se baseia o estudo é um questionário de auto-administração aplicado nas escolas pelos professores.

O questionário providencia informação sobre os indicadores de saúde e comportamentos relacionados com a saúde e circunstâncias de vida dos adolescentes. As questões abrangem informação demográfica, incluindo a idade, estrutura familiar, estatuto socio-económico; relações sociais com a família, pares e no ambiente escolar; comportamento de saúde, como a actividade física, comportamento alimentar, consumo de álcool, tabaco, marijuana, comportamento sexual, violência, *bullying*, entre outros; e indicadores de bem-estar, incluindo sintomas físicos e psicológicos, satisfação com a vida, entre outros (Currie *et al.*, 2001).

No estudo Português, o questionário inclui todos os itens obrigatórios que abrangem questões demográficas, aspectos da saúde comportamental e psicossocial, seguindo o formato indicado no protocolo (Currie *et al.*, 2001; Matos *et al.*, 2003; Matos *et al.*, 2006).

Neste estudo específico utilizaram-se as questões relacionadas com a facilidade de comunicação com os pais, controlo parental, experimentação de bebidas alcoólicas, embriaguez, frequência do consumo de tabaco e frequência do consumo de drogas no último mês. O Grupo de idades foi recodificado de modo a que o grupo dos 11 anos correspondesse a adolescentes até aos 11,99. O mesmo procedimento foi usado para os restantes grupos de idade.

Relativamente à questão relacionada com a facilidade de comunicação, os jovens foram questionados sobre o grau de vontade que sentem para falarem sobre temas que os preocupam, nomeadamente com o pai e a mãe entre outros. Esta

questão foi recodificada ficando por isso categorizada em três categorias: muito fácil, difícil e não têm ou não vê. Relativamente ao controlo parental, os jovens foram questionados sobre o quanto a mãe e o pai sabem realmente sobre quem são os amigos, como é que gasta o dinheiro, onde está depois da escola, onde vai sair à noite e o que faz nos tempos livres. Esta questão foi igualmente recodificada ficando categorizada em três categorias: sabe muito, sabe pouco ou não sabe nada.

No que diz respeito aos consumos os jovens foram questionados se já experimentaram bebidas alcoólicas (sim ou não), se alguma vez ficaram embriagados (esta questão foi recodificada e categorizada em nunca, uma vez, duas a dez e mais de dez) quantas vezes fumam tabaco (esta questão foi recodificada e categorizada em todos os dias, uma vez por semana e não fuma) foram igualmente questionados sobre a quantidade de vezes que consumiram drogas ilegais no último mês (nenhuma, 1 vez, mais de que uma vez e consumo regularmente).

Procedimento

A unidade de análise usada neste estudo foi a turma. As escolas as turmas foram seleccionadas aleatoriamente da lista fornecida pelo Ministério da Educação. Os professores administraram os questionários na sala de aula. A participação dos alunos foi voluntária. O estudo ocorreu em Janeiro de 2006.

Análise estatística

Depois da recepção dos questionários, estes foram digitalizados, traduzidos e interpretados através do programa «Eyes & Hands-Forms» versão 5. Posteriormente, estes dados foram transferidos para uma base de dados no programa «Statistical Package for Social Sciences – SPSS – Windows» (versão 15) para sua análise e tratamento estatístico. Para este estudo específico, foi utilizado o χ^2 com o objectivo de se verificar as diferenças significativas existentes para as variáveis em estudo e a regressão logística com o objectivo de verificar quais as variáveis predictoras do consumo de substâncias.

Resultados

Comunicação com os pais e diferenças entre género e idades

Verificou-se a existência de diferenças significativas relativamente ao sexo em algumas das variáveis estudadas.

Tabela 1 – Género e comunicação com os pais

		Raparigas		Rapazes		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%			
Comunicação com o pai	Fácil falar com o pai	1058	44,5	1544	66,4	2602	228,24***	2
	Difícil falar com o pai	1110	46,7	644	27,7	1754		
	Não tem ou não vê o pai	208	8,8	138	5,9	346		
Comunicação com a mãe	Fácil falar com a mãe	1176	74,4	1790	77,8	3566	n.s.	
	Difícil falar com a mãe	538	22,5	433	18,8	971		
	Não tem ou não vê a mãe	72	3,0	78	3,4	150		

n.s. – não significativo; *** p = 0,000

Tabela 2 – Grupo de idade e comunicação com os pais

		11		13		15		16 ou mais		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%	N	%			
Comunicação com o pai	Fácil falar com o pai	688	69,2	804	56,8	763	48,6	347	48,1	2602	132,12***	6
	Difícil falar com o pai	262	26,4	519	36,7	679	43,2	294	40,8	1754		
	Não tem ou não vê o pai	44	4,4	93	6,6	129	8,2	80	11,1	346		
Comunicação com a mãe	Fácil falar com a mãe	845	85,3	1076	76,4	1118	71,3	527	73,2	3566	73,42***	6
	Difícil falar com a mãe	124	12,5	279	19,8	398	25,4	170	23,6	971		
	Não tem ou não vê a mãe	22	2,2	54	3,8	51	3,3	23	3,2	150		

*** p = 0,000

Os rapazes referem mais frequentemente ter facilidade em falar com o pai e as raparigas apresentam maior dificuldade em falar com o pai.

Quando comparadas as diferentes categorias de idades, podemos constatar que os jovens com 11 anos referem mais frequentemente ter facilidade em falar com o pai e com a mãe, no entanto ao longo da idade a dificuldade de comunicação com os pais aumenta.

Tabela 3 – Género e controlo parental por parte do pai

		Raparigas		Rapazes		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%			
Pai sabe sobre os amigos	Pai sabe muito	786	35,4	964	43,1	1750	29,89***	2
	Pai sabe um pouco	1087	48,9	988	44,2	2075		
	Pai não sabe nada	350	15,7	283	12,7	633		

(continua)

(continuação)

		Raparigas		Rapazes		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%			
Pai sabe como gasta o dinheiro	Pai sabe muito	893	40,2	1060	47,9	1953	31,50***	2
	Pai sabe um pouco	903	40,6	830	37,5	1733		
	Pai não sabe nada	426	19,2	323	14,6	749		
Pai sabe onde está depois da escola	Pai sabe muito	1115	50,3	1220	55,1	2335	16,08***	2
	Pai sabe um pouco	693	31,3	675	30,5	1368		
	Pai não sabe nada	409	18,4	319	14,4	728		
Pai sabe sobre as saídas à noite	Pai sabe muito	1259	60,8	1224	60,0	2483	n.s.	
	Pai sabe um pouco	486	23,5	528	25,9	1014		
	Pai não sabe nada	327	15,8	288	14,1	615		
Pai sabe sobre os tempos livres	Pai sabe muito	979	44,2	1181	53,4	2160	47,31***	2
	Pai sabe um pouco	846	38,2	767	34,7	1613		
	Pai não sabe nada	392	17,7	265	12,0	657		

n.s. – não significativo; *** $p = 0,000$ **Tabela 4** – Género e controlo parental por parte da mãe

		Raparigas		Rapazes		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%			
Mãe sabe sobre os amigos	Mãe sabe muito	1567	65,2	1316	56,2	2883	43,73***	2
	Mãe sabe um pouco	788	32,8	939	40,1	1727		
	Mãe não sabe nada	50	2,1	86	3,7	136		
Mãe sabe como gasta o dinheiro	Mãe sabe muito	1516	63,4	1432	61,7	2948	n.s.	
	Mãe sabe um pouco	772	32,3	735	31,7	1507		
	Mãe não sabe nada	103	4,3	153	6,6	256		
Mãe sabe onde está depois da escola	Mãe sabe muito	1804	75,3	1703	73,2	3507	n.s.	
	Mãe sabe um pouco	497	20,8	498	21,4	995		
	Mãe não sabe nada	94	3,9	127	5,5	221		
Mãe sabe sobre as saídas à noite	Mãe sabe muito	1747	78,8	1571	71,5	3264	n.s.	
	Mãe sabe um pouco	329	14,8	418	19,7	747		
	Mãe não sabe nada	142	6,4	186	8,8	328		
Mãe sabe sobre os tempos livres	Mãe sabe muito	1523	63,8	1461	62,9	2984	n.s.	
	Mãe sabe um pouco	715	29,9	708	30,5	1423		
	Mãe não sabe nada	150	6,3	154	6,6	304		

n.s. – não significativo; *** $p = 0,000$

Ao analisar os dados obtidos relativamente às diferenças entre os géneros e controlo parental, dados das tabelas 3 e 4, pode-se constatar que os rapazes referem mais frequentemente que o pai sabe muito sobre o dinheiro que é gasto, sabe muito sobre o que se passa depois da escola e sabe muito sobre os seus tempos livres. As raparigas, referem mais frequentemente que o pai sabe um pouco sobre os amigos e que a mãe sabe muito sobre os seus amigos.

Tabela 5 – Grupo de idade e controlo parental por parte do pai

		11		13		15		16 ou mais		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%	N	%			
Pai sabe sobre os amigos	Pai sabe muito	488	50,4	545	40,4	517	35,0	200	30,2	1750	99,33***	6
	Pai sabe um pouco	387	40,0	633	46,9	724	49,0	331	50,0	2075		
	Pai não sabe nada	93	9,6	171	12,7	238	16,1	131	19,8	633		
Pai sabe como gasta o dinheiro	Pai sabe muito	534	55,7	617	45,9	572	38,8	230	34,9	1953	100,45***	6
	Pai sabe um pouco	312	32,5	520	38,7	618	42,0	283	42,9	1733		
	Pai não sabe nada	113	11,8	207	15,4	283	19,2	146	22,2	749		
Pai sabe onde está depois da escola	Pai sabe muito	653	68,2	743	55,3	681	46,3	258	39,3	2335	188,05***	6
	Pai sabe um pouco	209	21,8	420	31,3	510	34,6	229	34,9	1368		
	Pai não sabe nada	96	10,0	181	13,5	281	19,1	170	25,9	728		
Pai sabe sobre as saídas à noite	Pai sabe muito	568	71,4	783	63,9	823	57,2	309	47,4	2483	100,14***	6
	Pai sabe um pouco	137	17,2	276	22,5	382	26,5	219	33,6	1014		
	Pai não sabe nada	90	11,3	166	13,6	235	16,3	124	19,0	615		
Pai sabe sobre os tempos livres	Pai sabe muito	605	63,2	683	50,8	620	42,2	252	38,2	2160	152,88***	6
	Pai sabe um pouco	274	28,6	485	36,1	589	40,1	265	40,2	1613		
	Pai não sabe nada	79	8,2	176	13,1	260	17,7	142	21,5	657		

*** $p = 0,000$

Tabela 6 – Grupo de idade e controlo parental por parte da mãe

		11		13		15		16 ou mais		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%	N	%			
Mãe sabe sobre os amigos	Mãe sabe muito	698	68,8	905	62,9	905	57,8	375	51,5	2883	73,88***	6
	Mãe sabe um pouco	299	29,5	495	34,4	619	39,5	314	43,1	1727		
	Mãe não sabe nada	17	1,7	38	2,6	42	2,7	39	5,4	136		
Mãe sabe como gasta o dinheiro	Mãe sabe muito	736	73,2	937	65,7	892	57,4	383	52,8	2948	106,76***	6
	Mãe sabe um pouco	227	22,6	413	29,0	581	37,4	286	39,4	1507		
	Mãe não sabe nada	42	4,2	76	5,3	82	5,3	56	7,7	256		

(continua)

(continuação)

		11		13		15		16 ou mais		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%	N	%			
Mãe sabe onde está depois da escola	Mãe sabe muito	867	86,4	1110	77,3	1077	69,1	453	62,5	3507	161,15***	6
	Mãe sabe um pouco	109	10,9	277	19,3	392	25,2	217	29,9	995		
	Mãe não sabe nada	28	2,8	49	3,4	89	5,7	55	7,6	221		
Mãe sabe sobre as saídas à noite	Mãe sabe muito	707	85,7	1017	79,1	1072	70,6	468	65,9	3264	117,90***	6
	Mãe sabe um pouco	69	8,4	180	14,0	319	21,0	179	25,2	747		
	Mãe não sabe nada	49	5,9	89	6,9	127	8,4	63	8,9	328		
Mãe sabe sobre os tempos livres	Mãe sabe muito	764	75,9	919	64,4	898	57,6	403	56,1	2984	110,71***	6
	Mãe sabe um pouco	192	19,1	431	30,2	540	34,7	260	36,2	1423		
	Mãe não sabe nada	50	5,0	78	5,5	120	7,7	56	7,8	304		

*** $p = 0,000$

Pode-se constatar igualmente, algumas diferenças significativas relativamente à idade e o controlo parental.

Os jovens de 11 anos, referem mais frequentemente que os pais sabem muito sobre os seus amigos, maneira como gasta o dinheiro; referem igualmente que o pai, e a mãe, sabem muito sobre onde está depois da escola e que tanto o pai como a mãe sabem muito sobre como são as suas saídas à noite e tempos livres. Ao longo da idade os pais vão tendo menos controlo parental.

Comunicação com o pai – experimentar bebidas alcoólicas, embriaguez, consumo de tabaco e consumo de drogas no último mês

Pode-se constatar a existência de diferenças significativas no que se refere aos jovens que têm uma comunicação fácil com o pai e aqueles que não têm ou não vêm o pai, relativamente ao consumo de substâncias, valores que se podem observar na tabela 7.

Tabela 7 – Consumo de substâncias e facilidade de falar com o pai

		Fácil falar com o pai		Difícil falar com o pai		Não tem ou não vê o pai		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Experimentar bebidas alcoólicas	Sim	1379	50,2	1146	41,7	224	8,1	2749	72,29***	2
	Não	1156	62,9	574	31,2	108	5,9	1838		

(continua)

(continuação)

		Fácil falar com o pai		Difícil falar com o pai		Não tem ou não vê o pai		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Embriaguez	Nunca	1963	57,4	1243	36,3	216	6,3	3422	34,79***	6
	Uma vez	267	49,9	212	39,6	56	10,5	535		
	Duas a dez	283	50,1	230	40,7	52	9,2	565		
	Mais de dez	65	50,8	45	35,2	18	14,1	128		
Consumo de tabaco	Todos os dias	100	42,6	101	43,0	34	14,5	235	52,19***	4
	Uma vez por semana ou menos	148	45,0	141	42,9	40	12,2	329		
	Não fuma	2313	56,9	1494	36,7	260	6,4	4067		
Consumo de drogas no último mês	Nenhuma	2324	56,1	1531	37,0	285	6,9	4140	n.s.	
	Uma vez	48	57,1	30	35,7	6	7,1	84		
	Mais de que uma vez	31	47,7	24	36,9	10	15,4	65		
	Consumo regularmente	27	60,0	11	24,4	7	15,6			

n.s. – não significativo; *** p = 0,000

Verificou-se que os jovens que não experimentaram bebidas alcoólicas e nunca estiveram embriagados e não fumam, apresentam maior facilidade em falar com o pai. Os jovens que não têm ou não vêem o pai apresentam maiores índices de consumo de bebidas alcoólicas e tabaco e maiores índices de embriaguez.

Comunicação com a mãe – experimentar bebidas alcoólicas, embriaguez, consumo de tabaco e consumo de drogas no último mês

Pode-se verificar a existência de diferenças significativas relativamente à experimentação de bebidas alcoólicas, embriaguez, consumo de tabaco e a comunicação com a mãe, valores que podem ser observados na tabela 8.

Tabela 8 – Consumo de substâncias e facilidade de falar com a mãe

		Fácil falar com a mãe		Difícil falar com a mãe		Não tem ou não vê a mãe		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Experimentar bebidas alcoólicas	Sim	1947	71,2	694	25,4	93	3,4	2734	94,08***	2
	Não	1535	83,4	254	13,8	51	2,8	1840		

(continua)

(continuação)

		Fácil falar com a mãe		Difícil falar com a mãe		Não tem ou não vê a mãe		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Embriaguez	Nunca	2683	78,5	632	18,5	103	3,0	3418	42,00***	6
	Uma vez	376	70,5	136	25,5	21	3,9	533		
	Duas a dez	386	69,5	151	27,2	18	3,2	555		
	Mais de dez	87	66,9	35	26,9	8	6,2	130		
Consumo de tabaco	Todos os dias	159	67,7	63	26,8	13	5,5	235	26,10***	4
	Uma vez por semana ou menos	220	67,7	90	27,7	15	4,6	325		
	Não fuma	3127	77,2	808	19,9	117	2,9	4052		
Consumo de drogas no último mês	Nenhuma	3173	76,6	845	20,4	125	3,0	4143	n.s.	
	Uma vez	55	67,9	22	27,2	4	4,9	81		
	Mais de que uma vez	42	66,7	17	27,0	4	6,3	63		
	Consumo regularmente	32	71,1	8	17,8	5	11,1	45		

n.s. – não significativo; *** $p = 0,000$

Pode-se constatar, que os jovens que têm uma maior facilidade em falar com a mãe, são os que referem mais frequentemente que não experimentaram bebidas alcoólicas, nunca estiveram embriagados e que não fumam. Os jovens que não têm ou não vêem a mãe, apresentam maiores índices de consumo de tabaco e maior frequência na variável embriaguez.

Pais sabem sobre os amigos – experimentar bebidas alcoólicas, embriaguez, consumo de tabaco e consumo de drogas no último mês

Verifica-se a existência de diferenças significativas no que se refere aos jovens que já alguma vez experimentaram bebidas alcoólicas e estiveram embriagados no que se refere ao que os pais sabem sobre os amigos. Pode-se constatar a existência de diferenças significativas relativamente à experimentação de bebidas alcoólicas, embriaguez consumo de tabaco e consumo de drogas no último mês. Estes valores podem ser observados nas tabelas 9 e 10.

Tabela 9 – Consumo de substâncias e pai conhece os amigos

		Pai sabe muito sobre os amigos		Pai sabe um pouco sobre os amigos		Pai não sabe nada sobre os amigos		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Experimentar bebidas alcoólicas	Sim	878	33,9	1270	49,0	444	17,1	2592	87,80***	2
	Não	819	46,4	771	43,7	174	9,9	1764		
Embriaguez	Nunca	1345	41,2	1515	46,4	407	12,5	3267	42,13***	6
	Uma vez	180	36,4	232	47,0	82	16,6	494		
	Duas a dez	172	32,5	253	47,7	105	19,8	530		
	Mais de dez	39	33,3	49	41,9	29	24,8	117		
Consumo de tabaco	Todos os dias	70	33,8	92	44,4	45	21,7	207	n.s.	
	Uma vez por semana ou menos	101	33,4	144	47,7	57	18,9	302		
	Não fuma	1549	39,9	1811	46,7	521	13,4	3881		
Consumo de drogas no último mês	Nenhuma	1548	39,3	1860	47,2	532	13,5	3940	n.s.	
	Uma vez	28	35,0	35	43,8	17	21,3	80		
	Mais de que uma vez	21	35,6	20	33,9	18	30,5	59		
	Consumo regularmente	16	41,0	13	33,3	10	25,6	39		

n.s. – não significativo; *** p = 0,000

Tabela 10 – Consumo de substâncias e a mãe conhece os amigos

		Mãe sabe muito sobre os amigos		Mãe sabe um pouco sobre os amigos		Mãe não sabe nada sobre os amigos		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Experimentar bebidas alcoólicas	Sim	1545	56,0	1120	40,6	93	3,4	2758	61,82***	2
	Não	1264	67,3	577	30,7	36	1,9	1877		
Embriaguez	Nunca	2194	63,2	1201	34,6	75	2,2	3470	74,64***	6
	Uma vez	302	56,1	217	40,3	19	3,5	538		
	Duas a dez	298	53,3	236	42,2	25	4,5	559		
	Mais de dez	58	45,3	55	43,0	15	11,7	128		

(continua)

(continuação)

		Mãe sabe muito sobre os amigos		Mãe sabe um pouco sobre os amigos		Mãe não sabe nada sobre os amigos		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Consumo de tabaco	Todos os dias	124	54,6	86	37,9	17	7,5	227	28,24***	4
	Uma vez por semana ou menos	178	53,8	144	43,5	9	2,7	331		
	Não fuma	2537	61,7	1470	35,7	106	2,6	4113		
Consumo de drogas no último mês	Nenhuma	2573	61,5	1506	36,0	102	2,4	4181	61,49***	6
	Uma vez	41	47,7	43	50,0	2	2,3	86		
	Mais de que uma vez	30	49,2	26	42,6	5	8,2	61		
	Consumo regularmente	18	42,9	16	38,1	8	19,0	42		

*** p = 0,000

Constata-se que os jovens que referem mais frequentemente que o pai sabe muito sobre os seus amigos, são aqueles que não experimentaram bebidas alcoólicas e que nunca se embriagaram. Por outro lado os que referem que o pai não sabe nada sobre os amigos são aqueles que apresentam maiores índices de consumo relativamente às bebidas alcoólicas (experimentar e já estiveram embriagados mais de dez vezes).

Os jovens que referem mais frequentemente que a mãe sabe muito sobre os seus amigos, são os que não experimentaram bebidas alcoólicas e nem estiveram embriagados, não fumam e não consumiram drogas no último mês. Os que, por outro lado, referem que a mãe não sabe nada sobre os amigos, são aqueles que consomem bebidas alcoólicas, embriagaram-se mais de dez vezes, fumam tabaco todos os dias e consumiram regularmente drogas no último mês.

Pais sabem sobre o dinheiro que gasta – experimentar bebidas alcoólicas, embriaguez, consumo de tabaco e consumo de drogas no último mês

Verifica-se a existência de diferenças significativas no que se refere aos jovens que estiveram embriagados ou não, que já alguma vez experimentaram bebidas alcoólicas, consumiram tabaco e consumo de drogas no último mês e o que os pais sabem sobre o dinheiro que gasta, valores que podem ser observados nas tabelas 11 e 12.

Tabela 11 – Consumo de substâncias e pai sabe sobre dinheiro

		Pai sabe muito sobre o dinheiro que gasta		Pai sabe um pouco sobre o dinheiro que gasta		Pai não sabe nada sobre o dinheiro que gasta		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Experimental bebidas alcoólicas	Sim	967	37,4	1088	42,1	529	20,5	2584	122,52***	2
	Não	936	53,4	613	35,0	204	11,6	1753		
Embriaguez	Nunca	1564	48,2	1211	37,3	469	14,5	3244	114,14***	6
	Uma vez	180	36,4	215	43,4	100	20,2	495		
	Duas a dez	153	28,8	243	45,8	135	25,4	531		
	Mais de dez	36	31,0	44	37,9	36	31,0	116		
Consumo de tabaco	Todos os dias	51	24,8	98	47,6	57	27,7	206	67,61***	4
	Uma vez por semana ou menos	91	30,2	140	46,5	70	23,3	301		
	Não fuma	1781	46,1	1473	38,1	608	15,7	3862		
Consumo de drogas no último mês	Nenhuma	1757	44,8	1542	39,3	625	15,9	3924	46,20***	6
	Uma vez	28	34,6	36	44,4	17	21,0	81		
	Mais de que uma vez	12	20,0	21	35,0	27	45,0	60		
	Consumo regularmente	14	36,8	13	34,2	11	28,9	38		

*** p = 0,000

Tabela 12 – Consumo de substâncias e mãe sabe sobre o dinheiro

		Mãe sabe muito sobre o dinheiro que gasta		Mãe sabe um pouco sobre o dinheiro que gasta		Mãe não sabe nada sobre o dinheiro que gasta		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Experimental bebidas alcoólicas	Sim	1541	55,9	1036	37,6	179	6,5	2756	133,88***	2
	Não	1343	72,7	437	23,7	67	3,6	1847		
Embriaguez	Nunca	2320	67,5	968	28,2	148	4,3	3436	156,17***	6
	Uma vez	288	53,4	210	39,0	41	7,6	539		
	Duas a dez	251	44,8	262	46,8	47	8,4	560		
	Mais de dez	58	46,0	51	40,5	17	13,5	126		

(continua)

(continuação)

		Mãe sabe muito sobre o dinheiro que gasta		Mãe sabe um pouco sobre o dinheiro que gasta		Mãe não sabe nada sobre o dinheiro que gasta		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Consumo de tabaco	Todos os dias	84	37,2	111	49,1	31	13,7	226	127,98***	4
	Uma vez por semana ou menos	151	45,8	155	47,0	24	7,3	330		
	Não fuma	2671	65,5	1214	29,8	195	4,8	4080		
Consumo de drogas no último mês	Nenhuma	2656	63,9	1304	31,4	195	4,7	4155	97,87***	6
	Uma vez	41	48,2	36	42,4	8	9,4	85		
	Mais de que uma vez	21	33,9	32	51,6	9	14,5	62		
	Consumo regularmente	14	33,3	15	35,7	13	31,0			

*** p = 0,000

Após a análise dos resultados obtidos, pode-se verificar que os jovens que referem mais frequentemente que o pai sabe muito sobre o dinheiro que gasta, são aqueles que não experimentaram e nem consomem bebidas alcoólicas, não fumam e não consumiram drogas no último mês. Por outro lado, os jovens que dizem que o pai não sabe nada sobre o dinheiro que gasta, são aqueles que já experimentaram bebidas alcoólicas, que já se embriagaram mais de dez vezes, fumam diariamente e consumiram drogas mais do que uma vez no último mês.

Os jovens que referem mais frequentemente que a mãe sabe muito sobre o dinheiro que gasta, são os que não experimentaram bebidas alcoólicas não se embriagaram, não fumam e não consumiram drogas no último mês. Os que referem que a mãe não sabe nada sobre o dinheiro que gasta, são aqueles que já experimentaram bebidas alcoólicas, já se embriagaram mais de dez vezes, consomem tabaco todos os dias e consumiram regularmente drogas no último mês.

Pais sabem onde está depois da escola – experimentar bebidas alcoólicas, embriaguez, consumo de tabaco e consumo de drogas no último mês

Pode-se verificar a existência de diferenças significativas no que se refere aos jovens que estiveram embriagados ou não, que já alguma vez experimentaram bebidas alcoólicas, consumiram tabaco e consumiram drogas no último mês e o que os pais sabem onde está depois da escola, valores que podem ser observados nas tabelas 13 e 14.

Tabela 13 – Consumo de substâncias e pai sabe onde está depois da escola

		Pai sabe muito onde está depois da escola		Pai sabe um pouco onde está depois da escola		Pai não sabe nada onde está depois da escola		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Experimental bebidas alcoólicas	Sim	1142	44,3	887	34,4	549	21,3	2578	192,88***	2
	Não	1129	64,4	458	26,1	165	9,4	1752		
Embriaguez	Nunca	1884	58,0	940	28,9	424	13,1	3248	186,95***	6
	Uma vez	213	43,1	166	33,6	115	23,3	494		
	Duas a dez	178	33,6	216	40,8	135	25,5	529		
	Mais de dez	41	36,3	29	25,7	43	38,1	113		
Consumo de tabaco	Todos os dias	65	31,7	62	30,2	78	38,0	205	122,59***	4
	Uma vez por semana ou menos	114	37,6	109	36,0	80	26,4	303		
	Não fuma	2114	54,8	1185	30,7	556	14,4	3855		
Consumo de drogas no último mês	Nenhuma	2124	54,2	1203	30,7	592	15,1	3919	94,86***	6
	Uma vez	26	32,5	30	37,5	24	30,0	80		
	Mais de que uma vez	14	23,7	17	28,8	28	47,5	59		
	Consumo regularmente	12	32,4	7	18,9	18	48,6	37		

*** p = 0,000

Tabela 14 – Consumo de substâncias e mãe sabe onde está depois da escola

		Mãe sabe muito onde está depois da escola		Mãe sabe um pouco onde está depois da escola		Mãe não sabe nada onde está depois da escola		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Experimental bebidas alcoólicas	Sim	1837	66,7	747	27,1	171	6,2	2755	197,07***	2
	Não	1584	85,1	230	12,4	47	2,5	1861		
Embriaguez	Nunca	2742	79,5	598	17,3	110	3,2	3450	248,34***	6
	Uma vez	363	67,5	135	25,1	40	7,4	538		
	Duas a dez	299	53,5	212	37,9	48	8,6	559		
	Mais de dez	68	54,0	36	28,6	22	17,5	126		

(continua)

(continuação)

		Mãe sabe muito onde está depois da escola		Mãe sabe um pouco onde está depois da escola		Mãe não sabe nada onde está depois da escola		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Consumo de tabaco	Todos os dias	109	48,0	74	32,6	44	19,4	227	194,39***	4
	Uma vez por semana ou menos	200	61,0	101	30,8	27	8,2	328		
	Não fuma	3145	76,9	805	19,7	142	3,5	4092		
Consumo de drogas no último mês	Nenhuma	3155	75,7	851	20,4	161	3,9	4167	165,94***	6
	Uma vez	42	48,8	32	37,2	12	14,0	86		
	Mais de que uma vez	34	54,8	19	30,6	9	14,5	62		
	Consumo regularmente	13	31,7	13	31,7	15	36,6	41		

*** p = 0,000

Pode-se constatar, que os jovens que referem mais frequentemente que o pai sabe muito onde está depois da escola, são aqueles que não experimentaram e nunca se embriagaram, não fumam e não consumiram drogas no último mês. Por outro lado, os jovens que dizem que o pai não sabe nada onde está depois da escola, são aqueles que já experimentaram bebidas alcoólicas, que já se embriagaram mais de dez vezes, fumam diariamente e consumiram regularmente drogas no último mês.

Os jovens que referem mais frequentemente que a mãe sabe muito onde está depois da escola, são os que não experimentaram bebidas alcoólicas não se embriagaram, não fumam e não consumiram drogas no último mês. Os que referem que a mãe não sabe nada onde está depois da escola, são aqueles que já experimentaram bebidas alcoólicas, já se embriagaram mais de dez vezes, consomem tabaco todos os dias e consumiram regularmente drogas no último mês.

Pais sabem sobre as saídas à noite – experimentar bebidas alcoólicas, embriaguez, consumo de tabaco e consumo de drogas no último mês

Pode-se verificar a existência de diferenças significativas no que se refere aos jovens que estiveram embriagados ou não, que já alguma vez experimentaram bebidas alcoólicas, consumiram tabaco e consumiram drogas no último mês e o que os pais sabem sobre as saídas à noite, valores que podem ser observados nas tabelas 15 e 16.

Tabela 15 – Consumo de substâncias e pai sabe sobre saídas à noite

		Pai sabe muito sobre as saídas à noite		Pai sabe um pouco sobre as saídas à noite		Pai não sabe nada sobre as saídas à noite		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Experimental bebidas alcoólicas	Sim	1324	53,4	704	28,4	451	18,2	2479	130,91***	2
	Não	1104	71,5	284	18,4	157	10,2	1545		
Embriaguez	Nunca	1948	66,0	644	21,8	361	12,2	2953	157,11***	6
	Uma vez	247	52,0	134	28,2	94	19,8	475		
	Duas a dez	225	43,0	190	36,3	108	20,7	523		
	Mais de dez	44	38,6	32	28,1	38	33,3	114		
Consumo de tabaco	Todos os dias	80	40,0	58	29,0	62	31,0	200	82,41***	4
	Uma vez por semana ou menos	137	46,3	101	34,1	58	19,6	296		
	Não fuma	2223	62,6	842	23,7	486	13,7	3551		
Consumo de drogas no último mês	Nenhuma	2257	62,0	872	24,0	510	14,0	3639	80,04***	6
	Uma vez	39	50,0	17	21,8	22	28,2	78		
	Mais de que uma vez	15	25,0	25	41,7	20	33,3	60		
	Consumo regularmente	8	24,2	9	27,3	16	48,5	33		

*** p = 0,000

Tabela 16 – Consumo de substâncias e mãe sabe sobre as saídas à noite

		Mãe sabe muito sobre as saídas à noite		Mãe sabe um pouco sobre as saídas à noite		Mãe não sabe nada sobre as saídas à noite		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Experimental bebidas alcoólicas	Sim	1800	68,6	587	22,4	235	9,0	2622	161,90***	2
	Não	1390	85,7	143	8,8	89	5,5	1622		
Embriaguez	Nunca	2508	80,9	405	13,1	187	6,0	3100	230,15***	6
	Uma vez	353	68,1	119	23,0	46	8,9	518		
	Duas a dez	303	55,2	182	33,2	64	11,7	549		
	Mais de dez	67	54,0	32	25,8	25	20,2	124		

(continua)

(continuação)

		Mãe sabe muito sobre as saídas à noite		Mãe sabe um pouco sobre as saídas à noite		Mãe não sabe nada sobre as saídas à noite		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Consumo de tabaco	Todos os dias	117	52,9	60	27,1	44	19,9	221	128,38***	4
	Uma vez por semana ou menos	194	60,1	95	29,4	34	10,5	323		
	Não fuma	2905	77,9	581	15,6	243	6,5	3729		
Consumo de drogas no último mês	Nenhuma	2944	76,8	626	16,3	262	6,8	3832	109,00***	6
	Uma vez	47	55,3	23	27,1	15	17,6	85		
	Mais de que uma vez	27	44,3	26	42,6	8	13,1	61		
	Consumo regularmente	13	35,1	11	29,7	13	35,1	37		

*** p = 0,000

Após a análise dos dados obtidos, pode-se constatar que os jovens que não experimentaram bebidas alcoólicas, que nunca se embriagaram, que não fumam e não consumiram drogas no último mês, são que referem mais frequentemente que o pai sabe muito sobre as saídas à noite. Os jovens que referem que o pai não sabe nada sobre as saídas à noite, são aqueles que já experimentaram bebidas alcoólicas, que já se embriagaram mais de dez vezes, que fumam todos os dias e consumiram regularmente drogas no último mês.

Os jovens que referem mais frequentemente que a mãe sabe muito sobre as saídas à noite, são aqueles que não experimentaram bebidas alcoólicas, que nunca se embriagaram, que não fumam e não consumiram drogas no último mês. Por outro lado, os jovens que já experimentaram bebidas alcoólicas, que já se embriagaram mais de dez vezes, que fumam todos os dias e consumiram regularmente drogas no último mês, são os que referem mais frequentemente que a mãe não sabe nada sobre as saídas à noite.

Pais sabem sobre os tempos livres – experimentar bebidas alcoólicas, embriaguez, consumo de tabaco e consumo de drogas no último mês

Após a análise dos dados obtidos, pode-se verificar a existência de diferenças significativas no que se refere aos jovens que estiveram embriagados ou não, que já alguma vez experimentaram bebidas alcoólicas, consumiram tabaco e consumiram drogas no último mês e o que os pais sabem sobre os tempos livres, valores que podem ser observados nas tabelas 17 e 18.

Tabela 17 – Consumo de substâncias e pai sabe sobre tempos livres

		Pai sabe muito sobre os tempos livres		Pai sabe um pouco sobre os tempos livres		Pai não sabe nada sobre os tempos livres		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Experimental bebidas alcoólicas	Sim	1066	41,4	1014	39,4	496	19,3	2576	159,66***	2
	Não	1037	59,0	568	32,3	152	8,7	1757		
Embriaguez	Nunca	1708	52,6	1165	35,8	377	11,6	3250	138,44***	6
	Uma vez	210	42,9	180	36,8	99	20,2	489		
	Duas a dez	184	34,9	210	39,8	133	25,2	527		
	Mais de dez	38	32,8	40	34,5	38	32,8	116		
Consumo de tabaco	Todos os dias	67	32,8	67	32,8	70	34,3	204	97,64***	4
	Uma vez por semana ou menos	111	37,0	120	40,0	69	23,0	300		
	Não fuma	1950	50,5	1404	36,4	504	13,1	3858		
Consumo de drogas no último mês	Nenhuma	1954	49,8	1426	36,3	543	13,8	3923	70,28***	6
	Uma vez	23	28,8	35	43,8	22	27,5	80		
	Mais de que uma vez	13	22,0	25	42,4	21	35,6	59		
	Consumo regularmente	12	32,4	9	24,3	16	43,2	37		

*** $p = 0,000$ **Tabela 18** – Consumo de substâncias e mãe sabe sobre os tempos livres

		Mãe sabe muito sobre os tempos livres		Mãe sabe um pouco sobre os tempos livres		Mãe não sabe nada sobre os tempos livres		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Experimental bebidas alcoólicas	Sim	1531	55,8	985	35,9	230	8,4	2746	166,96***	2
	Não	1379	74,2	411	22,1	68	3,7	1858		
Embriaguez	Nunca	2317	67,2	956	27,7	176	5,1	3449	114,24***	6
	Uma vez	304	56,9	180	33,7	50	9,4	534		
	Duas a dez	267	48,1	234	42,2	54	9,7	555		
	Mais de dez	64	51,6	40	32,3	20	16,1	124		

(continua)

(continuação)

		Mãe sabe muito sobre os tempos livres		Mãe sabe um pouco sobre os tempos livres		Mãe não sabe nada sobre os tempos livres		Total	χ^2	gl
		N	%	N	%	N	%			
Consumo de tabaco	Todos os dias	112	50,0	76	33,9	36	16,1	224	80,26***	4
	Uma vez por semana ou menos	162	49,2	130	39,5	37	11,2	329		
	Não fuma	2668	65,3	1192	29,2	226	5,5	4086		
Consumo de drogas no último mês	Nenhuma	2678	64,4	1248	30,0	235	5,6	4161	77,12***	6
	Uma vez	36	42,9	34	40,5	14	16,7	84		
	Mais de que uma vez	26	42,6	26	42,6	9	14,8	61		
	Consumo regularmente	18	42,9	12	28,6	12	28,6	42		

*** p = 0,000

Verifica-se que os jovens que referem mais frequentemente que o pai sabe muito sobre os tempos livres, são aqueles que não experimentaram bebidas alcoólicas, nunca se embriagaram, não fumam e não consumiram drogas no último mês. Os que referem que mais frequentemente que o pai não sabe nada sobre os tempos livres, são aqueles que já experimentaram bebidas alcoólicas, já se embriagaram mais de dez vezes, fumam todos os dias e consumiram regularmente drogas no último mês.

No que diz respeito à mãe, pode-se constatar que os jovens que não experimentaram bebidas alcoólicas, nunca se embriagaram, não fumam e não consumiram drogas no último mês, são os que referem mais frequentemente que a mãe sabe muito sobre os tempos livres.

Os que já experimentaram bebidas alcoólicas, já se embriagaram mais de dez vezes, fumam todos os dias e consumiram regularmente drogas no último mês, são os que referem mais frequentemente que a mãe não sabe nada sobre os seus tempos livres.

Regressão Logística

Foram efectuadas seis análises de regressão logística, através do método enter, com objectivo de avaliar os factores preditores de embriaguez, consumo de tabaco e consumo de drogas no último mês.

Para cada uma das três análises de regressão logística pretendeu-se identificar as variáveis associadas à embriaguez, consumo de tabaco e consumo de drogas no último mês, a um nível multivariado. Dicotomizaram-se estas 3 variáveis: embriaguez (sim/não), consumo de tabaco semanal (sim/não) e consumo de drogas no último mês (sim/não) e introduziu-se em cada um dos três modelos outros indicadores de consumo – facilidade em falar com os pais, pais sabem sobre amigos, dinheiro que é gasto, onde está depois da escola, saídas à noite e tempos livres (enquanto variáveis de intervalo).

Num segundo conjunto de três análises de regressão logística introduziu-se também no modelo o género (categorias) e a idade (variáveis de intervalo).

Para a embriaguez (tabelas 19 e 20) foram encontradas como variáveis predictoras, o consumo semanal de tabaco, o consumo de drogas no último mês e os pais saberem onde está depois da escola, ou seja os sujeitos que consomem tabaco semanalmente, consumiram drogas no último mês, e que os pais não sabem nada onde estão depois da escola, são os que têm maior predisposição para se embriagarem. No modelo aonde é introduzido o género e a idade, verificou-se que a variável pais sabem onde está depois da escola, deixou de ser preditora, as variáveis consumo de tabaco e consumo de drogas no último mês continuam a ser predictoras e o género e a idade foram acrescentadas como variáveis predictoras, ou seja os rapazes mais velhos que consomem tabaco semanalmente e que consumiram drogas no último mês são os que apresentam maior predisposição para se embriagarem.

Tabela 19 – Variáveis predictoras da embriaguez

	β	SE	95% IC	OR
Facilidade em falar com o pai	- 0,80	0,093	(0,769-1,108)	0,923
Facilidade em falar com a mãe	0,154	0,098	(0,964-1,413)	1,167
Pai sabe sobre amigos	- 0,161	0,092	(0,710-1,019)	0,851
Mãe sabe sobre amigos	0,157	0,098	(0,965-1,418)	1,170
Pai sabe sobre dinheiro	0,021	0,092	(0,852-1,224)	1,022
Mãe sabe sobre dinheiro	0,168	0,095	(0,983-1,426)	1,183
Pai sabe onde está depois da escola	0,201	0,095	(1,016-1,471)	1,222*
Mãe sabe onde está depois da escola	0,222	0,105	(1,018-1,533)	1,249*
Pai sabe sobre saídas à noite	0,119	0,090	(0,944-1,343)	1,126
Mãe sabe sobre saídas à noite	0,168	0,095	(0,983-1,424)	1,183
Pai sabe sobre tempos livres	0,127	0,099	(0,934-1,379)	1,135
Mãe sabe sobre tempos livres	- 0,131	0,099	(0,722-1,065)	0,877

* $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,001$

Tabela 20 – Variáveis predictoras de embriaguez

	β	SE	95% IC	OR
Facilidade em falar com o pai	- 0,121	0,099	(0,730-1,076)	0,886
Facilidade em falar com a mãe	0,181	0,101	(0,983-1,462)	1,198
Pai sabe sobre amigos	- 0,165	0,095	(0,703-1,021)	0,848
Mãe sabe sobre amigos	0,049	0,103	(0,858-1,284)	1,050
Pai sabe sobre dinheiro	0,077	0,096	(0,894-1,305)	1,080
Mãe sabe sobre dinheiro	0,107	0,099	(0,917-1,351)	1,113
Pai sabe onde está depois da escola	0,137	0,099	(0,945-1,391)	1,146
Mãe sabe onde está depois da escola	0,194	0,108	(0,982-1,501)	1,214
Pai sabe sobre saídas à noite	0,140	0,094	(0,956-1,383)	1,150
Mãe sabe sobre saídas à noite	0,130	0,099	(0,938-1,381)	1,138
Pai sabe sobre tempos livres	0,108	0,104	(0,909-1,366)	1,114
Mãe sabe sobre tempos livres	- 0,093	0,103	(0,745-1,113)	0,911
Género	-	-	Referente	1
Género (1)	0,354	0,093	(1,187-1,711)	1,425***
Idade	0,358	0,026	(1,359-1,504)	1,430***
Consumo de tabaco (1)	1,490	0,127	(3,457-5,692)	4,436***
Consumo de drogas no último mês (1)	1,316	0,232	(2,364-5,876)	3,727***

* $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,001$

Para o consumo de tabaco (tabelas 21 e 22), pode-se constatar que a embriaguez, consumo de drogas no último mês, facilidade de falar com o pai, mãe sabe sobre os amigos e onde está depois da escola surgem como variáveis predictoras do consumo semanal de tabaco, ou seja os jovens que se embriagam, que consumiram drogas no último mês, que não têm ou não vêem o pai, que a mãe sabe muito sobre os amigos, e que a mãe não sabe nada sobre o dinheiro que gasta, são aqueles que têm uma maior predisposição para consumirem semanalmente tabaco. Quando o género e a idade são inseridos no modelo, observa-se que os resultados vão no mesmo sentido dos encontrados anteriormente, no entanto a facilidade de falar com o pai já não aparece como variável preditora do consumo de tabaco e a idade passa igualmente a variável preditora, ou seja os jovens mais velhos apresentam maior predisposição para consumirem semanalmente tabaco.

Tabela 21 – Variáveis predictoras de consumo de tabaco

	β	SE	95% IC	OR
Facilidade em falar com o pai	0,271	0,126	(1,025-1,678)	1,312*
Facilidade em falar com a mãe	- 0,104	0,133	(0,695-1,170)	0,901
Pai sabe sobre amigos	- 0,068	0,125	(0,731-1,194)	0,934
Mãe sabe sobre amigos	- 0,331	0,136	(0,550-0,936)	0,718*
Pai sabe sobre dinheiro	0,047	0,130	(0,812-1,352)	1,048
Mãe sabe sobre dinheiro	0,289	0,128	(1,039-1,716)	1,335*
Pai sabe onde está depois da escola	0,103	0,134	(0,853-1,440)	1,108
Mãe sabe onde está depois da escola	0,244	0,138	(0,974-1,671)	1,276
Pai sabe sobre saídas à noite	- 0,011	0,122	(0,778-1,257)	0,989
Mãe sabe sobre saídas à noite	0,112	0,126	(0,873-1,432)	1,118
Pai sabe sobre tempos livres	0,018	0,141	(0,772-1,342)	1,018
Mãe sabe sobre tempos livres	0,067	0,134	(0,823-1,391)	1,070
Embriaguez	-	-	Referente	1
Embriaguez (1)	1,675	0,122	(4,197-6,784)	5,336***
Consumo de drogas no último mês	-	-	Referente	1
Consumo de drogas no último mês (1)	2,029	0,196	(5,176-11,180)	7,607***

* $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,001$ **Tabela 22** – Variáveis predictoras do consumo de tabaco

	β	SE	95% IC	OR
Facilidade em falar com o pai	0,194	0,129	(0,943-1,564)	1,214
Facilidade em falar com a mãe	- 0,076	0,134	(0,713-1,207)	0,927
Pai sabe sobre amigos	- 0,093	0,127	(0,711-1,168)	0,911
Mãe sabe sobre amigos	- 0,335	0,139	(0,545-0,939)	0,715*
Pai sabe sobre dinheiro	0,046	0,132	(0,809-1,355)	1,047
Mãe sabe sobre dinheiro	0,293	0,131	(1,038-1,732)	1,340*
Pai sabe onde está depois da escola	0,071	0,135	(0,824-1,398)	1,073
Mãe sabe onde está depois da escola	0,223	0,139	(0,952-1,641)	1,250
Pai sabe sobre saídas à noite	0,022	0,124	(0,802-1,303)	1,022
Mãe sabe sobre saídas à noite	0,116	0,128	(0,874-1,442)	1,123

(continua)

(continuação)

	β	SE	95% IC	OR
Pai sabe sobre tempos livres	- 0,020	0,143	(0,741-1,296)	0,980
Mãe sabe sobre tempos livres	0,93	0,135	(0,842-1,430)	1,097
Género	-	-	Referente	1
Género (1)	- 0,204	0,128	(0,635-1,049)	0,816
Idade	0,171	0,036	(1,107-1,272)	1,186***
Embriaguez	-	-	Referente	1
Embriaguez (1)	1,504	0,128	(3,500-5,785)	4,500***
Consumo de drogas no último mês	-	-	Referente	1
Consumo de drogas no último mês (1)	2,209	0,202	(5,121-11,304)	7,608***

* $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,001$

Relativamente ao consumo de drogas no último mês (tabelas 23 e 24), as variáveis que melhor o predizem são a embriaguez e o consumo semanal de tabaco. Ao inserir-se o género e a idade no modelo as variáveis preditoras mantêm-se, e o género e a idade passam também a serem variáveis preditoras, ou seja os rapazes mais velhos que se embriagam e que consomem semanalmente tabaco são os que apresentam maior predisposição para consumir drogas no último mês.

Tabela 23 – Variáveis preditoras do consumo de drogas no último mês

	β	SE	95% IC	OR
Facilidade em falar com o pai	- 0,140	0,195	(0,593-1,274)	0,869
Facilidade em falar com a mãe	0,186	0,197	(0,818-1,773)	1,204
Pai sabe sobre amigos	- 0,249	0,188	(0,540-1,126)	0,780
Mãe sabe sobre amigos	0,131	0,197	(0,775-1,678)	1,140
Pai sabe sobre dinheiro	- 0,204	0,200	(0,551-1,206)	0,815
Mãe sabe sobre dinheiro	0,219	0,193	(0,852-1,819)	1,245
Pai sabe onde está depois da escola	0,337	0,202	(0,942-2,082)	1,401
Mãe sabe onde está depois da escola	- 0,028	0,198	(0,659-1,434)	0,972
Pai sabe sobre saídas à noite	0,151	0,188	(0,804-1,682)	1,163
Mãe sabe sobre saídas à noite	0,262	0,186	(0,903-1,871)	1,300
Pai sabe sobre tempos livres	0,250	0,217	(0,839-1,964)	1,284

(continua)

(continuação)

	β	SE	95% IC	OR
Mãe sabe sobre tempos livres	- 0,037	0,197	(0,655-1,419)	0,964
Embriaguez	-	-	Referente	1
Embriaguez (1)	1,553	0,222	(3,055-7,303)	4,724***
Consumo de tabaco	-	-	Referente	1
Consumo de tabaco (1)	2,028	0,196	(5,181-11,154)	7,602***

*** $p \leq 0,001$ **Tabela 24** – Variáveis predictoras de drogas no último mês

	β	SE	95% IC	OR
Facilidade em falar com o pai	0,115	0,199	(0,760-1,658)	1,122
Facilidade em falar com a mãe	0,199	0,197	(0,829-1,797)	1,221
Pai sabe sobre amigos	- 0,177	0,192	(0,575-1,222)	0,838
Mãe sabe sobre amigos	- 0,068	0,204	(0,626-1,394)	0,934
Pai sabe sobre dinheiro	- 0,115	0,206	(0,595-1,336)	0,891
Mãe sabe sobre dinheiro	0,126	0,197	(0,770-1,669)	1,134
Pai sabe onde está depois da escola	0,336	0,208	(0,932-2,103)	1,400
Mãe sabe onde está depois da escola	0,043	0,203	(0,702-1,552)	1,044
Pai sabe sobre saídas à noite	0,082	0,194	(0,742-1,586)	1,085
Mãe sabe sobre saídas à noite	0,220	0,186	(0,865-1,795)	1,247
Pai sabe sobre tempos livres	0,309	0,223	(0,879-2,108)	1,362
Mãe sabe sobre tempos livres	0,004	0,201	(0,676-1,489)	1,004
Embriaguez	-	-	Referente	1
Embriaguez (1)	1,433	0,227	(2,683-6,546)	4,191***
Consumo de tabaco	-	-	Referente	1
Consumo de tabaco (1)	2,125	0,199	(5,671-12,353)	8,370***
Género	-	-	Referente	1
Género (1)	1,407	0,223	(2,638-6,315)	4,082***
Idade	0,129	0,057	(1,018-1,271)	1,137***

*** $p \leq 0,001$

Discussão

A amostra deste estudo é constituída por 4877 alunos do 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade.

Na diferença entre os géneros podemos dizer que as raparigas referem mais frequentemente que a mãe sabe muito sobre os seus amigos e sobre as saídas à noite. Os rapazes por seu lado, referem mais frequentemente que o pai sabe muito sobre o dinheiro que é gasto, sabe muito sobre onde está depois da escola e sabe muito sobre os seus tempos livres. As raparigas referem mais frequentemente que a mãe sabe muito sobre os seus amigos e saídas à noite.

Podemos constatar que a comunicação é mais fácil com o pai quando se é rapaz e mais fácil com a mãe quando se é rapariga.

Os jovens de 11 anos referem mais frequentemente que têm maior facilidade em falar com os pais, que os pais sabem muito sobre os seus amigos, maneira como gasta o dinheiro, sobre onde está depois da escola, saídas à noite e os seus tempos livres. À medida que vão ficando mais velhos os jovens referem mais frequentemente que os pais não sabem nada sobre as variáveis anteriormente referidas.

Os jovens que nunca experimentaram bebidas alcoólicas, nunca estiveram embriagados, que não fumam e que não consumiram drogas no último mês referem mais frequentemente que têm maior facilidade em falar com os pais, que os pais sabem muito sobre os seus amigos, maneira como gasta o dinheiro, sobre onde está depois da escola, saídas à noite e os seus tempos livres. Por outro lado os jovens que não têm ou não vêem os pais e que os seus pais não sabem nada sobre os seus amigos, maneira como gasta o dinheiro, onde está depois da escola, saídas à noite e os seus tempos livres apresentam maiores índices de consumo.

Estes resultados encontram-se justificados por alguns estudos desenvolvidos nesta área, nomeadamente os estudos que verificaram que as relações positivas na família, o suporte emocional e social dos pais e um estilo de disciplina parental construtivo e consistente, tendem a estar relacionados com maiores índices de bem-estar e de ajustamento na adolescência (Field, Diego & Sanders, 2002; Branje, Van Aken & Van Lieshout, 2002) e menor envolvimento em comportamentos de risco e em grupos de pares desviantes (Mounts, 2002; Ardel & Day, 2002).

Tem sido demonstrado que o suporte familiar funciona como factor de protecção contra o consumo de tabaco nos jovens (Simantov *et al.*, 1998).

Luthar e Becker (2002) defendem no seu estudo que a proximidade que os jovens mantêm com os pais, surge como um potencial mediador de ajustamento.

A qualidade da vida familiar e as práticas parentais parecem ter uma grande influência na prevenção dos comportamentos de risco nos adolescentes (consumo de álcool, tabaco e drogas). Verificou-se que em geral os rapazes mais velhos que consomem dois dos tipos de substâncias em estudo, por exemplo tabaco e bebidas alcoólicas (embriaguez) têm maior predisposição para consumir uma terceira, neste caso drogas no último mês, há por isso uma relação entre as três substâncias em estudo, estes valores vão no mesmo sentido dos que foram encontrados, no estudo realizado por Philip e seus colaboradores em 2001, em que referem que o consumo de álcool aparece associado ao consumo de tabaco nos adolescentes. Num outro estudo, verificou-se que o consumo de tabaco, aparece associado a outros comportamentos de risco, como consumo de álcool, comportamentos anti-sociais e consumo de substâncias psicoativas. Jovens que consomem tabaco, apresentam três vezes mais predisposição para consumir álcool regularmente e oito vezes mais de consumir cannabis do que os jovens não fumadores (Lamkin & Houston, 1998).

Os perfis traçados anteriormente deverão ser a base para a elaboração de medidas que facilitem e promovam a saúde dos jovens, bem como uma maior participação dos pais na educação dos filhos com o objectivo de diminuir os índices de consumo de substâncias. Torna-se por isso importante a participação de todos os agentes educativos, o que poderá ser feito através de acções de sensibilização, grupos focais com os pais e jovens, com o objectivo de demonstrar a importância de uma boa comunicação entre pais e filhos e seus benefícios, como construir uma relação de confiança entre pais e filhos bem como informar os pais e jovens sobre o consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e drogas, que poderá ser realizado nas escolas e autarquias.

Referências

- Aarons, G., Brown, S., Coe, M., Myers, M., Garland, A., Ezzet-Lofstrom, R., Hazen, A. & Hough, R. (1999). Adolescent alcohol and drug abuse and health. *Journal of Adolescent Health, 24* (6), 412-421.
- Ardelt, M. & Day, L. (2002). Parents, siblings, and peers: close social relationships and adolescent desviante. *Journal of Early Adolescence, 22* (3), 310-349.
- Baptista, A. (2000). Perturbações do medo e da ansiedade: uma perspectiva evolutiva e desenvolvimental. In Soares, I. (Ed.) *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in) Adaptativas ao longo da vida*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Branje, S., Van Aken, M. & Van Lieshout, C. (2002). Relational support in families with adolescents. *Journal of Family Psychology, 16* (3), 351-362.
- Carvajal, S. (2000). Psychosocial determinants of the onset of escalation of smoking: cross sectional and prospective findings in multiethnic middle school samples. *Journal of Adolescent Health, 27* (4) 255-265.
- Currie, C., Samdal, O., Boyce, W. & Smith, R. (2001). *HBSC, and WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertubulte, W., Samdal, O. & Rasmussen, V. (2004). *HBSC, and WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.

- David, J., DeWit, Ph., Edward, M., Adlaf, Ph., David, R., Offord, M., Alan, C. & Ogborne, PH. (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for development of alcohol disorders. *American Psychiatric Association*, 157, 745-750.
- DiClemente, R., Hansen, W. & Ponton, L. (Eds.). (1996). *Handbook of adolescent health risk behavior*. New York: Plenum Press.
- DuRant, R., Smith, J., Kreiter, S. & Kronwchuck, D. (1999). The relationship between early age of onset of initial substance use and engaging in multiple health risk behaviours among young adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153, 286-291.
- Engels, R. (1998). Antecedents of smoking cessation among adolescents: who is motivated to change? *Preventing Medicine* 27 (3) 348-357.
- Field, T., Diego, M. & Sanders, C. (2002). Adolescents' parents and peer relationship. *Adolescence*, 37 (145), 121-129.
- Forster, J. & Wolfson, M. (1998). Youth access to tobacco: Policies and politics. Retirado em 20 de Janeiro de 2000 da World wide Web: psych.annualreviews.org
- Gabhainn, S. & François, Y. (2000). Substance use. In C. Currie, K. Hurrelmann, W. Sttertobulte, R. Smith, & J. Todd (Eds). *Health and Health Behaviour among Young People*. HEPCA series: World Health Organization.
- Harrel, J., Bangdiwala, S., Deng, S., Webb, J. & Bradley, C. (1998). Smoking initiation in youth – the roles of gender. *Journal of Adolescent Health*, 23 (5), 271-279.
- James, D., Michael, L., Madeline, A., Leila, A., Jennifer, J., Bridget, M. & Todd, F. (2001). Effect of seeing tobacco use in films on trying smoking among adolescents: cross sectional study. *Juornal List*, 15, 323- 331.
- Jonathan, B., Arthur, V., Peterson, M., Robyn, K., Bharat, R., Brian, G. & Irwin, G. (2005). Childhood friends who smoke: do they influence adolescents to make smoking transitions. *Journal of Addictive Behaviors* 37 (3) 234-242.
- Kokkevi, A., Richardson, C., Floresar, S., Kuzman, M. & Stergar, E. (2007). Psychosocial correlates of substance use in adolescence: A cross-national study in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 86, 67-74.
- Lamkin, L. & Houston, T. (1998) Nicotine dependency and adolescents: preventing and treating. *Primary Care*, 25 (1): 123-135
- Matos, M. G. & Equipa do Projecto Aventura Social. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J. A. et al. (2006). A saúde dos adolescentes portugueses: Hoje em 8 anos. Retrieved 20-12-2006, from <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/nacional.pdf>
- Mounds, N. (2002). Parental management of adolescent peer relationships in context: the role of parenting style. *Journal of Family Psychology*, 16 (1), 58-89.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Philip, N. Ritchey, Ph., Gerald, S., Reid, M. & Lora, A. (2001) The relative influence of smoking on drinking and drinking on smoking among high school students in a rural tobacco-growing county. *Journal of Adolescent Health*, 29 (6), 386-394.
- Pierce, J. & Gilpin, E. (1996). How long will today's new adolescent smokers be addicted to cigarettes? *American Journal of Public Health*, 86 (2): 253-256.
- Roberts, C., Currie, C., Samdal, O., Currie, D., Smith, R. & Maes, L. (2007). Measuring the health behaviours of adolescents through cross-national survey research: recent developments in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *Journal Public Health*. Aceite em 07 de Março de 2007.

- Sasco, A., Merrill, V., Benhaim-Luzon, J., Gérard, P. & Freyer, G. (2003). Trends in tobacco smoking among adolescents in Lyon, France. *European Journal of Cancer*, 39 (4) 496-504.
- Simantov, E. (2000). Health compromising behaviours: why do adolescents smoke or drink? *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2 (1): 85-101.
- Smith, C., Nutbeam, D., Moore, L., Roberts, C. & Catford, J. (1994). Current changes in smoking attitudes and behaviours among adolescents in Wales, 1986-1992. *Journal of Public Health Medicine*, 16 (2), 165-171.
- Soucy, N. & Larose, S. (2000). Attachment and control in family and mentoring contexts as determinants of adolescent adjustment to college. *Journal of Family Psychology*, 14 (1). 125-143.
- Tyas S. & Pederson L. (1998) Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tobacco Control*, 409-420.
- Waldron, I. (1988). Gender and health-related behaviour. In D. S. Gochman (Ed.). *Health behaviour: emerging research perspectives* (pp. 193-208). New York: Plenum Press.
- World Health Organization. (1993). *The health of young people: a challenge and a promise*. Geneva: WHO.

A Violência na Escola e sua Associação ao Consumo de Substâncias

Sónia Gonçalves*
e Margarida Gaspar de Matos**

* Projecto Aventura Social e Saúde, Centro de Investigação Social/Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (CIS/ISCTE), Instituto PIAGET.

** Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana/UTL, Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL.

Resumo

Objectivos: O propósito do presente estudo foi o de investigar os comportamentos de violência e consumo de adolescentes de escolas públicas em Portugal. A nível específico procurou-se analisar a associação entre indicadores de consumo de substâncias e de violência.

Metodologia: Foram utilizados os dados provenientes da Base de Dados Portuguesa da HBSC, Health Behaviour in School-aged Children. A amostra (representativa) é constituída por 4877 adolescentes do 6.º, 8.º e 10.º anos (idade média = 14 anos, DP = 1,90) que responderam a um questionário relativo a uma série de comportamentos, crenças e atitudes no âmbito da saúde.

Resultados: Os resultados alertam para a associação entre os comportamentos de consumo de tabaco, álcool e droga e os comportamentos de violência tais como envolvimento em lutas físicas, porte de arma e ser vítima de *bullying* ou agressor dos colegas. Sublinha-se ainda uma evolução desenvolvimental e uma diferenciação de género.

Introdução

A violência entre pares em contexto escolar – também designado por *bullying* – refere-se a um comportamento intencional, com o objectivo principal de fazer mal e magoar alguém, é repetido ao longo do tempo (e.g., Chapell *et al.*, 2004; DeHaan, 1997; Olweus, 1994); para além disto, também é essencial ter-se em conta que a maior parte das vezes estes comportamentos agressivos por parte da pessoa que oprime ocorrem sem ter havido provocações (Harris & Petrie, 2002). Num estudo realizado na Austrália, os resultados apontam para cerca de 24% dos estudantes terem sido violentos com os seus colegas, 13% terem sido vítimas de violência e 22% simultaneamente vítimas e agressores (Forero, McLellan, Rissel & Bauman, 1999). Fekkes Pijpers e Verloove-Vanhorick (2005) estudaram um grupo de crianças alemãs cujos resultados mostraram que cerca de 16% das crianças foram vítimas de *bullying* com regularidade, sendo que cerca de 50% não contou aos professores o que se estava a passar. Em Portugal, estudos realizados em 1998 (Matos *et al.*, 2000) e 2002 (Matos *et al.*, 2003, 2004) sugerem que cerca de 1/5 dos adolescentes foram vítimas de violência e cerca de 1/5 assume que foi agressivo. Cerca de 1/4 referiram ser simultaneamente vítimas e agressores. Estes estudos demonstram que há algumas diferenças de género, sendo a percentagem de agressividade superior nos rapazes comparativamente às raparigas.

No que concerne ao *consumo de substâncias* em contexto escolar os relatórios do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (1998, 1999 e 2000) têm alertado para o facto do início dos consumos de substâncias ocorrer em idades cada vez mais jovens. De referir por exemplo, as estatísticas dinamarquesas que apontam para que cerca de 24% dos jovens consomam *cannabis*. Em Portugal, os já referidos estudos realizados em 1998 e 2000 (Matos *et al.* 2000, 2003) quando comparados revelam um aumento do consumo de tabaco, de álcool e de drogas entre os jovens portugueses (aumento este mais acentuado com o aumento da idade). Estes estudos sugerem algumas mudanças nos hábitos de consumo, por exemplo, tem-se verificado um aumento significativo de consumo e experimentação de tabaco por parte das raparigas. Há um aumento da percentagem de embriaguez, bem como do consumo de bebidas destiladas em detrimento da cerveja. Ao nível das drogas verifica-se um aumento do consumo de haxixe. No entanto, este grande aumento nos consumos de substâncias ocorrido entre 1998 e 2002, manteve-se globalmente estacionário e mesmo com tendência a diminuir no estudo de 2006 (Matos *et al.*, 2006).

A violência e o consumo de substâncias são exemplos de *comportamentos de risco* que são formas de comportamento associadas com o aumento de susceptibilidade a uma doença específica ou à «doença-saúde» (World Health Organization, 1986); sendo assim prejudiciais para a saúde. Estes comportamentos são considerados muitas vezes como estratégias utilizadas pelos jovens para se integrarem na estrutura social (e.g., Pellegrini & Bartini, 2000, citados por Harris, Petrie & Willoughby, 2002).

Tendo em conta os efeitos a longo prazo da violência nas escolas e dos consumos de substâncias, os investigadores têm vindo a estudar as causas e factores subjacentes a estes comportamentos com o objectivo de planear e implementar intervenções. Importa referir que segundo alguns autores (e.g., Gerstein & Green, 1993) os factores de risco são aditivos, ou seja, quantos mais factores de risco maior a probabilidade de comportamentos de risco. Hawkins & Catalano (2005, p. 15) definem como factores de risco «conditions that increase the likelihood that children will become involved in problem behaviours in adolescence and young adulthood». É importante referir o conceito de factor de protecção que «buffer young people from exposure to risks» (Hawkins & Catalano, 2005, p. 11). Todavia, o presente estudo centra-se especificamente nos factores de risco e por essa razão de seguida apresenta-se uma breve revisão da literatura sobre os factores de risco para os comportamentos de violência e consumo de substâncias.

Em relação ao *bullying/violência*, por exemplo, Finn e Frone (2003) realizaram um estudo nos Estados Unidos da América, no qual estudaram a relação entre o género e a etnia com o comportamento agressivo. Estes autores evidenciaram que os rapazes têm maior probabilidade de se envolverem em situações que contemplem comportamentos agressivos do que as raparigas; e, que tanto os afro-americanos como os latino-americanos registaram níveis superiores de luta na escola que os caucasianos. É assim indispensável mencionar que existem diferenças ao nível do género quanto aos comportamentos agressivos. As maiores diferenças ocorrem na forma como são executados os comportamentos agressivos. Enquanto os rapazes usam sobretudo a forma de agressão física, as raparigas tendem a optar pelas formas de agressão psicológicas ou indirectas (Young & Sweeting, 2004). Há uma tendência para que os rapazes estejam mais sujeitos a violência que as raparigas, no entanto, são as últimas que mais referem terem sido vítimas de opressão (Harris & Petrie, 2002). Também foi encontrado que os rapazes têm tendência a terem mais comportamentos agressivos do que as raparigas (Chapell *et al.*, 2004). As raparigas podem ter tantos comportamentos opressivos quanto os rapazes, todavia, como não querem demonstrar o seu envolvimento nestas situações e usam formas de *bullying* psicológicas e indirectas às quais não se presta tanta atenção pode ocorrer uma sub-estimação de comportamentos violentos neste campo (Bullock, 2002).

No que diz respeito ao *consumo de substâncias* diversos factores poderão contribuir para a iniciação e aumento do consumo (e.g., Allison *et al.*, 1999; Sneed *et al.*, 2001; Wiesner & Ittel, 2002). De acordo com Hawkins e Catalano (2005) estes factores podem ser divididos em factores inerentes à comunidade (e.g., acessibilidade às drogas, baixa vinculação com a comunidade e vizinhos), à família (e.g., estrutura familiar, estatuto socio-económico da família, historial na família de comportamentos de consumo de substâncias, conflito familiar, falta de monitorização parental), à escola (e.g., fraco envolvimento escolar, insucesso escolar), aos pares (e.g., amigos com historial de comportamentos de consumo de substâncias) e ao próprio indivíduo (e.g., idade, etnia). É de referir que a iniciação precoce de uso de substâncias é um factor de risco para uma varie-

dade de problemas de saúde mental e de eventual abuso de drogas (Hawkins & Catalano, 2005). Em Portugal, a política escolar em matéria da promoção da saúde inclui desde há 2 anos, a prevenção da violência entre pares e a prevenção do uso de substâncias psico-activas, como duas das áreas prioritárias de intervenção a nível da Educação para a Saúde na escola (GTES, 2005, 2006, 2007).

Objectivo do estudo

O presente estudo tem por objectivo analisar a associação entre os indicadores de consumo de substâncias e de violência em jovens em idade escolar, analisando ainda a associação da idade, da escolaridade e do género.

Metodologia

Caracterização da Amostra

A amostra utilizada neste estudo é constituída pelos alunos participantes no estudo Português realizado em Portugal Continental em 2006, parte integrante do estudo Europeu HBSC (www.hbsc.org; www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com), no qual Portugal foi incluído como parceiro em 1996.

O estudo HBSC iniciou-se em 1982 através de uma equipa de investigadores da Finlândia, Noruega e Inglaterra, desde 1985/86 é realizado de 4 em 4 anos. Ao longo dos anos o estudo foi crescendo e actualmente conta com a participação de 44 países Europeus e da América do Norte, em colaboração com a Organização Mundial de Saúde (Roberts et al., 2007).

O objectivo do estudo foi mantido desde o início do projecto, isto é, conseguir uma nova e maior compreensão do comportamento de saúde dos adolescentes, bem como da saúde e do bem-estar no seu contexto social e recolher dados que permitam comparações nacionais e internacionais, de forma a alcançar o objectivo proposto (Roberts et al., 2007).

O estudo Português incluiu alunos dos 6.º, 8.º e 10.º anos do ensino público regular. A amostra nacional consistiu em 4877 estudantes de 257 turmas, de 125 escolas Portuguesas escolhidas aleatoriamente, representativa dos referidos anos de escolaridade e estratificada por regiões de Educação Regional. Os alunos foram distribuídos da seguinte forma: Norte: 43,7%, Centro: 15,4%, Lisboa: 28,8%, Alentejo: 6,9% e Algarve: 5,2%. Destes 4877 alunos, 50,4% eram raparigas e 49,6% rapazes, e foram distribuídos da seguinte forma: 31,7% no 6.º ano de escolaridade, 35,7% no 8.º ano de escolaridade e 32,6% no 10.º ano de escolaridade. Com idades entre os 10 e 20 anos (média = 14 ± 1,90 anos). Relativamente ao grupo etário, 21,3% tem 11 anos, 30,2% tem 13 anos, 33,1% tem 15 anos e 15,3% tem 16 ou mais anos. A taxa de resposta foi de 92% para escolas, 87% para turmas e 87% para alunos.

Instrumento

O instrumento no qual se baseia o estudo é um questionário de auto-administração aplicado nas escolas pelos professores.

O questionário providencia informação sobre os indicadores de saúde e comportamentos relacionados com a saúde, assim como de circunstâncias de vida dos adolescentes. As questões abrangem informação demográfica, incluindo a idade, estrutura familiar, estatuto sócio-económico, relações sociais entre a família, pares e ambiente escolar, comportamento de saúde como a actividade física, comportamento alimentar, consumo de álcool, tabaco, marijuana, comportamento sexual, violência, *bullying*, entre outros; e indicadores de bem-estar, incluindo sintomas, satisfação com a vida, entre outros (Currie *et al.*, 2001, 2004).

No estudo Português, o questionário inclui todos os itens obrigatórios que abrangem aspectos da saúde a nível demográfico, comportamental e psicossocial, seguindo o formato indicado no protocolo (Currie *et al.*, 2001, 2004).

Para o presente trabalho foi considerado um conjunto específico de questões associadas com os hábitos de consumo e de violência:

Experiência associada ao consumo de tabaco. Avaliada através de uma pergunta em que se questionava os inquiridos sobre «Quantas vezes fumas tabaco?» (opções de resposta: não fumo; menos de uma vez por semana; uma vez por semana; todos os dias).

Experiência de embriaguez. Operacionalizada através de uma pergunta «Quantas vezes já te embriagaste?» (opções de resposta: nunca, uma vez, 2-3 vezes, 4-10 vezes e mais de 10 vezes).

Experiência de consumo de drogas no último mês. Medida através de uma pergunta «Quantas vezes consumiste drogas no último mês?» (opções de resposta: nenhuma, 1 vez, mais do que uma vez, consumo regularmente).

Envolvimento em lutas físicas. Avaliado com uma questão «Quantas vezes estiveste envolvido em lutas físicas?» (opções de resposta: não estive envolvido em lutas físicas, 1 vez, 2 vezes, 3 vezes e 4 vezes ou mais).

Experiência de ser vítima de bullying nos últimos meses (provocado). Medida através da questão «Quantas vezes foste provocado por colegas de escola no último mês?» (opções de resposta: nunca, 1 ou 2 vezes, 2 ou 3 vezes por mês, uma vez por semana, várias vezes por semana).

Experiência de provocar/bullying os colegas nos últimos meses (provocador). Este indicador foi operacionalizado através de uma pergunta «Quantas vezes

provocaste os teus colegas de escola no último mês?» (opções de resposta: nunca, 1 ou 2 vezes, 2 ou 3 vezes por mês, uma vez por semana, várias vezes por semana).

Posse de armas. Perguntou-se aos inquiridos com que frequência andaram com uma arma nos últimos 30 dias (opções de resposta: não andei nos últimos trinta dias, 1 dia, 2 ou 3 dias, 4 ou 5 dias e 6 ou mais).

Procedimento

A unidade de análise usada neste estudo foi a turma. Em cada escola as turmas foram seleccionadas aleatoriamente a fim de se encontrar o número requerido de alunos para cada turma, que era proporcional ao número dos mesmos fornecidos pelo Ministério da Educação. Os professores administraram os questionários na sala de aula (foram dadas uma série de instruções estandardizadas aos docentes). A participação dos alunos foi voluntária e anónima, os alunos após terem completado o questionário inseriam-no num envelope que era fechado pelo último aluno a terminar o preenchimento. O processo de distribuição e recolha do questionário foi realizado por correio. A recolha de dados decorreu no mês de Janeiro de 2006.

Resultados

Os resultados serão apresentados começando com a caracterização das variáveis em termos percentuais, com a posterior apresentação das medidas de associação e por fim, com a análise em correspondências múltiplas.

Foram analisados três indicadores de consumos ao nível do tabaco, álcool e drogas, bem como três indicadores de *bullying*, relativos a posse de armas, ao envolvimento em lutas físicas, ao ser vítima de *bullying* (provocado) ou agressor (provocador).

Caracterização dos indicadores de consumo de substâncias psico-activas e violência

Globalmente, a maioria dos alunos desta amostra não possui experiência de consumo de substâncias psico-activas. É de realçar contudo, a percentagem de jovens que já passaram pelas primeiras experiências e contactos com os consumos (Quadro 1). De salientar, por exemplo, o facto de que 11,5% (n = 553) já se embriagou uma vez e 8,8% (n = 425) entre duas e três vezes, 5,0% (n = 240) já tem hábitos de tabaco diários.

Quadro 1 – Caracterização dos indicadores de consumo de substâncias psico-ativas: tabaco, álcool e drogas

		N	%
Experiência de consumo de tabaco	Não fumo	4212	87,8
	Menos de uma vez por semana	211	4,4
	Uma vez por semana	132	2,8
	Todos os dias	240	5,0
	Total	4795	100,0
Experiência de embriaguez	Nunca	3552	73,7
	Uma vez	553	11,5
	2-3 vezes	425	8,8
	4-10 vezes	155	3,2
	Mais de 10 vezes	134	2,8
	Total	4819	100,0
Experiência de drogas no último mês	Nenhuma	4273	95,5
	1 vez	86	1,9
	Mais do que uma vez	66	1,5
	Consumo regularmente	48	1,1
	Total	4473	100,0

Nota: A negrito os valores percentuais mais elevados; a itálico e negrito os valores mais baixos.

Relativamente aos indicadores de violência entre pares, é possível constatar que a maioria dos inquiridos não se tem envolvido em comportamentos de violência (Quadro 2). Todavia, é de salientar que 26,5% (n = 1266) dos inquiridos já foi vítima de *bullying* no último mês e 25,2% (n = 1190) já provocou os colegas.

Quadro 2 – Caracterização dos indicadores de violência entre pares: *bullying*, lutas e posse de arma

		N	%
Envolvimento em lutas físicas	Não estive envolvido em lutas físicas	3035	63,2
	1 vez	852	17,7
	2 vezes	397	8,3
	3 vezes	190	4,0
	4 vezes ou mais	332	6,9
	Total	4806	100,0

(continua)

(continuação)

		N	%
Experiência de ser vítima de <i>bullying</i> nos últimos meses (provocado)	Nunca	2828	59,2
	1 ou 2 vezes	1266	26,5
	2 ou 3 vezes por mês	276	5,8
	Uma vez por semana	183	3,8
	Várias vezes por semana	222	4,6
	Total	4775	100,0
Experiência de provocar/ <i>bullying</i> os colegas nos últimos meses (provocador)	Nunca	3029	63,8
	1 ou 2 vezes	1190	25,1
	2 ou 3 vezes por mês	248	5,2
	Uma vez por semana	134	2,8
	Várias vezes por semana	143	3,0
	Total	4744	100,0
Posse de armas	Não andei nos últimos trinta dias	4282	90,6
	1 dia	166	3,5
	2 ou 3 dias	98	2,1
	4 ou 5 dias	34	0,7
	6 ou mais	144	3,0
	Total	4724	100,0

Nota: A negrito os valores percentuais mais elevados; a itálico e negrito os valores mais baixos.

Associação entre os indicadores de consumo de substâncias psico-ativas e violência entre-pares

Foram analisadas as associações entre cada indicador de consumo de substâncias psico-ativas e cada de violência entre-pares, através de medidas de associação (Quadro 3). Os resultados sugerem uma associação positiva e estatisticamente significativa entre todos os indicadores de consumo e de violência, à exceção das associações entre o ser vítima de *bullying* e a experiência de embriaguez e de drogas, que não são significativas. É de salientar a intensidade moderada de associação entre a posse de armas e os indicadores de consumos.

Quadro 3 – Síntese das medidas de associação entre os indicadores de consumo de substâncias psico-activas e violência entre-pares (B Kendall)

	Experiência de fumar	Experiência de embriaguez	Experiência de drogas no último mês
Envolvimento em lutas físicas	0,129*	0,139*	0,112*
Experiência de ser vítima de <i>bullying</i> nos últimos meses	0,028**	0,015 n.s.	- 0,006 n.s.
Experiência de provocar os colegas nos últimos meses	0,114*	0,105*	0,092*
Posse de armas	0,167*	0,217*	0,280*

Nota: n.s. – não significativo; * $p < 0,001$; ** $p < 0,05$

Perfis de consumo e violência entre-pares

As variáveis foram recodificadas de forma a serem utilizadas numa Análise de Correspondências Múltiplas (ACM), com o objectivo de tentar definir perfis de associação entre as variáveis em estudo. Assim, as variáveis foram categorizadas em «Sim» (caso tenha respectivamente alguma vez usado/abusado as substâncias em análise ou tenha alguma vez sofrido ou exercido violência) e «Não» (caso não tenha nunca usado as substâncias em análise ou não tenha nunca sofrido ou exercido violência, respectivamente).

No Quadro 4 podem-se observar a percentagem de alunos que refere já ter experimentado fumar, embriagar-se e usar drogas, bem com a percentagem de alunos que refere já ter estado envolvido em comportamentos de violência. Importa salientar as percentagens de alunos que já se embriagaram ($n = 1133$, 24,2%), que já se envolveram em lutas físicas ($n = 1771$, 36,8%), e que foram vítimas ($n = 1947$, 40,8%) ou provocaram os colegas ($n = 1715$, 36,2%).

Quadro 4 – Descrição dos indicadores de consumo de substâncias psico-activas e violência

	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Experiência de fumar	583	12,2	4212	87,8	4795	100,0
Experiência de embriaguez	1133	24,2	3552	75,8	4685	100,0
Experiência de drogas no último mês	200	4,5	4273	95,5	4473	100,0
Envolvimento em lutas físicas	1771	36,8	3035	63,2	4806	100,0
Experiência de ser vítima de <i>bullying</i> nos últimos meses	1947	40,8	2828	59,2	4775	100,0

(continua)

(continuação)

	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Experiência de provocar os colegas nos últimos meses	1715	36,2	3029	63,8	4744	100,0
Posse de armas	442	9,4	4282	90,6	4724	100,0

Nota: A negrito os valores percentuais mais elevados.

No intuito de procurar perfis de consumo e violência realizou-se uma ACM, no sentido de melhor compreender a complexidade destes perfis incluíram-se na análise três variáveis sócio-demográfica: gênero, idade e escolaridade.

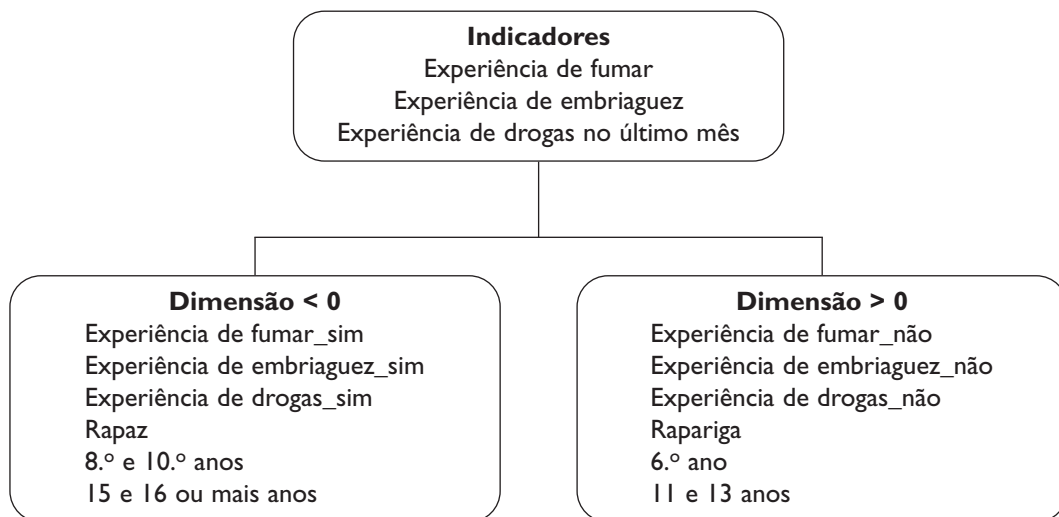
Através da análise das medidas de discriminação foi possível dar uma designação a cada uma das dimensões: Dimensão 1 pode ser designada por «Comportamentos de Consumo de Substâncias psico-activas» (CCS) e a Dimensão 2 por «Comportamentos de Violência» (CV).

Quadro 5 – Medidas de discriminação

	Dimensão	
	1 – CCS	2 – CV
Experiência de fumar	0,327	0,059
Experiência de embriaguez	0,345	0,019
Experiência de drogas no último mês	0,249	0,077
Envolvimento em lutas físicas	0,106	0,239
Experiência de ser vítima de <i>bullying</i> nos últimos meses	0,002	0,513
Experiência de provocar os colegas nos últimos meses	0,000	0,239
Posse de armas	0,014	0,299
Gênero	0,012	0,255
Escolaridade	0,587	0,223
Idade	0,667	0,164

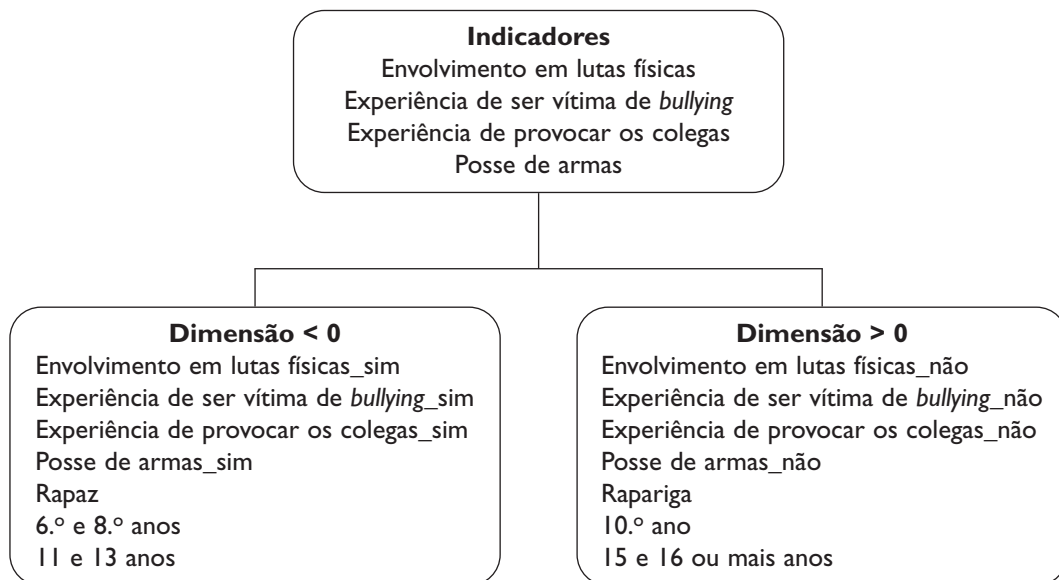
Com a análise das quantificações das categorias foi possível caracterizar cada dimensão (Figuras 1 e 2). A primeira dimensão é caracterizada por uma separação entre a «experiência» e «a não experiência» de comportamentos de consumo; sendo que a experiência deste tipo de comportamentos está associada especialmente aos rapazes, do 8.º e 10.º anos com mais de 15 anos; por sua vez, a não experiência está associada às raparigas do 6.º ano, de 11 e 13 anos.

Figura 1 – Traços de diferenciação dos CCS (Dimensão 1)



Relativamente à dimensão 2, relativa aos «Comportamentos de Violência», esta é caracterizada por uma separação entre «violência» e «não violência» sendo que a situação de «violência» está sobretudo associada aos rapazes, do 6.º e 8.º anos de escolaridade, com idades de 11 e 13 anos, às raparigas, do 10.º ano, com mais de 15 anos.

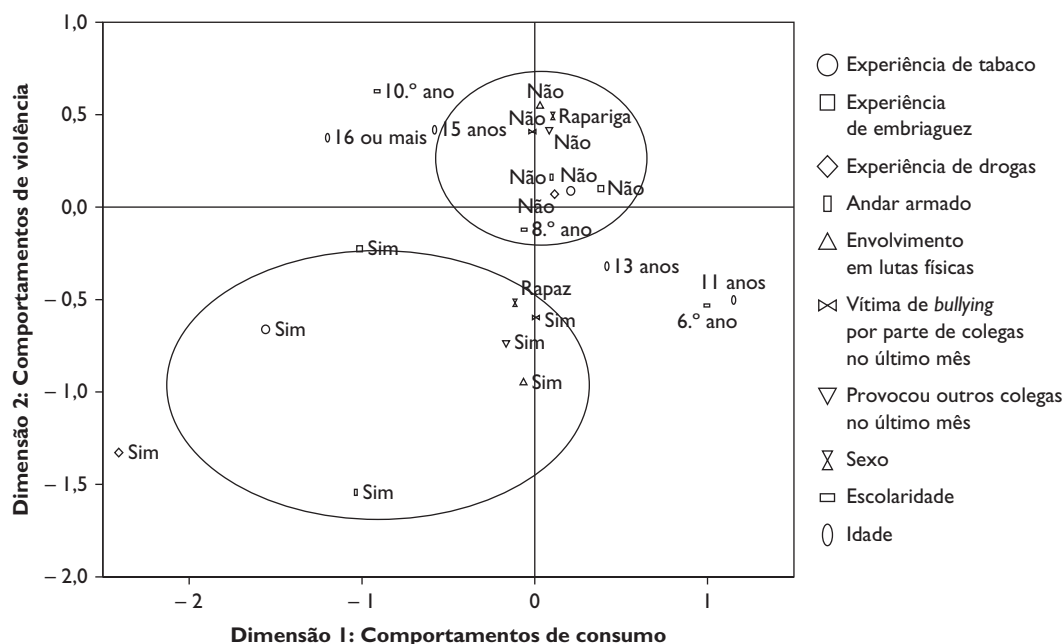
Figura 2 – Traços de diferenciação dos «Comportamentos de Violência» (Dimensão 2)



Analisando agora o cruzamento das duas dimensões (Gráfico 1), os resultados sugerem que podemos definir dois perfis principais, por um lado temos uma associação entre o ser rapariga e não ter experiência quer com comportamentos de consumo quer com comportamentos de violência e por

outro lado, temos o ser rapaz e a associação com comportamentos de violência e consumos.

Gráfico I – Perfis de consumo e violência



Discussão

Com este estudo procurou-se contribuir para o aprofundamento do conhecimento acerca das problemáticas do consumo de substâncias psico-ativas e da violência entre-pares nas escolas, analisando para tal, as associações entre uma série de diferentes indicadores dos dois tipos de comportamentos.

É importante realçar as associações encontradas entre os vários indicadores de violência e consumo de substâncias, que sugerem que o aumento da frequência de experiência de um implica o aumento da frequência da experiência do outro. Os resultados deste estudo traduzem-se em linhas práticas de intervenção preventiva face à problemática, sugerindo que não são problemas isolados que possam ser tratados de forma individualizada. As intervenções têm que ter uma abordagem sistémica abordando os multi-problemas do contexto escolar, tal como tem sido proposto e legislado recentemente (GTES, 2005, 2006, 2007).

A análise de correspondências múltiplas vem confirmar as análises de medidas de associação, mostrando que existem diferentes perfis de comportamentos de violência e consumo, sendo que os rapazes estão associados de forma mais significativa aos comportamentos de risco de cariz *externalizante*

do que as raparigas. Contudo, os resultados também sugerem que os comportamentos de risco, quer de consumo, quer de violência iniciam-se nas faixas mais jovens, denotando-se assim a importância de se começar a intervir sob estas problemáticas logo nas camadas escolares mais jovens.

A escola surge como um ambiente privilegiado para a implementação de programas de saúde, especialmente quando as intervenções enfatizam igualmente, o papel dos pares e da família (Calmeiro & Matos, 2005; Matos, 2005). Frequentemente, o conhecimento acerca dos estilos de vida e das crenças é insuficiente para promover mudança. As abordagens educacionais devem ser focalizadas no desenvolvimento de competências de vida, porque os adolescentes lidam simultaneamente com tarefas de aquisição de competências, de gestão das emoções, de autonomização e de desenvolvimento de relações maduras e integridade pessoal (Matos, 2005; Smalley, Wittler, & Oliverson, 2004; Botvin & Griffin, 2004; Danish, Fazio, & Nellen, 2002; GTES, 2005, 2006, 2007), de forma a poderem lidar com a vida diária e com os desafios futuros. A ênfase deve ser colocada nas percepções de competência, autonomia e auto-eficácia, bem como numa percepção de pertença e participação/responsabilização social (Calmeiro & Matos, 2005; Matos, 2005) numa perspectiva de prevenção (National Institute on Drug and Abuse, 2003).

Em estudos futuros seria importante completar os dados quantitativos com dados qualitativos; promover estudos longitudinais que permitam perceber as tendências dos agressores e agredidos (por exemplo, considerando diferentes tipos de *bullying*), bem como a forma como ambos lidam com as situações de *bullying* e consumos.

Referências

- Allison, K., Crawford, I., Leone, P., Trickett, E., Perez-Febles, A., Burton, L. & Blanc, R. (1999). Adolescent substance use: Preliminary examinations of school and neighbourhood context. *American Journal of Community Psychology*, 27 (2), 111-141.
- Botvin, G. J. & Griffin, K.W. (2004). Life skills training: Empirical findings and future directions. *The Journal of Primary Prevention*, 25 (2), 221-232.
- Bullock, J. (2002). Bullying among children. *Childhood Education*, 78 (3), 130-133.
- Calmeiro, L. & Matos, M. (2005). *Psicologia do Exercício e da Saúde*. Lisboa:Visão & Contextos.
- Chapel, M. et al. (2004). Bullying in college by students and teachers. *Adolescence*, 39 (153), 53-65.
- Currie, C. et al. (2004). *Young people health in context*. Copenhagen: World Health Organization. Acesso em 5 Julho 2007, www.hbsc.org
- Currie, C. et al. (2001). *The Health of Young Pupil*. Copenhagen: World Health Organization. Acesso em 5 Julho 2007, www.hbsc.org
- Danish, S., Fazio, R., Nellen, V. et al. (2002). Teaching Life skills through sport: Community based programs to enhance adolescent development (pp. 269-288). In Van Raalt & Brewer (Eds.). *Exploring Sport and Exercise Psychology*. Second Edition. Washington, DC: APA.
- DeHaan, L. (1997). *Bullies*. Acesso 24 Maio, 2000 de World Wide Web: ndsuxet.nodak.edu

- Fekkes, M., Pijpers, F. & Verloove-Vanhorick (2005). Bullying: who does what, when and where? Involvement of children, teachers and parents in bullying behaviour. *Health Education Research*, 20 (1), 81-91.
- Finn, K. & Frone, M. (2003). *Predictors of aggression at school: The effect of school-related alcohol use*. National Association of Secondary School Principals. NASSP Bulletin.
- Forero, R., McLellan, L., Rissel, C. & Bauman, A. (1999). Bullying behaviour and psychosocial health among school students in New South Wales, Australia: Cross sectional survey. *BMJ*, 319, 344 -348.
- Gerstein, D. R. & Green, L. W. (Eds.) (1993). *Preventing drug abuse: What do we know?* Washington: National Academy Press.
- GTEs (2005) *Educação para a saúde – relatório preliminar*, acessido em 2 Julho 2007 www.dgicd.min-edu.pt
- GTEs (2006) *Educação para a saúde – relatório de progresso*, acessido em 2 Julho 2007 www.dgicd.min-edu.pt
- GTEs (2007) *Educação para a saúde – relatório final*, acessível em 30 Setembro 2007 www.dgicd.min-edu.pt
- Harris, S. & Petrie, G. (2002). A study of bullying in the middle school. National Association of Secondary School Principals. *NASSP Bulletin*, 86, 42-53.
- Harris, S., Petrie, G. & Willoughby, W. (2002). Bullying among 9th graders: An exploratory study. National Association of Secondary School Principals. *NASSP Bulletin*, 86, 3-14.
- Hawkins, J. D. & Catalano, R. F. (2005). *Investing in your community's youth: An introduction to the Communities that Care System*. Acesso em 2 Julho 2007 de: <http://download.ncadi.samhsa.gov/Prevline/pdfs/ctc/Investing%20in%20Your%20Community's%20Youth.pdf>
- Matos, M. G. & Equipa do Projecto Aventura Social (2004). *Risco e Protecção*. Disponível em www.fmh.utl.pt/aventurasocial. Acesso em 18 Junho 2005.
- Matos, M. G. (Eds.) (2005). *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: CDI, FMH.
- Matos, M. G. & Equipa do Projecto Aventura Social (2000). *A saúde dos adolescentes*. Lisboa: FMH/PEPT-Saúde.
- Matos, M. G. & Equipa do Projecto Aventura Social (2006). *A saúde dos adolescentes portugueses – oito anos depois*. Disponível em www.fmh.utl.pt/aventurasocial. Acesso em 18 Janeiro, 2007.
- Matos, M. G. & Equipa do Projecto Aventura Social (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses – Quatro anos depois*. Lisboa: Edições Faculdade de Motricidade Humana.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (1998). *Relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na União Europeia*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (1999). *Relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na União Europeia*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2000). *Relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na União Europeia*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- Olweus, D. (1994). Annotation: bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 43 (7), 1171-1190.
- Roberts C., Currie C., Samdal O., Currie D., Smith R. and Maes L. (2007). Measuring the health and health behaviours of adolescents through cross-national survey research: Recent developments in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *Journal of Public Health*, 15 (3), 179-186.

- Smalley, S. E., Wittler, R. R. & Oliverson, R. (2004). Adolescent Assessment of Cardiovascular Heart Disease Risk Factor Attitudes and Habits. *Journal of Adolescent Health*, 35, 374-379.
- Sneed, C., Morisky, D., Rotheram-Borus, M., Ebin, V. & Malotte, C. (2001). Patterns of adolescent alcohol, cigarette, and marijuana use over a 6-month period. *Addictive behaviors*, 26, 415-423.
- Wiesner, M. & Ittel, A. (2002). Relations of pubertal timing and depressive symptoms to substance use. *Journal of Early Adolescence*, 22 (1), 5-23.
- World Health Organization (1986). *Young people's health – a challenge for society: Report of WHO study group on young people an «Health for all by the year 2000»*. Geneve:WHO.
- Young, R. & Sweeting, H. (2004). Adolescent bullying, relationships, psychological well-being, and gender-atypical behaviour: A gender diagnosticity approach. *Sex Roles: A Journal of Research*, 50 (7-8), 525-537.

Actividade Física, Desporto e Consumo de Substâncias entre Adolescentes Portugueses

Nuno E. Loureiro*,
Margarida Gaspar de Matos**
e José Alves Diniz***

* Projecto Aventura Social e Saúde.

** Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana/UTL, Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL.

*** Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana/UTL.

Resumo

Objectivos: Pretende-se estudar as relações entre a prática de actividade física, desporto e os consumos de substâncias por parte dos adolescentes.

Metodologia: A amostra utilizada neste estudo é constituída por 4877 sujeitos em idade escolar, participantes no estudo Português realizado em Portugal Continental em 2006, parte integrante do estudo Europeu HBSC. Os dados foram obtidos através da aplicação de questionário.

Resultados: Os resultados indicam que a maioria dos jovens não consome substâncias nocivas à saúde. Foram ainda encontradas associações positivas entre a prática de desporto e de desportos colectivos com um menor consumo de álcool e a prática de actividade física com um menor consumo de drogas e de *cannabis*.

Foram ainda encontradas associações entre os praticantes de alguns tipos de desportos com um maior consumo de tabaco e de drogas.

Introdução

A adolescência conduz à maturação biológica e mudanças psicossociais. Nesta fase de transição, novos comportamentos podem ser vistos como uma tarefa de desenvolvimento. A adopção de alguns desses comportamentos é potencialmente destabilizadora da saúde do adolescente e do futuro adulto, como por exemplo o consumo de tabaco, consumo de álcool e drogas. É nesta fase etária que se observa um grande aumento de comportamentos de risco (Matos, e Equipa do projecto Aventura Social, 2003). O presente artigo tem como principal objectivo relacionar a prática de actividade física e desporto dos adolescentes com o consumo de tabaco, drogas e álcool.

O desporto pode ter um papel protector contra o envolvimento em comportamentos de risco para a saúde dos adolescentes pois oferece a possibilidade de participar em actividades estruturadas e o construir relações sociais com os seus pares e treinadores (Mahoney & Stattin, 2000). Contudo, a relação entre os comportamentos de risco e a actividade física não oferece uma evidência clara do papel protector dos mesmos (Bento, Ciairano, Gemelli, Musella, Rabaglietti & Roggero, 2005). A crença no valor educativo do desporto e das actividades físicas tem feito incorporar estas actividades em muitos programas. No entanto, o impacto da participação do adolescente no desporto relativamente ao uso de determinadas substâncias é limitado (Brandl-Bredenbeck, 2005).

A agravar este panorama, os Portugueses são um dos povos mais sedentários da Europa (Eurobarometer, 2006), em que a maioria afirma não realizar actividades desportivas (54%) e aqueles que praticam despendem apenas uma média de 54,5 min./dia em actividades vigorosas, muito abaixo da média europeia (91,5 min./dia). Os jovens portugueses, à semelhança dos adultos, também apresentam uma fraca adesão à prática da actividade física (WHO, 2004).

A prevalência de fumadores em Portugal é das mais baixas da Europa, no entanto, estima-se, que este consumo esteja relacionado com 12,1% das mortes no país (WHO, 2005) e com gastos públicos consideráveis (Gouveia, 2007).

De acordo com diversos estudos (Matos & *et al.*, 2006; DGS, 2002) verifica-se uma diminuição do consumo de tabaco entre a população juvenil, confirmada pela diminuição no número de fumadores de 15 anos ou mais e pela redução do número de cigarros vendidos (DGS, 2002). Contudo, existem ainda 17,6% de rapazes e 26,2% raparigas de 15 anos que fumam pelo menos um cigarro por semana e que têm a sua primeira experiência, no caso dos rapazes aos 13,2 anos, e nas raparigas aos 12,3 anos (WHO, 2004). Estes dados parecem revelar mudanças na tipologia do consumo dos géneros, onde se verifica um aumento do consumo por parte das raparigas e uma diminuição por parte dos rapazes (DGS, 2003; Marques-Vidal & Oliveira, 2005).

A dependência do tabaco encontra-se frequentemente associada a comportamentos de consumo de álcool e outras drogas ilícitas, assim como, a comportamentos sedentários, como ver televisão quatro ou mais horas por dia (Matos, Gaspar, Vitória & Clemente, 2003).

A relação entre a actividade física e o fumar nos adolescentes não é consensual na literatura.

Alguns autores (Sabino, Corte-Real, Alves, Corredeira, Balaguer, & Brustad, 2004) consideram a relação entre prática de actividade física e o consumo de tabaco fraca, (assim como outros consumos e.g. álcool e haxixe), não sendo considerada significativa em termos estatísticos. Outros (Marques-Vidal & Oliveira, 2005), consideram que tanto fumadores como ex-fumadores praticam menos actividades desportivas em clubes, contudo, não se verificaram diferenças no estilo de vida sedentário (ver TV, jogar cartas e computador) e nos parâmetros de actividade física (salto vertical, flexões, corrida de 30 metros, resistência cardiovascular). Opiniões mais optimistas consideraram a participação em desportos um factor protector contra o fumar (Hedman, Bjerg-Baclund, Pezanowski & Sundberg, 2007; Larson, Story, Perry, Neumark-Sztainer & Hannan, 2007; Wilson *et al.*, 2005), pois existe menos probabilidade de iniciar o comportamento de fumar ou progredir na regularidade do consumo ao longo do tempo (Pate, Heath, Dowda & Trost, 1996). Os praticantes jovens de desportos de equipa possuem cerca de três vezes menos probabilidade de se tornarem fumadores comparativamente com aqueles que tem uma forte participação desportiva (Rodriguez & Audrain-McGovern, 2004).

Um estudo recente (Audrain-McGovern & Rodriguez, 2007) tentou fazer uma abordagem de cariz mais neurológico. Foi realçada a evidência que os adolescentes que participam em pelo menos um desporto de equipa e que possuem um ou dois tipos de genes responsáveis pelo risco de fumar, apresentam elevados níveis de actividade física. A interacção dos efeitos da predisposição dos genes e da participação em desportos de equipa pode ser explicada no contexto actual da investigação neurobiológica, baseado nas evidências que os hábitos de actividade física resultantes deste tipo de prática, podem aumentar os níveis de dopamina no cérebro. Outra explicação para esta evidência, pode resultar do facto dos desportos de equipa terem uma forte componente social derivada da interacção com treinadores e companheiros, e das normas e regras de condutas, formais e não formais, da subcultura atlética (fumar prejudica a performance atlética) (Melnick, Miler, Sabo, Farrell & Barnes, 2001; Audrain-McGovern, Rodriguez, Teyak & Moss, 2006).

Em contraste, comparativamente com os não atletas, tantos rapazes como raparigas atletas, consomem significativamente mais álcool por semana, ficam mais frequentemente embriagados e sofrem mais consequências adversas resultantes do seu consumo (Leichliter, Meilman, Presley & Cashin, 1998). Os adolescentes que participam em competições atléticas aparentam ter maior risco de iniciar o consumo do álcool. Em particular, os desportos de equipa

parecem ser um melhor contexto de promoção do consumo do álcool que os desportos individuais (Aaron, Dearwater, Anderson, Olsen, Kriska & Laporte, 1995). A associação entre o consumo de álcool e o envolvimento em provocações e a prática da actividade física pode talvez ser vista no contexto da maior autonomia e circulação dos jovens nos grupos de pares, que de certo modo, os expõem mais a situações de convívio social e pressão a normas de grupo, que muitas vezes associam o convívio entre pares a um maior consumo de álcool, e este a uma maior frequência de comportamentos de provocação (Matos *et al.*, 2003). O ser atleta parece conduzir a patamares de maior evidência nas relações sociais entre os jovens, que parecem estar associadas ao maior consumo de álcool (Nelson & Wechsler, 2001).

O consumo de drogas revela-se um dos principais motivos que leva os pais a motivar a prática desportiva dos jovens, como uma forma de ocupar o tempo e afastar possíveis «tentações» (Loureiro, 2004). Esta relação não é ainda entendida como consensual devido ao carácter divergente das diversas investigações.

Algumas investigações não conseguem provar uma associação significativa (positiva ou negativa) entre a prática de actividades físicas e o consumo de substâncias ilícitas (Henriques, Zarcos, Passadouro & Spencer, 2006; Sabino, Cortes-Real, Alves, Corredeira, Balaguer & Brustad, 2004). Esta falta de relação foi ainda encontrada entre o uso de substâncias e a prática de desportos de equipa e individuais (Kuling, K., Brener & McManus, 2003). Existem no entanto, numerosos programas de prevenção efectuados utilizando a actividade física e o desporto, onde se confirma a redução do consumo de drogas e a abstinência do consumo, associadas à prática de actividade física (Winnail & *et al.*, 1995; Collingwood, 1997). Verifica-se contudo, que a relação pode ser dependente da selecção do tipo de desporto, nomeadamente, entre os praticantes de futebol e de *wrestling* são os que têm maiores probabilidades de consumir (Moore & Werch, 2005). O desporto, por diversas razões, pode ser simultaneamente um recurso para a prevenção do uso de substâncias ou um factor associável ao risco.

Metodologia

Amostra

A amostra utilizada neste estudo é constituída pelos sujeitos participantes no estudo Português realizado em Portugal Continental em 2006, parte integrante do estudo Europeu HBSC (www.hbsc.org; www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com). Portugal foi incluído como parceiro neste estudo pela primeira vez em 1996.

O estudo HBSC iniciou-se em 1982 através de uma equipa de investigadores da Finlândia, Noruega e Inglaterra, desde 1985/86 é realizado de 4 em 4 anos. Ao longo dos anos o estudo foi crescendo e actualmente conta com

a participação de 44 países Europeus e da América do Norte, em colaboração com a Organização Mundial de Saúde (Roberts *et al.*, 2007).

O objectivo do estudo foi mantido desde o seu início, traduzindo-se em conseguir uma nova e maior compreensão do comportamento de saúde dos adolescentes, saúde e bem-estar no seu contexto social e recolher dados que permitam comparações nacionais e internacionais, de forma a alcançar o objectivo proposto (Roberts *et al.*, 2007).

O estudo Português incluiu alunos dos 6.º, 8.º e 10.º anos do ensino público regular com média de idades de 14 anos ($SD \pm 1,89$). A amostra nacional consistiu em 4877 estudantes de 257 turmas, de 125 escolas Portuguesas escolhidas aleatoriamente, representativa dos referidos anos de escolaridade e estratificada por regiões de Educação Regional. Os alunos foram distribuídos da seguinte forma: Norte, 43,7%; Centro, 15,4%; Lisboa, 28,8%; Alentejo, 6,9%; e Algarve, 5,2%. Destes 50,4% eram raparigas e 49,6% rapazes, e foram distribuídos da seguinte forma: 31,7% no 6.º ano de escolaridade, 35,7% no 8.º ano de escolaridade e 32,6% no 10.º ano de escolaridade. A taxa de resposta foi de 92% para escolas, 87% para turmas e 87% para alunos. O estudo ocorreu em Janeiro de 2006.

Instrumento

O instrumento no qual se baseia o estudo é um questionário de auto-administração aplicado nas escolas pelos professores.

O questionário providencia informação sobre os indicadores de saúde e comportamentos relacionados com a saúde, assim como de circunstâncias de vida dos adolescentes. As questões abrangem informação demográfica, incluindo a idade, estrutura familiar, estatuto sócio-económico, relações sociais entre a família, pares e ambiente escolar, comportamento de saúde como a actividade física, comportamento alimentar, consumo de álcool, tabaco, marijuana, comportamento sexual, violência, *bullying*, entre outros; e indicadores de bem-estar, incluindo sintomas, satisfação com a vida, entre outros (Currie, Samdal & Boyce, 2001).

No estudo Português, o questionário inclui todos os itens obrigatórios que abrangem aspectos da saúde a nível demográfico, comportamental e psicossocial, seguindo o formato indicado no protocolo (Currie, Samdal & Boyce, 2001).

Procedimento

A unidade de análise usada neste estudo foi a turma. Em cada escola as turmas foram seleccionadas aleatoriamente a fim de se encontrar o número requerido de alunos para cada turma, que era proporcional ao número dos mes-

mos fornecidos pelo Ministério da Educação. Os professores administraram os questionários na sala de aula. A participação dos alunos era voluntária.

Variáveis

Considerando que o objectivo deste estudo foi conhecer a prática desportiva dos adolescentes portugueses e seus factores, construímos variáveis que ajudassem a responder ao nosso propósito. As variáveis dependentes foram definidas criando medidas totais a partir da agregação de itens do questionário do HBSC (Currie, Samdal & Boyce, 2001; Matos *et al.*, 2006). As variáveis em estudo estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 – Descrição dos itens do questionário utilizado no estudo

Demográficas	
Q.1. Tu és rapaz ou rapariga	a) Rapaz; b) Rapariga
Q.3. Em que anos estás	a) 6.º ano; b) 8.º ano; c) 10.º ano
Q.4. Em que ano nasceste	
Consumos	
Q.14. Já alguma vez fumaste tabaco? (no mínimo um cigarro, charuto ou cachimbo)	a) Sim; b) Não
Q.15. Quantas vezes fumas tabaco?	a) Todos os dias a d) Eu não fumo
Q.17. Já alguma vez ficaste embriagado?	a) Não, nunca a e) Sim, mais de 10 vezes
Q.19. Alguma vez experimentaste «marijuana» (erva, haxixe)?	a) Nunca a g) 40 ou mais vezes
Actividade Física	
Q.13. Nos últimos 7 dias, quantos dias praticaste actividade física num total de pelo menos 60 min. por dia?	0 dias a 7 dias
Prática Desportiva	
Q.73. Fora do horário escolar: durante o teu tempo livre, quantas vezes fazes exercício ou praticas actividade desportiva suficiente para ficar com a respiração ofegante?	a) Todos os dias a g) Nunca
Q.76. Que desporto praticas ou praticaste durante os últimos seis meses de forma regular e fora das aulas de Educação Física (pelo menos 1 hora, duas vezes por semana)?	a) Futebol a k) Nunca pratiquei desporto

Estatística

Para as variáveis relacionadas com a prática desportiva foi utilizado o teste não paramétrico Qui-quadrado (χ^2). A significância estatística foi definida ao nível convencional de $p < 0,05$.

Apresentação e Discussão dos Resultados

Os consumos das diversas substâncias foram estudados em função da quantidade de actividade física e desporto realizados pelos adolescentes (Tabela 2). Podemos observar que existe um baixo consumo de todas as substâncias em estudo, sendo a mais preocupante o *Consumo de bebidas alcoólicas*.

Tabela 2 – Prática de actividade física e a prática de desporto e consumo de substâncias

Consumos		Prática de actividade física (%)				Prática de exercício (%)			
		n	1 vez ou menos	2 a 3 vezes	mais de 3 vezes	n	1 vez ou menos	2 a 3 vezes	mais de 3 vezes
Fumar	Não	3987	89,0	88,5	87,7	4126	87,5	87,3	89,3
	Sim	522	11,0	11,5	12,3	558	12,5	12,7	10,7
	Resultados do teste do χ^2	$\chi^2 = 1,565; p = 0,457$				$\chi^2 = 3,836; p = 0,147$			
Bebidas alcoólicas	Não	2837	63,4	61,7	35,5	2935	61,1	60,7	66,0
	Sim	1655	36,6	38,3	36,4	1745	38,9	39,3	34,0
	Resultados do teste do χ^2	$\chi^2 = 0,996; p = 0,608$				$\chi^2 = 11,942; p = 0,003$			
Ficar embriagado	Não	3350	72,9	76,9	74,4	3471	74,7	72,6	73,9
	Sim	1166	27,1	23,1	25,6	1234	25,3	27,4	26,1
	Resultados do teste do χ^2	$\chi^2 = 5,351; p = 0,069$				$\chi^2 = 1,695; p = 0,428$			
Drogas	Não	4023	94,6	96,7	96,9	4219	95,7	96,1	95,0
	Sim	174	5,4	3,3	3,1	195	4,3	3,9	5,0
	Resultados do teste do χ^2	$\chi^2 = 12,878; p = 0,002$				$\chi^2 = 1,893; p = 0,388$			
Cannabis	Não	4214	96,8	98,3	98,3	4382	97,3	97,4	97,1
	Sim	104	3,2	1,7	1,7	123	2,7	2,6	2,9
	Resultados do teste do χ^2	$\chi^2 = 10,104; p = 0,006$				$\chi^2 = 0,315; p = 0,854$			

Não existem diferenças na tipologia dos consumos e a prática de actividade física e desporto, nas variáveis *Fumar* e *Ficar embriagado*. O consumo de *Bebidas alcoólicas* difere junto dos praticantes de desporto, sendo os que mais praticam (mais de 3 vezes por semana) os que menos consomem (66%). O consumo de *Drogas* e de *Cannabis* apresenta diferenças estatisticamente significativas entre os praticantes de actividade física e os não praticantes. A maioria dos sujeitos activos afirma não consumir as substâncias em análise, sendo que a diminuição do consumo ocorre com o aumento da quantidade de actividade física durante a semana (excepto no consumo de *cannabis* que se mantém igual – 1,7%).

Praticar mais desporto parece conduzir os adolescentes a consumir menos bebidas alcoólicas, no entanto estes dados contrariam os dados de diversos estudos (Matos *et al.* 2005; Nelson & Wechsler, 2001). As exigências competitivas e a necessidade de uma maior quantidade de treinos por semana (mais de três) poderão contribuir para restringir a frequência do consumo.

O consumo de drogas e em particular o consumo de cannabis revela-se inversamente relacionado com a prática de actividade física, o que corrobora os estudos de Winnail *et al.* (1995). A não relação entre os consumos de tabaco e álcool e a prática de actividade física está de acordo com os dados de Sabino *et al.* (2004) que também não conseguiram encontrar associações significativas.

As características dos atletas de determinadas modalidades levam a pressupor que possam haver diferenças ao nível dos consumos. Pois, os respectivos regulamentos e contextos desportivos conduzem a interações muito específicas entre todos os agentes envolvidos. A procura de demonstrar as relações entre o consumo e o tipo de prática desportiva, estes resultados da agregação de modalidades contêm na sua essência a possibilidade dos atletas terem ou não contacto físico e de competirem em equipa ou apenas de forma individual.

O consumo de *Tabaco* entre os adolescentes diverge ($p < 0,05$) apenas entre os praticantes e não praticantes de *Desportos colectivos*. Apesar de uma elevada incidência de não fumadores, em ambos os casos, são os praticantes que mais referem consumir (13%). O consumo é mais acentuado entre os praticantes e ocorre, igualmente, no uso de *Drogas*. Os praticantes dos *Desportos colectivos* (5,4%), *Desportos individuais* (5,2%) e *Desportos de contacto* (5,1%) afirmam mais frequentemente consumir drogas que os não praticantes. No que concerne ao consumo de *Bebidas alcoólicas* constata-se a situação contrária, sendo os praticantes de *Desportos com contacto* quem menos refere este consumo (64%).

Tabela 3 – Consumo de substâncias em função da prática do tipo de desporto

Consumos		n	Desportos colectivos (%)		Desportos individuais (%)		Desportos com contacto (%)		Desportos sem contacto (%)	
			Não pratica	Pratica	Não pratica	Pratica	Não pratica	Pratica	Não pratica	Pratica
Fumar	Não	4212	88,8	87,0	87,9	87,7	88,5	87,0	88,1	87,5
	Sim	583	11,2	13,0	12,1	12,3	11,5	13,0	11,9	12,5
	Resultados do teste do χ^2		$\chi^2 = 3,874; p = 0,027$		$\chi^2 = 0,44; p = 0,433$		$\chi^2 = 1,944; p = 0,088$		$\chi^2 = 0,346; p = 0,293$	
Bebidas alcoólicas	Não	2999	62,0	63,1	61,9	63,7	61,2	64,0	62,5	62,8
	Sim	1792	38,0	36,9	38,1	36,3	38,8	36,0	37,5	37,2
	Resultados do teste do χ^2		$\chi^2 = 0,634; p = 0,222$		$\chi^2 = 1,638; p = 0,106$		$\chi^2 = 4,201; p = 0,022$		$\chi^2 = 0,63; p = 0,414$	

(continua)

(continuação)

Consumos	n	Desportos colectivos (%)		Desportos individuais (%)		Desportos com contacto (%)		Desportos sem contacto (%)		
		Não pratica	Pratica	Não pratica	Pratica	Não pratica	Pratica	Não pratica	Pratica	
Ficar embriagado	Não	3552	74,2	53,6	73,0	74,8	74,0	73,4	73,7	73,8
	Sim	1267	25,8	26,8	27,0	25,2	26,0	26,6	26,3	26,2
	Resultados do teste do χ^2		$\chi^2 = 0,59; p = 0,231$		$\chi^2 = 1,886; p = 0,090$		$\chi^2 = 0,292; p = 0,306$		$\chi^2 = 0,11; p = 0,473$	
Drogas	Não	4273	96,5	94,6	96,0	94,8	96,2	94,9	95,9	95,0
	Sim	200	3,5	5,4	4,0	5,2	3,8	5,1	4,1	5,0
	Resultados do teste do χ^2		$\chi^2 = 9,308; p = 0,001$		$\chi^2 = 3,511; p = 0,037$		$\chi^2 = 4,548; p = 0,020$		$\chi^2 = 2,029; p = 0,089$	
Cannabis	Não	4481	97,7	96,9	97,3	97,1	97,6	96,9	97,3	97,2
	Sim	127	2,3	3,1	2,7	2,9	2,4	3,1	2,7	2,8
	Resultados do teste do χ^2		$\chi^2 = 2,712; p = 0,059$		$\chi^2 = 0,284; p = 0,328$		$\chi^2 = 2,401; p = 0,072$		$\chi^2 = 0,002; p = 0,517$	

Nos restantes consumos em análise, *Ficar embriagado* e *Cannabis* não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os não praticantes e os praticantes de algum tipo de modalidade.

A maior incidência de fumadores entre os praticantes dos desportos colectivos contraria as conclusões de Rodriguez e Audrain-McGovern (2004), que consideram esta prática como um factor protector deste consumo. Os praticantes destas modalidades têm por norma características mais extrovertidas e procuram junto dos seus companheiros de equipa estabelecer fortes relações de intimidade e de companheirismo. Esta necessidade de pertença e ascensão na hierarquia do grupo poderá em parte contribuir para explicar esta maior adição. Os comportamentos contrários às normas, assim como a falta de vigilância de adultos, devido aos deslocamentos para jogos e treinos, pode servir igualmente como contributo para a explicação deste tipo de conduta.

O maior consumo de drogas por parte dos praticantes de todos os tipos de modalidades, excepto nos desportos sem contacto físico, contraria as indicações de diversos estudos (Pate & et al., 1996; Collingwood, 1997). A divergência destes dados poderá ser em parte explicada pela não divisão da prática desportiva por diferentes tipos de modalidade. A incidência do consumo de drogas junto dos desportistas deve promover uma análise cuidada e detalhada das razões que conduzem ao consumo assim como os contextos em que ocorrem.

As grandes conclusões deste estudo são relações inversas entre os consumos de álcool com a prática de desporto e com prática de desportos colec-

tivos e ainda entre, o consumo de drogas e de cannabis com a prática de actividade física. Os praticantes de desportos colectivos, individuais e desportos com contacto físico apresentam maiores índices de consumo de drogas. Os atletas de desportos colectivos fumam mais que os não praticantes.

A prática desportiva dos adolescentes deve proporcionar na juventude um ambiente social que promova valores sociais e de saúde básicos ao desenvolvimento harmonioso do indivíduo. A mera participação dos jovens no desporto não é suficiente por si só. Todo o contexto formativo que envolve as práticas físicas deve estar bem regulado e ser constantemente reavaliado de forma a garantir a promoção de hábitos saudáveis.

Referências

- Aaron, D., Dearwater, S., Anderson, R., Olsen, T., Kriska, A. & Laporte, R. (1995). Physical activity and the initiation of high-risk health behaviors in adolescents. *Med Sci Sports Exerc* 27 (12): 1639-45, pp. 1639-45.
- Audrain-McGovern, A. & Rodriguez, D. (2007). Effect of team sports participation on genetic predisposition to adolescents smoking progression. *Arch Gen Psychiatry* 63, pp. 433-441.
- Audrain-McGovern, A., Rodriguez, D., Tecyak, K. N. & Moss, H. (2006). The impact of self-control indices on peer smoking and adolescent smoking progression. *Journal Pediatric Psychol* 31, pp. 139-151.
- Bento, S., Ciairano, S., Gemelli, F., Musella, G., Rabaglietti, E. & Roggero, A. (2005). Sport activities and risk behaviours in a sample of Italian adolescents. *AISEP. Active lifestyles: The impact of education and sport* (p. 233). Lisboa: FMH.
- Brandl-Bredenbeck, H. (2005). Physical activity and risk behaviour in young people. *AISEP. Active lifestyles: The impact of education and sport* (p. 3). Lisboa: FMH.
- Collingwood, T. (1997). Providing physical fitness programs to at-risk youth. *Quest* 49, pp. 67-84.
- Currie, C., Samdal, O. & Boyce, W. (2001). HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey. Copenhagen: WHO.
- DGS. (2003). Contributos para um PLANO NACIONAL DE SAÚDE. Orientações estratégicas. Lisboa: DGS.
- DGS. (2002). Ganhos de saúde em Portugal: ponto de situação. Relatório do Director Geral e Alto-Comissário da Saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Eurobarometer. (2006). *Health and Food*. Obtido em 28 de Junho de 2007, de Eurobarometer: http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eurobarometers_en.htm
- Gouveia, M. (2007). *Carga e Custos da Doença Atribuível ao Tabagismo em Portugal*. Obtido em 9 de 7 de 2007, de http://www.hospitaldofuturo.com/Pt_agenda.htm
- Hedman, L., Bjerg-Baclund, A., Pezanowski, M. & Sundberg, S. (2007). Factors related to tobacco use among teenagers. *Respir. Med.* 111 (3), pp. 496-502.
- Henriques, M., Zarcos, M., Passadouro, R. & Spencer, B. (2006). Hábitos de adolescente. Estudo sobre a ocupação dos seus tempos livres e consumos. *Acta Pediatrica Portuguesa* 37 (2), pp. 42-7.
- Kuling, K., K., Brener, N. & McManus, T. (2003). Sexual activity and substance use among adolescents by category of physical activity plus team sports participation. *Arch Pediatr Adolesc Med* 157, pp. 905-912.

- Larson, N., Story, M., Perry, C., Neumark-Sztainer, D. & Hannan, P. (2007). Prevalence of chronic disease. 2007 Jul; 4 (3): A51. Epub 2007 Jun 15. Links Are diet and physical activity patterns related to cigarette smoking in adolescents? Findings from Project EAT. *Prev Chronic Dis* (3).
- Leichliter, J., Meilman, P., Presley, C. & Cashin, J. (1998). Alcohol use and related consequences among students with varying levels of involvement in college athletics. *J Am Coll Health*. 46 (6), pp. 257-62.
- Loureiro, N. (2004). A saúde dos adolescentes portugueses: prática desportiva e sedentarismo. Tese de mestrado não publicada. Lisboa: FMH.
- Mahoney, J. & Stattin, H. (2000). Leisure Activities and adolescent antisocial behaviour: the role of structure and social context. *J Adolescence*, pp. 23, 113-127.
- Marques-Vidal, P. & Oliveira, J. (2005). Smoking is related to lower health behaviours in Portuguese adolescents. *AISEP. Active lifestyles: The impact of education and sport* (p. 212). Lisboa: FMH.
- Matos, M. & Equipa do Projecto Aventura Social. (2003). Aventura social & saúde. A saúde dos adolescentes Portugueses (4 anos depois). Lisboa: FMH.
- Matos, M. & Equipa do Projecto Aventura Social. (2006). Aventura social & saúde. A saúde dos adolescentes Portugueses hoje e em 8 anos. Lisboa: FMH.
- Matos, M., Gaspar, T., Vitória, P. & Clemente, M. (2003). *Adolescentes e o tabaco. Rapazes e raparigas*. Lisboa: FMH.
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Alves Diniz, J. et al. (2006). *Saúde dos Adolescentes Portugueses – Hoje e em 8 anos – Relatório Preliminar do Estudo HBSC 2006*. Obtido em 1 de 3 de 2007, de <http://www.aventurasocial.com/main.php>
- Melnick, M., Miler, K., Sabo, D., Farrell, M. & Barnes, G. (2001). Tobacco use among high school athletes and nonathletes: results of the 1997 Youth risk behavior survey. *Adolescence* 36, pp. 727-747.
- Moore, M. & Werch, C. (2005). Sport and physical activity participation and substance use among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 36 (6), pp. 486-493.
- Nelson, T. & Wechsler, H. (2001). Alcohol and college athletes. *Med Sci Sports Exerc*. 33 (1): pp. 43-7.
- Pate, R. et al. (1996). Associations between physical activity and other health behaviours in a representative sample of US adolescents. *American Journal of Public Health*, pp. 1577-1581.
- Pate, R., Heath, G., Dowda, M. & Trost, S. (1996). Association between physical activity and other health behaviours in a representative sample of U.S. adolescents. *AM J Public Health*, pp. 86: 1577-1581.
- Rodriguez, D. & Audrain-McGovern, J. (2004). Team Sport participation and smoking: analysis with general growth mixture modeling. *J Pediatr Psychol* 29, pp. 299-308.
- Sabino, A., Corte-Real, N., Alves, J., Corredeira, R., Balaguer, I. & Brustad, R. F. (2004). A Actividade física e consumo de tabaco, álcool e haxixe. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto* 4 (2), pp. 299-327.
- WHO. (2005). *European Health Report*. Copenhagen: WHO.
- WHO. (2004). *Young people's Health in context*. Obtido em 12 de Fevereiro de 2007, de WHO: www.euro.who.int/Document/e82923.pdf
- Wilson, D., Smith, B., Speizer, I., Bean, M., Mitchell, K., Uguy, L. et al. (2005). Differences in food intake and exercise by smoking status in adolescents. *Prev Med* 2005; 0 (6), pp. 872-879.
- Winnail, S. et al. (1995). Relationship Between Physical Activity Level and Cigarette, Smokeless Tobacco, and Marijuana use among public high school adolescents. *Journal of School Health* 65 (10), pp. 438-442.

Preferências Musicais e Culturas Juvenis e o Consumo de Substâncias nos Adolescentes

Mafalda Ferreira*,
Margarida Gaspar de Matos**,
Mariana Pessoa***
e José Alves Diniz****

* Projecto Aventura Social e Saúde, Faculdade de Motricidade Humana (FMH/UTL).

** Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana (FMH)/UTL, Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL.

*** FMH/UTL.

**** FMH/UTL.

Resumo

Objectivos: O propósito do presente estudo foi perceber qual a relação entre a música e as culturas dos adolescentes e o consumo de substâncias, nomeadamente de álcool, tabaco e drogas.

Metodologia: Os dados enquadrados neste estudo provêm do estudo colaborativo com a Organização Mundial de Saúde, parte integrante do estudo HBSC – Health Behaviour in School-aged Children – desenvolvido em Portugal pela equipa do Aventura Social. A amostra é constituída por 3331 adolescentes do 8.º e 10.º anos do ensino público regular com média de idades de 15 anos (SD = 1,34). O instrumento no qual se baseia o estudo é um questionário de auto-administração aplicado nas escolas pelos professores, no qual foram utilizadas questões relativas ao consumo de substâncias (tabaco, embriaguez e drogas), preferências musicais e à percepção de identificação com diferentes culturas juvenis.

Resultados: Os resultados evidenciam que os estilos musicais e culturas juvenis mais associadas com comportamentos desafiantes e de externalização apresentam, de uma forma geral, um consumo mais elevado de substâncias. Relativamente às variáveis género e idade, verifica-se uma maior prevalência destes consumos em rapazes e em turmas de 10.º ano, confirmando os dados teóricos referidos pela literatura.

Introdução

Durante a adolescência dá-se uma reorganização a nível social em que ocorrem algumas mudanças fundamentais: o adolescente passa mais tempo com os seus pares que adquirem uma maior importância (Durkin, 1995; Cole & Cole, 2001; Oliveira, 2003). Vive mais intensamente a aceitação e rejeição social e a importância do sexo oposto sobe na lista de prioridades: atracção física e padrões de comportamento (amizade, sociabilidade e competências) são normas implícitas da aceitação do grupo.

A importância do grupo de pares e da pertença grupal na adolescência é inquestionável pela literatura (Durkin, 1995; Gouveia-Pereira, 1995; Croizer, 2000; Hargreaves e North, 2000; Peixoto *et al.*, 2001; Tarrant, Mckenzie e Hewitt, 2006). De uma forma geral, o grupo de pares funciona como «laboratório social» (Sheriff & Sheriff 1964, cit. por Peixoto *et al.* 2001; Cotterell, 1996), na medida em que permite ao adolescente experimentar e desenvolver-se, servindo suporte emocional, proporcionando experiências positivas e permitindo ao adolescente sentir-se como parte integrante de um grupo, através do qual a socialização lhe permite adquirir valores, competências e preferências que orientam o seu comportamento (Tarrant, MacKenzie & Hewitt, 2006). A relação com os colegas contribui positivamente para o desenvolvimento do adolescente através de caminhos inacessíveis à família, uma vez que passam mais tempo com os colegas do que com as famílias e adultos (Palmonari *et al.* 1990, cit. por Kirchler, Pombeni & Palmonari, 1991; Durkin, 1995).

Segundo Palmonari *et al.* (1979, 1988, cit. por Gouveia-Pereira, 1995), existe uma influência dos factores psicossociais no processo de reorganização do *self* dos adolescentes e nas definições que estes elaboram no processo de comparação de si próprios com os outros objectos sociais significativos existentes na sua vida. Destas comparações emergem critérios que ajudam à categorização dos grupos de pares com os quais se identificam, ou não. Assim, os processos de comparação, de diferenciação e de identificação social são essenciais na constituição de grupos com os quais os sujeitos se identificam. Enquanto actor social, o adolescente vai sentindo uma maior afinidade com alguns pares iniciando o seu sentimento de pertença a determinados grupos e este processo apresenta-se como indispensável na construção da identidade social dos adolescentes (Brown, Mory & Kinney, 1994; Tarrant, MacKenzie & Hewitt, 2006).

O grupo social, a cultura juvenil associada e a identidade grupal construída organizam-se segundo protótipos que ajudam a construir as relações sociais com os pares (Brown, Mory & Kinney, 1994; Steglich, Snijders & West, 2006): comportamentos, valores, atitudes e preferências são muitas vezes determinados não só por efeitos de conformismo, mas também por tentativas de comparação a uma percepção criada por diversos factores.

Enquanto o efeito psicossocial do conformismo revela que os indivíduos dependem do grupo para acederem à aceitação e aprovação social, conformando-

-se com a opinião da maioria ou submetendo-se a efeitos de prestígio porque antecipam recompensas e punições (Chapman & Williams, 1976, cit. por Crozier, 2000; Aesbicher, Hewstone & Henderson, 1983; Mugny, 1988, cit. por Crozier, 2000), muitas opções respeitantes ao estilo de vida são feitas com base na imagem do padrão que uma pessoa tem (North & Hargreaves, 1999), o que muitas vezes determina as suas escolhas e preferências. Esta hipótese de «*self-to-prototype match*» baseia-se na presunção de que os indivíduos são motivados a reforçar e proteger a sua auto-imagem e identidade social através de preferências e comportamentos que se aproximem às do padrão que têm (Kihlstrom & Cantor, 1984, cit. por North & Hargreaves, 1999).

É o grupo social que vai, na sua maioria, definir vários aspectos da vida dos adolescentes: modo de vestir, pentear ou posturas, mas também comportamentos de risco e de consumo de substâncias. Neste sentido, vários estudos referentes a culturas grupais revelam diversidade nos comportamentos, valores e atitudes associados às mesmas, ou seja, enquanto algumas culturas juvenis apareceram num espectro mais desviante, outras demonstraram enquadrar o seu comportamento por regras de obediência e até comportamentos pró-escolares (Peixoto *et al.*, 2001).

Risby e McDill (1975, cit. por Brown, Mory & Kinney, 1994) sugerem a distinção dos adolescentes por dois sistemas de recompensa: um formal, caracterizado por uma submissão à autoridade dos adultos, e um informal, conformista à «cultura juvenil» e que se apresenta como mais irreverente e motivado na obtenção de prazer e procura de sensações.

Estilos Musicais

A adolescência é o período do desenvolvimento humano em que o tempo dedicado à música e a ouvir música está no seu pico (Crozier, 2000). A inegável importância e influência que apresenta na vida dos adolescentes demonstra-se não só pelo seu consumo (Geter & Streisand, 1995, cit. por North & Hargreaves, 1999), como também pelas cerca de 7 horas que despendem, por dia, a ouvir música (North, Hargreaves & O'Neill, 2000; Zillmann & Gann, 2000).

North e Hargreaves (1999) defendem que a adolescência pode apresentar-se como um «período crítico» na determinação das preferências musicais e também um instrumento importante nas percepções sociais dos adolescentes. Os autores afirmam que uma possível consequência para a especial importância que os adolescentes dão à música é o facto destes a usarem como guia para características prováveis que podem observar nos outros e que enviam acerca deles próprios, tornando-se uma forma de definir a sua própria identidade. Assim, tendo em conta a importância que a música tem para os jovens, ao expressarem uma preferência por um estilo de música, os adolescentes enviam implicitamente uma mensagem que implica um determinado leque de atitudes, valores e opiniões.

Por outro lado, o papel mais importante da música como factor de identificação e coesão com a cultura grupal surge na adolescência, em que as preferências musicais servem como enquadramento de significados sociais partilhados e estados de consciência comuns através dos quais os adolescentes se identificam com outros mas, especialmente, com os seus pares. Quando um grupo se focaliza num determinado estilo musical, os seus membros beneficiam duplamente: tornam-se membros de uma elite cultural e das consequentes gratificações emocionais dos sentimentos de pertença; distinguem-se de outros grupos e percebem-se como superiores a esse mesmo grupo, o que aparentemente beneficia o auto-conceito e a auto-estima individual e colectiva (North & Hargreaves, 1999; Russell, 2000; Zillmann & Gan, 2000; Tarrant, North & Hargreaves, 2001; Pessoa, 2007).

Esta importância e capacidade modeladora de atitudes sociais e de comportamentos têm levado alguns observadores a considerarem determinados estilos musicais potencialmente perigosos para os jovens, na medida em que a música e os seus «*performers*» são percebidos como promotores do consumo de substâncias, comportamentos agressivos ou delinquência (Russell, 2000; Christenson & Roberts, 1998, cit. por Mulder, Bogt, Raaijmakers & Vollebergh, 2007).

Hansen e Hansen (1991), numa discussão respeitante às preferências musicais relativas ao *rock* e ao *punk* teorizaram três hipóteses: a primeira é que as preferências reflectem a personalidade dos indivíduos e que as pessoas são atraídas por determinados estilos musicais de acordo com o seu auto-conceito e a sua percepção da realidade social; a segunda hipótese propõe que diferentes preferências por estilos de música ajudam a moldar atitudes e personalidades (teoria de cognição social); a terceira hipótese propõe a combinação das duas primeiras, ou seja, que a direcção causal tem os dois sentidos.

Os estudos realizados têm tomado como pressuposto uma das duas primeiras hipóteses e têm sido várias as associações encontradas entre preferências musicais e comportamentos de risco. Contudo, enquanto uns têm seguido na tentativa de perceber o porquê de determinadas escolhas, considerando que os comportamentos de risco são uma consequência não da música, mas de factores de dimensão individual e de personalidade dos indivíduos (Roberts, Dimsdale, East & Friedman, 1998; Martino *et al.*, 2006), outros têm tentado perceber a influência da música nos comportamentos e atitudes efectivas dos adolescentes (Steglich, Sijders & West, 2006; Mulder, Bogt, Raaijmakers & Vollebergh, 2007).

No seguimento da primeira hipótese, Roberts, Dimsdale, East e Friedman (1998) afirmam que a música parece ter uma influência directa no humor e nos afectos e estes efeitos emocionais que a música provoca podem ser mediados pela apresentação da música ou por ideias preconcebidas acerca da mesma. Uma vez que diferentes músicas podem provocar respostas emocionais diferentes, e diferentes tipos de música têm sido associados com comportamentos de risco,

é possível que os adolescentes mais susceptíveis a comportamentos de risco tenham uma maior intensidade na resposta emocional a um estímulo, especificamente à música. Ou seja, é possível que a responsividade (nível de resposta) emocional seja um marcador de comportamentos de risco e possam ser mais preditivos de comportamentos de risco do que propriamente as preferências musicais.

Os autores verificaram a existência de uma associação entre uma resposta emocional negativa à música e comportamentos de risco, especialmente ouvintes de *rock* e *metal*. Contudo, a preferência pelo estilo musical não está *per se* associada a comportamentos de risco, mas sim a sua conjugação com uma resposta emocional negativa à música. Para além disso, verificou-se também que respostas emocionais fortes, e não necessariamente negativas, estavam também associados a comportamentos de risco, insinuando que a simples intensidade da resposta emocional é o factor preponderante. Os autores supõem finalmente que a forte responsividade emocional à música também se pode expressar noutras situações da vida.

Várias investigações feitas de acordo com a segunda hipótese têm procurado comprovar a hipótese de que a exposição dos adolescentes a determinados estilos de música têm contribuído para certos comportamentos.

Alguns estilos musicais têm sido mais referidos nestes estudos, nomeadamente o *Heavy Metal*, o *Rap* e o *Rock*. Os fãs destes estilos musicais são associados a uma maior probabilidade de apresentar comportamentos delinquentes, a uma menor sofisticação e a comportamentos manifestamente mais rebeldes e anti-autoritários dos que os que manifestam outras preferências (Arnett, 1991, cit. por North & Hargreaves, 1999; Sargent & Weaver, 1996, cit. por North & Hargreaves, 1999; North & Hargreaves, 2007). Bleich *et al.* (1991, cit. por Zillmann & Gan, 2000) consideram também, que a atracção dos adolescentes pela música «desafiante» (especialmente o *Rock* e o *Rap*) é mais proeminente em adolescentes com problemas com os pais, na escola e com a sociedade em geral.

Duas outras investigações procuraram estabelecer a relação entre a música e as cognições sociais dos adolescentes: raparigas que declaravam preferência por *Música Clássica* foram caracterizadas pelos rapazes como sendo mais atraentes do que as que ouviam *Heavy Metal* (Zillmann & Bhatia, 1989, cit. por North & Hargreaves, 1999).

Por outro lado tem-se verificado que adolescentes com comportamentos de risco (enganar, roubar, fumar, relações sexuais desprotegidas, etc.) vêm mais televisão e ouvem mais rádio do que os seus pares (Klein *et al.*, cit. por Roberts, Dimsdale, East & Friedman, 1998).

Embora certos tipos de música como o *heavy metal* e o *punk rock* tenham já sido associados a pensamentos suicidas, comportamentos auto-destrutivos, sentimentos de desespero e falta de esperança, abuso de substâncias e alie-

nação de figuras autoritárias (Stack *et al.*, 1994, cit. por Mulder, Bogt, Raaijmakers & Vollebergh, 2007), Burge, Goldblat e Lester (2002) publicaram um estudo que revelou que conjugando as preferências musicais dos adolescentes se contribuía, efectivamente para uma maior previsibilidade de níveis mais altos de ideação suicida, recusando a associação directa entre um estilo musical específico e o suicídio.

Mais recentemente, Mulder, Bogt, Raaijmakers e Vollebergh (2007), procuraram perceber a expressão da preferência por certos estilos musicais nos comportamentos de risco apresentados por adolescentes holandeses entre os 12 e os 16 anos. Para tal os autores operacionalizaram duas variáveis: a expressão dos comportamentos de risco e os estilos musicais.

Considerando a primeira variável, os autores levaram em conta as concepções de Achenbach (1991, cit. por Mulder, Bogt, Raaijmakers & Vollebergh, 2007), de que os comportamentos de risco se expressam através de processo de internalização (sintomas de ansiedade, depressão, somatizações ou isolamento), de externalização (comportamentos agressivos e delinquentes e abuso de substâncias) ou em perturbações do pensamento, sociais e de atenção.

No que diz respeito à categorização dos estilos musicais, esta tem sido, até hoje, a tarefa mais complicada na estruturação sistemática das preferências musicais (Russell, 2000; Zillmann & Gan, 2000). Aquilo que é, ou não, considerado um estilo musical varia consoante a época, o contexto e a cultura. Para além disso o rápido crescimento da indústria musical e o constante aparecimento de conteúdos relativamente novos dificulta a realização de uma categorização relativamente estável.

Por este motivo e pelas limitações apresentadas por estudos anteriores que tinham considerado somente a dicotomia «*musica desafiante ou mainstream*», os autores preferiram analisar os estilos musicais numa perspectiva tipológica, ou seja, relativa ao sentimento de pertença a um *taste group*, grupos de fãs com padrões de preferência semelhantes. Com algumas limitações, os *taste groups* são considerados grupos pela sua existência consagrada, tamanho, manifestações sociais específicas e considerável influência no comportamento efectivo dos seus membros (Zillmann & Gan, 2000; Bruge, Goldblat e Lester, 2002; Mulder, Bogt, Raaijmakers & Vollebergh, 2007). Embora esta pertença recorra maioritariamente ao imaginário dos adolescentes, uma vez que têm de projectar a sua pertença a uma audiência em massa composta por indivíduos que, na sua maioria, não conhecem, os adolescentes sentem-se, efectivamente, membros destes *taste groups* apresentando, inclusive, características externas que expressam no sentido de demarcar a sua pertença a esses grupos, como o estilo do cabelo, roupa ou maneirismos (Russel, 2000).

Com esta mudança no paradigma de investigação os autores permitiram considerar a importância da pertença a grupos de risco, ao invés da análise de factores de risco associados à audição de um estilo de música determinado.

Os *taste groups* foram construídos consoante a análise das aproximações (maior preferência) e afastamentos (menor preferência) a quatro estilos musicais base: «Rock» (*heavy metal, punk/hardcore/grunge, rock* e música gótica), «Urban» (*hip hop, soul, R&B*), «Pop Dance» (*charts, house/transe/techno* e *club/mellow house*), «Elite» (música clássica e jazz).

O resultado desta análise revelou, por sua vez, 6 *taste groups*. O grupo classificado como «Middle of the Road» (MOR) não revelou um entusiasmo geral por música, demonstrando, apesar disso uma preferência geral por *Pop Dance* e por música *mainstream* das tabelas de popularidade. Os fãs de «Urban» demonstraram especial interesse por *Pop* de tradição Afro-americana, distanciando-se especialmente do *Rock* que é, geralmente, um género musical apreciado maioritariamente por brancos/caucasianos. O pequeno *taste group* «Exclusive Rock» mostra uma admiração mais cingida ao metal ou a música ruidosa, preterindo completamente outros estilos musicais e música presente nas tabelas, sendo, por isso, um grupo verdadeiramente não *mainstream*. Os «Rock-Pop» apresentam um gosto musical mais abrangente, apreciando simultaneamente o *Rock* e o *Pop Dance* e colocando-se numa posição neutra face ao estilo «Urban». O grupo «Elitistas» destaca-se pela sua preferência exclusiva por música clássica e jazz. Finalmente, os «Omnívoros» preferem o estilo «Elite» com scores mais elevados do que o grupo anterior mas revelam um entusiasmo geral por todos os outros estilos musicais.

Relativamente à análise das diferenças de género na composição dos *taste groups*, enquanto os «MOR», «Urban» e «Elitistas» são constituídos essencialmente por público feminino, ao contrário do «Rock» e «Rock-Pop», que parece ser mais apreciada por rapazes.

Os resultados deste estudo permitiram, em primeiro lugar, verificar que as preferências musicais, à semelhança de outros preditores de perturbações de adolescentes, são um factor na etiologia dos problemas de comportamento dos mesmos.

Relativamente às associações encontradas entre os comportamentos de risco e os *taste groups* verificou-se que o grupo «MOR» revelou poucos problemas de internalização, ao contrário dos «Exclusive Rock», dos «Omnívoros» e dos «Elitistas», tendo os últimos, por sua vez, apresentado uma forte tendência de isolamento.

Vários estudos confirmam a presença do conformismo, relativamente à opinião da maioria ou por efeitos de prestígio, no estabelecimento das preferências musicais (Chapman & Williams, 1976, cit. por Crozier, 2000; Aesbicher, Hewstone & Henderson, 1983; Mugny, 1988, cit. por Crozier, 2000).

Uma vez que estas são criadas com referência ao grupo (Crozier, 2000) e à crítica grupal, determinadas escolhas musicais feitas pelos adolescentes parecem ser motivo de embaraço para os mesmos (Maass et al., 1987, cit. por

Crozier, 2000; Hornby, 1995, cit. por Crozier, 2000) tendo consideráveis implicações na identidade pessoal e social, na auto-estima do sujeito (Crozier, 2000), e, como revela o estudo de Mulder, Bogt, Raaijmakers e Vollebergh (2007) também revelando um nível mais alto de perturbações de internalização. Steglich, Snijder e West (2006) verificaram, relativamente ao consumo de álcool, que este tende a aproximar os grupos e as dinâmicas de adolescentes com características semelhantes.

Relativamente aos problemas de externalização, estes verificaram-se nos grupos «Urban», «Rock-Pop», «Exclusive Rock», sendo os três indicados como tendo imagens de resistência à autoridade e de orientação de pares projectadas pelo *hip hop* e por géneros mais violentos de *rock*. Estes três grupos foram previamente associados com comportamentos de transgressão, resistência à autoridade e abuso de substâncias, e parecem ser quem melhor sincroniza as preferências musicais com os comportamentos externalizantes.

Finalmente, os autores alertam que ouvir música, ainda que desafiante, pode desempenhar um importante papel na forma como os adolescentes lidam com o stress, podendo ser considerado um mecanismo de *coping*.

Objectivo do estudo

O presente estudo tem como objectivo perceber qual a relação entre a música e as culturas dos adolescentes e o consumo de substâncias, procurando preditores do consumo de tabaco, álcool e substâncias psicoactivas.

Metodologia

Amostra

A amostra utilizada neste estudo é constituída pelos sujeitos participantes no estudo Português realizado em Portugal Continental em 2006, parte integrante do estudo Internacional HBSC – Health Behaviour in School-aged Children (www.hbsc.org; www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com). Portugal foi incluído como parceiro neste estudo pela primeira vez em 1996.

O estudo HBSC iniciou-se em 1982 através de uma equipa de investigadores da Finlândia, Noruega e Inglaterra e desde 1985/86 é realizado de 4 em 4 anos. Ao longo dos anos o estudo foi crescendo e actualmente conta com a participação de 44 países Europeus e da América do Norte, em colaboração com a Organização Mundial de Saúde (Roberts *et al.*, 2007). O estudo tem como objectivo conseguir uma nova e maior compreensão do comportamento de saúde dos adolescentes, saúde e bem-estar no seu contexto social, através da recolha de dados que permitam comparações nacionais e internacionais, de forma a alcançar este objectivo (Roberts *et al.*, 2007).

O estudo Português incluiu alunos dos 8.º e 10.º anos do ensino público regular com média de idades de 15 anos ($SD = 1,34$). A amostra nacional consistiu em 3331 estudantes de 257 turmas, de 125 escolas Portuguesas escolhidas aleatoriamente, representativa dos referidos anos de escolaridade e estratificada por regiões de Educação Regional. Os alunos foram distribuídos da seguinte forma: Norte: 41,9%, Centro: 15,6%, Lisboa: 29,4%, Alentejo: 7,5% e Algarve: 5,7%. Destes, 52,6% eram raparigas e 47,4% rapazes, e foram distribuídos da seguinte forma: 52,2% no 8.º ano de escolaridade e 47,8% no 10.º ano de escolaridade. A taxa de resposta foi de 92% para escolas, 87% para turmas e 87% para alunos.

Instrumento

O instrumento no qual se baseia o estudo é um questionário de auto-administração aplicado nas escolas pelos professores.

O questionário providencia informação sobre os indicadores de saúde e comportamentos relacionados com a saúde e circunstâncias de vida dos adolescentes. As questões abrangem informação demográfica, incluindo a idade, estrutura familiar, estatuto socio-económico; relações sociais com a família, pares e no ambiente escolar; comportamento de saúde, como a actividade física, comportamento alimentar, consumo de álcool, tabaco, marijuana, comportamento sexual, violência, *bullying*, entre outros; e indicadores de bem-estar, incluindo sintomas físicos e psicológicos, satisfação com a vida, entre outros (Currie *et. al.*, 2000, 2004).

No estudo Português, o questionário inclui todos os itens obrigatórios que abrangem questões demográficas, aspectos da saúde comportamental e psicossocial, seguindo o formato indicado no protocolo (Currie *et al.*, 2001).

No presente trabalho foram utilizadas questões relativas ao consumo de substâncias, nomeadamente consumo de tabaco, embriaguez e o consumo de drogas no último mês. Foram conjuntamente utilizadas questões relativas às preferências musicais e à percepção de identificação com diferentes culturas juvenis.

Consumo de tabaco. Avaliada a através de uma pergunta em que se questionava os inquiridos sobre «Quantas vezes fumas tabaco?» (opções de resposta: não fuma; fuma).

Embriaguez. Operacionalizada através de uma pergunta «Já alguma vez ficaste embriagado?» (opções de resposta: Não, nunca; Sim, uma vez ou mais).

Consumo de drogas no último mês. Medida através de uma pergunta «Quantas vezes consumiste drogas ilegais no último mês?» (opções de resposta: Não consumiu; Consumiu).

Preferências musicais. Avaliada através da questão «Indica o quanto gostas dos diferentes tipos de música», existindo os seguintes tipos de música descritos, «Música Comercial, Clássica, House/Trance, Soul/R&B, Punk/Hardcore, Heavy Metal, Reggae, Jazz, Hip Hop/Rap, Rock, Gótica, Techno/Hardhouse, Country, Popular, Pimba e Fado». (opções de resposta para cada estilo musical, sendo que apenas se podia assinalar uma opção para cada um deles: Não gosto nada, Não gosto, Nem gosto nem desgosto, Gosto e Gosto muito).

Culturas Juvenis. Operacionalizada através da pergunta «Qual a cultura juvenil com que te identificas mais», sendo as opções de culturas as seguintes: «Desportista, Surfistas, Clássico, Beto, Punk, Freak, Dread, Hippie, Ambientalista, Gótico, Alternativo, Mitras, Rasta, Heavy, Radicais, Cromos, Hip hop, Escuteiros, Skinheads e Não pertença a nenhuma» (opções de resposta: Não me identifico; Sim, identifico-me).

Procedimento

A unidade de análise usada neste estudo foi a turma. Em cada escola as turmas foram seleccionadas aleatoriamente a fim de se encontrar o número requerido de alunos para cada turma, que era proporcional ao número dos mesmos, fornecidos pelo Ministério da Educação. Os professores administraram os questionários na sala de aula. A participação dos alunos era voluntária. O estudo ocorreu em Janeiro de 2006.

Resultados

De acordo com o propósito do estudo foram realizadas análises factoriais nas variáveis Preferências Musicais e Percepção de pertença a Culturas Juvenis, no sentido de agrupar coerentemente os diversos itens que compõem as questões anteriormente referidas.

Segue-se assim a apresentação da categorização das variáveis relativas ao consumo de substâncias em termos percentuais, com a posterior apresentação das análises factoriais das variáveis já referidas, seguida de regressões logísticas das mesmas com as variáveis relativas ao consumo de substâncias, nomeadamente o consumo de tabaco, a embriaguez e o consumo de substâncias ilícitas durante o último mês, com vista a encontrar variáveis predictoras dos diferentes tipos de consumo, incluindo-se ainda as mesmas regressões logísticas mas com a inclusão das variáveis Género e Ano de Escolaridade.

Caracterização dos indicadores de Consumo de Substâncias

Tabela I – Caracterização dos indicadores de consumo de substâncias

		N	%
Consumo de tabaco	Não fuma	2780	84,8
	Fuma	497	15,2
Embriaguez	Nunca	2224	67,5
	Alguma vez	1073	32,5
Consumo de drogas no último mês	Não consumiu	2888	94,2
	Consumiu	179	5,8

Preferências Musicais

Através da realização da análise factorial dos dezasseis estilos musicais, encontraram-se quatro factores representativos das preferências pelos diversos estilos, sendo estes factores denominados da seguinte forma: Música Rock, Música Popular, Música Urbana/dance e por último Música Elitista, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2 – Estilos musicais: Factores representativos das preferências musicais

Tipologia	I Rock	II Popular	III Urbana/Dance	IV Elitista
<i>Heavy metal</i>	0,851			
<i>Punk/Hardcore</i>	0,797			
<i>Gothic</i>	0,706			
<i>Rock</i>	0,705			
Popular		0,875		
Pimba		0,871		
Fado		0,634		
<i>Country</i>		0,544		
<i>Soul/R&B</i>			0,753	
<i>House/Trance</i>			0,664	
<i>Reggae</i>			0,643	
<i>Hip-Hop/Rap</i>			0,584	
<i>Tecno/Hardhouse</i>			0,558	
Comercial			0,447	

(continua)

(continuação)

Tipologia	I Rock	II Popular	III Urbana/Dance	IV Elitista
Clássica				0,757
Jazz				0,737

Nota: Análise de Componentes Principais, Rotação *Varimax*, com *eigenvalues* superiores a 1 e 62% de variância explicada.

Relativamente às variáveis predictoras do **consumo de tabaco**, verifica-se que é significativo o factor da Música Urbana/Dance, sendo a preferência por esta música, predictor de um consumo de tabaco 1,3 vezes mais elevado (Tabela 3).

Quando introduzidas as variáveis Género e Ano de Escolaridade, verifica-se que não existem diferenças significativas ao nível do género, existindo diferenças significativas para a Escolaridade, sendo que os adolescentes que frequentam o 8.º ano apresentam pouco mais de metade do consumo de tabaco que os jovens que frequentam o 10.º ano de escolaridade (Tabela 4).

Tabela 3 – Regressão Logística – Variáveis Predictoras do consumo de tabaco

	β	SE	95% IC	OR
I. Rock	- 0,01	0,08	(0,86-1,16)	0,999
II. Popular	0,07	0,07	(0,93-1,25)	1,080
III. Urbana/Dance	0,25	0,08	(1,10-1,51)	1,289***
IV. Elitista	- 0,13	0,08	(0,76-1,02)	0,879

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Tabela 4 – Regressão Logística – Variáveis predictoras do consumo de tabaco

	β	SE	95% IC	OR
I. Rock	0,01	0,08	(0,87-1,17)	1,007
II. Popular	0,09	0,08	(0,94-1,27)	1,094
III. Urbana/Dance	0,22	0,08	(1,06-1,46)	1,244**
IV. Elitista	- 0,18	0,08	(0,74-1,01)	0,863
Género Feminino	-	-	Referente	1
Género Masculino (1)	- 0,06	0,15	(0,70-1,28)	0,947
Escolaridade – 10.º ano	-	-	Referente	1
Escolaridade – 8.º ano (1)	- 0,40	0,16	(0,49-0,92)	0,673*

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

No que diz respeito às variáveis predictoras de **alguma vez ter estado embriagado**, verifica-se que apenas é significativo o factor da Música Urbana/Dance, sendo a preferência por esta música, predictor de uma frequência de embriaguez 1,3 vezes mais elevada (Tabela 5).

Incluindo as variáveis Género e Ano de Escolaridade, verifica-se que para além da variável predictor na análise anterior, existem diferenças significativas para a Música Popular, tendo os adolescentes que preferem esta música, 1,1 vezes maior frequência de embriaguez, do que os que não preferem este estilo musical. São ainda os rapazes que apresentam 1,4 vezes maior frequência de alguma vez ter estado embriagado, sendo os adolescentes que frequentam o 8.º ano que apresentam metade da frequência de alguma vez ter estado embriagado, face aos adolescentes que frequentam o 10.º ano (Tabela 6).

Tabela 5 – Regressão Logística – Variáveis Predictoras de alguma vez ter estado embriagado

	β	SE	95% IC	OR
I. Rock	0,05	0,06	(0,94-1,18)	1,053
II. Popular	0,11	0,06	(1,00-1,25)	1,116
III. Urbana/Dance	0,26	0,06	(1,15-1,46)	1,294***
IV. Elitista	- 0,09	0,06	(0,82-1,03)	0,918

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Tabela 6 – Regressão Logística – Alguma vez ter estado embriagado

	β	SE	95% IC	OR
I. Rock	0,04	0,06	(0,92-1,17)	1,040
II. Popular	0,14	0,06	(1,02-1,29)	1,147*
III. Urbana/Dance	0,21	0,06	(1,09-1,39)	1,232***
IV. Elitista	- 0,10	0,06	(0,80-1,02)	0,902
Género Feminino	-	-	Referente	1
Género Masculino (1)	0,69	0,12	(1,09-1,74)	1,375**
Escolaridade – 10.º ano	-	-	Referente	1
Escolaridade – 8.º ano (1)	- 0,39	0,12	(0,39-0,64)	0,502***

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Nas tabelas 7 e 8, relativas às variáveis predictoras do **consumo de drogas no último mês**, verifica-se que os adolescentes com preferência pela Música Urbana/Dance e pela Música Rock, apresentam um consumo de drogas no último mês 1,7 e 1,3 vezes mais elevado, respectivamente. Verifica-se ainda que os rapazes consumiram 2,8 vezes mais substâncias ilícitas durante o último mês do que as raparigas e à semelhança do que se verifica para os outros con-

sumos, também aqui são os adolescentes que frequentam o 8.º ano que apresentam metade do consumo que os jovens que frequentam o 10.º ano de escolaridade.

Tabela 7 – Regressão Logística – Variáveis Predictoras do consumo de drogas no último mês

	β	SE	95% IC	OR
I. Rock	0,25	0,11	(1,04-1,60)	1,286*
II. Popular	- 0,07	0,11	(0,76-1,15)	0,935
III. Urbana/Dance	0,53	0,12	(1,34-2,14)	1,692***
IV. Elitista	0,15	0,11	(0,94-1,43)	1,158

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Tabela 8 – Regressão Logística – Consumo de drogas no último mês

	β	SE	95% IC	OR
I. Rock	0,22	0,11	(1,00-1,56)	1,250*
II. Popular	- 0,06	0,11	(0,76-1,17)	0,944
III. Urbana/Dance	0,50	0,12	(1,30-2,10)	1,650***
IV. Elitista	0,17	0,11	(0,96-1,46)	1,179
Género Feminino	-	-	Referente	1
Género Masculino (1)	1,03	0,24	(1,75-4,51)	2,808***
Escolaridade – 10.º ano	-	-	Referente	1
Escolaridade – 8.º ano (1)	- 0,62	0,24	(0,34-0,87)	0,540**

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Culturas Juvenis

Na tabela seguinte apresenta-se a análise factorial das 19 culturas juvenis, que revelou o agrupamento das mesmas em três factores representativos, sendo estes factores denominados da seguinte forma: «Tribos Marginais», «Tribos Oficializadas» e por último «Tribos Urbanas», respectivamente (Tabela 9).

Tabela 9 – Culturas Juvenis: Factores representativos da percepção de identificação com as culturas juvenis

Tipologia	I «Tribos Marginais»	II «Tribos Oficializadas»	III «Tribos Urbanas»
Heavy	0,703		
Gótico	0,694		

(continua)

(continuação)

Tipologia	I «Tribos Marginais»	II «Tribos Oficializadas»	III «Tribos Urbanas»
Punk	0,672		
Freak	0,578		
Rasta	0,444		
Skinheads	0,439		
Alternativos	0,370		
Ambientalistas		0,572	
Cromos		0,562	
Escuteiros		0,534	
Mitras		0,453	
Surfistas		0,453	
Hippie		0,440	
Clássicos		0,433	
Betos		0,346	
Hip-Hop			0,743
Radicais			0,657
Dreads			0,623
Desportistas			0,486

Nota: Análise de Componentes Principais, Rotação *Varimax*, com *eigenvalues* superiores a 1 e 37% de variância explicada.

Relativamente às variáveis predictoras do **consumo de tabaco**, verifica-se que a identificação com a «Tribo Marginal» é o único predictor para o consumo de tabaco, sendo que esta tem um consumo de tabaco 1,2 vezes mais elevado, não sendo significativas as diferenças nas restantes culturas e para o facto de se pertencer ou não a nenhuma cultura ou «Tribo Juvenil» (tabela 10).

Quando introduzidas as variáveis Género e Ano de Escolaridade, verifica-se que se mantêm as diferenças significativas para a «Tribo Marginal», sendo que ao nível do género não se verificam diferenças. No que respeita o ano de escolaridade, verifica-se que o consumo é mais baixo no 8.º ano de escolaridade (tabela 11).

Tabela 10 – Regressão Logística – Variáveis Predictoras do consumo de tabaco

	β	SE	95% IC	OR
I. Tribos Marginais	0,21	0,04	(1,14-1,33)	1,229***
II. Tribos Oficializadas	0,05	0,04	(0,97-1,15)	1,056

(continua)

(continuação)

	β	SE	95% IC	OR
III. Tribos Urbanas	0,06	0,05	(0,96-1,17)	1,061
Tribo Juvenil – Não	–	–	Referente	1
Tribo Juvenil – Sim (1)	0,15	0,15	(0,86-1,55)	1,153

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Tabela 11 – Regressão Logística – Consumo de tabaco

	β	SE	95% IC	OR
I. Tribos Marginais	0,21	0,04	(1,14-1,33)	1,229***
II. Tribos Oficializadas	0,05	0,04	(0,97-1,15)	1,056
III. Tribos Urbanas	0,09	0,05	(1,00-1,21)	1,098
Tribo Juvenil – Não	–	–	Referente	1
Tribo Juvenil – Sim (1)	0,15	0,15	(0,87-1,57)	1,167
Género Feminino	–	–	Referente	1
Género Masculino (1)	– 0,01	0,10	(0,81-1,20)	0,989
Escolaridade – 10.º ano	–	–	Referente	1
Escolaridade – 8.º ano (1)	– 0,47	0,10	(0,51-0,76)	0,624***

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

No que diz respeito às variáveis predictoras de **alguma vez ter estado embriagado**, verifica-se que as Tribos «Marginais» e «Oficializadas» são predictoras da embriaguez, não se verificando diferenças significativas no caso de se identificar com as Tribos «Urbanas». No caso de se percepcionar como pertencente a uma «Tribo Juvenil», verifica-se que a frequência de embriaguez aumenta para 1,7 vezes, constituindo-se como o melhor preditor para alguma vez ter estado embriagado. As Tribos «Marginais» e «Oficializadas» apresentam 1,2 vezes maior frequência de alguma vez ter estado embriagado (Tabela 12).

Tabela 12 – Regressão Logística – Variáveis Predictoras de alguma vez ter estado embriagado

	β	SE	95% IC	OR
I. Tribos Marginais	0,18	0,04	(1,11-1,30)	1,202***
II. Tribos Oficializadas	0,16	0,04	(1,08-1,26)	1,168***
III. Tribos Urbanas	0,07	0,04	(1,00-1,16)	1,076
Tribo Juvenil – Não	–	–	Referente	1
Tribo Juvenil – Sim (1)	0,54	0,12	(1,36-2,17)	1,723***

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Na tabela 13, o facto de os adolescentes se percepcionarem como pertencendo ou identificando a uma «Tribo Juvenil» apresenta diferenças significativas, continuando a ser o melhor preditor, mantendo-se a frequência de alguma vez ter estado embriagado 1,7 vezes superior. Também aqui quando introduzido o Género e o Ano de Escolaridade, a Tribo «Urbana» é indicada como preditora da Embriaguez (1,1 vezes mais elevado), sendo no entanto aquela onde se verifica um consumo inferior de todas as Culturas ou Tribos em análise.

Relativamente ao Género, são os rapazes que melhor predizem a variável ter estado alguma vez embriagado, apresentando uma frequência de embriaguez 1,2 vezes mais elevada que as raparigas.

Quanto à Escolaridade, mais uma vez, verifica-se que o melhor preditor de ter estado alguma vez embriagado é o 10.º ano de escolaridade, onde se verificam valores mais elevados.

Tabela 13 – Regressão Logística – Alguma vez ter estado embriagado

	β	SE	95% IC	OR
I. Tribos Marginais	0,18	0,04	(1,11-1,28)	1,191***
II. Tribos Oficializadas	0,14	0,04	(1,07-1,24)	1,153***
III. Tribos Urbanas	0,12	0,04	(1,04-1,22)	1,126**
Tribo Juvenil – Não	–	–	Referente	1
Tribo Juvenil – Sim (1)	0,56	0,12	(1,37-2,22)	1,742***
Género Feminino	–	–	Referente	1
Género Masculino (1)	0,19	0,08	(1,04-1,41)	1,208*
Escolaridade – 10.º ano	–	–	Referente	1
Escolaridade – 8.º ano (1)	– 0,76	0,08	(0,40-0,54)	0,467***

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Na tabela 14, relativa às variáveis preditoras do **consumo de drogas no último mês**, verifica-se que existem diferenças significativas nas Tribos «Marginais» e «Oficializadas», apresentando um consumo de drogas no último mês mais elevado, sendo das duas, a Tribo «Marginais» a melhor preditora, com 1,4 vezes de consumo mais elevado. O facto de se percepcionar como pertencendo a uma «Tribo Juvenil», à semelhança do que se observava na embriaguez, também no consumo de drogas no último mês se constitui como a melhor preditora, sendo o consumo 1,9 vezes mais elevado neste caso.

Verifica-se ainda que os rapazes consumiram 2,6 vezes mais substâncias ilícitas durante o último mês do que as raparigas e à semelhança do que se verifica para os outros consumos, também aqui são os adolescentes que frequentam o 8.º ano que apresentam menor consumo que os jovens que frequentam o 10.º ano de escolaridade (Tabela 15).

Tabela 14 – Regressão Logística – Variáveis Predictoras do consumo de drogas no último mês

	β	SE	95% IC	OR
I. Tribos Marginais	0,35	0,05	(1,29-1,57)	1,423***
II. Tribos Oficializadas	0,17	0,06	(1,06-1,32)	1,180**
III. Tribos Urbanas	0,10	0,07	(0,96-1,28)	1,106
Tribo Juvenil – Não	–	–	Referente	1
Tribo Juvenil – Sim (1)	0,64	0,29	(1,09-3,33)	1,901*

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Tabela 15 – Regressão Logística – Consumo de drogas no último mês

	β	SE	95% IC	OR
I. Tribos Marginais	0,35	0,05	(1,29-1,57)	1,423***
II. Tribos Oficializadas	0,17	0,06	(1,06-1,33)	1,186**
III. Tribos Urbanas	0,11	0,08	(0,96-1,29)	1,114
Tribo Juvenil – Não	–	–	Referente	1
Tribo Juvenil – Sim (1)	0,52	0,30	(0,95-3,00)	1,686
Género Feminino	–	–	Referente	1
Género Masculino (1)	0,96	0,17	(1,87-3,68)	2,622***
Escolaridade – 10.º ano	–	–	Referente	1
Escolaridade – 8.º ano (1)	- 0,79	0,17	(0,33-0,64)	0,456***

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Discussão

A importância que a música e as culturas juvenis assumem na vida dos jovens tem colocado questões relativas à sua influência no comportamento, especificamente no que diz respeito ao consumo de substâncias. Diferentes estilos musicais e culturas juvenis ou tribos juvenis têm sido associados a diversas posturas e condutas por parte dos adolescentes, sofrendo efeitos de conformismo, de prestígio ou de influência social.

Os resultados referentes à análise factorial dos estilos musicais revelaram, em primeiro lugar, uma semelhança aos resultados obtidos por Mulder, Bogt, Raaijmakers e Vollebergh (2007) na factorização dos estilos musicais, revelando os estilos *Rock*, *Urban*, *Dance* (que apareceram associados neste estudo) e *Elistista*. Contudo, por factores inerentes à nacionalidade dos participantes, o estilo referente à Música Popular aparece como factor, sendo este maioritariamente constituído por estilos musicais tipicamente portugueses (música Popular, Pimba e Fado).

Foram os fãs da Música Urbana/*Dance* e *Rock* que maioritariamente apresentaram comportamentos não só de consumo de tabaco, como também de embriaguez e consumo de drogas no último mês. Os resultados são concordantes com o estudo de Mulder, Bogt, Raaijmakers e Vollebergh (2007), no qual os fãs destes dois estilos foram já associados a comportamentos externalizantes, tal como já tinha sido verificado por outros autores (Arnett, 1991, cit. por North & Hargreaves, 1999; Sargent & Weaver, 1996, cit. por North & Hargreaves, 1999; North & Hargreaves, 2007). Observando a variável género, verifica-se que os rapazes apresentam uma maior prevalência no consumo de álcool, à semelhança do que se apresenta na literatura relativamente ao facto de serem os rapazes a apresentarem, maioritariamente, comportamentos de externalização como o consumo de substâncias (Mulder, Bogt, Raaijmakers & Vollebergh 2007).

Parece, contudo, importante salientar os resultados da variável referente ao consumo de álcool até à embriaguez revelado pelos ouvintes de Música Popular, que talvez possam ser explicados por factores de localização preferencialmente rural.

No que diz respeito às culturas juvenis, em primeiro lugar, verifica-se uma associação existente entre os grupos de culturas ou tribos identificadas e a distinção expressa por Risby e McDill (1975, cit. por Brown, Mory & Kinney, 1994) que distinguem os adolescentes por dois sistemas de recompensa: um formal, caracterizado por uma submissão à autoridade dos adultos, e um informal, conformista à «cultura juvenil» e que se apresenta como mais irreverente e motivado na obtenção de prazer e procura de sensações. Enquanto o primeiro grupo, da tribo «Marginais», inclui culturas tipicamente associadas ao desafio das autoridades ou a comportamentos desviantes e de risco (como é o caso dos *Skinheads* ou dos *Heavy*), o segundo grupo, das tribos «Oficializadas», tende a ser caracterizado como mais obediente. As tribos «Urbanas», por sua vez, podem estar sujeitos às tendências gerais das culturas que seguem, na medida em que são os representantes das culturas juvenis maioritariamente em voga, especificamente ao nível das preferências musicais.

Verifica-se que, relativamente ao consumo de álcool, especificamente a situação de embriaguez, que este é transversal às três culturas ou tribos juvenis. Um dado curioso é o facto de se pertencer a uma tribo «Juvenil» aumentar o risco de embriaguez, sugerindo que em certos casos, pode aumentar os comportamentos de risco de externalização associados a comportamentos de consumo.

Relativamente ao consumo de drogas, é a cultura que mais procura o desafio à autoridade, adoptando até uma postura mais visível e transgressora da lei, que aparece em primeiro lugar: a tribo «Marginais» apresenta-se como melhor preditora dos comportamentos de consumo de drogas.

De uma forma geral, são os rapazes e os que frequentam anos de escolaridade mais elevados, que estão mais sujeitos a comportamentos de consumo de substâncias e associados não só a comportamentos de externalização mais acentuados, como também a músicas e culturas que os favorecem.

Referências

- Aesbicher, V., Hewstone, M. & Henderson, M. (1983). Minority influence and musical preference: innovation by conversion not coercion. *European Journal of Social Psychology*, 14, pp. 23-33.
- Brown, B. B., Mory, M. S. & Kinney (1994). Casting adolescent crowds in a relational perspective: caricature, channel and context. In R. Montemayor, G. R. Adams & T. P. Guollota (Eds.), *Personal relationships during adolescence* (pp. 123-167). Thousand Oaks: SAGE.
- Burge, M., Goldblat, C. & Lester, D. (2002). Music Preferences and Suicidality: a comment on stack. *Death Studies*, 26, pp. 501-504.
- Cole, M. & Cole, S. (2001). *The Development of Children* (4th Ed.). New York:Worth Publishers.
- Cotterell, J. (1996). *Social Networks and social influences in adolescence*. London: Routledge.
- Croizer, W. R. (2000). Music and social influence. In D. J. Hargreaves & A. C. North (Eds.), *The Social Psychology of Music* (pp. 67-82). Oxford: Oxford University Press.
- Currie, C., Hurrelmann K., Settertobulte, W., Smith, R. & Todd, J. (2000). *Health and Health Behavior among young people*. Copenhagen: World Health Organization.
- Currie, C., Samsal, O., Boyce, W. & Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross-national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.
- Currie, C., Roberts, C. & Morgan, A. (2004) *et al. Young people health in context*. Copenhagen: WHO.
- Durkin, K. (1995). *Developmental Social Psychology – From Infancy to Old Age*. Great Britain: Blackwell Publishers Ltd.
- Gouveia-Pereira, M. (1995). *A percepção do papel do grupo de pares nas tarefas de desenvolvimento em adolescentes e pais*. Dissertação de Mestrado, não publicada. Lisboa: ISPA.
- Hansen, C. H. & Hansen, R. D. (1991). Constructing personality and social reality through music: individual differences among fans of punk and heavy metal music. *Journal of Broadcasting and Electronic Media*, 35, pp. 335-350.
- Hargreaves, D. J. & North, A. C. (2000). The social psychology of music. In D. J. Hargreaves & A. C. North (Eds.), *The Social Psychology of Music* (pp. 1-21). Oxford: Oxford University Press.
- Kemp, A. E. (2000). Individual differences in musical behaviour. In D. J. Hargreaves & A. C. North (Eds.), *The Social Psychology of Music* (pp. 25-44). Oxford: Oxford University Press.
- Kirchler, E., Pombeni, L. & Palmonari, A. (1991). Sweet sixteen... Adolescent's problems and the peer group as source of support. *European Journal of Psychology of Education*, 6, pp. 93-410.
- Martino *et al.* (2006). Exposure to degrading versus nondegrading music lyrics and sexual behavior among youth. *Pediatrics*, 118 (2), pp. 430-441.
- Mulder, J., Bogt, T., Raaijmakers, Q. & Vollebergh, W. (2007). Music taste groups and problem behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, 36, pp. 313-324.
- North, A. C. & Hargreaves, D. J. (2007). Lifestyle correlates of musical preference: I. relationships, living arrangements, beliefs, and crime. *Psychology of Music*, 35 (1), pp. 58-87.
- North, A. C. & Hargreaves, D. J. (1999). Music and Adolescent Identity. *Music Education Research*, 1 (1), pp. 75-92.
- North, A. C., Hargreaves, D. J. & O'Neill, S. A. (2000). The importance of music to adolescents. *British Journal of Educational Psychology*, 70, pp. 255-272.
- Oliveira, A. (2003). *Ilusões: a melodia e o sentido da vida na idade das emoções – representações sociais da morte, do suicídio e da musica na adolescência*. Tese de Doutoramento apresentada no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.

- Peixoto, F., Martins, M. A., Pereira, M., Amaral, V. & Pedro, I. (2001). Os grupos de adolescentes na escola: percepções intra e intergrupais. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 6 (1), pp. 79-93.
- Pessoa, M. (2007). Preferências Musicais e Adolescentes: relações grupais, identificação social e auto-estima. *Monografia*, não publicada. Lisboa: ISPA.
- Roberts, C., Currie, C., Samdal, O., Currie, D., Smith, R. & Maes, L. (2007). Measuring the health behaviours of adolescents through cross-national survey research: recent developments in the Health Behaviour in School-aged children (HBSC) study. *Journal Public Health*. Aceite em 07 de Março de 2007.
- Roberts, K., Dimsdale, J., East, P. & Friedman, L. (1998). Adolescent Emotional Response to Music and its relationship to risk-taking behavior. *Journal of Adolescent Health*, 23, pp. 49-54.
- Russell, P.A. (2000). Musical tastes and society. In D. J. Hargreaves & A. C. North (Eds.), *The Social Psychology of Music* (pp. 141-158). Oxford: Oxford University Press.
- Steglich, C., Snijders, T. & West, P. (2006). Applying SIENA: an illustrative analysis of the coevolution of adolescents' friendship networks, taste in music, and alcohol consumption. *Methodology*, 2 (1), pp. 48-56.
- Tarrant, M., North, A. C. & Hargreaves, D. J. (2001). Social Categorization, self-esteem, and the estimated musical preferences of male adolescents. *The Journal of Social Psychology*, 141 (5), 565-581.
- Tarrant, M., MacKenzie, L. & Hewitt, L. A. (2006). Friendship group Identification, multidimensional self-concept, and experience of development tasks in adolescence. *Journal of Adolescence*, 29, pp. 627-640.
- Zilman, D. & Gan, S. (2000). Musical taste in adolescence. In D. J. Hargreaves & A. C. North (Eds.), *The Social Psychology of Music* (pp. 161-186). Oxford: Oxford University Press.

**Consumo
de Substâncias
na Adolescência
e Espaços de Lazer:
Análise Específica
do Estudo HBSC
de 2002**

Ana Naia*, Celeste Simões**
e Margarida Gaspar de Matos**

* Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana (FMH)/UTL.

** Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana (FMH)/UTL, Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL.

Resumo

Objectivos: O trabalho apresentado intitula-se «Consumo de Substâncias na Adolescência e Espaços de Lazer» e tem como objectivo responder a 2 questões: 1) O local onde o jovem passa os seus tempos livres está relacionado com o consumo de drogas? 2) Quais os locais que estão associados a um maior risco ou protecção?

Metodologia: No que concerne à metodologia, a amostra é constituída por 6131 sujeitos, com idades compreendidas entre os 11 e os 25 anos que participaram no estudo HBSC (Matos, Simões *et al.*, 2003). O questionário internacional para cada estudo HBSC é desenvolvido através de uma investigação cooperativa entre os investigadores dos países, contemplando diferentes áreas temáticas. As variáveis seleccionadas para este artigo foram quantas vezes consumiu drogas no último mês e com que regularidade frequenta determinados contextos sociais e de lazer.

Resultados: Relativamente aos resultados obtidos, constatou-se que contextos como a escola e os espaços desportivos, estão associados à protecção, enquanto que as discotecas/bares e os cafés estão associados ao risco.

Introdução

A adolescência é um período crucial no desenvolvimento humano caracterizada por um conjunto de alterações e de esforços para confrontar e superar novos desafios, bem como para estabelecer a própria identidade e autonomia (DiClemente, Hansen & Ponton, 1996). Esta fase do desenvolvimento representa também um período de risco para todos os jovens no que se refere a todo o tipo de experiências com comportamentos potencialmente comprometedores, tanto no que se refere ao álcool, como às drogas (Cato, 1992). Existem vários aspectos relacionados com o consumo de drogas na adolescência, como é o caso da influência que o grupo de pares pode ter na adopção destes comportamentos, bem como a influência da família. Contudo, existe um aspecto que ainda não foi muito estudado e que está relacionado com os diferentes contextos onde o adolescente passa os seus tempos livres e a eventual relação entre estes e o consumo de substâncias ilícitas.

Na pesquisa efectuada encontraram-se sobretudo estudos que concluem que o facto do adolescente passar os seus tempos livres a realizar actividades de lazer pouco estruturadas, ou não ter os tempos livres ocupados, ou mesmo frequentar contextos que incitem o consumo de tabaco ou de álcool, está relacionado com uma maior propensão para a adopção de comportamentos de risco (Darling *et al.*, 2005; Pawelko & Magafas, 1997; Simões, 2005).

Devido ao facto dos contextos em que o adolescente se insere e passa a maior parte dos seus tempos livres, influenciarem fortemente o seu desenvolvimento e percurso de vida e ainda não ter sido objecto de muitos estudos, decidiu-se analisar as relações existentes entre os contextos frequentados e o consumo de substâncias ilícitas. O principal objectivo é de que se possa numa fase inicial identificar contextos relacionados com uma maior protecção ou com um maior risco, para que posteriormente se possam prevenir determinados comportamentos que um dia mais tarde poderão causar danos irreparáveis.

Este artigo tem como principal objectivo aprofundar duas questões: 1) O local onde o jovem passa os seus tempos livres está relacionado com o consumo de drogas? 2) Quais os locais que estão associados a um maior risco ou protecção?; e por último pretende-se discutir as implicações práticas no campo da prevenção.

Segundo Munist, Santos, Kotliarenko, Ojeda, Infante e Grotberg (1998), é possível falar de prevenção sem referir factores de risco e de protecção, que podem ser observados em diversos níveis e contextos da vida da pessoa. Os factores de risco consistem nas características, quer do indivíduo, quer da sociedade, que se encontram ligadas a uma elevada probabilidade de um dano biológico/social. E os factores de protecção, elementos internos e externos ao indivíduo, promovem o desenvolvimento de competências que diminuem as consequências do problema, contribuindo para uma menor probabilidade de problemas ou dificuldades.

Existem variáveis que podem ser vistas como factores de risco, ou de protecção, dependendo do modo como são vistas ou trabalhadas. O uso de drogas é uma questão complexa que ultrapassa vários subsistemas da vida individual e social. Tudo depende da cultura onde uma pessoa está inserida, pois o que numa sociedade é aceite, noutra pode ser condenado e reprimido (Schenker & Minayo, 2005).

A realização deste trabalho baseou-se no HBSC/OMS (Health Behavior in School-aged Children), que é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde, que pretende analisar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas (Matos & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2003). Para este estudo escolheram-se variáveis referentes a alguns contextos onde os jovens passam os seus tempos livres e outras referentes ao consumo de substâncias ilícitas, relacionando-se posteriormente as variáveis, tentando perceber se existe ou não alguma associação entre elas.

Os problemas que o consumo de substâncias traz aos indivíduos e àqueles que os rodeiam são suficientemente ameaçadores da saúde e do bem-estar dos jovens para justificar a investigação em seu torno e a implementação de intervenções preventivas a este nível (Simões, 2005).

Prevalência do Consumo de Substâncias Ilícitas

O uso e abuso destas substâncias constituem um grave problema social, que afecta todos os cidadãos, não apenas os próprios consumidores, que por sua vez acabam por ter vários problemas, biológicos, psicológicos e mesmo sociais. Segundo Kaplan, Sallis e Patterson (1993), os efeitos das drogas traduzem-se sobretudo na depressão do sistema nervoso central (depressores), distorções ao nível da percepção do tempo e do espaço (alucinogénicos), problemas pulmonares a longo prazo (canabinóides), estimulação do sistema nervoso central, perda de apetite e perturbações mentais (estimulantes).

Segundo vários autores, a maior parte do consumo destas substâncias geralmente tem início na adolescência, constituindo um dos principais comportamentos problema neste período, e de entre todas as drogas, a marijuana é a mais consumida. De um modo geral são os rapazes que mais consomem drogas ilícitas, excepto no que se refere a drogas psicoterapêuticas (Simões, 2005).

De acordo com uma revisão de literatura efectuada por Simões (2005), verificou-se que o tabaco geralmente é a porta de entrada para o consumo de outras substâncias, como o álcool e as drogas ilegais. Sells e Blum (1996), referem que o tabaco é a substância que mais frequentemente tem um padrão de consumo diário. De um modo geral, os jovens apontam o consumo de tabaco como um dos factores despoletadores da progressão para o consumo de outros

tipos de substâncias e de outros comportamentos de risco, como é o caso da delinquência. São vários os estudos que mostram que o tabaco e o álcool, constituem as substâncias mais consumidas pelos adolescentes, bem como os percursos da progressão para as drogas ilícitas.

Ainda de acordo com a revisão anterior, além deste aspecto, que se baseia na importância do comportamento anterior como um dos principais determinantes dos comportamentos futuros, existem outros aspectos relacionados com o consumo de drogas na adolescência (e não só), e que foram fruto de muitos estudos ao longo dos anos, como é o caso da grande influência que o grupo de pares pode ter na adopção destes comportamentos, bem como a influência da família e dos modelos transmitidos.

De acordo com um estudo realizado por Simões (2005), os principais **factores de risco** para o consumo de substâncias ilícitas são: os contextos sociais frequentados, a reduzida ou inexistente percepção do risco, a existência de amigos consumidores, a oferta de substâncias pelos amigos, o facto do consumo ser uma das normas do grupo de referência, a curiosidade e expectativas acerca dos consumos, a procura de novas sensações, o consumo de álcool e de tabaco (como já foi anteriormente referido, que embora sendo substâncias lícitas, podem levar a consumos de substâncias ilícitas), a disfunção familiar e as fracas ligações familiares, a falta de ligação à escola e o insucesso escolar, e a existência de tempos livres. Segundo Simões (2005), a existência de tempos livres foi referida pelos jovens participantes no estudo como factor de risco para o consumo de substâncias ilícitas, dado estes comportamentos funcionarem por vezes como uma forma de ocupar o tempo livre.

Por outro lado, no que se refere aos **factores de protecção** e ainda de acordo com os estudos realizados por Simões (2005), a prática de actividades, como forma de ocupação dos tempos livres, anteriormente referidos como sendo factores de risco, constituiu um dos factores com mais destaque a este nível. Os jovens referiram que a participação em actividades de lazer e desportivas é por vezes incompatível com determinados comportamentos de risco, nomeadamente os consumos, e apresentam algumas das funções utilitárias destes, nomeadamente a ocupação de tempos livres e a desconstracção. Assim, os jovens envolvidos neste tipo de actividades encontram-se de certo modo protegidos para a prática deste tipo de comportamentos de risco. Contudo podem-se referir outros factores de protecção apontados pelos jovens participantes no estudo, como por exemplo: o facto dos amigos não consumirem, um estilo parental democrático, a qualidade das relações familiares, a proibição de frequentar determinados contextos facilitadores do consumo de álcool, tabaco ou substâncias ilícitas.

De qualquer modo, os factores de risco ou de protecção não são estáticos, pois tanto a família, como os grupos de pares ou mesmo os contextos sociais frequentados, dependem sempre de uma variedade de aspectos, podendo simultaneamente constituir factores de risco e de protecção.

De acordo com outros estudos realizados na área, na União Europeia, a probabilidade dos homens consumirem drogas ilícitas continua a ser superior à das mulheres. Mas há sinais preocupantes de que as diferenças entre os padrões de consumo se estão a reduzir e de que as semelhanças entre as experiências de consumo de drogas ao longo da vida, entre homens e mulheres, estão a aumentar, nomeadamente entre a população escolar. As jovens europeias estão a tornar-se mais vulneráveis ao consumo de drogas e de álcool em níveis prejudiciais. Em inquéritos realizados à população escolar (15-16 anos) na UE, o número de mulheres que disseram consumir tranquilizantes e sedativos sem receita médica era superior ao dos homens, demonstrando que o número de mulheres que consomem hipnóticos e sedativos, é superior ao dos homens (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodpendência, 2005).

No que diz respeito ao consumo de drogas pelos adolescentes portugueses, o estudo do HBSC/OMS realizado em Portugal no ano de 2002, mostrou um aumento nos consumos para o dobro, de 1998 para 2002, sendo que os rapazes consomem significativamente mais do que as raparigas. Ao mesmo tempo, verifica-se que o consumo vai aumentando à medida que aumenta a idade. Tanto para os rapazes como para as raparigas a droga mais popular é o haxixe, seguida pelos estimulantes (Lapa & Matos, 2005).

No que se refere ao estudo de 2006, não surgiram alterações significativas relativamente ao estudo anterior. Os consumos de substâncias ilícitas mantêm-se estacionários tendo havido uma estabilização do consumo regular. Mantém-se a tendência dos rapazes consumirem mais, sendo os mais velhos (16 anos ou mais) os que mais consomem. De 2002 para 2006 nota-se uma estabilização da experimentação de haxixe ou erva, da heroína, do LSD, da cocaína e do ecstasy (Matos & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2006).

Contextos frequentados pelos Jovens nos seus Tempos Livres

O contexto social do lazer é importante para o desenvolvimento dos adolescentes, onde são proporcionadas oportunidades para a diferenciação e integração (Caldwell & Darling, 1999; Matos & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2003). No entanto, a multiplicidade de contextos sociais e interpessoais em que o adolescente se move, representa desafios adicionais e possibilidades acrescidas de estes virem a desenvolver problemas de ajustamento, com consequências negativas para a sua saúde (Matos & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2003).

A escola é um dos contextos mais frequentados pelos jovens, e de acordo com Settertobulte, Jensen e Hurrelmann (2001, cit. *in* Gaspar, 2005) na sociedade actual, esta representa um papel crucial no desenvolvimento das crianças, mais precisamente no que se refere ao processo de socialização inerente ao desenvolvimento de todas as crianças. Um estudo realizado por Bonny, Britto, Klostermann, Hornung e Slap (2000), com estudantes do secundário, mostrou

que os estudantes com maior ligação à escola descrevem um melhor estado de saúde e um menor uso de álcool e cigarros, comparativamente com os estudantes com fraca ligação à escola. O estudo revelou ainda, que a ligação à escola foi um dos factores mais protectores do que qualquer outro factor, incluindo a ligação à família.

Também Steinberg e Avenevoli (1998), realizaram um estudo cujos resultados sugerem que a fraca ligação com a escola precede o uso de álcool e drogas. Os autores referem que os jovens que estão ligados à escola têm tendência para estar ligados a outros jovens com características similares, no que se refere à ligação com a escola, o que limita o desligar da escola e a exposição a grupos de pares desviantes. Estes jovens passam mais tempo e focam mais a sua atenção em actividades relacionadas com a escola, incluindo os trabalhos da escola e actividades extracurriculares, o que lhes deixa pouco tempo para actividades delinquentes.

De acordo com Darling *et al.* (2005), os adolescentes que participam em actividades extracurriculares apresentaram melhores notas, atitudes mais positivas face à escola, e aspirações académicas mais elevadas. As actividades extracurriculares providenciam ambientes de lazer estruturado. Estas actividades proporcionam aos adolescentes oportunidades únicas para a construção e desenvolvimento da sua própria identidade, através da escolha de diferentes actividades ou acções, dentro de um contexto seguro que não favorece a adopção de comportamentos de risco. Permitem ainda oportunidades para os jovens se relacionarem uns com os outros, além do contexto da sala de aula. Estas actividades permitem uma maior protecção contra a adopção de determinados comportamentos de risco, como por exemplo, o consumo de substâncias ilícitas, de álcool, comparativamente aos contextos não estruturados de lazer social.

Relativamente aos jovens portugueses e aos locais onde passam os seus tempos livres, de acordo com um estudo realizado, HBSC (2002), são as raparigas quem mais refere estar muitas vezes com o grupo de amigos na escola, e às vezes na rua, nos espaços desportivos e em casa. Os rapazes referem mais frequentemente estar muitas vezes, quer na rua, quer nos espaços desportivos (Matos & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2003).

Relação existente entre os Consumos de Substâncias Ilícitas e os Contextos frequentados pelos Jovens nos seus Tempos Livres

De acordo com Bronfenbrenner (1997), a socialização do indivíduo é influenciada por sistemas envolvimentoais nos quais interage activamente, influenciando-os e sendo simultaneamente influenciado por eles. Ou seja, podemos dizer que cada indivíduo é influenciado não apenas por aqueles que o rodeiam em casa, mas também pelos pares, pela escola, serviços sociais, comunidade e vizinhança.

O desenvolvimento do adolescente implica a modificação de relações entre o próprio e os múltiplos contextos sociais em que se encontra inserido, estabelecendo diariamente as mais variadas interações. De acordo com vários autores (Lerner & Galambos, 1998; Matos *et al.*, 2003), as alterações que ocorrem neste período possibilitam uma grande diversidade ao adolescente e representam factores de risco e de protecção. Os cenários privilegiados da vida social do adolescente (família, escola, grupo de pares, comunidade, etc.), desempenham um papel importante na construção da sua própria identidade (Pereira & Matos, 2005).

Segundo Caldwell e Smith (1996, cit. *in* Caldwell & Darling, 1999), a liberdade que os adolescentes têm nos contextos de lazer, proporciona um meio para experimentarem os diferentes papéis sociais, comportamentos e ideias, contribuindo todas estas, para uma transição saudável para a idade adulta. Esta experiência é essencial para um desenvolvimento saudável, mas também inclui comportamentos que podem ser desajustados. Por exemplo, o beber, o uso ilegal de substâncias ilícitas, a delinquência e as experiências sexuais muitas vezes ocorrem dentro dos contextos sociais do lazer, e sobretudo em situações particulares não estruturadas.

De acordo com uma revisão de estudos efectuada por Simões (2005), os contextos surgiram como um factor de risco para o consumo de substâncias, na medida em que os jovens referem que determinados contextos sociais, como festas, saídas à noite, etc., são fortes determinantes dos consumos, em especial do consumo de álcool, dado que estes são actos sociais. Uma das principais razões para beber é o facto deste comportamento facilitar a entrada no ambiente das festas.

Resumindo, e de acordo com Pawelko e Magafas (1997), a participação em actividades de recreação organizadas e estruturadas, permite o uso construtivo do tempo livre e contribui também para a redução da adopção de comportamentos de risco.

Como já foi mencionado, vários estudos referem que o facto dos adolescentes passarem o seu tempo livre em contextos sociais não estruturados, estava relacionado com um maior uso de substâncias (Caldwell & Darling, 1999). De acordo com Patrício (2002), por estas e por outras razões, surge a necessidade de fornecer aos jovens actividades de lazer estruturado.

Da revisão bibliográfica efectuada, verificou-se que os estudos acerca da associação entre estas duas variáveis (contextos e consumo de substâncias ilícitas) parecem ser escassos, sendo este um factor determinante para esta análise, que tem assim como principal intuito contribuir para a pesquisa efectuada nesta área.

Metodologia

Caracterização da amostra

Sujeitos participantes no estudo da Organização Mundial de Saúde, integrado na Rede Europeia «Health Behaviour in School-aged Children (HBSC/OMS)», realizado em Portugal Continental em 2002 (Matos & Equipa do Projecto Aventura Social, 2003). Esta amostra é composta por 6131 sujeitos, dos 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade (49% do género masculino e 51% do género feminino), com idades compreendidas entre os 11 e os 25 anos.

Apesar de neste momento já estarem disponíveis os dados do estudo HBSC de 2006 (Matos, Simões *et al.*, 2006), neste estudo usar-se-ão os dados do estudo de 2002, uma vez que foi foco específico do estudo de 2002 o estudo da associação do consumo de drogas com os espaços de lazer.

Instrumento

O questionário internacional para cada estudo HBSC é desenvolvido através de uma investigação cooperativa entre os investigadores dos países. Todos os países incluíram os itens obrigatórios do questionário que abrangem aspectos da saúde, a nível demográfico, comportamental e psicossocial. O questionário, de auto-preenchimento, é composto por quatro partes. A primeira parte do protocolo internacional obrigatório, englobando questões demográficas (idade, género, estatuto socioeconómico), questões relativas ao ambiente na escola, ao consumo de tabaco e álcool, família, escola e pares; uma segunda parte relacionada com as questões específicas do protocolo internacional: violência e lesões, actividade física e saúde positiva; a terceira parte com questões relacionadas com perguntas de monitorização, cultura de grupo e lazer, consumo de drogas e actividade física; por último, numa quarta parte foram incluídas questões relacionadas com o comportamento sexual e atitudes e conhecimento face ao VIH/SIDA.

Para elaborar o presente artigo, seleccionaram-se 4 variáveis do estudo HBSC/OMS, nomeadamente: tempos livres, drogas ilícitas, idade e género. A questão relativa à variável drogas, foi a seguinte: «Quantas vezes consumiste drogas no último mês?», com 4 modalidades de resposta (1 = Nenhuma, 2 = Uma vez, 3 = Mais que uma vez, 4 = Consumo Regular). A questão relativa à variável Tempos Livres foi «Com que regularidade frequentas estes contextos?», com 3 modalidades de resposta (1 = Raramente, 2 = Às vezes e 3 = Muitas Vezes). No que se refere à variável Tempos Livres, e embora estejam contemplados vários contextos no questionário HBSC/OMS, onde os jovens referem passar o seu tempo livre, seleccionaram-se quatro contextos, nomeadamente: Discotecas/Bares, Cafés, Escola e Espaços Desportivos.

Procedimento

A recolha de dados realizou-se em Março e Abril de 2002, tendo sido seleccionados os 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade, distribuídos por 135 escolas públicas do ensino regular (Matos & Equipa do Projecto Aventura Social, 2003). Foram seleccionadas aleatoriamente escolas a partir de uma lista nacional, estratificadas por regiões do país (cinco regiões escolares). De acordo com o protocolo de aplicação do questionário Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), a técnica de escolha da amostra foi a «*cluster sampling*» onde o «*cluster*» ou unidade de análise foi a turma.

A administração dos questionários realizou-se no contexto da sala de aula e o seu preenchimento foi supervisionado por um professor, ao qual era dirigida uma carta relativa aos procedimentos para a sua aplicação. Antes do preenchimento os alunos foram informados que a resposta ao questionário era voluntária, confidencial e anónima.

O tempo de preenchimento do questionário situou-se entre os 60 e os 90 minutos.

Resultados

Previamente à análise dos resultados relativos à associação entre o consumo de substâncias ilícitas e os contextos frequentados pelos jovens nos tempos livres, é apresentada uma descrição dos resultados e os procedimentos utilizados na transformação das variáveis originais. Tendo em conta que um dos principais objectivos do estudo consistia na análise das relações entre as variáveis em causa, em função do género e da idade, optou-se por apresentar a descrição dos resultados com a amostra subdividida por género (feminino/masculino), e idade (mais novos/mais velhos), pelo que os resultados são apresentados em 4 grupos, nomeadamente: rapazes mais novos, raparigas mais novas, rapazes mais velhos e raparigas mais velhas.

A opção pela apresentação dos resultados descritivos por grupos está também relacionada com um dos objectivos deste estudo, que é o de comparar as prevalências em termos de consumo de substâncias entre os vários grupos de sujeitos, bem como ao nível de outros aspectos englobados neste estudo.

A decisão pelo ponto de corte para a criação de dois escalões etários não teve por base a mediana (que daria uma distribuição quantitativamente uniforme dos sujeitos), mas sim um critério teórico. Vários autores (Bronfenbrenner, 1997; Felner & Adan, 1988) salientam a importância das idades transaccionais, como factor que poderá estar na base de algumas mudanças no estilo de vida do adolescente. Dado a transição entre o 3.º ciclo de escolaridade e o secundário ocorrer quando os sujeitos têm 15 ou mais anos, optou-se por criar um grupo de jovens mais novos, com idade inferior a 15 anos, e um grupo de jovens

mais velhos, com idade igual ou superior a 15 anos. Foram assim criados 4 grupos, os rapazes mais novos/as raparigas mais novas e os rapazes mais velhos/as raparigas mais velhas.

Antes de se proceder à apresentação dos resultados, torna-se importante referir que os resultados serão apresentados mediante três diferentes tópicos, nomeadamente: Prevalência do consumo de substâncias ilícitas, Contextos frequentados pelos jovens nos seus tempos livres e Relação entre o consumo de substâncias e os contextos frequentados pelos jovens. Para efectuar estas análises usou-se o Teste do Qui-Quadrado, com análise dos Residuais Ajustados.

Prevalência do Consumo de Substâncias Ilícitas

Os dados descritivos em função dos quatro grupos, no que diz respeito ao consumo de substância ilícitas são apresentados no Quadro I. Como foi possível verificar, cerca de 2,4% dos adolescentes refere ter consumido, pelo menos uma vez, drogas ilícitas no último mês. De um modo geral, os adolescentes mais novos referem um menor envolvimento neste tipo de comportamento, comparativamente com os rapazes e os adolescentes mais velhos, respectivamente. No que se refere ao consumo regular no último mês, é possível verificar que os rapazes mais velhos apresentam um consumo significativamente superior (4,1%) e as raparigas mais novas apresentam um valor significativamente inferior (0,6%) à média percentual (1,5%). Rapazes mais novos e raparigas mais velhas não apresentam valores significativamente diferentes da média percentual.

Quadro I – Percentagens observadas relativas ao consumo de drogas no último mês por género e grupos etários

Amostra					
Percentagem Coluna	Rapazes mais novos	Raparigas mais novas	Rapazes mais velhos	Raparigas mais velhas	Total
Residual Ajustado					
Nenhuma	1664	1902	794	867	5227
	94,9%	97,8%	83,3%	91,6%	93,4%
	3,1	9,7	- 13,7	- 2,4	
1 vez	32	19	55	26	132
	1,8%	1,0%	5,8%	2,7%	2,4%
	- 1,8	- 5,0	7,6	1,9	
Mais que 1 vez	33	13	65	41	152
	1,9%	0,7%	6,8%	4,3%	2,7%
	- 2,6	- 6,9	8,6	3,4	

(continua)

(continuação)

Amostra					
Percentagem Coluna	Rapazes mais novos	Raparigas mais novas	Rapazes mais velhos	Raparigas mais velhas	Total
Residual Ajustado					
	24	11	39	12	86
Consumo Regular	1,4%	0,6%	4,1%	1,3%	1,5%
	- 0,7	- 4,3	7,0	- 0,7	
Total	1753	1945	953	946	5597
	100%	100%	100%	100%	100%

n = 5597

 $(\chi^2 = 236,627; \text{ g.l.} = 9, \text{ p} = 0,000)$

(* p < 0,05; ** p < 0,01)

Contextos frequentados pelos jovens nos seus tempos livres

Em relação aos contextos frequentados pelos jovens nos seus tempos livres optou-se por apresentar as percentagens dos jovens que responderam frequentar muitas vezes os respectivos contextos. É de salientar que existem outras modalidades de resposta que não são apresentadas na tabela, nomeadamente: «Raramente» e «Às vezes».

Como pode ser observado no Quadro 2, os valores dos diferentes Qui Quadrados, são todos eles significativos, sustentando a existência de uma associação significativa entre os diferentes grupos e a frequência dos espaços de lazer.

Quadro 2 – Percentagens observadas relativamente aos locais frequentados pelos jovens nos seus tempos livres, por género e grupos etários¹

Amostra					
Percentagem Coluna	Rapazes mais novos	Raparigas mais novas	Rapazes mais velhos	Raparigas mais velhas	Total
Residual Ajustado					
Discotecas/Bares	71	66	172	131	440
	10,4%	7,6%	18,5%	13,8%	12,8%
	- 2,1	- 5,3	6,1	1,1	
Cafés	129	124	275	267	795
	18,3%	14%	29,3%	28%	22,8%
	- 3,2	- 7,3	5,5	4,4	
Escola	431	630	579	710	2350
	62,3%	70,9%	61,3%	74%	67,4%
	- 3,2	2,6	- 4,7	5,1	
Espaços Desportivos	291	157	329	129	906
	40,7%	17,7%	34,3%	13,5%	25,8%
	10,2	- 6,3	7,1	- 10,1	

(Discotecas/Bares – $\chi^2 = 52,667$; g.l. = 6, p = 0,000)

(Cafés – $\chi^2 = 83,772$; g.l. = 3, p = 0,000)

(Escola – $\chi^2 = 48,304$; g.l. = 3, p = 0,000)

(Espaços Desportivos – $\chi^2 = 224,825$; g.l. = 3, p = 0,000)

(* p < 0,05; ** p < 0,01)

No que se refere às **Discoteca/Bares**, 12,8% dos jovens frequentam este contexto com muita regularidade, apresentando diferenças significativas entre cada grupo e o valor percentual médio das amostras – dados obtidos através da análise dos Residuais Ajustados – (com excepção das raparigas mais velhas que apresentam um valor percentual de 13,8% que não é significativamente diferente do valor percentual médio). Os jovens mais novos encontram-se abaixo do valor percentual médio da amostra, comparativamente aos rapazes mais velhos que se encontram acima do valor percentual médio da amostra.

¹ Numa primeira fase realizou-se uma análise preliminar global da associação entre o Consumo de substâncias ilícitas e os Contextos frequentados pelos jovens nos seus tempos livres, e em função dos resultados obtidos nesta análise seleccionaram-se os contextos que apresentaram o maior valor correlacional com o consumo de substâncias. Dentro destes, seleccionaram-se dois contextos com uma associação positiva forte (Escola e Espaços Desportivos) e 2 contextos com uma associação negativa forte (Discoteca/Bares e Cafés), para analisar neste estudo.

Nesta análise recodificou-se a variável «Consumo de drogas no último mês», passando de 4 modalidades para 2 modalidades (1 = Nenhuma e 2 = Pelo menos uma vez). Relativamente aos contextos frequentados pelos jovens, a variável «Com que regularidade frequentas estes contextos?», foi também recodificada passando de 3 modalidades para 2 modalidades (1 = Raramente e 2 = Às vezes/Muitas vezes).

No que se refere aos **Cafés**, 22,8% dos jovens frequentam este contexto com muita regularidade apresentando diferenças significativas entre cada grupo e o valor percentual médio das amostras – dados obtidos através da análise dos Residuais Ajustados. Os jovens mais novos encontram-se abaixo do valor percentual médio da amostra, comparativamente aos jovens mais velhos que se encontram acima do valor percentual médio da amostra.

No que se refere à **Escola**, 67,4% dos jovens frequentam este contexto com muita regularidade, apresentando diferenças significativas entre cada grupo e o valor percentual médio das amostras – dados obtidos através da análise dos Residuais Ajustados. Os rapazes de ambos os grupos etários encontram-se abaixo do valor percentual médio da amostra, comparativamente às raparigas de ambos os grupos etários que se encontram acima do valor percentual médio da amostra.

Por último, e no que se refere aos **Espaços Desportivos**, 25,8% dos jovens frequentam este contexto com muita regularidade, apresentando diferenças significativas entre cada grupo e o valor percentual médio das amostras – dados obtidos através da análise dos Residuais Ajustados. Os rapazes de ambos os grupos etários encontram-se acima do valor percentual médio da amostra, comparativamente às raparigas de ambos os grupos etários que se encontram abaixo do valor percentual médio da amostra.

Relação entre o Consumo de substâncias ilícitas e os Contextos frequentados pelos jovens nos seus tempos livres

Nesta análise optou-se por apresentar as percentagens dos jovens que responderam ter consumido pelo menos uma vez no último mês. É de salientar que existe outra modalidade de resposta que não é apresentada na tabela, nomeadamente: «Nenhuma vez».

Quadro 3 – Percentagens observadas em relação ao consumo de drogas ilícitas no último mês («Pelo menos uma vez») em função da frequência de Cafés nos tempos livres

Idade/Género	Consumo droga último mês	Frequência Cafés		Total
		Raramente/ /Às vezes	Muitas vezes	
Rapazes mais novos ^{a)}	«Pelo menos uma vez»	5,1%	16,5%	7,2%
	Residual Ajustado	- 4,3	4,3	
	Total	100%	100%	100%
Raparigas mais novas ^{b)}	«Pelo menos uma vez»	1,6%	13,8%	3,3%
	Residual Ajustado	- 6,9	6,9	
	Total	100%	100%	100%

(continua)

(continuação)

Idade/Género	Consumo droga último mês	Frequência Cafés		Total
		Raramente/ /Às vezes	Muitas vezes	
Rapazes mais velhos ^{c)}	«Pelo menos uma vez»	12,0%	29,6%	17,2%
	Residual Ajustado	- 6,3	6,3	
	Total	100%	100%	100%
Raparigas mais velhas ^{d)}	«Pelo menos uma vez»	3,4%	21,8%	8,6%
	Residual Ajustado	- 8,9	8,9	
	Total	100%	100%	100%

a) ($\chi^2 = 18,37$; g.l. = 9, $p < 0,001$; n = 641)

b) ($\chi^2 = 46,94$; g.l. = 9, $p < 0,001$; n = 822)

c) ($\chi^2 = 39,18$; g.l. = 9, $p < 0,001$; n = 862)

d) ($\chi^2 = 78,46$; g.l. = 9, $p < 0,001$; n = 898)

(* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$)

No que se refere aos **Cafés**, podemos constatar que os rapazes e raparigas de ambos os grupos etários, que frequentam este contexto com muita regularidade se encontram acima do valor percentual médio da amostra comparativamente aos rapazes e raparigas de ambos os grupos etários que frequentam este contexto ocasionalmente e que se encontram abaixo do valor percentual médio da amostra.

Passemos agora a uma análise mais detalhada, onde nos vamos cingir aos valores percentuais dos diferentes grupos de jovens, que referiram frequentar «Muitas vezes» este contexto e da sua relação com os valores percentuais médios das amostras de cada um dos respectivos grupos, que apresentam diferenças significativas:

- os rapazes mais novos (16,5%), apresentam um valor superior ao valor percentual médio da amostra;
- as raparigas mais novas (13,8%), apresentam um valor superior ao valor percentual médio da amostra;
- os rapazes mais velhos (29,6%), apresentam um valor superior ao valor percentual médio da amostra;
- as raparigas mais velhas (21,8%), apresentam um valor superior ao valor percentual médio da amostra.

Estes dados sugerem que a frequência deste contexto com regularidade poderá funcionar como factor de risco para ambos os géneros de ambos os grupos etários. Através da análise dos Residuais Ajustados, podemos constatar que existem diferenças significativas entre cada um dos grupos e o respectivo valor percentual médio da amostra.

Quadro 4 – Percentagens observadas em relação ao consumo de drogas ilícitas no último mês («Pelo menos uma vez») em função da frequência de Discotecas nos tempos livres

Idade/Género	Consumo droga último mês	Frequência Discotecas		Total
		Raramente/ /Às vezes	Muitas vezes	
Rapazes mais novos ^{a)}	«Pelo menos uma vez»	4,6%	35,5%	7,7%
	Residual Ajustado	- 8,7	8,7	
	Total	100%	100%	100%
Raparigas mais novas ^{b)}	«Pelo menos uma vez»	2,0%	19,7%	3,3%
	Residual Ajustado	- 7,4	7,4	
	Total	100%	100%	100%
Rapazes mais velhos ^{c)}	«Pelo menos uma vez»	13,1%	35,7%	17,3%
	Residual Ajustado	- 6,8	6,8	
	Total	100%	100%	100%
Raparigas mais velhas ^{d)}	«Pelo menos uma vez»	6,5%	21,8%	8,7%
	Residual Ajustado	- 5,6	5,6	
	Total	100%	100%	100%

a) ($\chi^2 = 75,04$; g.l. = 9, $p < 0,001$; $n = 625$)

b) ($\chi^2 = 54,47$; g.l. = 9, $p < 0,001$; $n = 808$)

c) ($\chi^2 = 45,58$; g.l. = 9, $p < 0,001$; $n = 851$)

d) ($\chi^2 = 31,31$; g.l. = 9, $p < 0,001$; $n = 889$)

(* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$)

No que se refere às **Discotecas**, observa-se a mesma situação, onde podemos constatar que os rapazes e raparigas de ambos os grupos etários, que frequentam este contexto com muita regularidade se encontram acima do valor percentual médio da amostra, comparativamente aos rapazes e raparigas de ambos os grupos etários que frequentam este contexto ocasionalmente e que se encontram abaixo do valor percentual médio da amostra.

Passemos agora a uma análise mais detalhada, onde nos vamos cingir aos valores percentuais dos diferentes grupos de jovens, que referiram frequentar «Muitas vezes» este contexto e da sua relação com os valores percentuais médios das amostras de cada um dos respectivos grupos, que apresentam diferenças significativas:

- os rapazes mais novos (35,5%), apresentam um valor superior ao valor percentual médio da amostra;
- as raparigas mais novas (19,7%), apresentam um valor superior ao valor percentual médio da amostra;
- os rapazes mais velhos (35,7%), apresentam um valor superior ao valor percentual médio da amostra;

- as raparigas mais velhas (21, 8%), apresentam um valor superior ao valor percentual médio da amostra.

Estes dados sugerem que a frequência deste contexto com regularidade poderá funcionar como factor de risco para ambos os géneros e ambos os grupos etários. Através da análise dos Residuais Ajustados, podemos constatar que existem diferenças significativas entre cada um dos grupos e o respectivo valor percentual médio da amostra.

Quadro 5 – Percentagens observadas em relação ao consumo de drogas ilícitas no último mês («Pelo menos uma vez») em função da frequência de Espaços Desportivos nos tempos livres

Idade/Género	Consumo droga último mês	Frequência Espaços Desportivos		Total
		Raramente/ /Às vezes	Muitas vezes	
Rapazes mais novos ^{a)}	«Pelo menos uma vez»	7,3%	7,5%	7,4%
	Residual Ajustado	- 0,1	0,1	
	Total	100%	100%	100%
Raparigas mais novas ^{b)}	«Pelo menos uma vez»	2,8%	5,4%	3,3%
	Residual Ajustado	- 1,6	1,6	
	Total	100%	100%	100%
Rapazes mais velhos ^{c)}	«Pelo menos uma vez»	19,8%	11,0%	16,9%
	Residual Ajustado	3,3	- 3,3	
	Total	100%	100%	100%
Raparigas mais velhas ^{d)}	«Pelo menos uma vez»	9,3%	4,2%	8,6%
	Residual Ajustado	1,8	- 1,8	
	Total	100%	100%	100%

a) ($\chi^2 = 0,005$; g.l. = 9, ns; n = 651)

b) ($\chi^2 = 2,65$; g.l. = 9, ns; n = 825)

c) ($\chi^2 = 10,60$; g.l. = 9, p < 0,01; n = 876)

d) ($\chi^2 = 3,39$; g.l. = 9, ns; n = 894)

(* p < 0,05; ** p < 0,01)

No que se refere aos **Espaços Desportivos**, podemos constatar que os rapazes e raparigas mais novas, que frequentam este contexto com muita regularidade se encontram acima do valor percentual médio da amostra. No que se refere aos rapazes e raparigas mais velhos que frequentam este contexto ocasionalmente também se encontram acima do valor percentual médio da amostra. Através da análise dos Residuais Ajustados, podemos constatar que não existem diferenças significativas entre cada um dos grupos e os valores percentuais médios das respectivas amostras, com excepção dos rapazes mais velhos onde já existem. Ou seja, o valor percentual dos rapazes mais velhos que

referiram frequentar «Raramente/Às vezes» as discotecas (19,8%), é superior ao valor percentual médio da amostra.

Estes dados sugerem que a frequência deste contexto com regularidade poderá funcionar como factor de protecção para os rapazes mais velhos. No que se refere aos outros grupos como as diferenças não são significativas, não se pode estabelecer nenhuma relação neste âmbito e neste caso específico.

Quadro 6 – Percentagens observadas em relação ao consumo de drogas ilícitas no último mês («Pelo menos uma vez») em função da frequência de Escolas nos tempos livres

Idade/Género	Consumo droga último mês	Frequência Escola		Total
		Raramente/ Às vezes	Muitas vezes	
Rapazes mais novos ^{a)}	«Pelo menos uma vez»	10,5%	4,8%	7,0%
	Residual Ajustado	2,7	- 2,7	
	Total	100%	100%	100%
Raparigas mais novas ^{b)}	«Pelo menos uma vez»	4,7%	2,7%	3,3%
	Residual Ajustado	1,4	- 1,4	
	Total	100%	100%	100%
Rapazes mais velhos ^{c)}	«Pelo menos uma vez»	21,0%	14,3%	16,9%
	Residual Ajustado	2,6	- 2,6	
	Total	100%	100%	100%
Raparigas mais velhas ^{d)}	«Pelo menos uma vez»	11,7%	7,5%	8,6%
	Residual Ajustado	2,0	- 2,0	
	Total	100%	100%	100%

a) ($\chi^2 = 7,39$; g.l. = 9, $p < 0,01$; $n = 632$)

b) ($\chi^2 = 1,97$; g.l. = 9, ns; $n = 822$)

c) ($\chi^2 = 6,51$; g.l. = 9, $p < 0,05$; $n = 866$)

d) ($\chi^2 = 3,95$; g.l. = 9, $p < 0,05$; $n = 898$)

(* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$)

No que se refere à **Escola**, podemos constatar que os rapazes e raparigas de ambos os grupos etários, que frequentam este contexto com muita regularidade se encontram abaixo do valor percentual médio da amostra. Através da análise dos Residuais Ajustados, podemos constatar que não existem diferenças significativas entre cada um dos grupos e os valores percentuais médios das respectivas amostras, no que se refere às raparigas mais novas. No que se refere às raparigas mais velhas e aos rapazes de ambos os grupos etários, já existem diferenças significativas:

A percentagem de raparigas mais velhas que referiram frequentar «Raramente/Às vezes» as escolas (11,7%), é superior ao valor percentual médio

da amostra; a percentagem de rapazes mais novos que referiram frequentar «Raramente/Às vezes» as escolas (10,5%), é superior ao valor percentual médio da amostra;

A percentagem de rapazes mais velhos que referiram frequentar «Raramente/Às vezes» as escolas (21,0%), é superior ao valor percentual médio da amostra.

Estes dados sugerem que a frequência deste contexto com pouca ou nenhuma regularidade poderá funcionar como factor de risco para os rapazes de ambos os grupos etários e para as raparigas mais velhas, ou, por outras palavras e para estes grupos específicos, os dados indiciam que a escola funciona como um contexto protector. No que se refere às raparigas mais novas como as diferenças não são significativas, não se pode estabelecer nenhuma relação neste âmbito e neste caso específico.

Discussão

O objectivo neste artigo prendia-se essencialmente com a resposta a 2 questões: 1) O local onde o jovem passa os seus tempos livres está relacionado com o consumo de drogas? 2) Quais os locais que estão associados a um maior risco ou protecção?; e por último pretendia-se discutir as implicações práticas para o campo da prevenção.

Prevalência do Consumo de Substâncias Ilícitas

De um modo geral, e de acordo com os dados obtidos, quem consome menos são as raparigas mais novas, relativamente aos rapazes da mesma idade. Por outro lado, os rapazes mais velhos, consomem mais relativamente às raparigas da mesma idade. Ou seja, em ambos os grupos etários e de acordo com este estudo, são os rapazes quem consome mais, havendo maior prevalência de consumos nos rapazes mais velhos.

Estes dados vão ao encontro da literatura apresentada, na medida em que de acordo com o estudo HBSC (Matos & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2003) e ainda com outros estudos efectuados na área, são os rapazes que mais consomem e os consumos têm início mais frequentemente na adolescência, ou seja, a partir dos 15 anos, o que corresponde aos grupos de jovens mais velhos deste artigo.

Contudo existem estudos que também comprovam que as diferenças entre os padrões de consumo se estão a reduzir e que as semelhanças entre as experiências de consumo de drogas ao longo da vida, em indivíduos de dois sexos, estão a aumentar, nomeadamente entre a população escolar (Observatório Europeu da Droga e da Toxicoddependência, 2005).

Contextos frequentados pelos Jovens nos seus Tempos Livres

No que se refere às Discotecas/Bares e aos Cafés, são os jovens mais velhos, que frequentam este contexto com mais regularidade, o que poderá ser facilmente explicado pelo facto de alguns destes locais exigirem uma determinada idade para ser frequentados. No que se refere à Escola, são as raparigas, de ambos os grupos etários que frequentam este contexto com mais regularidade e relativamente aos Espaços Desportivos, são os rapazes de ambos os grupos etários que frequentam este contexto com mais regularidade.

Relação existente entre o Consumo de Substâncias Ilícitas e os Contextos frequentados pelos Jovens nos seus Tempos Livres

Os dados obtidos sugerem que a frequência de **Cafés e Discotecas**, com regularidade, poderá estar associada a um maior risco de consumo de substâncias ilícitas, para todos os grupos de jovens.

De acordo com uma revisão de literatura feita por Simões (2005), é precisamente neste tipo de contextos que existe um maior consumo de tabaco e de álcool, ou por iniciativa própria, ou por influência do grupo de pares, ou mesmo por ser um padrão de referência dentro destes contextos. Este aspecto parece ir ao encontro das conclusões do estudo, na medida em que determinados contextos sociais estão intimamente associados com o consumo de drogas lícitas, mas que são percursos das ilícitas, representando por isso factores de risco a ter em conta. Segundo Caldwell e Darling (1999), o beber, o uso ilegal de substâncias ilícitas, a delinquência e as experiências sexuais muitas vezes ocorrem dentro dos contextos sociais de lazer, e sobretudo em situações particulares não estruturadas.

No que se refere aos **Espaços Desportivos**, os dados obtidos, levam-nos a crer que a frequência deste contexto com regularidade, poderá estar associada à protecção para os rapazes mais velhos. No que se refere aos outros grupos como as diferenças não são significativas, não se pode estabelecer nenhuma relação neste âmbito e neste caso específico.

Por fim, no que se refere à **Escola**, os dados obtidos sugerem que a frequência deste contexto com pouca ou nenhuma regularidade poderá funcionar como factor de risco para as raparigas mais velhas e para os rapazes de ambos os grupos etários, ou, por outras palavras e para estes grupos específicos, os dados indicam que a escola poderá funcionar como um contexto protector. No que se refere às raparigas mais novas, como as diferenças não são significativas, não se pode estabelecer nenhuma relação neste âmbito e neste caso específico.

No que se refere à relação entre os consumos de substâncias e a permanência na escola, esta não é significativa para as raparigas, embora sejam elas que referem mais frequentemente lá passar os seus tempos livres, também são

elas que consomem menos relativamente aos rapazes. De acordo com os dados obtidos, parece que a escola é mais protectora face aos consumos para os rapazes, do que para as raparigas. Nenhum dos contextos analisados surgiu como factor aliado à protecção para as raparigas mais novas. Contudo também foram elas que referiram consumir menos vezes, relativamente às raparigas mais velhas e aos rapazes.

Estes resultados vão de certa forma ao encontro da literatura apresentada, na medida em que, de acordo vários autores (Simões, 2005; Bonny *et al.*, 2000), a ligação à escola é um importante factor de protecção. Também Steinberg e Avenevoli (1998) realizaram um estudo que sugere que a fraca ligação com a escola precede o uso de álcool e de drogas. Embora não tenhamos dados que o tempo passado na escola seja em actividades extracurriculares, vários estudos revelaram que os jovens que participam em actividades extracurriculares, que à partida providenciam ambientes de lazer estruturado, estão mais protegidos contra a adopção de comportamentos de risco (Darling *et al.*, 2005).

No que se refere aos espaços desportivos também existem vários estudos que concluem que a prática de actividades físicas é um factor protector. Esta prática tem a vantagem não apenas de ocupar os tempos livres, como também englobar determinadas actividades que são incompatíveis com o consumo de substâncias ilícitas. Tanto a escola como os espaços desportivos representam contextos que à partida são estruturados, permitem o uso construtivo do tempo livre e contribuem também para a redução da adopção de comportamentos de risco (Pawelko & Magafas, 1997).

Os presentes resultados apoiam uma continuação no investimento numa prevenção primária, nas escolas, e alertar as crianças, os adolescentes e suas famílias acerca das consequências do consumo de substâncias lícitas (tabaco, álcool), bem como das substâncias ilícitas e dos factores de risco e protecção associados a estes tipos de consumo.

Mas estes resultados alertam para a necessidade duma intervenção mais focalizada dirigida a nichos ecológicos específicos potencialmente associados ao risco, como é o caso de alguns dos locais de diversão habitualmente frequentados pelos adolescentes. Só conhecendo todos os factores que podem influenciar os consumos é que se poderão delinear estratégias de intervenção mais adequadas.

Estas estratégias não podem esquecer o papel positivo que a socialização com o grupo de pares e os locais onde esta acontece tem no bem-estar dos adolescentes, por isso qualquer intervenção tem que ter em conta alternativas reais para aprender a lidar com os desafios e conflitos do dia-a-dia e para obter bem-estar pessoal e social sem recurso ao uso de substâncias.

Como se concluiu, a escola e os espaços desportivos estão associados à protecção e tendo em conta que são contextos estruturados, é fundamental investir a este nível.

O papel da escola é da maior importância, contudo, é necessário promover a participação dos adolescentes, para que estes possam ter um papel activo na decisão das actividades mais adequadas e que vão ao encontro das suas necessidades.

A realização de grupos focais, procurando numa fase inicial perceber quais os interesses e aspirações dos jovens, e posteriormente a estruturação de actividades a desenvolver em contexto escolar, parece uma metodologia promissora (Matos, 2005).

De salientar também a importância da complementaridade com a actividade física, onde os espaços desportivos estariam disponíveis para os jovens realizarem essas actividades. Este tipo de dinâmica permitiria aos jovens ocupar os seus tempos livres, através da realização de actividades devidamente estruturadas, que fossem ao encontro das suas motivações, e sobretudo permitiria a aproximação à escola e o acesso a actividades que alguns jovens não teriam por outra via.

Referências

- Bonny, A. E., Britto, M. T., Klostermann, B. K., Hornung, R. W. & Slap, G. B. (2000). School disconnectedness: Identifying adolescents at risk. *Pediatrics*. Retrieved 20-09-2002, from www.findarticles.com
- Bronfenbrenner, U. (1997). Ecological models of human development. In M. Gauvain & M. Cole (Eds.), *Readings on development of children* (2nd ed., pp. 3-8). New York: W. H. Freeman & Company.
- Caldwell, L., Baldwin, C., Walls, T. & Smith, E. (2004). Preliminary Effects of a Leisure Education Program to Promote Healthy Use of Free Time among Middle School Adolescents. *Journal of Leisure Research*.
- Caldwell, L. & Darling, N. (1999). Leisure context, parental control, and resistance to peer pressure as predictors of adolescent partying and substance abuse: An ecological perspective. *Journal of Leisure Research*, (First Quarter 1999), 1-24.
- Cato, B. M. (Writer) (1992). Youth's Recreation and Drug Sensations: Is there a relationship? *Journal of Drug Education*, 22, 293-301.
- Darling, N., Caldwell, L. & Smith, R. (2005). Participation in School-Based Extracurricular Activities and Adolescent Adjustment. *Journal of Leisure Research*, (First Quarter 2005), 1-41.
- DiClemente, R. J., Hansen, W. B. & Ponton, L. E. (1996). Adolescents at risk: A generation jeopardy. In R. J. DiClemente, W. B. Hansen & L. E. Ponton (Eds.), *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior* (pp. 1-4). New York: Plenum Press.
- Felner, R. D. & Adan, A. M. (1988). The school transitional environment project: An ecological intervention and evaluation. In R. H. Price, E. L. Cowen, R. P. Lorion & J. Ramos-McKay (Eds.), *Fourteen ounces of prevention*. Washington DC: American Psychological Association.
- Gaspar, T. (2005). Saúde e diversidade cultural. In Matos, M. (Ed.), *Comunicação, Gestão de conflitos e saúde na escola* (pp. 72). Lisboa: Edições FMH.
- Kaplan, R. M., Sallis, J. F. & Patterson, T. L. (1993). *Health and human behavior*. New York: McGraw-Hill.

- Lapa, S. & Matos, M. (2005). Promoção de competências para a saúde. In Matos, M. (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (pp. 248). Lisboa: Edições FMH.
- Lerner, R. M. & Galambos, N. L. (1998). Adolescent development: Challenges and opportunities for research, programs, and policies. *Annual Review of Psychology*. Retrieved 15-07-2000, from www.findarticles.com
- Matos, M. & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses: quatro anos depois*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2006). *Consumo de Substâncias dos Adolescentes Portugueses – Relatório Preliminar*. Retirado de: www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com
- Matos, M. & equipa do Projecto Aventura Social (2005). Promoção da competência social em meio escolar. In M. Matos, (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (pp. 261). Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: Edições FMH.
- Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M. A., Ojeda, E. N. S., Infante, F. & Grotberg, E. H. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Washington: Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2002). Indicadores de prevalência e incidência – Visão global. *As drogas em destaque: Medir a prevalência e incidência do consumo de droga, Nota 3* (Maio-Junho).
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2005). Consumo de drogas entre homens e mulheres: diminuem as diferenças? *Drugnet Europe* (Abril-Junho).
- Patrício, L. D. (2002). *Droga para que se saiba*. Lisboa: Figueirinhas.
- Pawelko, K. & Magafas, A. (1997). Leisure well being among adolescent groups: time, choices and self-determination [Electronic Version]. *Parks & Recreation*. Procura feita em Janeiro de 2006 na World Wide Web: http://www.findarticles.com/p/articles/mi_ml145/is_n7_v32/ai_19649715/pg_4
- Pereira, E. G. & Matos, M. (2005). Grupo de pares, comportamentos desviantes e consumo de substâncias. In Matos, M. (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (pp. 95-96). Lisboa: Edições FMH.
- Schenker, M. & Minayo, M. (2005). Factores de risco e de protecção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência e Saúde Colectiva*, 10, (Julho/Setembro).
- Sells, C. W. & Blum, R. W. (1996). Current trends in adolescent health. In R. J. DiClemente, W. B. Hansen & L. E. Ponton (Eds.), *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior* (pp. 5-34). New York: Plenum Press.
- Simões, M. C. R. (2005). *Comportamentos de Risco na Adolescência*, Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa. Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Steinberg, L. & Avenevoli, S. (1998). Disengagement from school and problem behavior in adolescence: A developmental-contextual analysis of the influences of family and part-time work. In R. Jessor (Ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 392-424). New York: Cambridge University Press.

Comportamentos de Risco e Consumo de Substâncias: os Adolescentes que não Respondem às Questões dos Consumos

Mafalda Ferreira*,
Margarida Gaspar de Matos**
e José Alves Diniz***

* Projecto Aventura Social e Saúde, Faculdade de Motricidade Humana (FMH/UTL).

** Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana (FMH)/UTL, Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL.

*** FMH/UTL.

Resumo

Objectivos: O propósito do presente estudo foi analisar as diferenças de consumo *marijuana* no último mês com outros factores de risco relacionados, nomeadamente no contexto escolar, pares e violência. A finalidade desta análise prende-se com a análise posterior dos adolescentes que não respondem a esta questão central (consumo de *marijuana*), e a sua relação com os comportamentos de risco já mencionados.

Metodologia: Os dados enquadrados neste estudo provêm do estudo colaborativo com a Organização Mundial de Saúde, parte integrante do estudo HBSC – Health Behaviour in School-aged Children – desenvolvido em Portugal pela equipa do Aventura Social em 2006. A amostra é constituída por 4877 adolescentes do 6.º, 8.º e 10.º anos do ensino público regular com média de idades de 14 anos (SD = 1,89). O instrumento no qual se baseia o estudo é um questionário de auto-administração aplicado nas escolas pelos professores, no qual foram utilizadas questões relativas ao consumo de substâncias, ambiente escolar, grupo de pares, ambiente familiar, violência, entre outros.

Resultados: Os resultados evidenciam uma associação entre o consumo de marijuana no último mês com uma percepção da capacidade escolar inferior à média, menor gosto pela escola e uma maior percentagem de faltas às aulas. Ao nível dos amigos verifica-se também uma associação deste consumo com uma maior frequência em sair com os amigos à noite, maior envolvimento em lutas e de modo geral um maior sentimento de infelicidade.

Os resultados indicam ainda que a ausência de resposta ao consumo de marijuana no último mês está também associado com maior prevalência do consumo de tabaco, álcool e outras substâncias ilícitas, sendo a capacidade escolar inferior à média, a maior frequência de faltas às aulas e a infelicidade as variáveis que melhor predizem a ausência de resposta na questão supracitada. De salientar que são os rapazes que mais ausências de resposta têm no consumo de marijuana no último mês.

Introdução

Podem-se identificar diversos factores que poderão contribuir para a iniciação e aumento do consumo de substâncias no início da adolescência, tais como idade, etnia, estrutura familiar, estatuto sócio-económico dos pais, atitudes tabágicas dos pais e dos pares, ligação com a família e com os pares, fraco envolvimento escolar, entre outros, sendo que o nível de maturidade psicossocial parece ter também efeitos no consumo de substâncias no adolescente.

O uso de substâncias é um importante preditor tanto da morbilidade como da mortalidade quando nos focamos na população adulta, já na adolescência tende a ser considerado comportamento de risco (Gabhainn & François, 2000). Nos factores de risco referidos por DiClemente, Hansen e Ponton (1996) estão assim incluídos o uso e o abuso de substâncias (Matos *et al.*, 2003).

Na fase da adolescência, a violência é considerada um comportamento de risco para um desenvolvimento saudável (DiClemente, Hansen & Ponton, 1996).

A qualidade da vida familiar e as práticas parentais parecem ter uma grande influência na prevenção dos comportamentos de risco nos adolescentes (consumo de álcool e drogas, comportamentos de violência, entre outros) (Pereira & Matos, 2004).

Considera-se que durante a adolescência as interacções sociais estendem-se do núcleo familiar para outros contextos sociais com os seus pares e outros adultos, devendo-se este facto aos processos naturais associados ao desenvolvimento no período da adolescência, e também por uma grande parte do tempo ser passada na escola, em espaços recreativos e comunitários (Matos *et al.*, 2003).

No contexto da interacção social, a relação com os colegas ou amigos é considerada como uma das influências do jovem mais importantes para o seu desenvolvimento social e emocional (Oliveira, 1999).

O reflexo da importância das relações de pares tem sido assinalável na adopção de diversos programas preventivos nos quais a educação pelos pares surge como uma estratégia eficaz de intervenção (Turner & Shepherd, 1999). A investigação sugere que os jovens, provavelmente ouvem e personalizam as mensagens, pelo facto do mensageiro ser semelhante e partilhar as mesmas preocupações e pressões, resultando por vezes em mudanças de atitudes e comportamentos (Advocates for Youth, 2002).

Um ambiente escolar que seja promotor de saúde pode ser encarado como um recurso para o desenvolvimento de comportamentos de aumento de saúde e de bem-estar, sendo que a satisfação com a escola pode contribuir para esse bem-estar e para a qualidade de vida dos jovens (Samdal & Dür, 2000).

De acordo com o estudo dos autores Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak e Hawkins (2002) as abordagens teóricas actualmente propostas na área da promoção da saúde apontam três factores fundamentais que influenciam os comportamentos relacionados com a saúde: (1) a intenção da pessoa, (2) a inexistência de restrições envolvimentoais que impeçam o comportamento ou a existência de recursos envolvimentoais necessários para a realização do comportamento e (3) as competências do indivíduo (capacidade para realizar o comportamento). A noção de saúde positiva está grandemente associada às competências do indivíduo, incluindo componentes associadas a competências sociais, emocionais, comportamentais e cognitivas. Assim, o desenvolvimento otimizado dos jovens constitui a estratégia mais eficaz para a prevenção de problemas (cit. por Matos *et al.*, 2003).

A definição de saúde, actualmente, acentua a noção de bem-estar como uma das suas componentes mais importantes (WHO, 2000). O conceito de bem-estar é multifacetado, englobando a ausência de doenças e a presença de estados emocionais/afectivos positivos, bem como, uma componente cognitiva do bem-estar e felicidade percebida. A avaliação cognitiva geral da vida que inclui a percepção subjectiva de bem-estar constitui o grau de satisfação com a vida (Neto, 1998).

Em geral, adolescentes que adoptam pelo menos um comportamento de risco, acumulam maior propensão para outros comportamentos de risco, nomeadamente o uso de substâncias (Crome & McArdle, 2004). Em particular, os comportamentos de risco podem ser vividos como algo positivo, no sentido em que são encarados pelos adolescentes como uma forma de demonstrar a si próprios ou aos outros a capacidade de serem autónomos (Angel, Richard & Valleur, 2000), manifestando crucial importância a forma como estes comportamentos são posteriormente ajustados, permitindo a adopção de comportamentos adaptados e um estilo de vida saudável.

King e colaboradores (1996), com base nos dados do estudo Europeu «Health Behaviour among School-aged Children» (HBSC), defendem que um ambiente escolar de aceitação/suporte contribui para a felicidade e saúde dos adolescentes, acrescentando que adolescentes mais satisfeitos com a escola revelam menor probabilidade de fumar ou beber em excesso, e maior probabilidade de desenvolver relacionamentos positivos com professores e amigos, percebendo-se como mais saudáveis.

O contexto escolar (grupo de pares) e social em que o adolescente está inserido, tem sido apontado como o preditor mais consistente do uso de substâncias na adolescência (Kuntsche & Jordan, 2006), notando-se a necessidade de explorar os comportamentos associados a estes contextos específicos. No seio do ambiente escolar identificam-se factores como a falta de motivação para a aprendizagem, o fraco desempenho escolar, a vontade de ser independente, articulada à falta de interesse na realização pessoal, que podem favorecer comportamentos de risco, entre os quais, o uso de substâncias (Schenker & Minayo, 2005).

Crockett & Petersen, (1993) definem a adolescência como um período de transições psicológicas, cognitivas e biológicas (entre o período médio dos 10 aos 19 anos). Algumas das tarefas desta fase prendem-se com o desenvolvimento da independência e autonomia bem como a identificação, formação e aceitação dos pares sendo que, todas estas tarefas contribuem para a adopção de comportamentos de risco, nomeadamente, do consumo de substâncias (Franzkowiak, 1987; Fergunsson & Horwood, 1995). Relativamente ao consumo de substâncias em específico é necessário ter-se em conta não só os diversos tipos de ambiente (social, escolar e familiar) de cada sujeito como também as leis e regulamentos referentes à comunidade onde o indivíduo se insere.

O uso de substâncias na adolescência gera um número potencial de implicações negativas a nível da saúde e bem-estar do indivíduo comportando um aumento acrescido de violência, acidentes de viação, afogamentos (Miller, Lesting & Smith, 2001); aumenta a probabilidade de se envolver em comportamentos sexuais de risco (Flisher *et al.*, 1996) e aumenta o risco de ideação e comportamentos suicidas (Stoelb, 1998).

Sutherland & Shepherd (2001) associaram também o uso de substâncias a dificuldades académicas, absentismo e abandono escolar.

A ocorrência de valores *missing* em bases de dados é algo que está profundamente difundido nas ciências médicas e sociais. Este fenómeno é particularmente evidente em auto-relatos de pacientes com depressão ou com alguns sintomas do mesmo. No pior dos cenários, os autores não fazem referência à existência de valores *missing*, noutros casos apenas mencionam a presença desses valores analisando, apenas, os casos com dados completos. Contudo este procedimento apresenta aspectos particulares e limitações (Bono *et al.*, 2007).

Algumas das questões mais importantes prendem-se com modelos que incluem níveis mistos de medida e técnicas não paramétricas versus paramétricas. No entanto, a grande questão (de extrema relevância) a aprofundar prende-se com a análise da fonte e dos motivos para os valores *missing*, ou seja, procurar sugerir motivos para que os jovens não tenham respondido a itens específicos do estudo.

O mais recente relatório do National Household Survey on Drug Abuse (2001) indicou um aumento no consumo de drogas ilícitas (26,9% em 2000) confirmando o consumo de marijuana como mais frequente no grupo das drogas ilícitas.

Este estudo tem assim como propósito, analisar a associação do consumo de *marijuana* com outros comportamentos de risco de contexto escolar e social, visto esta ser a substância ilícita mais consumida nesta fase, procurando ainda perceber como se comportam os adolescentes que não respondem a esta questão, avançando com hipóteses para a ocorrência deste facto.

Metodologia

Caracterização da amostra

A amostra utilizada neste estudo é constituída pelos sujeitos participantes no estudo Português realizado em Portugal Continental em 2006, parte integrante do estudo Europeu HBSC – Health Behaviour in School-aged Children (www.hbsc.org; www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com). Portugal foi incluído como parceiro neste estudo pela primeira vez em 1996.

O estudo HBSC iniciou-se em 1982 através de uma equipa de investigadores da Finlândia, Noruega e Inglaterra e desde 1985/86 é realizado de 4 em 4 anos. Ao longo dos anos o estudo foi crescendo e actualmente conta com a participação de 44 países Europeus e da América do Norte, em colaboração com a Organização Mundial de Saúde (Roberts *et al.*, 2007). O estudo tem como objectivo conseguir uma nova e maior compreensão do comportamento de saúde dos adolescentes, saúde e bem-estar no seu contexto social, através da recolha de dados que permitam comparações nacionais e internacionais, de forma a alcançar este objectivo (Roberts *et al.*, 2007).

O estudo Português incluiu alunos dos 6.º, 8.º e 10.º anos do ensino público regular com média de idades de 14 anos (SD = 1,89). A amostra nacional consistiu em 4877 estudantes de 257 turmas, de 125 escolas Portuguesas escolhidas aleatoriamente, representativa dos referidos anos de escolaridade e estratificada por regiões de Educação Regional. Os alunos foram distribuídos da seguinte forma: Norte: 43,7%, Centro: 15,4%, Lisboa: 28,8%, Alentejo: 6,9% e Algarve: 5,2%. Destes, 50,4% eram raparigas e 49,6% rapazes, e foram distribuídos da seguinte forma: 31,7% no 6.º ano de escolaridade, 35,7% no 8.º ano de escolaridade e 32,6% no 10.º ano de escolaridade. A taxa de resposta foi de 92% para escolas, 87% para turmas e 87% para alunos.

Instrumento

O instrumento no qual se baseia o estudo é um questionário de auto-administração aplicado nas escolas pelos professores.

O questionário providencia informação sobre os indicadores de saúde e comportamentos relacionados com a saúde e circunstâncias de vida dos adolescentes. As questões abrangem informação demográfica, incluindo a idade, estrutura familiar, estatuto sócio-económico; relações sociais com a família, pares e no ambiente escolar; comportamento de saúde, como a actividade física, comportamento alimentar, consumo de álcool, tabaco, *marijuana*, comportamento sexual, violência, *bullying*, entre outros; e indicadores de bem-estar, incluindo sintomas físicos e psicológicos, satisfação com a vida, entre outros (Currie *et al.*, 2000, 2004).

No estudo Português, o questionário inclui todos os itens obrigatórios que abrangem questões demográficas, aspectos da saúde comportamental e psicossocial, seguindo o formato indicado no protocolo (Currie *et al.*, 2001).

No presente trabalho foram utilizadas questões relativas ao consumo de Substâncias, nomeadamente o consumo de *marijuana* no último mês, consumo de tabaco, consumo de bebidas destiladas, embriaguez e o consumo de drogas no último mês. Foram conjuntamente utilizadas as questões ligadas à escola, nomeadamente a capacidade escolar, o gostar da escola e o faltar às aulas, uma questão acerca da violência, mais concretamente o envolvimento em lutas, uma questão relativa aos amigos, mais especificamente a frequência de sair à noite com os amigos e uma questão mais global presente em todas as dimensões que se prende com a felicidade. Incluíram-se ainda as questões demográficas género e ano de escolaridade.

Consumo de marijuana no último mês. Medida através da pergunta «Quantas vezes consumiste *marijuana* nos últimos 30 dias?» (opções de resposta: não consumiu; consumiu).

Consumo de tabaco. Avaliada a através de uma pergunta em que se questionava os inquiridos sobre «Quantas vezes fumas tabaco?» (opções de resposta: Numa; Não fuma).

Consumo de bebidas destiladas. Operacionalizada através da questão «Com que frequência bebes bebidas destiladas?» (opções de resposta: Frequentemente; Raramente/Nunca).

Embriaguez. Operacionalizada através de uma pergunta «Já alguma vez ficaste embriagado?» (opções de resposta: Sim, uma vez ou mais; Não, nunca).

Consumo de drogas no último mês. Medida através de uma pergunta «Quantas vezes consumiste drogas ilegais no último mês?» (opções de resposta: Não consumiu; Consumiu).

Percepção da capacidade escolar. Avaliada através da pergunta «Na tua opinião, o que é que os teus professores pensam acerca da tua capacidade escolar comparada com a dos teus colegas?» (opções de resposta: Muito boa; Boa; Média; Inferior à média).

Gosto pela escola. Medida através da pergunta «Actualmente o que sentes pela escola?» (opções de resposta: Gosto; Não gosto).

Faltar às aulas. Avaliada a através de uma pergunta em que se questionava os inquiridos sobre «Acontece-me faltar às aulas da escola?» (opções de resposta: Quase nunca; Algumas vezes; Falta muito/praticamente não vai).

Envolvimento em lutas. Operacionalizada através da questão «Nos últimos 12 meses, quantas vezes estiveste envolvido numa luta?» (opções de resposta: Não esteve envolvido; Uma a três vezes; Quatro vezes ou mais).

Sair à noite com os amigos. Operacionalizada através de uma pergunta «Quantas vezes por semana saís à noite com os teus amigos?» (opções de resposta: Nenhuma; Uma; Duas; Três ou mais).

Felicidade. Medida através de uma pergunta «No geral, como te sentes presentemente em relação à vida?» (opções de resposta: Muito feliz/feliz; Pouco feliz/infeliz).

Procedimento

A unidade de análise usada neste estudo foi a turma. Em cada escola as turmas foram seleccionadas aleatoriamente a fim de se encontrar o número requerido de alunos para cada turma, que era proporcional ao número dos mesmos fornecidos pelo Ministério da Educação. Os professores administraram os questionários na sala de aula. A participação dos alunos era voluntária. O estudo ocorreu em Janeiro de 2006.

Resultados

De acordo com o propósito do estudo foram realizadas análises do Qui-Quadrado, para a variável Consumo de *Marijuana* no último mês, procurando a associação do consumo com as restantes variáveis e num segundo momento, para a mesma variável Consumo de *Marijuana* no último mês, procurou-se estudar a associação entre os adolescentes que não responderam a esta questão com as mesmas variáveis analisadas anteriormente incluindo a associação com outros consumos de substâncias nomeadamente o consumo de tabaco, de bebidas destiladas, embriaguez e consumo de drogas no último mês.

Segue-se assim a apresentação das análises do Qui-Quadrado das variáveis já referidas, seguida de uma regressão logística das mesmas com as variáveis relativas ao consumo de substâncias, nomeadamente o consumo de *marijuana* no último mês, com vista a encontrar variáveis predictoras do facto dos adolescentes não responderem a esta questão do consumo, incluindo-se ainda a mesma regressão logística mas com a inclusão das variáveis Género e Ano de Escolaridade.

Na Tabela I verifica-se que existem diferenças significativas para todas as variáveis em estudo, relativamente ao consumo de *marijuana* no último mês, sendo que os adolescentes que referem ter consumido são aqueles que relativamente à escola e à sua percepção acerca da capacidade escolar a reportam mais frequentemente como sendo inferior à média, no que respeita ao gosto pela escola referem mais frequentemente não gostar da escola, reportando que

faltam muito às aulas ou praticamente não vão. No que concerne à violência, mais especificamente o envolvimento em lutas, verifica-se que os alunos que consumiram *marijuana* no último mês são aqueles que mais frequentemente estiveram envolvidos quatro vezes ou mais no último ano, sendo também estes os que mais referem sair três noites ou mais por semana com os amigos.

Por último, no que respeita à felicidade verifica-se que os jovens que mais reportam o consumo são aqueles que mais frequentemente reportam sentirem-se pouco felizes/infelizes (Tabela I).

Tabela I – Qui-Quadrado para diferenças entre o Consumo de *Marijuana* no último mês

		Consumo de <i>Marijuana</i> no último mês				Total	χ^2	gl
		Não Consumiu		Consumiu				
		N	%	N	%			
Capacidade escolar	Muito boa	364	8,2	24	18,9	388	35,88***	3
	Boa	1623	36,4	25	19,7	1648		
	Média	2207	49,6	62	48,8	2269		
	Inferior à média	259	5,8	16	12,6	275		
Gostar da Escola	Gosto	3486	78,1	63	49,6	3549	56,91***	1
	Não gosto	980	21,9	64	50,4	1044		
Faltar às aulas	Quase nunca	3370	76,9	32	26,4	3402	235,52***	2
	Algumas vezes	889	20,3	61	50,4	950		
	Falta muito/Não vai	123	2,8	28	23,1	151		
Envolvimento em lutas	Não esteve	2834	64,0	49	39,8	2883	86,68***	2
	Uma a três vezes	1316	29,7	41	33,3	1357		
	Quatro vezes ou mais	275	6,2	33	26,8	308		
Sair à noite com os amigos	Nenhuma noite	2239	50,9	11	8,9	2250	164,62***	3
	Uma noite	870	19,8	15	12,1	885		
	Duas noites	736	16,7	41	33,1	777		
	Três noites ou mais	554	12,6	57	46,0	611		
Felicidade	Muito feliz/feliz	3656	83,3	89	73,0	3745	9,06**	1
	Pouco feliz/infeliz	732	16,7	33	27,0	765		

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,005$

Quando analisada a variável do consumo de *marijuana* no último mês pela resposta ou ausência da mesma, com os restantes comportamentos de consumo de substâncias em estudo verifica-se que relativamente ao consumo de

tabaco, os jovens que não respondem são também aqueles que mais reportam fumar, no que respeita ao consumo de bebidas destiladas também se verifica que os adolescentes que não respondem ao consumo de marijuana são aqueles que mais frequentemente bebem este tipo de bebida (Tabela 2).

No que concerne à embriaguez, mais uma vez verifica-se que os jovens que não respondem são também aqueles que reportam uma maior frequência de embriaguez, e por último, relativamente ao consumo de drogas no último mês, à semelhança dos restantes consumos, são também os jovens que não respondem à questão do consumo de marijuana no último mês que mais referem ter consumido drogas no último mês (Tabela 2).

Tabela 2 – Qui-Quadrado para diferenças entre Responder ao Consumo de *Marijuana* no último mês

		Consumo de <i>Marijuana</i> no último mês				Total	χ^2	gl
		Responde		Não Responde				
		N	%	N	%			
Consumo de Tabaco	Fuma	530	11,7	53	20,6	583	18,22***	1
	Não fuma	4008	88,3	204	79,4	4212		
Bebidas Destiladas	Frequentemente	1668	36,6	124	53,0	1792	25,53***	1
	Raramente/nunca	2889	63,4	110	47,0	2999		
Embriaguez	Alguma vez	1159	25,4	108	43,5	1267	40,18***	1
	Nunca	3412	74,6	140	56,5	3552		
Consumo de drogas no mês	Consumiu	174	4,1	26	11,7	200	28,39***	1
	Não consumiu	4076	95,9	197	88,3	4273		

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,005$

Na Tabela 3 verifica-se que quando analisada a resposta ou ausência dela para o consumo de *marijuana* no último mês com as mesmas variáveis anteriormente analisadas com o consumo em si (Tabela 1), os resultados são semelhantes, ou seja, são também os jovens que optaram não responder na pergunta do consumo de *marijuana* no último mês aqueles que se percebem com uma capacidade escolar inferior à média, que mais referem não gostar da escola e que faltam com maior frequência às aulas ou praticamente não vão, que mais reportam sair com os amigos três noites por semana ou mais, bem como reportam sentirem-se pouco felizes/infelizes com maior frequência.

Observa-se que não se verificam diferenças significativas ao nível da violência, mais concretamente no envolvimento em lutas nos últimos 12 meses (Tabela 3).

Tabela 3 – Qui-Quadrado para diferenças entre Responder ao Consumo de *Marijuana* no último mês

		Consumo de <i>Marijuana</i> no último mês				Total	χ^2	gl
		Responde		Não Responde				
		N	%	N	%			
Capacidade escolar	Muito boa	388	8,5	17	6,8	405	12,19**	3
	Boa	1648	36,0	71	28,3	1719		
	Média	2269	49,5	138	55,0	2407		
	Inferior à média	275	6,0	25	10,0	300		
Gostar da Escola	Gosto	3549	77,3	179	71,3	3728	4,76*	1
	Não gosto	1044	22,7	72	28,7	1116		
Faltar às aulas	Quase nunca	3402	75,5	152	59,6	3554	32,45****	2
	Algumas vezes	950	21,1	89	34,9	1039		
	Falta muito/Não vai	151	3,4	14	5,5	165		
Envolvimento em lutas	Não esteve	2883	63,4	152	58,9	3035	n.s.	2
	Uma a três vezes	1357	29,8	82	31,8	1439		
	Quatro vezes ou mais	308	6,8	24	9,3	332		
Sair à noite com os amigos	Nenhuma noite	2250	49,7	101	39,1	2351	13,41**	3
	Uma noite	885	19,6	53	20,5	938		
	Duas noites	777	17,2	55	21,3	832		
	Três noites ou mais	611	13,5	49	19,0	660		
Felicidade	Muito feliz/feliz	3745	83,0	192	75,9	3937	8,54**	1
	Pouco feliz/infeliz	765	17,0	61	24,1	826		

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,005$

Nas tabelas 4 e 5 verifica-se que as variáveis que melhor predizem a opção dos adolescentes de não responderem a questões relativas ao consumo, especificamente a ausência de resposta ao consumo de *marijuana* no último mês são a percepção da capacidade escolar e o faltar às da escola. Quando introduzido o género e ano de escolaridade verifica-se que relativamente à percepção da capacidade escolar os adolescentes que não respondem são aqueles que percebem a sua capacidade como 1,2 pior que os outros alunos, 1,4 vezes mais infelizes e faltam 1,3 mais vezes às aulas que os adolescentes que respondem. De sublinhar ainda que o facto de não se responder à questão surge 1,4 vezes mais nos rapazes que nas raparigas.

Tabela 4 – Regressão Logística – Variáveis preditoras da ausência de resposta ao consumo de *marijuana* no último mês

	β	SE	95% IC	OR
Percepção da capacidade escolar	0,24	0,10	(1,05-1,55)	1,273*
Gosto pela escola	0,08	0,16	(0,79-1,49)	1,087
Envolvimento em lutas	0,07	0,11	(0,86-1,33)	1,070
Sair à noite com os amigos	0,12	0,06	(0,99-1,27)	1,125
Percepção de felicidade	0,30	0,17	(0,98-1,88)	1,356
Faltar às aulas	0,36	0,12	(1,13-1,82)	1,430**

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Tabela 5 – Regressão Logística – Variáveis preditoras da ausência de resposta ao consumo de *marijuana* no último mês

	β	SE	95% IC	OR
Percepção da capacidade escolar	0,24	0,10	(1,04-1,54)	1,269*
Gosto pela escola	0,05	0,16	(0,77-1,45)	1,053
Envolvimento em lutas	0,04	0,12	(0,82-1,31)	1,037
Sair à noite com os amigos	0,09	0,07	(0,96-1,24)	1,095
Percepção de felicidade	0,35	0,17	(1,02-1,97)	1,418*
Faltar às aulas	0,33	0,12	(1,09-1,76)	1,385**
Género	–	–	Referente	1
Género (1)	0,38	0,15	(1,09-1,96)	1,464*
Escolaridade	–	–	Referente	1
Escolaridade (1)	– 0,23	0,18	(0,56-1,14)	0,796
Escolaridade (2)	– 0,30	0,17	(0,54-1,03)	0,744

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Discussão

Vários são os estudos que relacionam o consumo de substâncias na adolescência com outros comportamentos de risco, estando bem documentados os preditores do mesmo, nos vários contextos em que o adolescentes se insere.

Existe num entanto um grupo específico de sujeitos que usualmente não são alvo de tantas atenções por parte dos investigadores, os sujeitos que por algum motivo preferem não responder a questões específicas, sendo estes motivos alvo de alguma inquietude e curiosidade por parte de quem explora

comportamentos nomeadamente na adolescência, onde uma opção por determinada posição pode encobrir razões que se assumem como incógnitas nesta fase tão peculiar do crescimento.

Neste trabalho procurou-se perceber a associação entre alguns comportamentos de risco e o consumo de *marijuana* nos últimos 30 dias, associação esta que se revelou significativa para todos os comportamentos em estudo, indo ao encontro do que defendem vários autores investigadores nestas áreas (Franzkowiak, 1987; Ferguson & Horwood, 1995; Angel, Richard & Valleur, 2000; Sutherland & Shepherd, 2001; Matos, *et al.*, 2004; Crome & McArdle, 2004; Kuntsche & Jordan, 2006), permitindo através desta associação partir para um segundo ponto de interesse, relativo aos sujeitos que na mesma questão de consumo optam por não responder. Verifica-se numa primeira fase da análise que os adolescentes que não respondem ao consumo de *marijuana* no último mês são aqueles que mais referem já ter experimentado tabaco e maior consumo do mesmo, que mais reportam o consumo de álcool e o consumo de outras substâncias ilícitas também no último mês. Numa segunda fase de análise, verifica-se que tendo em conta os comportamentos de risco associados com o consumo de *marijuana* no último mês, para os jovens que não respondem a esta questão, manifestam condutas semelhantes ao nível desses comportamentos de risco.

Com o intuito de melhor entender o que poderia predizer o facto de não se responder à questão do consumo de *marijuana* no último mês, foi realizada uma regressão logística com estes comportamentos de risco, evidenciando que as variáveis que melhor predizem a ausência de resposta são a infelicidade, o faltar às aulas e uma percepção da capacidade escolar inferior à média. É de salientar que são os rapazes que mais se inibem de responder ao consumo de *marijuana*, um dado curioso, visto serem também os rapazes que evidenciam uma maior prevalência ao nível do consumo de substâncias (Kokkevi *et al.*, 2007).

Os resultados obtidos no presente trabalho, permitem-nos sugerir que uma das hipóteses para a ausência de resposta a determinada questão pode estar relacionada com o fraco entendimento da própria pergunta, ou uma menor capacidade na compreensão da mesma, dada a sua associação com um desempenho académico inferior e uma menor frequência às aulas. Por outro lado, o facto do jovem se perceber como infeliz também sugere uma ausência de resposta, este dado parece remeter para questões mais individuais, ao nível da própria aceitação de certos comportamentos por parte do próprio adolescente. Outra hipótese que não pode ser descartada é o facto do sujeito ter saltado a pergunta despropositadamente, a página em que esta estava inserida ou a mesma não constar do próprio questionário por lapso dos próprios investigadores, sendo importante nestes estudos não existir uma ancoragem a um verdadeiro motivo ou razão, dado que pode ser ocasional e não estar associado com um porquê específico.

É no entanto de realçar que embora o motivo para não se responder a determinadas questões possa não ser específico, é importante analisar a relação

da ausência de resposta com comportamentos mais problemáticos da adolescência. Tomando por base os resultados neste trabalho, que evidenciam uma clara associação entre um desempenho acadêmico inferior e a ausência de resposta, marcando um ponto de interesse na investigação que se prende com o próprio entendimento do vocabulário e significados e uma capacidade para a afirmação mais limitada, que poderá influenciar o adolescente a não responder a uma questão específica e ao que parece influencia também a que desenvolva mais comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de substâncias, sendo crucial aprofundar os motivos destes adolescentes com capacidade escolar inferior à média para o consumo.

Referências

- Angel, P., Richard, D. & Valleur, M. (2000). *Toxicomanias*. Climepsi Editores.
- Advocates for Youth (2002). Peer education programmes. Retirado em 10 de Janeiro de 2004 da World Wide Web: www.advocatesforyouth.org/publications/factsheet/fspred.htm
- Bono, C., Ried, D., Kimberlin, C. & Vogel, B. (2007). Missing data on the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: A comparison of 4 imputation techniques. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 3, 1-27.
- Crockett, L. & Petersen, A. (1993). Adolescent development: health risks and opportunities for health promotion. *Promoting the health of Adolescents: New directions for the Twenty-First Century*. Oxford University Press, New York, pp. 13-37.
- Crome, I. B. & McArdle, P. (2004). Prevention programmes. In H. Crome, E. Ghodse, P. Gilvarry, & McArdle (Eds.) *Young people substance misuse*. London: Royal College of Physicians.
- Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R. & Todd, J. (2000). *Health and Health Behavior among young people*. Copenhagen:WHO.
- Currie, C., Samsal, O., Boyce, W. & Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen:WHO.
- Currie, C., Roberts, C. & Morgan, A. et al. (2004). *Young people health in context*. Copenhagen: WHO.
- DiClemente, R., Hansen, W. & Ponton, L. (eds.). (1996). *Handbook of adolescent health risk behaviour*. New York: Plenum Press.
- Franzkowiak, P. (1987). Risk taking and adolescent development: the functions of smoking and alcohol consumption in adolescence and its consequences for prevention. *Health Promotion* 2 (1), 51-61.
- Fergusson, D. & Horwood, L. (1995). Transition to cigarette smoking during adolescence. *Addict. Behav.* 20, 627-642.
- Flisher, J., Ziervogel, C. & Charlton, D. (1996). Risk taking behaviour of Cape Peninsula High School students. Part X. Multivariate relationships among behaviours. *South African Medical Journal*, 86, 1094-1098.
- Gabhainn, S. & François, Y. (2000). Substance use. In C. Currie, K. Hurrelman, W. Settertobulte, R. Smith, & J. Todd (eds). *Health and Health Behaviour among Young People*. HEPCA series: World Health Organization.
- King, A., Wold, B., Tudor-Smith, C. & Harel, Y. (1996). *The Health of Youth – a Cross-National Study: A Report of the 1993-4 HBSC Survey*. In: Who Regional Publications, European Series N.º 69. WHO.

- Kuntsche, E. & Jordan, M. D. (2006). Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors: Results of multilevel analyses. *Drug and Alcohol Dependence*, 84, 167-174.
- Matos, M. e Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: FMH.
- Matos, M. e Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2004). *Risco e protecção na adolescência: o adolescente, os amigos, a família e a escola*. www.aventurasocial.com
- Miller, R., Lesting, D. & Smith, G. (2001). Injury risk among medically identified alcohol and drug abusers. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 25, 54-59.
- Neto, F. (1998). *Psicologia Social* (vol. 1). Lisboa: Universidade Aberta.
- Office of Applied Studies (2001). Development of National Household Survey on Drug Abuse. Rockville, MD: *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*.
- Oliveira, M. (1999). Os jovens e os seus pares. Estudo sociométrico de uma população escolar. Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de doutoramento. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Pereira, E. & Matos, M. (2004). Grupo de pares, comportamentos desviantes e consumo de substâncias. In *Comunicação Gestão de Conflitos e Saúde na Escola*. FMH Edições. Lisboa: pp. 95-102.
- Roberts, C., Currie, C., Samdal, O., Currie, D., Smith, R. & Maes, L. (2007). Measuring the health behaviours of adolescents through cross-national survey research: recent developments in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *Journal Public Health*. Aceite em 07 de Março de 2007.
- Samdal, O. & Dur, W. (2000). The school environment and the health of adolescents. In C. Currie, K. Hurrelman, W. Settertobulte, R. Smith, & J. Todd (Ed.). *Health and Health Promotion among young people*. HEPCA series: World Health Organization.
- Schenker, M. & Minayo, M. (2005). Factores de risco e de protecção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10, 707-717.
- Stoelb, M. (1998). A process model for assessing adolescent risk for suicide. *Journal of Adolescence*, 21, 359-370.
- Sutherland, I. & Shepherd, J. (2001). Social dimensions of adolescent substance use. *Addiction* 96, 445-458.
- Turner, G. & Shepherd, J. (1999). A method in search of a theory: peer education and health promotion. *Health Education Research*, 14, pp. 235-247.
- World Health Organization (2000). *Health and health behaviour among young people*. Denmark: WHO.

Consumo de Substâncias na Adolescência: Revisão de um Modelo Explicativo

Celeste Simões*,
Margarida Gaspar de Matos*
e Joan Batista-Foguet**

* Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana (FMH)/UTL, Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL.

** ESADE/Universidade Ramon Lull – Barcelona.

Toda a correspondência deve ser enviada para: csimoes@fmh.utl.pt

Resumo

Objectivos: Os jovens que têm mais dificuldades no contexto familiar e escolar e com os amigos apresentam mais frequentemente sintomas de mal-estar psicológico, e esta situação, de acordo com a literatura na área, constitui um dos factores determinantes do consumo de substâncias. É objectivo deste estudo replicar um modelo ecológico, explicativo do consumo de substâncias proposto após uma análise aprofundada do estudo HBSC de 2002 (Simões, 2005, 2007; Simões, Matos e Batista-Foguet, 2006), utilizando os dados do estudo HBSC/OMS de 2006 (Matos *et al.*, 2006).

Metodologia: Este estudo englobou 4877 sujeitos participantes no estudo da Organização Mundial de Saúde, integrado na Rede Europeia «Health Behaviours in School-aged Children (HBSC/OMS)», realizado em Portugal Continental em 2006 pela equipa do Projecto Aventura Social (Matos *et al.*, 2006). A amostra foi composta por sujeitos que frequentavam os 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade, 49,6% do género masculino e 50,4% do género feminino, com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos.

Resultados: Os resultados deste estudo mostraram que este modelo é adequado para explicar os comportamentos em análise, tal como no estudo anterior se tinha verificado (Simões, 2005, 2007; Simões, Matos & Batista-Foguet, 2006), sustentando assim a hipótese de que a influência dos contextos sociais sobre os comportamentos de risco é mediada por determinados aspectos psicológicos (Igra & Irwin, 1996). Parece assim, que factores aliados à família, amigos, colegas e professores estão associados ao desenvolvimento de factores pessoais que inibem ou facilitam o envolvimento em comportamentos de risco. De entre os vários factores em estudo, os consumos revelaram-se como um dos principais preditores de outros consumos, nomeadamente o álcool em relação às drogas ilícitas.

Introdução

A adolescência é geralmente considerada como um período de saúde, dada a menor vulnerabilidade dos jovens à doença. No entanto, a adolescência é também um período crítico na cronologia da saúde. Muitas das escolhas com impacto na saúde, e que perduram por longo tempo, são feitas neste período de vida. Um dos principais factores determinantes da saúde na adolescência é o comportamento dos jovens, que se pode traduzir como comportamento de risco ou de protecção para a sua saúde e ajustamento. No entanto, estes comportamentos estão também, por sua vez, dependentes de vários factores a nível individual e do envolvimento, que poderão facilitar ou dificultar a sua ocorrência.

Um dos comportamentos de risco mais problemáticos na adolescência é o consumo de substâncias. Geralmente o uso e abuso de substâncias desenvolve-se neste período da vida (Dishion, Capaldi & Yoerger, 1999; Gilvarry, 2000; Kandel, 1998). As mudanças que ocorrem a nível biológico, cognitivo e social, levam a uma abertura de novos espaços de vida onde se encontram, entre muitos outros novos elementos, as substâncias. O consumo de substâncias, tabaco, álcool e drogas ilícitas, está na base de graves problemas de saúde, nomeadamente ao nível da saúde mental, e está também associado a outros comportamentos de risco, designadamente a delinquência. A co-ocorrência entre diversos comportamentos de risco tem levado muitos autores a pesquisar os factores relacionados com uma tendência geral para os comportamentos de risco. No entanto, outros autores sugerem que essa análise conjunta poderá não favorecer uma análise mais profunda das especificidades associadas a cada um dos comportamentos de risco. Como sugere Wills (1985), apesar de haver processos comuns ao consumo de substâncias em geral, parece importante pesquisar preditores em função das diferentes substâncias.

Como se teve oportunidade de referir anteriormente (Simões, 2005, 2007; Simões, Matos & Batista-Foguet, 2006), a investigação neste campo tem colocado em evidência a existência de vários factores determinantes deste tipo de comportamento na adolescência. De entre estes, factores envolvimentoais como a família, o grupo de pares e a escola, surgem com grande destaque a este nível. Dado que estes contextos constituem os principais cenários de socialização, é natural que funcionem também como factores de risco ou de protecção para o desenvolvimento de comportamentos de risco. Dos vários contextos mencionados, a família surge com um papel fundamental no desenvolvimento global da criança e do adolescente (Braconnier & Marcelli, 2000; Sprinthall & Collins, 1999; Steinberg, 2001; Toumbourou, 2001). As famílias e os factores associados a elas têm influência em múltiplos aspectos da vida dos adolescentes, nomeadamente ao nível da saúde e do bem-estar. A família pode assim funcionar como um factor de protecção ou de risco. Factores como um bom suporte afectivo, uma boa supervisão e uma boa comunicação entre pais e filhos, parecem constituir alguns dos elementos-chave ao nível da protecção no seio familiar e, conseqüentemente, de um bom ajustamento ao nível das diferentes áreas de vida do adolescente (Chou, 1999; Greeff & le Roux, 1999; Weitoft, Hjern, Haglund & Rosen,

2003). Os amigos apresentam também uma importância especial nesta fase da vida dos indivíduos (Sprinthall & Collins, 1999; Steinberg & Avenevoli, 1998). Com os amigos partilham-se sentimentos, identidades e interesses comuns. Os amigos surgem assim como um elemento fundamental para o bem-estar e consequente ajustamento global do adolescente. Os jovens mais felizes são os que estão melhor integrados socialmente, isto é, têm amigos e têm facilidade de comunicação com estes (King, Wold, Tudor-Smith & Harel, 1996). Os amigos parecem ter também impacto na relação dos adolescentes com a escola dada a sua influência mútua a nível de atitudes e comportamentos relacionadas com a realização escolar, participação em actividades extracurriculares e assiduidade (Akers, Jones & Coyl, 1998). Os jovens com elevada realização académica e satisfação com a escola tendem a pertencer a um grupo de pares com outros jovens que também têm boas notas e gostam da escola, enquanto que os jovens com má realização escolar e que apresentam um maior decréscimo no seu prazer com a escola tendem a pertencer a grupos cujos elementos têm um mau desempenho académico e baixos níveis de satisfação com a escola (Ryan, 2001).

Para além dos amigos, o suporte dos colegas e dos professores constitui também um importante determinante não só da ligação à escola (Samdal & Dür, 2000), como também de percepções de bem-estar ou de sintomas psicológicos (Torsheim & Wold, 2001). Estudos realizados neste âmbito, mostram que um elevado suporte e aceitação dos colegas parece estar positivamente relacionado com o bem-estar (O'Brien & Bierman, 1988; Wenz-Gross, Siperstein & Widaman, 1997), e negativamente com sintomas de mal-estar (Torsheim & Wold, 2001; Wenz-Gross *et al.*, 1997). No que diz respeito aos professores, Samdal e Dur (2000) referem que o sentimento de apoio por parte dos professores como um dos preditores mais importantes da satisfação dos estudantes com a escola. Também em relação ao bem-estar, alguns autores referem que uma boa ligação com o professor, que dá suporte, aconselha e que envolve uma troca recíproca de afectividade constitui uma importante fonte de protecção (Benard, 1995; Werner & Smith, 2001).

A bibliografia nesta área mostra ainda que os jovens que têm mais dificuldades no contexto familiar e escolar e com os amigos, apresentam mais frequentemente sintomas de mal-estar psicológico. Neste âmbito verifica-se ainda que os sintomas de mal-estar psicológico constituem um dos factores determinantes do consumo de substâncias (Reiff, Simantov, Schlen & Klein, 2000; Whalen, Jamner, Henker & Delfino, 2001). A expectativa de que determinadas substâncias aliviam o stress conduzindo assim a uma sensação de descontração funciona como um importante determinante do consumo destas mesmas substâncias (Gómez-Durán, González & García, 1997; Matos, Gaspar, Vitória, & Clemente, 2003). Para além da influência que as relações nos diversos contextos sociais têm ao nível dos sintomas de mal-estar psicológico, estas surgem também com um importante impacto ao nível da ligação à escola. Este tipo de ligação, por sua vez tem influência no bem-estar do adolescente e constitui um importante factor protector contra o comportamento desviante, onde se inclui o consumo de substâncias (Bonny, Britto, Klostermann, Hornung & Slap, 2000;

Resnick *et al.*, 1997; Symons, Cinelli, James & Groff, 1997). Quer os sintomas de mal-estar psicológico, quer a ligação à escola surgem com impacto ao nível do bem-estar subjectivo. Os sintomas de mal-estar psicológico estão negativamente associados com o bem-estar subjectivo (Chou, 1999; Greeff & le Roux, 1999). Uma atitude positiva em relação à escola e a percepção de um ambiente escolar positivo (Burns, Andrews & Szabo, 2002; Matos & Equipa do Projecto Aventura Social, 2003) têm sido encontrados como factores positivamente associados ao bem-estar dos adolescentes. Por sua vez, o bem-estar subjectivo ou psicológico, que vai ao encontro de conceitos como satisfação com a vida e felicidade, está relacionado com a saúde. De acordo com Argyle (1997), a felicidade aparece associada à saúde, funcionando como variável mediadora da relação entre aspectos interpessoais e sociais e a saúde. Por exemplo, níveis mais baixos de bem-estar psicológico constituem factores de risco para o desenvolvimento de problemas relacionados com o consumo de substâncias (Griffin, Botvin, Scheier, Epstein & Doyle, 2002; Pitkanen, 1999; Scheier, Botvin, Griffin & Diaz, 2000). Para além dos factores apontados como factores de risco para o consumo de substâncias, o comportamento anterior ou o próprio consumo de determinadas substâncias constitui, de acordo com a literatura, um dos principais factores determinantes deste mesmo consumo. O tabaco é referido como a porta de entrada para o consumo de outras substâncias, como o álcool e drogas ilícitas (Cardenal & Adell, 2000; Perry & Stauffer, 1996; Sells & Blum, 1996). Também o álcool é apontado como precursor da progressão para outras drogas (Allen, Leadbeater & Aber, 1994; Kandel, 1998; Weinberg, Rahdert, Colliver & Glantz, 1998).

Da revisão da literatura efectuada parece poder-se concluir que a ligação positiva à família, amigos, colegas e professores constitui factor de protecção nomeadamente pela sua influência ao nível do bem-estar e da ligação à escola. Por outro lado, problemas ao nível destas relações parecem constituir determinantes de sintomas de mal-estar psicológico. Os sintomas de mal-estar psicológico e a ligação à escola surgem, por sua vez, como factores com impacto ao nível do bem-estar subjectivo, sendo ainda que todos estes factores são referidos como tendo impacto ao nível do consumo de substâncias. Esta «rede de antecedentes e consequências» parece ir ao encontro da posição de vários autores (Igra & Irwin, 1996; Roemer, 1991; Udry, 1994) que apontam para uma interacção entre factores envolvimentoais e factores individuais. Como referem Igra e Irwin (1996), determinados factores pessoais, nomeadamente factores psicológicos, para além de constituírem por si só importantes determinantes dos comportamentos de risco, funcionam também como filtros pessoais através dos quais os estímulos sociais e envolvimentoais são interpretados e traduzidos em acções.

Os aspectos que se acabaram de mencionar constituíram os elementos base para o desenvolvimento de um modelo explicativo dos comportamentos de risco na adolescência, nomeadamente do consumo de substâncias (Simões, 2005, 2007; Simões, Matos & Batista-Foguet, 2006). De acordo com este modelo, os principais contextos socializadores e as relações estabelecidas no seu âmbito

têm impacto a nível de percepções individuais de bem-estar e de satisfação com a escola, que por sua vez apresentam um impacto sobre o consumo de substâncias. Mais especificamente, este modelo propõe que:

- a) A família (mais concretamente a facilidade de comunicação com os pais), os amigos (mais concretamente a facilidade de comunicação com os amigos), a relação com os colegas e com os professores apresentem um impacto positivo ao nível do bem-estar subjectivo e da ligação à escola, e um impacto negativo ao nível dos sintomas psicológicos;
- b) Os sintomas de mal-estar psicológico apresentem um impacto negativo ao nível do bem-estar subjectivo e da satisfação com a escola, e um impacto positivo ao nível do consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas;
- c) A satisfação com a escola apresente um impacto positivo ao nível do bem-estar e um impacto negativo ao nível do consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas;
- d) O bem-estar subjectivo apresente um impacto negativo ao nível do consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas;
- e) O consumo de tabaco apresente um impacto positivo ao nível do consumo de álcool e de drogas ilícitas e o consumo de álcool apresente um impacto positivo ao nível do consumo de drogas ilícitas.

Os resultados obtidos através da análise deste modelo (Simões, 2005, 2007; Simões, Matos & Batista-Foguet, 2006) mostraram que este modelo é adequado para explicar os comportamentos em análise, sustentando assim a hipótese de que a influência dos contextos sociais sobre os comportamentos de risco é mediada por determinados aspectos psicológicos. Parece assim, que factores aliados à família, amigos, colegas e professores estão associados ao desenvolvimento de factores pessoais que inibem ou facilitam o envolvimento em comportamentos de risco. No entanto, de entre os vários factores em estudo, os consumos revelaram-se como os principais preditores de outros consumos, facto este que apoia os estudos que mostram que o tabaco e o álcool funcionam como percursos para o consumo de drogas ilícitas. Outros factores determinantes com um impacto directo no consumo de substâncias foram os sintomas, o bem-estar, a satisfação com a escola e os amigos. A família, os colegas e os professores também se destacaram como importantes factores neste contexto, neste caso através do seu impacto nos factores mediadores dos comportamentos de risco. A família e os colegas destacaram-se pelo seu impacto negativo ao nível dos sintomas de mal-estar psicológico, e positivo ao nível do bem-estar, enquanto que os professores se destacaram essencialmente pelo seu impacto positivo ao nível da satisfação com a escola, o que sugere que estes constituem importantes factores de protecção ao nível das perturbações emocionais e da ligação com a escola.

É objectivo deste estudo replicar o modelo explicativo do consumo de substâncias anteriormente proposto, utilizando os dados do estudo HBSC/OMS de 2006 (Matos *et al.*, 2006).

Metodologia

Caracterização da Amostra

Este estudo englobou 4877 sujeitos participantes no estudo da Organização Mundial de Saúde, integrado na Rede Europeia «Health Behaviour in School-aged Children (HBSC/OMS)», realizado em Portugal Continental em 2006 pela equipa do Projecto Aventura Social (Matos *et al.*, 2006). A amostra era composta por sujeitos que frequentavam os 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade, 49,6% do género masculino e 50,4% do género feminino, com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos.

Instrumento

O instrumento de avaliação utilizado foi o adoptado no estudo Health Behaviour in School-aged Children (Currie, Hurrelmann, Settertobulte, Smith & Todd, 2000; Currie, Roberts, Morgan *et al.*, 2004). Do questionário, que engloba um vasto conjunto de questões sobre comportamentos e estilos de vida na adolescência, foram seleccionadas 36 questões relacionadas com o apoio familiar, relação com os amigos, com os colegas e com os professores, queixas psicológicas, bem-estar, satisfação com a escola e história de consumos (tabaco, álcool e drogas ilícitas).

Procedimento

A recolha de dados realizou-se em Janeiro de 2006, tendo sido seleccionados os 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade, distribuídos por 136 escolas públicas do ensino regular. No sentido de se obter uma amostra representativa da população escolar portuguesa das idades indicadas no protocolo internacional (11, 13 e 15 anos) foram seleccionadas aleatoriamente escolas da lista nacional do Ministério da Educação, estratificada por regiões do país (cinco regiões escolares: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve). De acordo com o protocolo de aplicação do questionário Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), a técnica de escolha da amostra foi a «*cluster sampling*» onde o «*cluster*» ou unidade de análise foi a turma. A administração dos questionários realizou-se no contexto sala de aula. O preenchimento dos questionários foi supervisionado por um professor, ao qual era dirigida uma carta relativa aos procedimentos para a sua aplicação. Antes do preenchimento os alunos foram informados que a resposta ao questionário era voluntária, confidencial

e anónima. O tempo de preenchimento do questionário situou-se entre os 60 e os 90 minutos. A taxa de resposta das escolas foi de 92% (87% para as turmas e alunos).

Resultados

Para testar o modelo explicativo proposto, bem como as hipóteses a ele aliadas, optou-se por utilizar, tal como na análise anterior (Simões, Matos & Batista-Foguet, 2006), um procedimento estatístico denominado modelação de equações estruturais (*Structural Equations Modeling*, SEM). A modelação de equações estruturais permite avaliar a qualidade de mediação de um conjunto de variáveis utilizadas para medir um constructo latente, o que se denomina de modelo de medição, bem como as relações entre variáveis ou constructos latentes, o que denomina de modelo estrutural. Para avaliar a qualidade de um conjunto de variáveis como indicadores de um constructo latente utiliza-se uma análise factorial confirmatória. A partir do momento em que fica estabelecido que as variáveis latentes são medidas de forma adequada, passa-se a testar o modelo estrutural, ou seja, as relações hipotéticas entre as variáveis latentes. Para se realizar estas análises foi utilizado o programa estatístico EQS, *Structural Equation Modeling Software*, versão 6.1 (Bentler, no prelo).

Como acabou de ser referido, antes da análise do modelo na sua globalidade (modelo estrutural), é necessário testar o modelo parcialmente, através de uma análise factorial confirmatória. Assim, para o modelo proposto testaram-se três modelos de medição: o modelo de medição independente que testou a qualidade de medição das variáveis latentes independentes, mais concretamente família, amigos, colegas e professores. O modelo de medição mediador, que testou a qualidade de medição das variáveis latentes mediadoras, concretamente sintomas psicológicos, bem-estar e satisfação com a escola, e o modelo de medição dependente que testou a qualidade de medição das variáveis latentes dependentes, concretamente consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas. A análise dos modelos de medição conduziu à eliminação de alguns indicadores (no total dez indicadores que apresentavam saturações inferiores a 0,50) e à introdução de covariâncias entre erros de medidas (no total duas covariâncias entre erros de medida, uma no modelo de medição mediador e outra no modelo de medição dependente). Para todos os modelos de medição obtiveram-se bons índices de ajustamento² (CFI e NNFI > 0,95; RMSEA e RMR < 0,05).

De salientar também que antes de se proceder a estas análises, as variáveis originais, que eram ordinais, foram transformadas em variáveis contínuas através do procedimento *optimal scaling* (Simões, Batista-Foguet & Matos, no prelo). Trata-se de um método que atribui quantificações óptimas às variáveis

² Robust (excepto RMR).

categóricas (nominais ou ordinais), permitindo ainda a análise de relações entre as variáveis em estudo (Pestana & Gageiro, 2000). As quantificações numéricas atribuídas originalmente às variáveis categóricas são arbitrárias (apesar de existir uma ordem entre as categorias). Como tal, estas não constituem escalas com propriedades métricas necessárias para a utilização de técnicas de análise lineares (Batista-Foguet, Fortiana, Currie & Villalbi, 2004), como é o caso dos modelos de equações estruturais, pelo que este procedimento se torna fundamental neste caso.

Análise do Modelo Explicativo

Os resultados obtidos em relação à adequação do modelo explicativo proposto (ver Figura 1) mostraram que este apresenta bons níveis de adequação (ver Quadro 1 – Etapa 1). No entanto, a análise dos resultados obtidos no *Wald test*³, mostrou a existência de sete ligações não significativas, mais concretamente entre: a ligação entre a família e o bem-estar e a família e a escola; os amigos e os sintomas psicológicos; os colegas e o bem-estar; os professores e o bem-estar; sintomas psicológicos e a escola; e o bem-estar e o tabaco. Também as correlações entre a família e os colegas, entre a família e os professores e entre os amigos e os professores se revelaram não significativas. Os índices obtidos com a eliminação dos parâmetros referidos são apresentados na Etapa 2 (Quadro 1). A análise do Quadro 1 mostra que os índices de ajustamento CFI e NNFI são superiores a 0,95 e que os índices de ajustamento RMSEA e SRMR são inferiores a 0,05, o que indica que o modelo apresenta uma boa adequação.

Quadro 1 – Índices de ajustamento do modelo estrutural

	χ^2 (g.l.) ¹	CFI ²	NNFI ²	RMSEA (90% I.C.) ²	SRMR
Etapa 1	491,34*** (241)	0,961	0,951	0,027 (0,024-0,030)	0,037
Etapa 2	502,63*** (251)	0,960	0,953	0,027 (0,023-0,030)	0,044

¹ Scaled Chi-Square (Yuan-Bentler).

² Robust.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Etapa 1 – Modelo proposto;

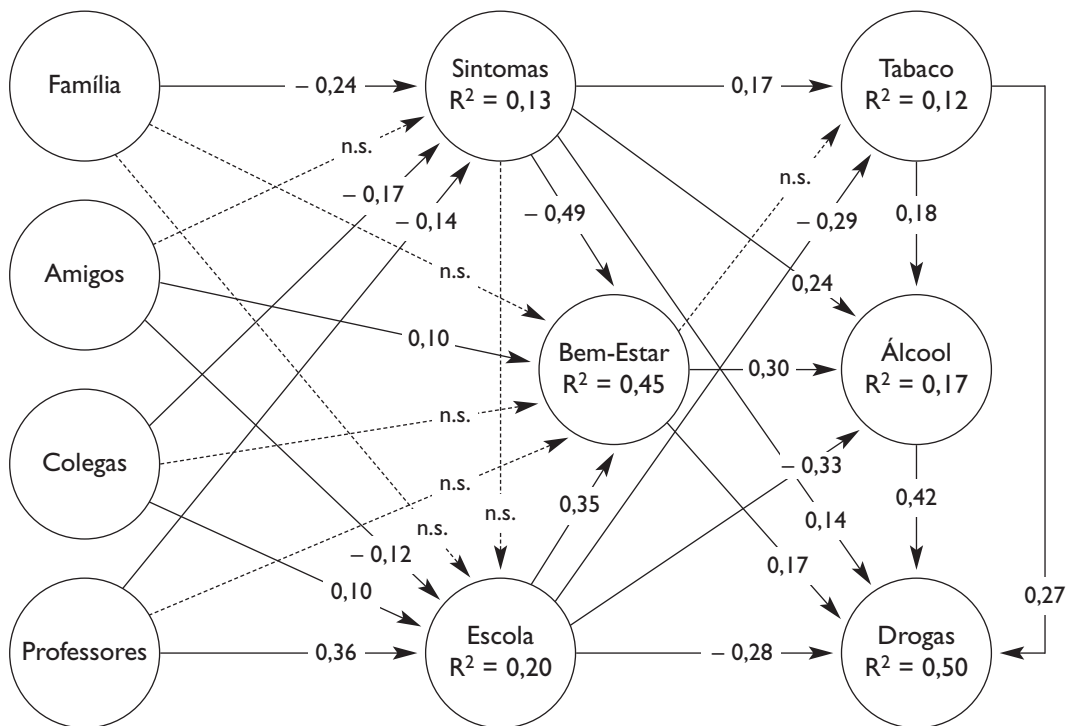
Etapa 2 – Eliminação de parâmetros/Modelo final.

A solução standardizada obtida (ver coeficientes *beta* apresentados na Figura 1) permite verificar que diversos factores apresentam um impacto significativo ao nível do consumo de substâncias. Assim, é possível verificar que ao nível do tabaco o factor com mais impacto é a escola ($\beta = -0,29$) seguido do impacto dos sintomas psicológicos ($\beta = 0,17$). O coeficiente *beta* negativo

³ *Wald test*, teste que referencia os parâmetros não significativos do modelo (Bentler, 1995).

associado à ligação entre a escola e o tabaco permite afirmar que quanto maior a satisfação com a escola menor será a probabilidade de envolvimento no consumo de tabaco, enquanto que o coeficiente *beta* positivo associado à ligação entre os sintomas psicológicos e o tabaco indica que quanto mais frequentes forem os sintomas psicológicos maior será a probabilidade de envolvimento no consumo de tabaco. Em relação ao álcool verifica-se que o tabaco, os sintomas psicológicos e o bem-estar apresentam um impacto positivo ($\beta = 0,18$; $\beta = 0,24$; $\beta = 0,30$, respectivamente) enquanto que a escola apresenta um impacto negativo sobre o álcool ($\beta = -0,33$). Ao nível do factor drogas ilícitas destaca-se, para além dos mesmos determinantes do álcool (tabaco: $\beta = 0,27$; sintomas: $\beta = 0,14$; bem-estar: $\beta = 0,17$; escola: $\beta = -0,28$), ainda o forte impacto do próprio álcool ($\beta = 0,42$). Estes resultados indicam que quanto mais frequentes forem os consumos de tabaco e de álcool (este último no caso das drogas ilícitas) e os sintomas psicológicos e quanto mais elevados forem os níveis de bem-estar maior o consumo de álcool e drogas ilícitas. Por outro lado, quanto mais baixos forem os níveis de satisfação com a escola maior a probabilidade de envolvimento nestes dois tipos de consumos. Em relação aos factores mediadores verificou-se que ao nível dos sintomas psicológicos o factor com maior impacto é a família ($\beta = -0,24$), seguida pelos colegas ($\beta = -0,17$) e professores ($\beta = -0,14$), o quer dizer que relações mais positivas com estes elementos estão por detrás de uma menor frequência de sintomas psicológicos. Em relação ao bem-estar subjectivo verificou-se que o factor com mais impacto a este nível são os sintomas psicológicos ($\beta = -0,49$), seguidos da escola ($\beta = 0,35$) e amigos ($\beta = 0,10$). Estes resultados permitem afirmar que quanto menos frequentes forem os sintomas psicológicos e quanto mais fáceis ou satisfatórias forem as relações com os amigos ou com a escola, maior será o bem-estar subjectivo. Ao nível da satisfação com a escola, o factor que surge com maior impacto é o factor relativo aos professores ($\beta = 0,36$). O coeficiente *beta* positivo associado a esta ligação permite afirmar que quanto mais satisfatórias forem as relações com os professores maior será a satisfação com a escola. Em relação à satisfação com a escola outros dois factores apresentaram um impacto significativo: os amigos, com um impacto negativo na satisfação com a escola ($\beta = -0,12$) e os colegas, com um impacto positivo na satisfação com a escola ($\beta = 0,10$).

Figura I – Modelo explicativo final



Nota: Todos os coeficientes introduzidos na figura são significativos ($p < 0,05$). As ligações apresentadas a tracejado representam relações não significativas (ligações eliminadas no modelo final).

O Quadro 2 apresenta a variância explicada e o valor dos residuais (*disturbance*). Em relação à variância explicada, verifica-se que os factores sintomas psicológicos e satisfação com a escola explicam cerca de cerca de 12% da variância ao nível do factor tabaco. No que diz respeito ao factor álcool, os factores com um impacto significativo a este nível (tabaco, sintomas psicológicos, bem-estar e satisfação com a escola) explicam cerca de 17% da variância. Em relação às drogas ilícitas o valor ao nível da variância explicada situa-se nos 50%, neste caso através do impacto do tabaco, álcool, sintomas psicológicos, bem-estar e satisfação com a escola. Ao nível dos factores mediadores, verifica-se que a família, os colegas e os professores explicam 13% da variância ao nível dos sintomas psicológicos. Em relação ao bem-estar subjectivo, os factores amigos, sintomas psicológicos e satisfação com a escola explicam cerca de 45% da variância a este nível. Por último, em relação à escola, professores, amigos e colegas explicam cerca de 20% da variância na satisfação com a escola. Em relação às correlações entre os factores independentes foi possível verificar que apenas as correlações entre a família e os amigos ($r = 0,17$), entre os amigos e os colegas ($r = 0,12$) e os colegas e os professores ($r = 0,33$) se revelaram significativas.

Quadro 2 – Variância explicada (R^2) e erro residual (*Disturbance*) dos factores dependentes

Factor	R^2	<i>Disturbance</i>
Sintomas psicológicos	0,130	0,933
Bem-estar subjectivo	0,451	0,741
Satisfação com a escola	0,199	0,895
Tabaco	0,118	0,939
Álcool	0,174	0,909
Drogas ilícitas	0,502	0,706

Discussão

Os resultados deste estudo mostraram que este modelo é adequado para explicar os comportamentos em análise, tal como no estudo anterior se tinha verificado (Simões, 2005, 2007; Simões, Matos & Batista-Foguet, 2006), sustentando assim a hipótese de que a influência dos contextos sociais sobre os comportamentos de risco é mediada por determinados aspectos psicológicos (Igra & Irwin, 1996). Parece assim, que factores aliados à família, amigos, colegas e professores estão associados ao desenvolvimento de factores pessoais que inibem ou facilitam o envolvimento em comportamentos de risco.

De entre os vários factores em estudo, os consumos revelaram-se como um dos principais preditores de outros consumos, nomeadamente o álcool em relação às drogas ilícitas. Mais uma vez este facto parece apoiar os estudos que mostram que o tabaco e o álcool funcionam como percursos para o consumo de drogas ilícitas (Allen *et al.*, 1994; Cardenal & Adell, 2000; Kandel, 1998; Perry & Staufacker, 1996; Sells & Blum, 1996; Weinberg *et al.*, 1998).

Outros factores determinantes com um impacto directo no consumo de substâncias foram os sintomas, o bem-estar e a satisfação com a escola. Os sintomas psicológicos surgiram com impacto positivo nos três tipos de consumo. São vários estudos que mostram que o consumo de substâncias constitui uma forma de aliviar o stress e outros sintomas de mal-estar (Gómez-Durán *et al.*, 1997; Matos, Gaspar *et al.*, 2003; Reiff *et al.*, 2000; Samdal, 1998; Whalen *et al.*, 2001), o que vai ao encontro dos resultados obtidos. Em relação ao bem-estar subjectivo verificou-se também um impacto positivo nos consumos, ao contrário do que era esperado, mas apenas ao nível do álcool e das drogas ilícitas. Apesar de vários autores referirem que níveis mais baixos de bem-estar psicológico constituem factores de risco para o desenvolvimento de problemas relacionados com o consumo de substâncias (Griffin *et al.*, 2002; Pitkanen, 1999), este não foi confirmado em relação às substâncias em estudo. No entanto, outros estudos têm mostrado que os adolescentes usam substâncias para a

obtenção de fins diversos (Simões, 2005): consome-se quando é preciso atenuar tensões ou problemas, mas também se consome para divertir ou comemorar. Estes resultados vão ao encontro de Braconnier e Marcelli (2000) que referem que nesta fase da vida se podem encontrar diversos «tipos de consumos», nomeadamente um consumo tipo festivo (consumo este que acontece geralmente em grupo e através do qual se procura divertimento) e um consumo autoterapêutico (que procura o alívio de sintomas de mal-estar). A satisfação com a escola apresentou um impacto negativo nos três tipos de consumos. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos, que mostram que a ligação à escola constitui um factor de protecção contra o uso e abuso de substâncias (Bonny *et al.*, 2000; Samdal, 1998; Steinberg & Avenevoli, 1998; Symons *et al.*, 1997). De salientar ainda o impacto positivo da escola ao nível do bem-estar, tal como é referido em vários estudos (Burns *et al.*, 2002; Matos & Equipa do Projecto Aventura Social, 2003).

A família, os amigos, os colegas e os professores também se destacaram como importantes factores neste contexto, neste caso através do seu impacto nos factores mediadores dos comportamentos de risco. A família destacou-se pelo seu impacto negativo ao nível dos sintomas de mal-estar psicológico o que sugere que este contexto constitui um importante factor de protecção ao nível das perturbações emocionais. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos que mostram que uma boa relação com a família e mais concretamente uma boa comunicação entre pais e filhos, é um factor determinante do ajustamento global do adolescente (Chou, 1999; Greeff & Le Roux, 1999; King *et al.*, 1996; Weitof *et al.*, 2003). Estes resultados, que contrastam com posições que desvalorizam o papel da família nesta fase da vida, apoiam a posição de vários autores que referem a família como tendo um papel fundamental no desenvolvimento dos adolescentes (Braconnier & Marcelli, 2000; Resnick, 2000; Steinberg, 2001; Toumbourou, 2001). Os amigos surgiram com um impacto positivo ao nível do bem-estar e negativo ao nível da escola. Tal como referem muitos autores, os amigos constituem uma peça fundamental na adolescência e como um elemento determinante do bem-estar e ajustamento global do adolescente (Sprinthall & Collins, 1999; Steinberg & Avenevoli, 1998). Contudo, em relação à escola o impacto dos amigos surgiu como negativo, apesar de fraco. Como referem alguns estudos (Akers *et al.*, 1998; Ryan, 2001) as atitudes dos amigos em relação à escola parecem ser um factor determinante neste campo. Estudos posteriores serão necessários no sentido de avaliar simultaneamente estas variáveis e assim perceber de forma mais detalhada estas relações. Em relação aos colegas verificou-se um impacto negativo dos colegas nos sintomas psicológicos e um impacto positivo destes ao nível da satisfação com a escola o que vai ao encontro dos resultados de outros estudos (Samdal & Dür, 2000; Torsheim & Wold, 2001; Wenz-Gross *et al.*, 1997). Por último verificou-se que os professores se destacaram pelo seu forte contributo positivo para a satisfação com a escola, que por sua vez constituiu um importante factor de protecção ao nível dos consumos, mas também pelo seu impacto negativo ao nível dos sintomas psicológicos, tal como referem Samdal e Dür (2000).

Referências

- Akers, J. F., Jones, R. M. & Coyl, D. D. (1998). Adolescent friendship pairs: Similarities in identity status development, behaviors, attitudes, and intentions. *Journal of Adolescent Research*, 13 (2), 178-201.
- Allen, J. P., Leadbeater, B. J. & Aber, J. L. (1994). The development of problem behavior syndromes in at-risk adolescents. *Development and Psychopathology*, 6, 323-342.
- Argyle, M. (1997). Is happiness a cause of health? *Psychology and Health*, 12, 769-781.
- Batista-Foguet, J. M., Fortiana, J., Currie, C. & Villalbi, J. (2004). Different approaches in the construction of socioeconomical indexes: An Applied comparison using family affluence scale. *Social Indicator Research Journal*, 67, 315-332.
- Benard, B. (1995). Fostering resilience in children. Retrieved 06-06-2002, from http://www.ed.gov/databases/ERIC_Digests/ed386327.html
- Bentler, P. M. (no prelo). *EQS 6 Structural Equations Program Manual*. Encino, CA: Multivariate Software (www.mvsoft.com).
- Bonny, A. E., Britto, M. T., Klostermann, B. K., Hornung, R. W. & Slap, G. B. (2000). School disconnectedness: Identifying adolescents at risk. *Pediatrics*. Retrieved 20-09-2002, from www.findarticles.com
- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Burns, J. M., Andrews, G. & Szabo, M. (2002). Depression in young people: what causes it and can we prevent it? *Medical Journal of Australia*, 177 Suppl, S93-96.
- Cardenal, C. A. & Adell, M. N. (2000). Factors associated with problematic alcohol consumption in schoolchildren. *Journal of Adolescent Health*, 27 (6), 425-433.
- Chin, W. W. (1998). Issues and Opinion on Structural Equation Modeling. Retrieved 07-04-2004, from <http://www.misq.org/archivist/vol/no22/issue1/vol22n1comntry.html>
- Chou, K. L. (1999). Social support and subjective well-being among Hong Kong Chinese young adults. *Journal of Genetic Psychology*, 160 (3), 319-331.
- Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R. & Todd, J. (2000). *Health and health behavior among young people*. Copenhagen: World Health Organization.
- Currie C., Roberts C., Morgan A. et al. (2004). *Young people health in context*. Copenhagen: WHO.
- Dishion, T. J., Capaldi, D. M. & Yoerger, K. (1999). Middle childhood antecedents to progressions in male adolescent substance use: An ecological analysis of risk and protection. *Journal of Adolescent Research*, 14 (2), 175-205.
- Gilvarry, E. (2000). Substance abuse in young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41 (1), 55-80.
- Gómez-Durán, B. J., González, S. G. & García, M. D. M. (1997). Variables cognitivo-conductuales e iniciación en la conducta de fumar tabaco. *Infancia y Aprendizaje*, 79, 35-45.
- Greeff, A. P. & Le Roux, M. C. (1999). Parents' and adolescents' perceptions of a strong family. *Psychological Reports*, 84 (3 Pt 2), 1219-1224.
- Griffin, K. W., Botvin, G. J., Scheier, L. M., Epstein, J. A. & Doyle, M. M. (2002). Personal competence skills, distress, and well-being as determinants of substance use in a predominantly minority urban adolescent sample. *Prevention Science*, 3 (1), 23-33.
- Igra, V. & Irwin, C. E., Jr. (1996). Theories of adolescent risk-taking behavior. In R. J. DiClemente, W. B. Hansen & L. E. Ponton (Eds.), *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior* (pp. 35-51). New York: Plenum Press.

- Kandel, D. B. (1998). Persistent themes and new perspectives on adolescent substance use: A lifespan perspective. In R. Jessor (Ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 43-89). New York: Cambridge University Press.
- King, A., Wold, B., Tudor-Smith, C. & Harel, Y. (1996). *The health of youth: A cross-national survey*. Canada: World Health Organization.
- Matos, M. G. & Equipa do Projecto Aventura Social. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. G., Gaspar, T., Vitória, P. D. & Clemente, M. P. (2003). *Adolescentes e o tabaco: Rapazes e raparigas*. Lisboa: FMH/CPT/MS.
- Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J. A. et al. (2006). A saúde dos adolescentes portugueses: Hoje em 8 anos. Retrieved 20-12-2006, from <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/nacional.pdf>
- O'Brien, S. F. & Bierman, K. L. (1988). Conceptions and perceived influence of peer groups: Interviews with preadolescents and adolescents. *Child Development*, 59, 1360-1365.
- Perry, C. L. & Stauffer, M. J. (1996). Tobacco Use. In R. J. DiClemente, W. B. Hansen & L. E. Ponton (Eds.), *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior* (pp. 53-81). New York: Plenum Press.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2000). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS (2.ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Pitkanen, T. (1999). Problem drinking and psychological well-being: a five-year follow-up study from adolescence to young adulthood. *Scandinavian Journal of Psychology*, 40 (3), 197-207.
- Reiff, M. I., Simantov, E., Schlen, C. & Klein, J. D. (2000). Health compromising behaviors: Why adolescents smoke or drink? Identifying underlying risk and protective factors. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154, 1025.
- Rensvold, R. B. (2002). Metric equivalence/invariance across multiple groups: Comparing apples with apples with apples etc. Comunicação apresentada no «Annual Meetings of the Academy of Management», Denver, CO. Retrieved 27-11-2003, from <http://personal.cityu.edu.hk/~mgr/MEL.doc>
- Resnick, M. D., Bearman, P., Blum, R. W., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, J. et al. (1997). Protecting children from harm. *Journal of the Medical Association*, 278 (10), 823-832.
- Roemer, M. I. (1991). *National health systems of the world*. New York: Oxford University Press.
- Ryan, A. M. (2001). The peer group as a context for the development of young adolescent motivation and achievement. *Child Development*, 72 (4), 1135-1150.
- Samdal, O. & Dür, W. (2000). The school environment and the health of adolescents. In C. Currie, K. Hurrelmann, W. Settertobulte, C. A. Smith & J. Todd (Eds.), *Health and health behaviour among young people* (pp. 49-64). Copenhagen: World Health Organization.
- Scheier, L. M., Botvin, G. J., Griffin, K. W. & Diaz, T. (2000). Dynamic growth models of self-esteem and adolescent alcohol use. *Journal of Early Adolescence*, 20 (2), 178-209.
- Sells, C. W. & Blum, R. W. (1996). Current trends in adolescent health. In R. J. DiClemente, W. B. Hansen & L. E. Ponton (Eds.), *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior* (pp. 5-34). New York: Plenum Press.
- Simões, C. (2000). Adolescência, saúde e comportamento desviante. In M. G. Matos, C. Simões & S. Carvalhosa (Eds.), *Desenvolvimento de competências de vida na prevenção do desajustamento social* (pp. 109-119). Lisboa: IRS/MJ.
- Simões, C. (2005). *Comportamentos de risco na adolescência: Estudo dos factores aliados ao risco e à protecção na saúde em jovens em idade escolar em função dos diferentes cenários relevantes do seu quotidiano e do seu percurso de desajustamento social*. Tese de Doutoramento (não publicada). Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.

- Simões, C., Matos, M. G. & Batista-Foguet, J. (2006). Consumo de Substâncias na Adolescência: Um modelo explicativo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7 (2), 147-164.
- Simões, C. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Lisboa: FCG/FCT.
- Simões, C., Batista-Foguet, J. M. & Matos, M. G. (no prelo). Alcohol Use and Abuse in Adolescence: Proposal of an Alternative Analysis. *Child: Care, Health and Development*.
- Sprinthall, N. A. & Collins, W. A. (1999). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentalista* (2.ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Steinberg, L. (2001). The role of family in adolescent development: Preventing risk, promoting resilience. Retrieved 15-11-2001, from www.cyfernet.org
- Steinberg, L., & Avenevoli, S. (1998). Disengagement from school and problem behavior in adolescence: A developmental-contextual analysis of the influences of family and part-time work. In R. Jessor (Ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 392-424). New York: Cambridge University Press.
- Symons, C.W., Cinelli, B., James, T. C. & Groff, P. (1997). Bridging student health risks and academic achievement through comprehensive school health programs. *Journal of School Health*, 67 (6), 220-227.
- Torsheim, T. & Wold, B. (2001). School-related stress, school support, and somatic complaints: A general population study. *Journal of Adolescent Research*, 16 (3), 293-303.
- Toumbourou, J.W. (2001). Working with families to promote health adolescent development. *Family Matters*. Retrieved 15-11-2001, from www.findarticles.com
- Udry, J. R. (1994). Integrating biological and sociological models of adolescent problem behaviors. In R. D. Ketterlinus & M. E. Lamb (Eds.), *Adolescent problem behaviors: Issues and research* (pp. 41-56). New Jersey: Laurance Erlbaum Associates.
- Weinberg, N. Z., Rahdert, E., Colliver, J. D. & Glantz, M. D. (1998). Adolescent substance abuse: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Retrieved 15-11-2001, from www.findarticles.com.
- Weitoft, G. R., Hjern, A., Haglund, B. & Rosen, M. (2003). Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study. *Lancet*, 361 (9354), 289-295.
- Wenz-Gross, M., Siperstein, G. N. & Widaman, K. F. (1997). Stress, social support, and adjustment of adolescents in middle school. *Journal of Early Adolescence*, 17 (2), 129-151.
- Werner, E. E. & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience and recovery*. New York: Cornell University Press.
- Whalen, C. K., Jamner, L. D., Henker, B. & Delfino, R. J. (2001). Smoking and moods in adolescents with depressive and aggressive dispositions: evidence from surveys and electronic diaries. *Health Psychology*, 20 (2), 99-111.

Consumo de Substâncias na Adolescência: Evolução ao Longo de 8 Anos

Mafalda Ferreira*,
Margarida Gaspar de Matos**
e José Alves Diniz***

* Projecto Aventura Social e Saúde, Faculdade de Motricidade Humana (FMH/UTL).

** Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana (FMH)/UTL, Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL.

*** FMH/UTL.

Resumo

Objectivos: O propósito do presente estudo foi estabelecer um padrão evolutivo do consumo de substâncias na adolescência, nomeadamente de tabaco, álcool e substâncias ilícitas, ao longo de oito anos, com início no ano de 1998 até 2006.

Metodologia: Os dados enquadrados neste estudo provêm do estudo colaborativo com a OMS, parte integrante do estudo HBSC – Health Behaviour in School-aged Children – desenvolvido em Portugal pela equipa do Aventura Social, nos anos de 1998, 2002 e 2006. A amostra é constituída por 17 911 adolescentes do 6.º, 8.º e 10.º anos do ensino público regular com média de idades de 14 anos (SD = 1,81). O instrumento no qual se baseia o estudo é um questionário de auto-administração aplicado nas escolas pelos professores, no qual foram utilizadas questões relativas ao consumo de substâncias, concretamente a experimentação e consumo de tabaco, o consumo de bebidas alcoólicas e a frequência de embriaguez, a experimentação de *haxixe*/erva e o consumo de drogas ilegais no último mês.

Resultados: Ao nível do Tabaco e Substâncias Ilícitas, o padrão evolutivo nos oito anos em estudo, evidencia um aumento de 1998 para 2002, com uma posterior diminuição até 2006.

Ao nível do Álcool, verifica-se que a frequência de embriaguez também aumentou de 1998 para 2002, e desde aí manteve-se praticamente estável até 2006, não se verificando contudo a diminuição patente nos restantes consumos.

Os resultados indicam ainda que são os rapazes e os adolescentes que frequentam o 10.º ano de escolaridade que reportam um maior consumo de substâncias.

Introdução

No que concerne a Portugal, o consumo de substâncias psicoactivas representa um problema social preocupante e que impele a sérios desafios (Negreiros, 1999).

Desde 1960 tem se verificado um aumento do número de jovens a experimentar drogas. A *cannabis* (a droga ilícita mais consumida entre os adolescentes) tornou-se normativa entre uma minoria substancial de estudantes de liceu provenientes de muitos países industrializados (Costa e Silva, 2002; EMCDDA, 2003; Johnston, Bachmann & O'Malley 1999; Nic Gabhainn & Francois 2000; Ter Bogt, Fotiou & Nic Gabhainn 2004). Na Europa e nos EUA o aumento do consumo de *cannabis* ocorreu nos anos noventa sendo que, os jovens reportavam consumir mais drogas e iniciar os consumos em idades mais precoces (Costa e Silva, 2002; Johnston, Bachman & O'Malley, 1999). No que se refere, também, à prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida entre o grupo alvo (estudantes de 15 anos) do projecto Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) verificou-se um aumento em alguns países em torno dos 40% enquanto que outros mantêm níveis à volta dos 10%.

Em Agosto de 1997 a APA (American Psychological Association) dá a conhecer resultados de alguns estudos no âmbito da prevenção das toxicodependências nos EUA, revelando que posteriormente a um decréscimo no consumo de drogas nos anos 80, se deu uma inversão desta tendência. Segundo alguns estudos, a percentagem de alunos do ensino secundário que refere ter consumido drogas ilícitas durante o último ano aumentou de 22% em 1992 para 35% em 1995, sendo que o uso de *marijuana* foi o que verificou maior aumento (em torno dos 92%) (Negreiros, 1999).

Segundo Engels & Bogt (2001) à semelhança do consumo de álcool e tabaco, a experimentação de *cannabis* e de outras drogas pode ser considerado como parte integrante do processo de se tornar adulto, constituindo uma tentativa de alcançar a condição de adulto pela qual os adolescentes tanto anseiam.

O consumo de substâncias constituiu para os jovens uma vertente de risco (sobretudo pelos efeitos cumulativos das substâncias tóxicas) concomitante a uma vertente de desejo de obtenção de prazer pela via do mesmo consumo. Um aspecto a salientar relaciona-se com o risco que constitui a atitude positiva da família com relação ao uso de drogas, reforçando a iniciação dos jovens (Kandel 1978, cit. por Schenker & Minayo, 2005). Actualmente consideram-se as relações familiares como um dos factores mais influentes nestas dinâmicas da transmissão de padrões de comportamento de consumo de álcool e drogas.

O consumo de *cannabis* foi e continua a ser bastante comum na Europa num contexto de aumento da disponibilidade da substância por volta dos anos 90. Este incremento no consumo deu origem ao aumento de tratamentos relacionados com o consumo de *cannabis* nos países da União Europeia. Não obstante

a ausência de consenso, alguns estudos apontam para o uso de *cannabis* ou de outras drogas ilícitas como algo potenciador dos riscos de abuso de drogas e dependência, problemas de saúde mental e problemas de adaptação na adolescência tardia e em adultos jovens. Um dos factores referidos como indutor de um aumento do risco de problemas psicológicos e de saúde é a iniciação precoce do uso de *cannabis* (Kokkevi *et al.*, 2006).

De acordo com o estudo European School Project on Alcohol and Drugs (ESPAD, 2003), o uso de substâncias muito precoce (< 13) está associado à iniciação do uso de outras substâncias como o tabaco e o álcool antes dos 13 anos de idade. O consumo prematuro de *cannabis* está também associado a outras adaptações em torno dos 15 anos. Em cada país, o uso precoce de *cannabis* está associado a altos níveis de outros comportamentos de risco e a questões ligadas a uma saúde pouco positiva com experiência de sintomas psicossomáticos, conflitos e *bullying* assim como experiências sexuais precoces.

Vários estudos apontam que, embora a influência dos pares seja um factor a considerar no que respeita ao consumo de substâncias por parte dos adolescentes, a influência parental continua a ser a mais importante, pelo menos no que concerne à iniciação do consumo de álcool (Kuntsche, E. & Kuendig, H., 2006).

De acordo com um estudo anual realizado pela Substance Abuse and Mental Health Services Administration (NHSDA, 1996), na década de noventa os jovens americanos entre os 12 e os 17 anos aumentaram o consumo de drogas ilícitas, tendo atingido os maiores níveis de sempre no que respeita ao consumo de tabaco. Este último índice tem, contudo, apresentado recentemente algum declínio. Em 1998 verificou-se, também, um declínio e estabilização no que concerne ao uso de álcool entre os jovens, o que talvez se possa explicar através do aumento da percepção do risco associado ao uso do álcool (Gilvarry, E., 2000).

Estatísticas oficiais relativas à Europa (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Adiction, 1998) reportaram um aumento nos últimos anos do consumo de *cannabis* acompanhado por uma maior popularidade das anfetaminas e *ecstasy* ligados à cultura rave e a continuação do uso de inalantes junto dos adolescentes mais jovens. Segundo um estudo de Hibell *et al.* (1997) realizado em 26 países da Europa, os maiores níveis de consumo de álcool e embriaguez verificavam-se nos jovens ingleses e irlandeses. A droga mais consumida era a *cannabis* sobretudo pelo sexo masculino.

O uso e abuso de substâncias desenvolve-se durante o período da adolescência, num contexto de desenvolvimento físico e psicológico, onde emerge o pensamento abstracto e independente e o interesse sexual entre outros, de forma a que o adolescente se reposicione na família estando menos sujeito ao controlo parental. No entanto o risco de consumo de substâncias por parte dos adolescentes não se distribui uniformemente pela população jovem, tendo especial incidência e provocando problemas mais complexos junto de um estatuto

sócio-económico mais desfavorecido, alunos que abandonam o sistema de ensino de forma prematura, jovens com problemas de saúde mental e com dificuldades de aprendizagem. Desta forma, o uso ou experimentação de drogas parece estar mais vinculado à disponibilidade da droga, à tolerância percebida e segurança das substâncias enquanto que, o abuso ocorre num contexto de vulnerabilidade biopsicológica (Gilvarry, E., 2000).

Kokkevi e colaboradores (2007), no estudo «Cross-Sectional School Population Survey» (ESPAD), de seis países Europeus, verificaram que os rapazes apresentavam uma maior prevalência de consumo de substâncias ilícitas do que as raparigas, sendo estas diferenças pouco nítidas para o consumo de tabaco.

É durante o período da adolescência que surgem alguns dos mais importantes problemas de saúde pública global como o consumo de tabaco, de álcool e de drogas ilícitas. Sells and Blum (1996 cit. in Bauman, & Phongsavan, 1999) chamam a atenção ao facto de que embora as consequências a longo termo deste tipo de comportamentos estejam bem documentadas podemos depararmo-nos com graves problemas a curto prazo que incluem associações com ofensas, violência e suicídio, gravidez na adolescência e doenças sexualmente transmissíveis.

Segundo Taylor (1993) e Gold et al. (1996) o consumo de tabaco representa a maior causa de morbilidade e mortalidade prematura nos países desenvolvidos. Embora se tenha verificado algum sucesso por parte das iniciativas de saúde pública no combate ao consumo de tabaco (nos últimos 30 anos ocorreu uma redução deste tipo de consumo) houve um recente crescimento da prevalência do consumo de tabaco junto da população jovem (Gilpin et al., 1994; US Department of Health and Human Services, 1994; Hill et al., 1995). O consumo de tabaco inicia-se, normalmente de forma experimental, entre os 11 e os 15 anos de idade (Yu & Williford, 1992) e a sua duração é variável (cit. in Bauman & Phongsavan, 1999).

Sells and Blum (1996 cit. in Bauman, & Phongsavan, 1999) reportam que a maioria dos estudantes dos países desenvolvidos experimentam o consumo de álcool antes de completarem o liceu. Constitui, contudo, uma preocupação o consumo até ao ponto de intoxicação devido a posteriores associações entre o consumo de álcool, acidentes de viação, suicídios, homicídios e violência (Hewitt et al., 1995 cit. in Bauman, & Phongsavan, 1999).

No âmbito das drogas ilícitas (e lícitas quando usadas de forma inapropriada como a inalação de solventes, sedativos, tranquilizantes e esteróides), a mais consumida é a *marijuana*. Embora os valores de prevalência sejam reduzidos, o consumo de substâncias desta natureza apresenta um sério potencial de impacto na saúde e funcionamento social do indivíduo. Apesar de se ter verificado um ligeiro declínio na prevalência das drogas ilícitas nos anos 80, em vários países desde 1990 que tem ocorrido um aumento deste tipo de consumos na adolescência (Kann et al., 1993).

Os estudos da monitorização do futuro (MTF) são inquéritos nacionais representativos dos estudantes das escolas secundárias americanas (Johnston et al., 2001). Segundo este estudo ocorreu um aumento substancial do consumo de tabaco entre os adolescentes desde 1990, tendo-se mantido dominante e pouco flutuante o nível de consumo de álcool neste grupo em questão.

Na generalidade os rapazes consomem mais drogas ilícitas do que as raparigas ao passo que, a nível do consumo de álcool não se encontram grandes diferenças de género.

Metodologia

Caracterização da amostra

A amostra utilizada neste estudo é constituída pelos sujeitos participantes nos estudos Nacionais realizados em Portugal Continental em 1998, 2002 e 2006, parte integrante do estudo Europeu HBSC – Health Behaviour in School-aged Children (www.hbsc.org; www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com). Portugal foi incluído como parceiro neste estudo pela primeira vez em 1996.

O estudo HBSC iniciou-se em 1982 através de uma equipa de investigadores da Finlândia, Noruega e Inglaterra e desde 1985/86 é realizado de 4 em 4 anos. Ao longo dos anos o estudo foi crescendo e actualmente conta com a participação de 44 países Europeus e da América do Norte, em colaboração com a Organização Mundial de Saúde (Roberts et al., 2007). Os estudos têm como objectivo conseguir uma nova e maior compreensão do comportamento de saúde dos adolescentes, saúde e bem-estar no seu contexto social, através da recolha de dados que permitam comparações nacionais e internacionais, de forma a alcançar este objectivo (Roberts et al., 2007).

Os estudos Portugueses incluíram alunos dos 6.º, 8.º e 10.º anos do ensino público regular com média de idades de 14 anos (SD = 1,81). A amostra nacional dos três estudos consistiu em 17911 estudantes de 200 escolas Portuguesas escolhidas aleatoriamente, representativa dos referidos anos de escolaridade e estratificada por regiões de Educação Regional. Os alunos foram distribuídos da seguinte forma: Norte: 41,9%, Centro: 19,8%, Lisboa: 28,0%, Alentejo: 5,7% e Algarve: 4,6%. Destes, 48,4% eram rapazes e 51,6% raparigas, e foram distribuídos da seguinte forma: 35,3% no 6.º ano de escolaridade, 36,3% no 8.º ano de escolaridade e 28,3% no 10.º ano de escolaridade.

Instrumento

O instrumento no qual se baseia o estudo é um questionário de auto-administração aplicado nas escolas pelos professores.

O questionário providencia informação sobre os indicadores de saúde e comportamentos relacionados com a saúde e circunstâncias de vida dos adolescentes. As questões abrangem informação demográfica, incluindo a idade, estrutura familiar, estatuto sócio-económico; relações sociais com a família, pares e no ambiente escolar; comportamento de saúde, como a actividade física, comportamento alimentar, consumo de álcool, tabaco, *marijuana*, violência, *bullying*, entre outros; e indicadores de bem-estar, incluindo sintomas físicos e psicológicos, satisfação com a vida, entre outros (Currie *et al.*, 2000, 2004).

No estudo Português, o questionário inclui todos os itens obrigatórios que abrangem questões demográficas, aspectos da saúde comportamental e psicossocial, seguindo o formato indicado no protocolo (Currie *et al.*, 2001).

No presente trabalho foram utilizadas questões relativas ao consumo de Substâncias, nomeadamente a experimentação e consumo de tabaco, consumo de bebidas destiladas, embriaguez, experimentação de *Haxixe/Erva* e o consumo de drogas no último mês. Foram conjuntamente utilizadas as questões demográficas género e ano de escolaridade.

Experimentação de tabaco. Medida através de uma pergunta «Já alguma vez fumaste tabaco? (no mínimo um cigarro)» (opções de resposta: Sim; Não).

Consumo de tabaco. Avaliada a através de uma pergunta em que se questionava os inquiridos sobre «Quantas vezes fumas tabaco?» (opções de resposta: Fuma; Não fuma).

Consumo de bebidas destiladas. Operacionalizada através da questão «Com que frequência bebes bebidas destiladas?» (opções de resposta: Frequentemente; Raramente/Nunca).

Embriaguez. Operacionalizada através de uma pergunta «Já alguma vez ficaste embriagado?» (opções de resposta: Sim, uma vez ou mais; Não, nunca).

Experimentação de Haxixe/Erva. Avaliada através de uma pergunta em que se questionava «Já alguma vez experimentaste *Haxixe/Erva*?» (opções de resposta: Sim; Não).

Consumo de drogas no último mês. Medida através de uma pergunta «Quantas vezes consumiste drogas ilegais no último mês?» (opções de resposta: Não consumiu; Consumiu).

Procedimento

A unidade de análise usada nestes estudos foi a turma. Em cada escola as turmas foram seleccionadas aleatoriamente a fim de se encontrar o número requerido de alunos para cada turma, que era proporcional ao número dos

mesmos fornecidos pelo Ministério da Educação. Os professores administraram os questionários na sala de aula. A participação dos alunos era voluntária. Os estudos ocorreram em 1998, 2002 e 2006.

Resultados

De acordo com o propósito do estudo foram realizadas análises do Qui-Quadrado para o Ano em que estudo foi realizado, o gênero e o ano de escolaridade, no sentido de verificar se existiam diferenças significativas, tendo-se ainda efectuado gráficos com os valores percentuais, permitindo traçar a evolução do consumo de substâncias ao longo de oito anos e as suas variações.

Através da interpretação dos gráficos 1, 2 e 3 verifica-se que os consumos tiveram um aumento de 1998 para o ano de 2002, com posterior diminuição no ano de 2006, à excepção da frequência de embriaguez, tendo esta vindo a aumentar ao longo destes anos.

Gráfico 1 – Representação gráfica da evolução da experimentação e consumo de tabaco nos últimos 8 anos

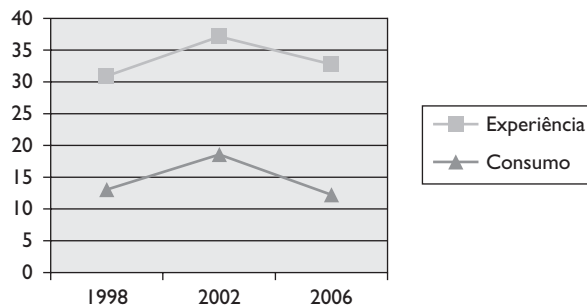


Gráfico 2 – Representação gráfica da evolução do consumo de bebidas destiladas e frequência de embriaguez nos últimos 8 anos

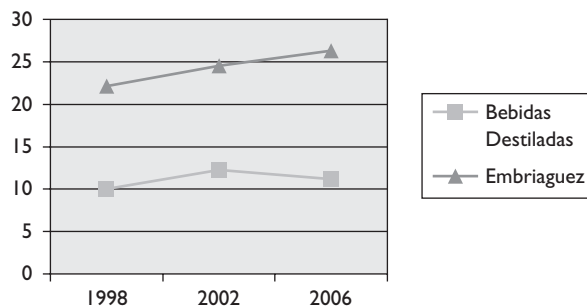
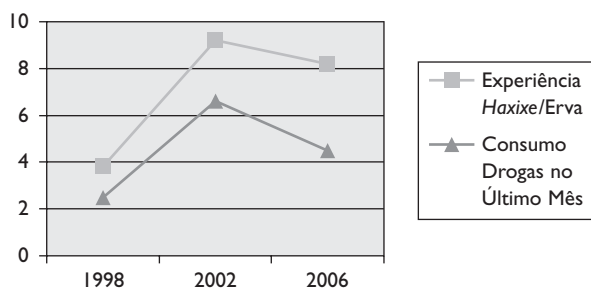


Gráfico 3 – Representação gráfica da evolução da experimentação de *Haxixe/Erva* e consumo de drogas nos últimos 8 anos

Verifica-se na Tabela I, que existem diferenças significativas para todos os tipos de consumo, existindo um padrão comum de evolução com um aumento de todos os tipos de consumo de 1998 para 2002, e uma posterior diminuição para 2006, sendo a única exceção a frequência de embriaguez que manteve o seu aumento ao longo dos oito anos, verificando-se diferenças estatisticamente significativas de 1998 para 2006.

Tabela I – Qui-Quadrado para diferenças entre o Ano do Estudo Nacional

		Ano do Estudo Nacional						Total	χ^2	gl
		1998		2002		2006				
		N	%	N	%	N	%			
Experimentar Tabaco	Sim	2119	30,9	2254	37,1	1581	32,8	5 954	56,56***	2
	Não	4731	69,1	3821	62,9	3236	67,2	11 788		
Consumo de Tabaco	Fuma	892	13,1	1127	18,6	583	12,2	2 602	110,75***	2
	Não fuma	5915	86,9	4943	81,4	4212	87,8	15 070		
Bebidas Destiladas	Mais de 1 vez	654	10,0	737	12,3	535	11,2	1 926	16,46***	2
	Raramente/nunca	5897	90,0	5276	87,7	4256	88,8	15 429		
Embriaguez	Alguma vez	1522	22,1	1483	24,5	1267	26,3	4 274	27,90***	2
	Nunca	5356	77,9	4562	75,5	3552	73,7	13 470		
Experimentar Haxixe/Erva	Sim	255	3,8	542	9,2	378	8,2	1 175	159,91***	2
	Não	6415	96,2	5348	90,8	4242	91,8	16 005		
Consumo drogas último mês	Consumiu	156	2,5	370	6,6	200	4,5	726	119,99***	2
	Não consumiu	6155	97,5	5227	93,4	4273	95,5	15 655		

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,005$

Quando analisadas as diferenças relativas ao Ano do estudo com a variável Género, verifica-se que relativamente à experimentação e ao consumo de tabaco o padrão mantém-se igual ao geral, tanto para rapazes como para raparigas observa-se um aumento do consumo para 2002, com posterior diminuição em 2006 (Tabela 2, Gráficos 4 e 5).

Gráfico 4 – Representação gráfica da evolução da experimentação de tabaco nos últimos 8 anos, por género

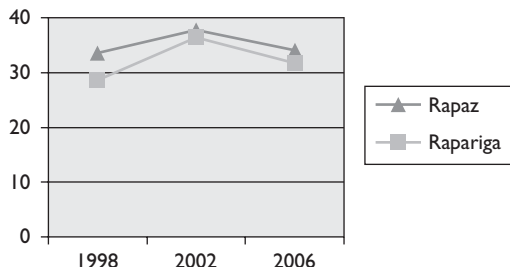
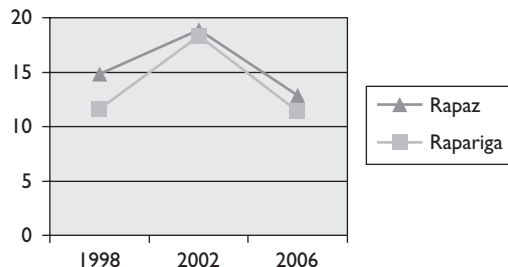


Gráfico 5 – Representação gráfica da evolução do consumo de tabaco nos últimos 8 anos, por género



Relativamente ao consumo de bebidas destiladas, verifica-se que existem diferenças significativas para as raparigas, notando-se um aumento significativo do consumo de 1998 para 2002, tendo diminuído no ano de 2006. Já ao nível da embriaguez, verifica-se que o padrão que se observa no geral (Tabela 1), diz respeito às raparigas, na medida em que é neste género que se verifica o aumento da embriaguez ao longo destes oito anos (Tabela 2, Gráficos 6 e 7).

Gráfico 6 – Representação gráfica da evolução do consumo de bebidas destiladas nos últimos 8 anos, por género

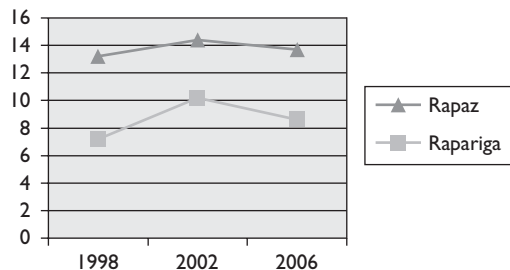
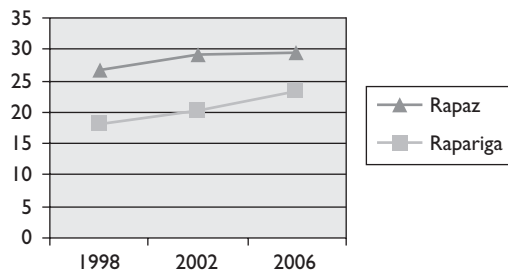


Gráfico 7 – Representação gráfica da evolução da frequência de embriaguez nos últimos 8 anos, por género



Por último, no que concerne à experimentação de Haxixe/Erva e ao consumo de drogas no último mês, verificam-se diferenças para ambos os géneros, mantendo-se o padrão de aumento até 2002, com posterior diminuição para o ano de 2006 (Tabela 2, Gráficos 8 e 9).

Gráfico 8 – Representação gráfica da evolução da experimentação de Haxixe/Erva nos últimos 8 anos, por género

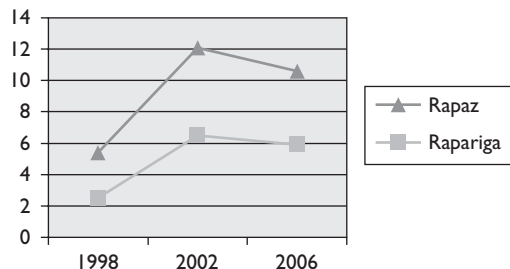


Gráfico 9 – Representação gráfica da evolução do consumo de drogas no último mês, nos últimos 8 anos, por género

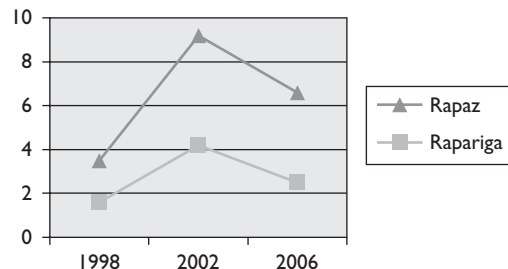


Tabela 2 – Qui-Quadrado para diferenças entre Género e Ano do Estudo Nacional

		Ano do Estudo Nacional – Género						Total	χ^2	gl
		1998		2002		2006				
		N	%	N	%	N	%			
Experimental Tabaco										
Rapazes	Sim	1078	33,6	1123	37,8	809	34,0	3010	14,05****	2
	Não	2134	66,4	1849	62,2	1572	66,0	5555		
Raparigas	Sim	1041	28,6	1131	36,4	772	31,7	2944	47,40****	2
	Não	2597	71,4	1972	63,6	1664	68,3	6233		
Consumo de Tabaco										
Rapazes	Fuma	472	14,8	561	18,9	306	12,9	1339	38,79****	2
	Não fuma	2726	85,2	2413	81,1	2067	87,1	7206		
Raparigas	Fuma	420	11,6	566	18,3	277	11,4	1263	77,64****	2
	Não fuma	3189	88,4	2530	81,7	2145	88,6	7864		
Bebidas Destiladas										
Rapazes	Mais de 1 vez	403	13,2	423	14,4	326	13,7	1152	n.s.	2
	Raramente/nunca	2641	86,8	2510	85,6	2045	86,3	7196		
Raparigas	Mais de 1 vez	251	7,2	314	10,2	209	8,6	774	19,27****	2
	Raramente/nunca	3256	92,8	2766	89,8	2211	91,4	8233		
Embriaguez										
Rapazes	Alguma vez	863	26,7	859	29,1	703	29,5	2425	6,55*	2
	Nunca	2365	73,3	2090	70,9	1681	70,5	6136		
Raparigas	Alguma vez	659	18,1	624	20,2	564	23,2	1847	23,71****	2
	Nunca	2991	81,9	2472	79,8	1871	76,8	7334		
Experimental Haxixe/Erva										
Rapazes	Sim	167	5,4	344	12,1	238	10,6	749	87,64****	2
	Não	2928	94,6	2500	87,9	2015	89,4	7443		
Raparigas	Sim	88	2,5	198	6,5	140	5,9	426	69,25****	2
	Não	3487	97,5	2848	93,5	2227	94,1	8562		
Consumo drogas último mês										
Rapazes	Consumiu	101	3,5	248	9,2	144	6,6	493	77,70****	2
	Não consumiu	2818	96,5	2458	90,8	2050	93,4	7326		
Raparigas	Consumiu	55	1,6	122	4,2	56	2,5	233	40,63****	2
	Não consumiu	3337	98,4	2769	95,8	2223	97,5	8329		

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; **** $p \leq 0,005$

Nos gráficos seguintes (10 a 15), relativos à evolução dos referidos consumos pelo Ano de escolaridade, verifica-se que para todas as variáveis em estudo os consumos são superiores nos anos mais elevados de escolaridade (8.º e 10.º anos), seguindo o padrão de evolução com os valores percentuais de consumo mais elevados em 2002 para estes anos de escolaridade. Já no 6.º ano de escolaridade, onde se verificam menores frequências de consumo no geral, observa-se no que concerne ao consumo de álcool, uma diminuição do consumo de bebidas destiladas e um aumento da frequência de embriaguez ao longo dos oito anos, no que respeita a experimentação de *Haxixe/Erva*, verifica-se um aumento de 1998 para 2002, mantendo-se este estável até 2006.

Gráfico 10 – Representação gráfica da evolução da experimentação de tabaco nos últimos 8 anos, por escolaridade

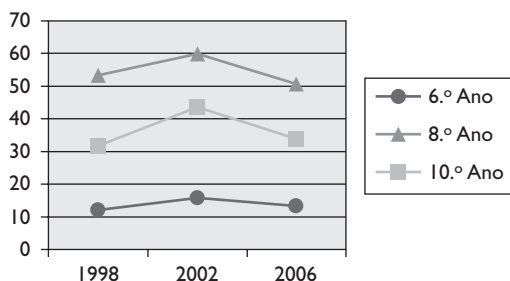


Gráfico 11 – Representação gráfica da evolução do consumo de tabaco nos últimos 8 anos, por escolaridade

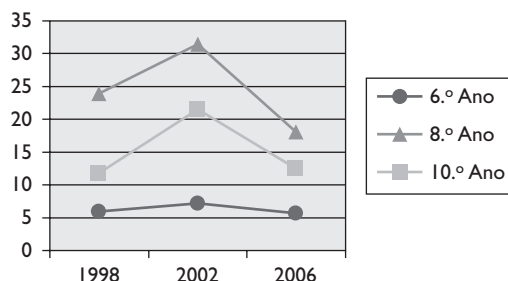


Gráfico 12 – Representação gráfica da evolução do consumo de bebidas destiladas nos últimos 8 anos, por escolaridade

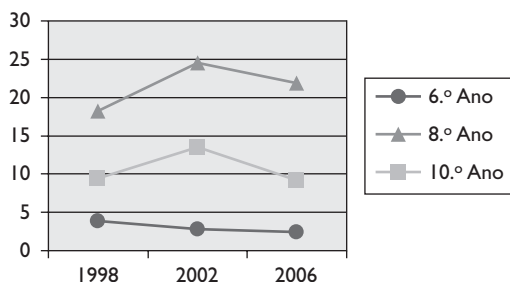


Gráfico 13 – Representação gráfica da evolução da frequência de embriaguez nos últimos 8 anos, por escolaridade

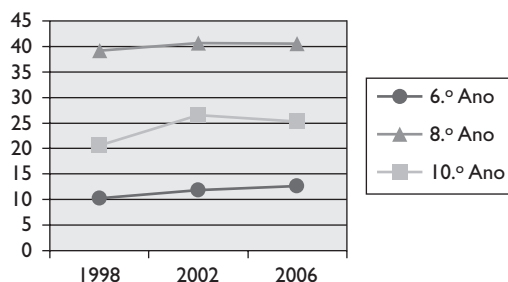


Gráfico 14 – Representação gráfica da evolução da experimentação de *Haxixe/Erva* nos últimos 8 anos, por escolaridade

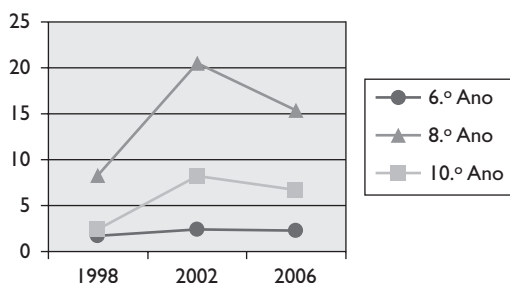
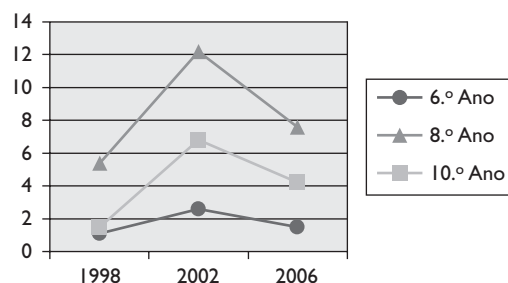


Gráfico 15 – Representação gráfica da evolução do consumo de drogas no último mês, nos últimos 8 anos, por escolaridade



À semelhança do que se observa no padrão de evolução geral (Tabela 1, Gráficos 1, 2 e 3), verifica-se ao nível das diferenças, que para a experimentação de tabaco, em todos os anos de escolaridade se observam diferenças estatisticamente significativas, evidenciando o padrão de consumo mais elevado no ano de 2002 e consumos inferiores nos anos de 1998 e 2006. Relativamente ao consumo de tabaco, verificam-se diferenças significativas no 8.º e 10.º anos, tendo o consumo diminuído de 2002 para 2006 (Tabela 3).

No que concerne às bebidas destiladas, verifica-se que existem diferenças significativas para todos os anos de escolaridade, sendo no entanto de salientar que embora o 8.º e 10.º anos apresentem a tendência do padrão geral, relativamente ao 6.º ano de escolaridade verifica-se um aumento do consumo deste tipo de bebidas ao longo dos anos em estudo (Tabela 3). Relativamente à variável alguma vez ter estado embriagado, verificam-se diferenças significativas para o 6.º e 8.º anos, sendo que também aqui se verifica que para o 6.º ano de escolaridade o que acontece é um aumento ao longo dos três estudos, seguindo o 8.º ano o padrão geral de aumento até 2002, com posterior diminuição no ano de 2006 (Tabela 3).

Por último, no que respeita à experimentação de *haxixe*/erva e consumo de drogas no último mês, verifica-se que para a primeira variável observam-se diferenças para o 8.º e 10.º anos de escolaridade, mantendo-se o padrão de pico mais elevado em 2002, sendo que para o consumo de drogas no último mês o padrão de evolução ao longo dos oito mantém-se com diferenças estatisticamente significativas para todos os anos de escolaridade em estudo (Tabela 3).

Tabela 3 – Qui-Quadrado para diferenças entre Ano de Escolaridade e o Ano do Estudo Nacional

		Ano do Estudo Nacional – Escolaridade						Total	χ^2	gl
		1998		2002		2006				
		N	%	N	%	N	%			
Experimental Tabaco										
6.º Ano	Sim	289	12,1	369	15,8	202	13,3	860	13,48***	2
	Não	2092	87,9	1971	84,2	1316	86,7	5379		
8.º Ano	Sim	815	31,7	944	43,6	582	33,8	2341	77,83***	2
	Não	1753	68,3	1221	56,4	1141	66,2	4115		
10.º Ano	Sim	1015	53,4	941	59,9	797	50,6	2753	29,46***	2
	Não	886	46,6	629	40,1	779	49,4	2294		
Consumo de Tabaco										
6.º Ano	Fuma	140	5,9	168	7,2	86	5,7	394	n.s.	2
	Não fuma	2228	94,1	2175	92,8	1432	94,3	5835		

(continua)

Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um Estilo?

(continuação)

		Ano do Estudo Nacional – Escolaridade						Total	χ^2	gl
		1998		2002		2006				
		N	%	N	%	N	%			
Consumo de Tabaco										
8.º Ano	Fuma	302	11,8	465	21,5	213	12,5	980	99,41***	2
	Não fuma	2253	88,2	1693	78,5	1492	87,5	5438		
10.º Ano	Fuma	450	23,9	494	31,5	284	18,1	1228	77,07***	2
	Não fuma	1434	76,1	1075	68,5	1288	81,9	3797		
Bebidas Destiladas										
6.º Ano	Mais de 1 vez	86	3,9	64	2,8	36	2,4	186	7,90*	2
	Raramente/nunca	2144	96,1	2250	97,2	1486	97,6	5880		
8.º Ano	Mais de 1 vez	232	9,4	289	13,5	156	9,2	677	26,80***	2
	Raramente/nunca	2243	90,6	1844	86,5	1546	90,8	5633		
10.º Ano	Mais de 1 vez	336	18,2	384	24,5	343	21,9	1063	20,55***	2
	Raramente/nunca	1510	81,8	1182	75,5	1224	78,1	3916		
Embriaguez										
6.º Ano	Alguma vez	246	10,3	275	11,8	194	12,7	715	6,10*	2
	Nunca	2150	89,7	2057	88,2	1328	87,3	5535		
8.º Ano	Alguma vez	530	20,6	571	26,6	434	25,3	1535	26,35***	2
	Nunca	2049	79,4	1575	73,4	1284	74,7	4908		
10.º Ano	Alguma vez	746	39,2	637	40,7	639	40,5	2022	n.s.	2
	Nunca	1157	60,8	930	59,3	940	59,5	3027		
Experimentar Haxixe/Erva										
6.º Ano	Sim	40	1,7	55	2,4	33	2,3	128	n.s.	2
	Não	2264	98,3	2219	97,6	1424	97,7	5907		
8.º Ano	Sim	60	2,4	169	8,2	110	6,7	339	79,99***	2
	Não	2439	97,6	1894	91,8	1530	93,3	5863		
10.º Ano	Sim	155	8,3	318	20,5	235	15,4	708	104,59***	2
	Não	1712	91,7	1235	79,5	1288	84,6	4235		
Consumo drogas último mês										
6.º Ano	Consumiu	24	1,1	56	2,6	21	1,5	101	14,77***	2
	Não consumiu	2160	98,9	2105	97,4	1385	98,5	5650		

(continua)

(continuação)

		Ano do Estudo Nacional – Escolaridade						Total	χ^2	gl
		1998		2002		2006				
		N	%	N	%	N	%			
Consumo drogas último mês										
8.º Ano	Consumiu	36	1,5	133	6,8	67	4,2	236	78,27***	2
	Não consumiu	2325	98,5	1817	93,2	1525	95,8	5667		
10.º Ano	Consumiu	96	5,4	181	12,2	112	7,6	389	49,75***	2
	Não consumiu	1670	94,6	1305	87,8	1363	92,4	4338		

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,005$

Nos gráficos seguintes (16 a 21), relativos à evolução dos referidos consumos pelo Estatuto Sócio-Económico, verifica-se que a experimentação de tabaco evidencia um ligeiro aumento ao longo dos três estudos para o estatuto muito baixo. No que concerne ao consumo de álcool, verifica-se uma diminuição do consumo de bebidas destiladas para ambos os estatutos em estudo e um aumento da frequência de embriaguez ao longo dos oito anos para o estatuto sócio-económico mais baixo. No que respeita a experimentação de *Haxixe/Erva*, verifica-se um aumento de 1998 para 2006, para o estatuto mais baixo.

Gráfico 16 – Representação gráfica da evolução da experimentação de tabaco nos últimos 8 anos, por Estatuto Sócio-Económico

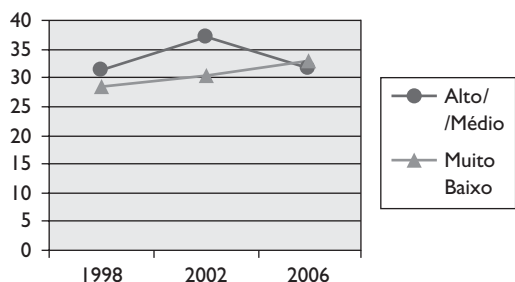


Gráfico 17 – Representação gráfica da evolução do consumo de tabaco nos últimos 8 anos, por Estatuto Sócio-Económico

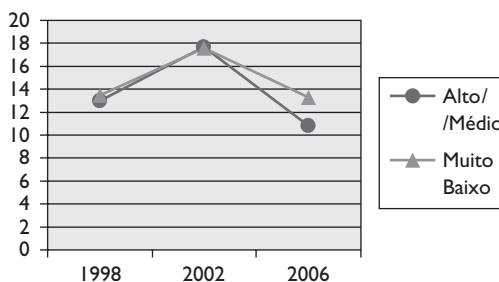


Gráfico 18 – Representação gráfica da evolução do consumo de bebidas destiladas nos últimos 8 anos, por ESE

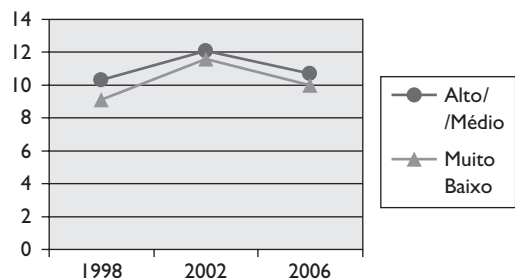


Gráfico 19 – Representação gráfica da evolução da frequência de embriaguez nos últimos 8 anos, por ESE

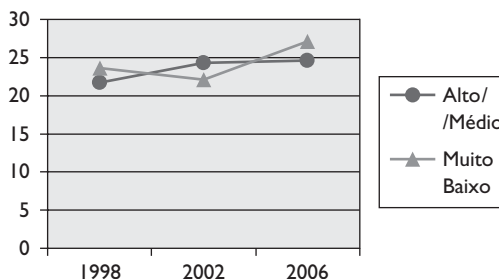


Gráfico 20 – Representação gráfica da evolução da experimentação de *Haxixe/Erva* nos últimos 8 anos, por ESE

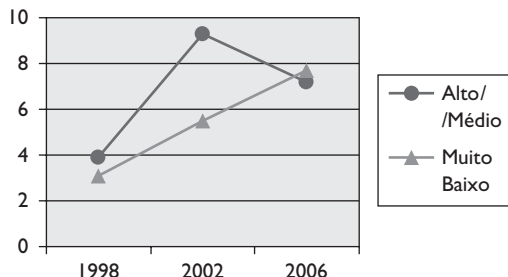
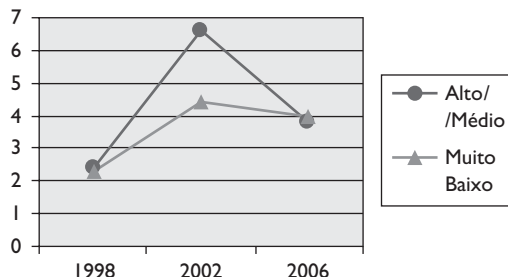


Gráfico 21 – Representação gráfica da evolução do consumo de drogas no último mês, nos últimos 8 anos, por ESE



À semelhança do que se observa no padrão de evolução geral (Tabela 1, Gráficos 1, 2 e 3), verifica-se para a experimentação de tabaco que se observam diferenças estatisticamente significativas no estatuto sócio-económico Alto/Médio, evidenciando o padrão de consumo mais elevado no ano de 2002 e consumos inferiores nos anos de 1998 e 2006. Relativamente ao consumo de tabaco, verifica-se que o consumo diminuiu de 2002 para 2006, observando-se diferenças estatisticamente significativas no estatuto Alto/Médio (Tabela 4).

No que concerne às bebidas destiladas, verifica-se que existem diferenças significativas para o estatuto Alto/Médio, verificando-se uma diminuição do consumo deste tipo de bebidas ao longo dos anos em estudo (Tabela 4). Relativamente à variável alguma vez ter estado embriagado, verificam-se diferenças significativas para o estatuto Alto/Médio, evidenciando um aumento de 1998 para 2002 e uma posterior estabilização até 2006, verificando-se para o estatuto mais baixo uma diminuição de 1998 para 2002, com um posterior aumento até 2006 (Tabela 4).

Por último, no que respeita à experimentação de *haxixe/erva* e consumo de drogas no último mês, verifica-se que para a primeira variável observam-se diferenças significativas para ambos os estatutos, mantendo-se o padrão de pico mais elevado em 2002 para o estatuto Alto/Médio, observando-se para o estatuto Muito Baixo um aumento da experimentação ao longo dos oito anos, no consumo de drogas no último mês o padrão de evolução ao longo dos oitos mantém-se próximo do geral (Tabela 1) com diferenças estatisticamente significativas para ambos os estatutos em estudo (Tabela 4).

Tabela 4 – Qui-Quadrado para diferenças entre ESE e Ano do Estudo Nacional

		Ano do Estudo Nacional – Género						Total	χ^2	gl
		1998		2002		2006				
		N	%	N	%	N	%			
Experimental Tabaco										
Alto/ /Médio	Sim	1470	31,4	1676	37,0	1027	31,8	4 173	38,28***	2
	Não	3209	68,6	2851	63,0	2199	68,2	8 259		
Muito Baixo	Sim	334	28,5	172	30,3	191	32,9	697	n.s.	2
	Não	839	71,5	395	69,7	390	67,1	1 624		
Consumo de Tabaco										
Alto/ /Médio	Fuma	604	13,0	800	17,7	346	10,8	1 750	81,53***	2
	Não fuma	4043	87,0	3724	82,3	2862	89,2	10 629		
Muito Baixo	Fuma	156	13,5	99	17,6	77	13,3	332	n.s.	2
	Não fuma	1003	86,5	464	82,4	500	86,7	1 967		
Bebidas Destiladas										
Alto/ /Médio	Mais de 1 vez	463	10,3	543	12,1	342	10,7	1 348	7,94*	2
	Raramente/nunca	4024	89,7	3946	87,9	2868	89,3	10 838		
Muito Baixo	Mais de 1 vez	100	9,1	65	11,6	58	10,0	223	n.s.	2
	Raramente/nunca	1003	90,9	496	88,4	521	90,0	2 020		
Embriaguez										
Alto/ /Médio	Alguma vez	1016	21,7	1094	24,3	792	24,6	2 902	12,38**	2
	Nunca	3676	78,3	3413	75,7	2431	75,4	9 520		
Muito Baixo	Alguma vez	277	23,6	124	22,1	157	27,1	558	n.s.	2
	Nunca	898	76,4	437	77,9	423	72,9	1 758		
Experimental Haxixe/Erva										
Alto/ /Médio	Sim	180	3,9	411	9,3	226	7,2	817	104,76***	2
	Não	4384	96,1	3994	90,7	2899	92,8	11 277		
Muito Baixo	Sim	35	3,1	30	5,5	43	7,7	108	18,28***	2
	Não	1107	96,9	520	94,5	516	92,3	2 143		
Consumo drogas último mês										
Alto/ /Médio	Consumiu	106	2,4	278	6,6	116	3,8	500	92,28***	2
	Não consumiu	4231	97,6	3922	93,4	2910	96,2	11 063		
Muito Baixo	Consumiu	25	2,3	23	4,4	22	4,0	70	6,19*	2
	Não consumiu	1046	97,7	496	95,6	522	96,0	2 064		

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,005$

Discussão

Neste trabalho procurou-se estabelecer um padrão de evolução ao nível do consumo de substâncias, nomeadamente experimentação e consumo de tabaco, consumo de bebidas destiladas e frequência de embriaguez, bem como da experimentação de *haxixe*/erva e consumo de substâncias ilícitas nos últimos 30 dias (anteriores ao preenchimento do questionário).

À semelhança dos resultados indicados pelo estudo NHSDA (1996), o consumo das substâncias em estudo indicam um aumento do consumo durante a década de 90, com posterior declínio quer no consumo de tabaco, álcool ou substâncias ilícitas (Gilvarry, 2000), sendo coerente com os dados que se verificam no presente trabalho, indicando um aumento até ao ano de 2002, verificando-se em 2006 um declínio dos consumos de tabaco, bebidas destiladas e substâncias ilícitas. No que concerne ao consumo de álcool, mais concretamente a embriaguez, verifica-se um ligeiro aumento desde os valores registados em 2002 e os quatro anos seguintes.

Este estudo indica o género masculino como o mais predominante no que respeita a todos os tipos de consumos de substâncias, sendo as diferenças ao nível do consumo de tabaco, aquelas que menos se evidenciam, tal como Kokkevi e colaboradores (2007) verificam no estudo ESPAD. Também no que respeita à escolaridade, verifica-se em conformidade com vários estudos Europeus, que ao longo destes oito anos o consumo é mais frequente nos jovens de anos de escolaridade mais avançados, sendo importante salientar que o padrão evidenciado pelos adolescentes que frequentam o 6.º ano se revela mais preocupante, no sentido em que ao nível da frequência de embriaguez e experimentação de *haxixe*/erva, estes têm vindo a aumentar, contrariando o padrão que apresentam nos restantes consumos em análise. Este facto torna-se mais preocupante devido à associação bem estabelecida destes consumos com acidentes, suicídios, violência e abandono escolar (Bauman & Phongsavan, 1999).

Pretendeu-se no estudo da variável relativa ao estatuto sócio-económico o isolamento da classe económica mais baixa, no sentido de perceber a sua evolução, possibilitando esta o alertar para diferentes evoluções em função do estatuto, nomeadamente para estabelecer intervenções individualizadas a cada contexto e cenário social e económico.

Não obstante a importância de compreender todo o sistema dos contextos onde o indivíduo se move, a nível Europeu observam-se um maior número de pontos comuns do que diferenças no que respeita ao uso de substâncias. Num pano de fundo mundial que aponta para um aumento do uso de substâncias como o álcool por parte dos adolescentes, urge o repensar das estratégias para combater os números actuais relativos a estes consumos de cariz tão problemático.

Estes dados permitem a realização de comparações nos sucessivos questionários, e estudo de tendências de comportamentos que podem ser avaliados a nível nacional e internacional. Sendo o HBSC um estudo de investigação e monitorização, tem também como objectivo informar e ter impacto nas políticas de promoção e educação para a saúde, e nos programas e intervenções dirigidas para os adolescentes, a nível nacional e internacional. A pesquisa do HBSC resulta na construção de um grupo coerente de indicadores que, no seu conjunto, permite uma representação válida da saúde e dos estilos de vida dos adolescentes e sua evolução temporal, permitindo ainda comparações internacionais, possibilitando uma apreciação cuidada de políticas de saúde e sistemas de intervenção, com vista à promoção da saúde e prevenção de comportamentos de risco, mais concretamente o uso e abuso de substâncias na adolescência.

Referências

- Annual Report on the State of the drugs problem in the European Union (1998). European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction.
- Bauman, A. & Phongsavan, P. (1999). Epidemiology of substance use in adolescence: prevalence, trends and policy implications. *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 55, pp. 187-207.
- Costa e Silva, J. A. (2002). Evidence based analysis of the world wide abuse of licit and illicit drugs. *Human Psychopharmacology*, 17, 131-140.
- Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R. & Todd, J. (2000). *Health and Health Behavior among young people*. Copenhagen: WHO.
- Currie, C., Samsal, O., Boyce, W. & Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.
- Currie, C., Roberts, C. & Morgan, A. et al. (2004). *Young people health in context*. Copenhagen: WHO.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), (2003). *The State of the Drugs Problem in the European Union and Norway*. Lisboa: EMCDDA.
- Engels, R.C.M.E. & Ter Bogt, T. (2001). Influences of risk behaviors on the quality of peer relations in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 30, 675-695.
- Espinho, R. & Sousa F. (2001). Criatividade e antecedentes ao consumo de drogas. *Análise Psicológica*, 3 (XIX): 389-398.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual Report 2005: The State of the Drugs Problem in the European Union and Norway. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2005.
- Gilvarry, E. (2000). Substance Abuse in Young People. *J. Psychol. Psychiat.* Vol. 41. N.º 1, pp. 55-80. Great Britain: Association for Child Psychology and Psychiatry.
- Hibell, B., Anderson, B., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M. & Narusk, A. (1997). The 1995 ESPAD report: Alcohol and other drug use among students in 26 European Countries. Sweden: The Swedish Council for information on Alcohol and other drugs. (CAN)/The Pampidou Group at the Council of Europe.
- Johnston, L., Bachmann, G. & O'Malley, P. (1999). *Monitoring the Future*. Ann Arbor: Institute for Social Research.

- Johnston, L. D., O'Malley, P. M. & Bachman, J. G. (2001). *Monitoring the Future National Survey results on adolescent drug use: overview of key findings, 2000* (NIH Publication No. 01-4923). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, 492 pp.
- Kann, L., Warren, W., Collins, J. L., Ross, J., Collins, B. & Kolbe, L. J. (1993). *Results from the nationally school-based 1991 youth risk behaviour survey and progress toward achieving related health objectives for the nation*. Public Health Reports, 108 (suppl. 1), pp. 47-55.
- Kokkevi, A., Gabhainn S., Spyropoulou, M. and the Risk Behaviour Focus Group of the HBSC (2006). Early Initiation of Cannabis Use: A Cross-national European Perspective. *Journal of Adolescent Health* 39: 712-719.
- Kokkevi, A., Richardson, C., Floresar, S., Kuzman, M. & Stergar, E. (2007). *Psychosocial correlates of substance use in adolescence: a cross-national study in six european countries*. Drug and Alcohol Dependence, 86, pp. 67-74.
- Kuntsche, E. & Kuendig, H. (2006). What is Worse? A Hierarchy of Family-Related Risk Factors Predicting Alcohol Use in Adolescence. *Substance Use & Misuse*, 41:71-86.
- National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA). (1996). Annual survey. Available from National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information, USA.
- Negreiros, J. (1999). O futuro da prevenção das toxicodependências. <http://www.psicologia.com.pt/artigos> consultado a 14/03/07.
- Nic Gabhainn, S. & François, Y. (2000). Substance use. In Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R. & Tood J. (eds.) *Health and Health Behaviour among Young People*, pp. 97-114. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2000.
- Roberts, C., Currie, C., Samdal, O., Currie, D., Smith, R. & Maes, L. (2007). Measuring the health behaviours of adolescents through cross-national survey research: recent developments in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *Journal Public Health*. Aceite em 07 de Março de 2007.
- Ter Bogt, T., Fotiou, A. & Nic Gabhainn, S. (2004). Cannabis use. In Currie C. et al. eds. *Young People's Health in Context: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2001/2002 Survey*, pp. 84-89. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Schenker, M. & Minayo, M. (2005). Factores de risco e de protecção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência e Saúde Colectiva*, 10 (3): 707-717.

Conclusões

Margarida Gaspar de Matos*
e Celeste Simões*

* Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana (FMH)/UTL, Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL.

O que já sabíamos e vimos agora reforçado por estes resultados

Os vários estudos apresentados apontam para a existência de múltiplos factores de risco e de protecção, que interagem através de relações de mediação e moderação, e que têm como resultado uma maior ou menor adesão dos jovens a comportamentos de risco.

O consumo de substâncias apresenta funções utilitárias importantes para os adolescentes (Simões, 2005) e este aspecto constitui um importante factor que leva os jovens a aderir a este tipo de comportamentos.

Em abordagens anteriores a esta (Simões, 2005; Simões, Matos & Batista-Foguet, 2006) apresentaram-se quatro aspectos importantes no campo da prevenção:

- (1) Intervir precocemente;
- (2) Promover factores de protecção dos comportamentos de risco e alternativas a estes mesmos comportamentos;
- (3) Envolver os elementos de referência dos principais contextos de vida; e
- (4) Planear intervenções para vários comportamentos-alvo.

A necessidade de uma intervenção precoce é apontada por vários autores como um factor muito importante, dado que vários estudos mostram que o envolvimento em comportamentos problema aumenta com a idade, e que determinados comportamentos constituem factores de risco para o envolvimento em comportamentos mais graves.

Como foi possível verificar, o tabaco e o álcool surgiram como determinantes do consumo de drogas ilícitas que, por sua vez, se sabe estar associado com o envolvimento em comportamentos delinquentes.

Apesar de nem todos os jovens que experimentam substâncias evoluírem para um consumo regular, sabe-se que a experimentação constitui uma etapa fundamental no desenvolvimento do consumo de substâncias, nomeadamente para a formação de atitudes, que, por sua vez, constituem um importante preditor comportamental. A promoção de factores de protecção deverá constituir a essência da intervenção.

Parece pois, tal como referimos em trabalhos anteriores (Matos, 2005; Matos *et al.*, 2003), que qualquer trabalho preventivo de acção directa sobre o indivíduo deve abordar os seus contextos de vida e envolver os seus intervenientes, no sentido de se obter uma diminuição do risco e uma activação dos recursos de apoio.

Também a criação de alternativas saudáveis e atractivas para o preenchimento de tempos livres, bem como a organização de espaços de orientação e de apoio aos adolescentes, parecem aspectos fundamentais no campo da prevenção do uso e abuso de substâncias.

A implementação de acções que visem a promoção de competências pessoais e sociais e, simultaneamente, a passagem de informação sobre os comportamentos de risco e suas consequências (quer devido à falta de conhecimento de alguns jovens, quer devido à existência de concepções incorrectas) parece um aspecto importante neste campo.

Implicar os pais e os professores, que se destacaram neste estudo como dois grupos-chave para o ajustamento emocional e satisfação com escola, poderá também ser determinante dado que estes factores se revelaram como de protecção para o envolvimento no consumo de substâncias. É ainda importante estimular o envolvimento dos pares neste tipo de acções, dado que constituem elementos fundamentais na vida dos adolescentes.

Actualizações suscitadas por estes dados mais recentes

1) Programas multifocais e com foco na promoção da protecção

Um aspecto importante no cenário da prevenção, que vem de encontro à legislação nacional actual em matéria de prevenção do consumo de substâncias (ver www.idt.pt), é a implementação de programas delineados para vários comportamentos problema: a investigação e a intervenção realizadas neste campo têm mostrado que existem diversas razões que apoiam esta directriz. Uma das principais razões consiste no facto de que os comportamentos problema partilham vários factores de risco mas, simultaneamente, vários factores de protecção. Este dado parece assim reforçar, não apenas a questão da importância de programas multifocais, mas também a importância de apostas preferenciais em acções que visem a promoção de factores de protecção, vista a sua maior homogeneidade (comparativamente com os factores de risco) para diver-

dos comportamentos de risco. Esta similaridade nos factores relacionados com os comportamentos de risco não exclui as diferenças, nomeadamente em termos de género, de idade e de percurso de vida.

As associações que se confirmaram entre os vários comportamentos de risco e o consumo de substâncias traduzem-se em linhas práticas de intervenção preventiva sublinhando a inutilidade de acções dispersas centradas em «riscos específicos», uma vez que estes não são problemas isolados que possam ser tratados de forma individualizada. As intervenções têm que ter uma abordagem sistémica abordando os multiproblemas do contexto escolar, tal como tem sido proposto e legislado recentemente (GTES, 2005, 2006, 2007).

Deixa-se, como desafio para um futuro próximo, a continuação do desenvolvimento de uma visão integrada do ajustamento psicossocial da criança e do adolescente, o desenvolvimento da capacidade de mapear os «trunfos» pessoais para a saúde (incluindo aqui factores pessoais, familiares, escolares e relativos ao grupo de pares) e a centração preferencialmente em factores positivos e em comportamentos alternativos (Matos, 2007).

Se o consumo de substâncias, o isolamento social, o mal estar psicológico, o sexo desprotegido, ou ainda a violência interpessoal forem os únicos (inadequados) «trunfos» utilizados, será pois necessário identificar e negociar comportamentos alternativos (outros «trunfos») para lidar com os acontecimentos de vida, sem recurso a comportamentos lesivos da saúde.

Sublinham-se aqui os conceitos: visão integrada e factores positivos: comportamentos pessoais associados à saúde, competência pessoal e alternativas («trunfos»).

2) Intervenção com foco na responsabilização, participação, promoção da autonomia, bem-estar, percepção de qualidade de vida e de expectativas positivas

Ao delinear possíveis intervenções, recordam-se alguns autores que apontam a participação social activa, o aumento do número de acontecimentos agradáveis na vida diária e o foco da atenção nos aspectos aprazíveis das vivências, como estratégias relevantes para o aumento da felicidade dos indivíduos e da percepção de satisfação de vida.

Mais do que o número ou a variedade de actividades agradáveis é importante prevenir e acompanhar o adolescente; ajudá-lo a descobrir-se, a conhecer-se e a comunicar-se; dotá-lo de competências para «ler» o seu próprio desenvolvimento, os acontecimentos de vida, o contexto, a sociedade e o mundo; trabalhar os seus recursos pessoais para lidar com os desafios de uma existência indutora de *stress*; envolvê-lo em comunidades que integrem, sejam criativas e promovam a saúde; despertar-lhe horizontes e ideais de vida; acompanhá-lo nas

opções e reflexões de vida; desenvolver a sua responsabilidade e solidariedade para a comunidade.

É ainda importante o reforço da autonomia, responsabilização e participação social do adolescente e da importância destes factores na promoção da sua saúde. Recordam-se autores (próximos da Etologia) que caracterizam os primatas como capazes de aprender. Como desafio filosófico e pedagógico nestas áreas da promoção da saúde ousaríamos defender que um excesso de «ensino» tutorial se arrisca a coarctar a capacidade de aprendizagem competente e autónoma, a motivação para a vida, e a capacidade de gestão da sua vida e das suas vicissitudes e poderá mesmo ter um efeito contraproducente associando-se à desresponsabilização e desmotivação do adolescente.

O grande desafio para pais e professores é estar presente, estar atento, mas actuar responsabilizando, dando e exigindo, facilitando as tomadas de decisão, promovendo uma reflexão pessoal sobre a vida, as expectativas de futuro, e as opções de vida associadas ao bem-estar.

Parece importante considerar aspectos determinantes, como são as diferenças a nível de crenças e valores, conhecimentos, necessidades utilitárias e afectivas, aliadas a diferentes grupos que poderão, por sua vez, constituir o resultado de diferentes processos desenvolvimentais, educacionais, culturais e sociais.

3) Intervenções «cirúrgicas» em nichos específicos e atenção à evolução das dinâmicas sociais e seus desafios/riscos

Estes resultados apontam também que, ao mesmo tempo que se mantém a associação dos consumos com outros riscos e o seu agravamento com a idade e com algumas condições de precariedade, o consumo de substâncias, tal como o estimámos em 1998 e 2002, parou de aumentar, ao mesmo tempo que surgem outros consumos e outras potenciais formas de dependência que poderão ter na sua génese um mal-estar de vida ou uma dificuldade de gestão do *stress* do quotidiano, semelhante ao que parece estar associado ao uso de substâncias (como poderá ser o exemplo da obsessão pela saúde/estilo de vida saudável, ou as novas dependências face às novas tecnologias).

Como implicações em meio escolar e familiar: sugere-se: (1) a continuação de intervenções tipo preventivo de carácter universal, abrangendo toda a população escolar e respectivos contextos de vida: escola, família e grupo de pares; (2) intervenções mais específicas e intensas, em pequenos subgrupos identificados como de «risco», atendendo «cirurgicamente» às suas características específicas, nomeadamente no que diz respeito às variáveis associadas ao risco (quando por exemplo a «inclusão social» aparece aliada à frequência regular de alguns locais de diversão, ou ainda à filiação a algumas subculturas juvenis ou, por outro lado, quando há «exclusão social» provocada pela pertença a grupos minoritários, socioeconómica e culturalmente desfavorecidos). Este aspecto vem

também de encontro à legislação nacional actual – Plano Nacional – em matéria de prevenção do consumo de substâncias (ver www.idt.pt).

4) Promoção do sucesso escolar e redução das iniquidades sociais como forma de melhoria da saúde na adolescência e de redução da procura

Os presentes resultados sugerem a necessidade de combate ao efeito cumulativo dos factores de risco, em termos do seu impacto para a saúde das crianças e adolescentes, actuando de modo articulado e integrado (incluindo aqui também factores pessoais, familiares, escolares e relativos ao grupo de pares).

Um lugar de destaque para a escolarização e suas vicissitudes em Portugal. A competência escolar, sucesso escolar ou pelo menos o não abandono escolar aparecem-nos como um dos factores mais relevantes, não só do bem-estar na adolescência, como da possibilidade de corte do círculo vicioso **«iliteracia – pobreza – falta de expectativas para o futuro – risco – comprometimento da saúde/bem-estar»**, pelo menos para as próximas gerações.

Como afirmou Morgan (2007) as comunidades nunca se constroem a partir das suas deficiências, mas sim a partir da capacidade de mobilização dos seus recursos.

Referências

- GTES (2005) *Educação para a saúde – relatório preliminar*, acessido em 2 Julho 2007 www.dgicd.min-edu.pt
- GTES (2006) *Educação para a saúde – relatório de progresso*, acessido em 2 Julho 2007 www.dgicd.min-edu.pt
- GTES (2007) *Educação para a saúde – relatório final*, acessível em 30 Setembro 2007 www.dgicd.min-edu.pt
- Matos, M. G. (ed.) (2005). *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. G. & Equipa do Projecto Aventura Social. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J. A. et al. (2006). *A saúde dos adolescentes portugueses: Hoje em 8 anos*. Retrieved 20-12-2006, from <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/nacional.pdf>
- Matos, M. G. (2007). *Health and well-being in portuguese adolescents*. WHO/HBSC Forum: Social Coesion and Mental Health, 2007: Las Palmas, March 2007.
- Morgan, A. (2007). *Frameworks for improving young people's mental well being: Assets and deficits models*. WHO/HBSC Forum: Social Cohesion and Mental Health, 2007: Las Palmas, March 2007.

Simões, C. (2005). *Comportamentos de risco na adolescência: Estudo dos factores aliados ao risco e à protecção na saúde em jovens em idade escolar em função dos diferentes cenários relevantes do seu quotidiano e do seu percurso de desajustamento social*. Tese de Doutoramento (não publicada). Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.

Simões, C., Matos, M. G. & Batista-Foguet, J. (2006). Consumo de Substâncias na Adolescência: Um modelo explicativo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7 (2), 147-164.

**Equipa do Projecto
Aventura Social
& Saúde em 2007**

Coordenação da Equipa

Coordenador Geral – Margarida Gaspar de Matos

Co-Coordenador Geral – Celeste Simões

Co-Coordenador na FMH/UTL – José Alves Diniz

Coordenador FCT/SNR – Celeste Simões

Coordenador Leonardo/CE – Paula Lebre

Co-Coordenador KIDSCREEN/CE – Tânia Gaspar

Co-Coordenador HBSC/OMS – Inês Camacho/Gina Tomé

Co-Coordenador DriveClean/CE – Andreia Sousa

Equipa (por ordem alfabética)

António Borges

Aristides Ferreira

Lúcia Ramiro

Mafalda Ferreira

Marlene Silva

Marta Morais

Marta Reis

Sónia Gonçalves

Sónia Pereira

Consultores

Conselho Consultivo Nacional

Álvaro Carvalho (HSFXavier)
 António Paula Brito (FMH/UTL)
 Ana Tomás (U Minho; IEC)
 Anabela Pereira (U Aveiro; Dep Psi)
 Américo Baptista (U Lusófona; Dep Psi)
 António Palmeira (U Lusófona; Dep EFD)
 Carlos Ferreira (FMH/UTL)
 César Mexia de Almeida (U Lisboa – Med Dentária)
 Daniel Sampaio (U Lisboa – Fac Med)
 Duarte Vilar (APF)
 Henrique Barros (U Porto – Fac Med; CCVIH)
 Isabel Leal (ISPA)
 Isabel Soares (U Minho; IEP)
 João Goulão (IDT)
 Joaquim Machado Caetano (FCM/UNL)
 Jorge Mota (U Porto, FCDEF)
 Jorge Negreiros de Carvalho (U Porto – Fac Psi)
 José Luís Pais Ribeiro (U Porto – Fac Psi)
 Luísa Barros (U Lisboa – Fac Psi)
 Luís Calmeiro (Uni Florida)
 Luís Gamito (HJM)
 Luís Sardinha (FMH/UTL e IDP)
 Luís Tavira (CMDT/IHMT/UNL)
 Maria Paula Santos (U Porto, FCDEF)
 Pedro Teixeira (FMH/UTL)
 Paulo Vitória (CNT)
 Virgílio do Rosário (CMDT/IHMT/UNL)
 Vítor da Fonseca (FMH/UTL)

Conselho Consultivo Internacional

André Masson (Bélgica)
Candace Currie (Escócia)
Daniela Sacchi (Itália)
Diana Battistutta (Austrália)
Edwiges Mattos (Brasil)
Eliane Falcone (Brasil)
Emmanuelle Godeau (França)
Fredérique Petit (França)
James Sallis (EUA)
Jean Cottraux (França)
Joan Batista-Foguet (Espanha)
Lina Kostarova Unkosvka (Macedónia)
Mari Carmen Moreno (Espanha)
Martine Bouvard (França)
Ramon Mendoza (Espanha)
Saoirse Nic Gabhainn (Irlanda)
Susan Spence (Austrália)
Tom Ter Bogt (Holanda)
Viviane Nahama (França)
Wolfgang Heckmann (Alemanha)
Zilda de Prette (Brasil)

Apoio logístico

Bruno Moreira
Filipa Soares

Webpage e Multimedia

EPRON Lda.
Ana Almeida (design e imagem)
João Costa (som)
Ricardo Machado

Financiamentos

Responsável pelo projecto

Prof.^a Dr.^a Margarida Gaspar de Matos (FMH/UTL)

Financiaram este projecto

IDT – Instituto da Droga e da Toxicoddependência
Fundação para a Ciência e a Tecnologia
Coordenação da Infecção do VIH
Ministério da Educação/DGIDC

Parcerias

Faculdade de Motricidade Humana/UTL
CMDT/IHMT/UNL

Escolas
Participantes

Escolas da Região Norte

- Escola Básica do 2.º e 3.º ciclos de Escariz
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos de Sá Couto
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos de S. João da Madeira
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico Dr. Serafim Leite
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos de Amares
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos de Manhente
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos Frei Caetano Brandão
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico de Carlos Amarante
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos de Real
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos de Tadim
- Conservatório de Música de Calouste Gulbenkian – Braga (EB 2,3/ES)
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico de Alberto Sampaio
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos de Candarela
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos de Mota-Fervença
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos com Ensino Secundário de Celorico de Basto
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos de João Meira
- Escola Secundária com 3.º ciclo do ensino básico de Caldas das Taipas
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos São João da Ponte
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos de Prof. Gonçalo Sampaio
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos do Prado
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico Abade de Baçal

- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos de Paulo Quintela
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos de Ancede
- Escola Básica do 2.º e 3.º ciclos de Airões
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos de Lagares
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico Vila Cova da Lixa
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico Rio Tinto
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico Valbom
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico Marco de Canaveses
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos Leça do Balio
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico Padrão da Légua
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico de Boa Nova – Leça da Palmeira
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico Augusto Gomes
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos Sobreira
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico Baltar
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos Pinheiro
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos Paço de Sousa
- Escola Secundária António Nobre
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico Rocha Peixoto
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico Eça de Queirós
- Escola Básica integrada de Aves
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico Oliveira do Douro
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos de Santa Marinha
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos Escultor António Fernandes de Sá
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos Arcos de Valdevez
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos Boticas
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico Dr. Júlio Martins
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico S. Pedro
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos de Lamego
- Escola Básica do 2.º ciclo Moimenta da Beira
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico Sá de Miranda
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico de Amares
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico Águas Santas

Escolas da Região de Lisboa e Vale do Tejo

- Escola Secundária Damião de Goes
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos de Merceana
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos de Alapraia
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico de Vergílio Ferreira
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos de Manuel da Maia
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos de Luís António Verney
- Escola Básica do 2.º ciclo do Padre Bartolomeu de Gusmão
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico do Restelo
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico de Camarate
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos General Humberto Delgado
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico José Cardoso Pires – St.º Ant.º Cavaleiros
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos Luís Sttau Monteiro – Loures
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos da Venda do Pinheiro
- Escola Secundária José Saramago
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico Luís de Freitas Branco
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico da Qt. do Marquês
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos de Miraflores
- Escola Básica Integrada Rainha D. Leonor de Lencastre – São Marcos de Sintra
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos do Padre António Alberto Neto
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico de Gama Barros
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico do Padre Alberto Neto
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico de Stuart Carvalhais
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico de Ferreira Dias
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos de S. Gonçalo
- Escola Secundária de Gago Coutinho
- Escola Secundária do Forte da Casa
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos Dr. Vasco Moniz
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos Sophia de Mello Breyner Andresen – Brandoa
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico Mães de Água – Falagueira

- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos de D. Miguel de Almeida
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos Febo Moniz
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos com Ensino Secundário de Luís de Camões
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos com Ensino Secundário de Sardoal
- Escola Secundária Jacôme Ratton
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos de Gualdim Pais
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos da Alembrança
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico Anselmo Andrade
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico João de Barros

Escolas da Região Centro

- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos de Aguada de Cima
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico Dr. Jaime Magalhães Lima
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico de Estarreja
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos Cidade de Castelo Branco
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico do Fundão
- Escola Básica integrada do Centro de Portugal
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos de S. Silvestre
- Escola Secundária de D. Duarte
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos Dr. Pedrosa Veríssimo – Paião
- Escola Secundária de Montemor-o-Velho
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos com Ensino Secundário do Dr. Daniel de Matos
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos com Ensino Secundário de Vilar Formoso
- Escola Básica do 2.º ciclo de Figueira de Castelo Rodrigo
- Escola Secundária de Seia
- Escola Secundária de Francisco Rodrigues Lobo
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos de Guilherme Stephen
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos Prof. Alberto Nery Capucho
- Escola Secundária de Pombal
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico de Mira de Aire

- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos de St.ª Comba Dão
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico Frei Rosa Viterbo
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos Prof. Dr. Carlos Mota Pinto
- Escola Básica integrada de Campia

Escolas da Região do Alentejo

- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos de St.ª Maria
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos com Ensino Secundário de José Gomes Ferreira
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos com Ensino Secundário de Cunha Rivara
- Escola Básica integrada de Mourão
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos Garcia da Orta
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico de Ponte de Sôr
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico António Inácio Cruz

Escolas da Região do Algarve

- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos de Aljezur
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos Dr. José de Jesus Neves Júnior
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico Dr.ª Laura Ayres
- Escola Básica dos 2.º e 3.º ciclos com Ensino Secundário Dr. João Lúcio
- Escola Secundária de Silves
- Escola Secundária com 3.º ciclo do Ensino Básico de Pinheiro e Rosa

Publicações da Equipa

Aventura Social & Saúde – Relatórios 2006

Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J. & Equipa do Aventura Social (2006). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Hoje e em 8 anos – Relatório Preliminar do Estudo HBSC 2006.*

Web site: www.fmh.utl.pt/aventurasocial.com

Matos, M., Gaspar, T., Ferreira, M., Linhares, F., Simões, C., Diniz, J., Ribeiro, J., Leal, I. & Equipa do Aventura Social (2006). *Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes – Projecto Europeu Kidscreen – Relatório Português.*

Web site: www.fmh.utl.pt/aventurasocial.com; www.aventurasocial.com

Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Pereira, S., Diniz, J. & Equipa do Aventura Social (2006). *Comportamento Sexual e Conhecimentos, Crenças e Atitudes Face ao VIH/SIDA – Relatório Preliminar, Dezembro 2006.*

Web site: www.fmh.utl.pt/aventurasocial.com; www.aventurasocial.com

Matos, M., Simões, C., Gaspar, T., Tomé, G., Ferreira, M., Linhares, F., Diniz, J. & Equipa do Aventura Social (2006). *Consumo de Substâncias nos Adolescentes Portugueses – Relatório Preliminar.*

Web site: www.fmh.utl.pt/aventurasocial.com; www.aventurasocial.com

Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Silva, M., Gaspar, T., Diniz, J. & Equipa do Aventura Social (2006). *Indicadores de Saúde dos Adolescentes Portugueses – Relatório Glaxo Smith-Kline/HBSC 2006.*

Web site: www.fmh.utl.pt/aventurasocial.com; www.aventurasocial.com

Contactos

Projecto Aventura Social

www.fmh.utl.pt/aventurasocial

www.aventurasocial.com

www.hbsc.org

www.kidscreen.org

E-mail: aventurasocial@fmh.utl.pt

Tel.: 214 149 152 ou Tel.: 214 149 105

Fax: 214 144 728

FMH/UTL – Estrada da Costa

1495-688 Cruz Quebrada

CMDT/IHMT/UNL

Rua da Junqueira, 96 – 1300 Lisboa

Tel.: 213 652 600

Fax: 213 632 105

**Anexos:
Prevalências
dos Consumos
em 1998, 2002
e 2006 (Total,
por Género e Ano
de Escolaridade)**

Anexos: Prevalência dos Consumos em 1998, 2002 e 2006
(Total, por Género e Ano de Escolaridade)

2006	Total			Escolaridade – 6.º			Escolaridade – 8.º			Escolaridade – 10.º		
Idade (10-20)	M = 14,1; SD = 1,9			M = 11,9; SD = 0,7			M = 14,2; SD = 1,0			M = 16,1; SD = 0,9		
	M*	F*	T*	M*	F*	T*	M*	F*	T*	M*	F*	T*
Experimentar Tabaco ¹	34,0	31,7	32,8	18,5	7,2	13,3	33,0	34,5	33,8	52,3	49,0	50,6
Consumo Tabaco ²	12,9	11,4	12,2	8,1	2,9	5,7	12,9	12,1	12,5	18,3	17,9	18,1
Consumo Cerveja ³	13,9	5,3	9,6	4,9	0,3	2,8	12,2	4,7	8,3	26,0	10,2	17,6
Consumo Vinho ³	4,2	1,4	2,8	2,4	0,4	1,5	4,7	1,7	3,1	5,8	1,8	3,7
Consumo Bebidas Destiladas ³	13,7	8,6	11,2	3,8	0,7	2,4	10,9	7,6	9,2	28,3	16,3	21,9
Consumo <i>Alcopops</i> ³	11,9	7,3	9,6	3,6	0,6	2,2	9,9	5,3	7,5	23,7	15,0	19,0
Alguma vez embriagado ⁴	29,5	23,2	26,3	17,9	6,7	12,7	26,6	24,0	25,3	45,7	35,9	40,5
Consumo <i>Marijuana</i> Na vida ⁵	8,6	5,1	6,8	2,1	0,1	1,2	6,2	4,3	5,2	18,8	10,0	14,1
Consumo <i>Marijuana</i> Último ano ⁵	5,9	3,2	4,5	0,9	0,1	0,5	4,2	2,4	3,3	13,8	6,5	9,9
Consumo <i>Marijuana</i> Último mês ⁵	4,2	1,4	2,8	0,6	0,1	0,4	3,3	1,0	2,1	9,3	2,9	5,8
Experimentar Bebida Alcoólica ⁶	61,4	57,9	59,6	39,6	22,2	31,5	62,0	62,8	62,4	84,7	82,2	83,4
Experimentar <i>Haxixe/Erva</i> ⁶	10,6	5,9	8,2	3,6	0,7	2,3	8,2	5,3	6,7	20,8	10,9	15,4
Experimentar Estimulantes ⁶	5,1	2,0	3,5	4,3	1,2	2,9	5,4	2,1	3,7	5,5	2,5	3,9
Experimentar Heroína ⁶	2,2	0,6	1,4	1,8	0,4	1,2	3,4	0,7	2,0	1,2	0,6	0,9
Experimentar Cocaína ⁶	1,7	1,4	1,6	2,4	1,2	1,9	1,5	1,4	1,5	1,1	1,7	1,4
Experimentar <i>Ecstasy</i> ⁶	2,3	0,9	1,6	2,2	0,1	1,2	3,1	0,8	1,9	1,6	1,5	1,5

(continua)

Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um Estilo?

(continuação)

2006	Total			Escolaridade – 6.º			Escolaridade – 8.º			Escolaridade – 10.º		
Idade (10-20)	M = 14,1; SD = 1,9			M = 11,9; SD = 0,7			M = 14,2; SD = 1,0			M = 16,1; SD = 0,9		
	M*	F*	T*	M*	F*	T*	M*	F*	T*	M*	F*	T*
Experimental LSD ⁶	2,8	0,8	1,8	2,7	0,9	1,8	3,4	1,3	2,3	2,4	0,3	1,3
Experimental «Doping» ⁷	2,6	0,9	1,7	1,1	0,5	0,8	4,0	1,0	2,4	2,6	1,0	1,8
Consumo Drogas Último mês ⁷	6,6	2,5	4,5	2,4	0,5	1,5	6,3	2,3	4,2	11,4	4,3	7,6
Idade do Primeiro Cigarro												
11 anos ou menos	32,2	19,7	26,0	76,1	77,3	76,5	33,3	22,8	27,7	18,0	11,3	14,5
12-13 anos	39,1	43,0	41,0	23,9	22,7	23,5	49,2	55,1	52,3	36,9	36,9	36,9
14 anos ou mais	28,7	37,3	33,0	0,0	0,0	0,0	17,5	22,1	19,9	45,1	51,8	48,6
Idade da Primeira Bebida Alcoólica												
11 anos ou menos	38,2	27,0	32,7	77,5	76,3	77,1	34,3	29,9	32,0	23,7	15,3	19,3
12-13 anos	36,1	40,2	38,1	22,2	23,7	22,7	47,1	52,3	49,8	33,1	33,5	33,3
14 anos ou mais	25,7	32,7	29,1	0,4	0,0	0,2	18,6	17,8	18,2	43,2	51,2	47,4
Idade da Primeira Embriaguez												
11 anos ou menos	16,7	7,8	12,6	62,0	45,5	57,9	16,4	8,7	12,5	3,5	3,0	3,3
12-13 anos	28,0	32,7	30,2	38,0	54,5	42,1	42,8	52,9	47,9	16,4	16,6	16,5
14 anos ou mais	55,3	59,5	57,2	0,0	0,0	0,0	40,8	38,3	39,6	80,1	80,5	80,2
Idade da Primeira Experiência com Drogas												
11 anos ou menos	31,5	27,8	29,3	0,0	41,7	25,0	26,5	24,0	25,0	66,7	29,4	44,8
12-13 anos	48,1	46,8	47,4	87,5	58,3	70,0	47,1	44,0	45,2	25,0	47,1	37,9
14 anos ou mais	20,4	25,3	23,3	12,5	0,0	5,0	26,5	32,0	29,8	8,3	23,5	17,2

Legenda: ¹ Sim; ² Fuma; ³ Mais do que uma vez; ⁴ Alguma vez esteve embriagado;

⁵ Consumiu alguma vez; ⁶ Sim; ⁷ Consumiu.

* M – Masculino; F – Feminino; T – Total.

2002	Total			Escolaridade – 6.º			Escolaridade – 8.º			Escolaridade – 10.º		
Idade (10-25)	M = 14,0; SD = 1,9			M = 12,2; SD = 0,9			M = 14,3; SD = 1,0			M = 16,3; SD = 0,9		
	M*	F*	T*	M*	F*	T*	M*	F*	T*	M*	F*	T*
Experimental Tabaco ¹	37,8	36,4	37,1	19,2	12,3	15,8	44,0	43,2	43,6	58,5	61,2	59,9
Consumo Tabaco ²	18,9	18,3	18,6	8,8	5,5	7,2	21,8	21,3	21,5	30,7	32,2	31,5
Consumo Cerveja ³	12,8	4,3	8,5	3,8	0,9	2,3	14,9	3,9	9,1	24,2	9,7	16,6
Consumo Vinho ³	5,0	1,2	3,1	2,4	0,2	1,3	6,6	0,7	3,5	7,0	3,2	5,0

(continua)

Anexos: Prevalência dos Consumos em 1998, 2002 e 2006
(Total, por Género e Ano de Escolaridade)

(continuação)

2002	Total			Escolaridade – 6.º			Escolaridade – 8.º			Escolaridade – 10.º		
Idade (10-25)	M = 14,0; SD = 1,9			M = 12,2; SD = 0,9			M = 14,3; SD = 1,0			M = 16,3; SD = 0,9		
	M*	F*	T*	M*	F*	T*	M*	F*	T*	M*	F*	T*
Consumo Bebidas Destiladas ³	14,4	10,2	12,3	4,1	1,4	2,8	16,7	10,7	13,5	27,4	21,9	24,5
Alguma vez embriagado ⁴	29,1	20,2	24,5	17,1	6,4	11,8	31,1	22,5	26,6	45,5	36,3	40,7
Consumo <i>Marijuana</i> Na vida ⁵	18,3	8,4	13,1	0,0	0,0	0,0	11,9	4,8	8,1	26,9	13,6	20,0
Consumo <i>Marijuana</i> Último ano ⁵	16,4	8,7	12,4	0,0	0,0	0,0	10,6	5,0	7,7	24,2	13,9	18,8
Experimentar Bebida Alcoólica ⁶	55,6	48,4	51,9	32,9	19,5	26,2	63,0	56,6	59,7	80,6	78,0	79,3
Experimentar <i>Haxixe/Erva</i> ⁶	12,1	6,5	9,2	3,4	1,5	2,4	11,4	5,3	8,2	26,4	15,1	20,5
Experimentar Estimulantes ⁶	5,5	1,7	3,5	4,3	1,1	2,7	7,1	2,1	4,5	5,4	1,9	3,5
Experimentar Heroína ⁶	2,0	0,5	1,2	1,7	0,7	1,2	3,3	0,4	1,8	0,7	0,4	0,5
Experimentar Cocaína ⁶	2,9	0,7	1,7	3,1	1,0	2,0	3,4	0,4	1,8	1,8	0,6	1,2
Experimentar <i>Ecstasy</i> ⁶	3,3	1,1	2,2	2,0	0,7	1,3	4,8	1,1	2,9	3,5	1,6	2,5
Experimentar <i>LSD</i> ⁶	2,8	0,7	1,7	2,5	0,8	1,6	3,6	0,8	2,1	2,1	0,5	1,3
Experimentar « <i>Doping</i> » ⁶	3,2	0,5	1,8	1,8	0,6	1,2	4,6	0,4	2,4	3,6	0,5	2,0
Consumo Drogas no último mês ⁷	9,2	4,2	6,6	3,5	1,7	2,6	9,8	4,2	6,8	16,9	7,9	12,2
Idade do Primeiro Cigarro												
11 anos ou menos	35,3	23,3	29,2	71,2	65,2	68,8	34,7	24,6	29,4	20,8	12,2	16,2
12-13 anos	36,4	44,1	40,3	22,9	31,3	26,2	45,1	57,4	51,6	34,0	35,3	34,7
14 anos ou mais	28,3	32,6	30,5	5,9	3,6	5,0	20,3	17,9	19,0	45,2	52,6	49,1
Idade da Primeira Bebida Alcoólica												
11 anos ou menos	43,2	34,8	39,2	72,6	77,6	74,4	45,5	40,1	42,8	24,4	18,6	21,4
12-13 anos	33,8	38,4	36,0	22,1	18,6	20,9	39,3	47,6	43,4	34,8	35,5	35,2
14 anos ou mais	23,1	26,8	24,9	5,2	3,7	4,7	15,2	12,3	13,8	40,8	45,9	43,5
Idade da Primeira Embriaguez												
11 anos ou menos	24,0	11,9	18,8	59,1	57,4	58,6	27,1	13,4	21,1	6,9	2,4	4,8
12-13 anos	27,0	32,4	29,3	29,2	35,2	30,9	38,8	55,6	46,2	16,3	14,7	15,6
14 anos ou mais	49,0	55,7	51,9	11,7	7,4	10,5	34,1	31,0	32,7	76,7	82,9	79,6

(continua)

Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um Estilo?

(continuação)

2002	Total			Escolaridade – 6.º			Escolaridade – 8.º			Escolaridade – 10.º		
Idade (10-25)	M = 14,0; SD = 1,9			M = 12,2; SD = 0,9			M = 14,3; SD = 1,0			M = 16,3; SD = 0,9		
	M*	F*	T*	M*	F*	T*	M*	F*	T*	M*	F*	T*
Idade da Primeira Experiência com Drogas												
11 anos ou menos	15,4	12,6	14,4	48,8	68,2	55,6	20,5	13,3	18,1	5,2	1,7	3,9
12-13 anos	30,6	25,1	28,6	29,3	27,3	28,6	53,8	50,0	52,5	16,7	12,0	14,9
14 anos ou mais	54,0	62,3	57,0	22,0	4,5	15,9	25,6	36,7	29,4	78,1	86,3	81,2

Legenda: ¹ Sim; ² Fuma; ³ Mais do que uma vez; ⁴ Alguma vez esteve embriagado;
⁵ Consumiu alguma vez; ⁶ Sim; ⁷ Consumiu.
 * M – Masculino; F – Feminino; T – Total.

1998	Total			Escolaridade – 6.º			Escolaridade – 8.º			Escolaridade – 10.º		
Idade (10-17)	M = 14,1; SD = 1,7			M = 12,4; SD = 1,0			M = 14,3; SD = 0,9			M = 16,1; SD = 0,6		
	M*	F*	T*	M*	F*	T*	M*	F*	T*	M*	F*	T*
Experimentar Tabaco ¹	33,6	28,6	30,9	15,5	8,7	12,1	36,1	27,7	31,7	58,2	50,1	53,4
Consumo Tabaco ²	14,8	11,6	13,1	7,6	4,2	5,9	13,8	10,0	11,8	27,7	21,3	23,9
Consumo Cerveja ³	17,2	7,5	12,1	5,2	0,7	3,0	15,4	5,9	10,5	37,7	16,2	25,0
Consumo Vinho ³	5,4	1,2	3,2	3,2	0,5	1,9	4,7	0,7	2,6	9,8	2,5	5,5
Consumo Bebidas Destiladas ³	13,2	7,2	10,0	5,5	2,1	3,8	12,8	6,3	9,4	25,5	13,2	18,2
Alguma vez embriagado ⁴	26,7	18,1	22,1	14,4	6,0	10,3	24,8	16,6	20,6	49,5	32,2	39,2
Experimentar Bebida Alcoólica ⁶	74,6	67,8	71,0	57,5	41,4	49,6	79,1	72,7	75,8	94,8	88,9	91,3
Experimentar Haxixe/Erva ⁶	5,4	2,5	3,8	2,7	0,7	1,7	3,6	1,3	2,4	12,3	5,6	8,3
Experimentar Estimulantes ⁶	3,9	1,6	2,7	2,1	1,5	1,8	4,3	0,9	2,5	6,2	2,4	3,9
Experimentar Heroína ⁶	1,7	0,5	1,0	2,2	0,7	1,4	1,3	0,1	0,6	1,6	0,6	1,0
Experimentar Cocaína ⁶	1,5	0,5	0,9	2,0	0,5	1,3	0,9	0,2	0,5	1,5	0,7	1,0
Consumo Drogas Último mês ⁷	3,5	1,6	2,5	1,7	0,5	1,1	2,3	0,8	1,5	7,9	3,8	5,4
Idade da Primeira Experiência com Drogas												
11 anos ou menos	7,3	9,8	8,2	41,2	62,5	48,0	5,9	20,0	10,2	2,8	0,0	1,7
12-13 anos	26,0	23,2	24,9	52,9	37,5	48,0	32,4	40,0	34,7	17,2	14,9	16,6
14 anos ou mais	66,7	67,0	66,9	5,9	0,0	4,0	61,8	40,0	55,1	79,4	85,1	81,8

Legenda: ¹ Sim; ² Fuma; ³ Mais do que uma vez; ⁴ Alguma vez esteve embriagado;
⁵ Consumiu alguma vez; ⁶ Sim; ⁷ Consumiu.
 * M – Masculino; F – Feminino; T – Total.