

**António Antunes Frazão**

**CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS E DE  
TABACO**

**NA POPULAÇÃO ADOLESCENTE**

**Factores Pessoais e Familiares Predictores do Consumo**

**Dissertação apresentada à Universidade Aberta  
com vista à obtenção do grau de Doutor em Psicologia,  
na Especialidade de Psicologia Clínica e da Saúde**

**ORIENTADORA: Professora Doutora Natália Ramos**

**Universidade Aberta**

**Julho de 2004**

À

Maria de Lurdes

António Pedro e Nuno Gonçalo

## **AGRADECIMENTOS**

Por mais individual que se possa considerar um qualquer trabalho, a verdade é que ele só se torna possível com a contribuição, a colaboração e o apoio duma multiplicidade de pessoas e organizações.

Este que agora se apresenta não teria chegado ao fim, porventura mesmo começado, sem um conjunto de disponibilidades e participações que é justo realçar.

A todos o meu obrigado.

De modo especial e expressamente, estou grato:

Aos adolescentes pela sua disponibilidade participativa, bem como aos respectivos professores;

Ao ISLA – Instituto Superior de Línguas e Administração de Leiria;

Ao Professor Doutor Carlos Lopes Pires pelo incentivo;

À Mestre Cláudia Marisa Silvestre pela disponibilidade colocada no apoio à ultrapassagem dos desafios e dificuldades colocados pelo tratamento estatístico dos dados;

À Professora Doutora Natália Ramos pela confiança, compreensão e apoio nunca regateados.

## ÍNDICE GERAL

<b>RESUMO .....</b>	<b>14</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>15</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>

### PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-CONCEPTUAL

#### CAPÍTULO I - ADOLESCÊNCIA E CONTEXTOS DE DESENVOLVIMENTO

<b>ADOLESCÊNCIA .....</b>	<b>29</b>
1 As mudanças fundamentais .....	39
1.1 Mudanças biológicas .....	40
1.2 Mudanças cognitivas .....	41
1.3 Mudanças sociais .....	44
2 Contextos de Desenvolvimento .....	50
2.1 O adolescente e a família .....	51
Os estilos educativos parentais .....	57
Funcionalidade familiar e comportamento .....	63
2.2 O/a adolescente e os seus pares .....	66

## **CAPÍTULO II - ADOLESCÊNCIA E CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE PESSOAL**

<b>A IDENTIDADE .....</b>	<b>73</b>
1    Autonomia e Independência .....	<b>80</b>
2    Intimidade e Sexualidade .....	<b>85</b>
3    Auto-conceito e Auto-estima .....	<b>88</b>
3.1 O desenvolvimento do auto-conceito .....	<b>91</b>
3.2 Auto-conceito e comportamento .....	<b>98</b>
3.3 A avaliação do auto-conceito .....	<b>101</b>

## **CAPÍTULO III – COMPORTAMENTO E SAÚDE**

<b>SAÚDE, MEDICINA E PSICOLOGIA .....</b>	<b>103</b>
1    Emergência do Papel da Psicologia .....	<b>106</b>
2    O Papel do Sujeito na sua Saúde e Doença .....	<b>108</b>
3    Crenças, Atitudes e Comportamentos .....	<b>112</b>
4    Adolescência, Saúde e Comportamentos de Risco .....	<b>119</b>
4.1 Comportamento de risco .....	<b>122</b>

## **CAPÍTULO IV – CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS ADITIVAS**

<b>SUBSTÂNCIAS ADITIVAS .....</b>	<b>131</b>
1    Álcool .....	<b>132</b>
2    Tabaco .....	<b>137</b>
3    Outras Drogas/Drogas Psicoactivas .....	<b>140</b>
4    Uso, Abuso e Dependência .....	<b>142</b>
5    Adolescência e Consumo .....	<b>147</b>
5.1  Factores de risco .....	<b>150</b>
6    Consumos na População Adolescente Portuguesa .....	<b>168</b>

## **PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

### **CAPÍTULO V – METODOLOGIA**

1    Tipo de Estudo .....	<b>175</b>
2    Sujeitos, População e Amostra .....	<b>176</b>
3    Procedimentos .....	<b>179</b>
4    Instrumentos .....	<b>181</b>
4.1 <i>Piers-Harris Self-Concept Scale</i> .....	<b>181</b>
4.2 <i>APGAR</i> Familiar .....	<b>183</b>
4.3  Questionário dos estilos educativos parentais .....	<b>184</b>

4.4	Questionário sobre consumos familiares e pessoais, crenças e aceitação de consumo por parte dos pais .....	<b>185</b>
5	O Objecto e as Hipóteses do Estudo .....	<b>190</b>
6	Descrição das Variáveis .....	<b>192</b>
7	Tratamento dos Dados .....	<b>195</b>

## **CAPÍTULO VI – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

	<b>APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>199</b>
	<b>MOMENTO 1 .....</b>	<b>200</b>
1	Sexo, Idade e Número de Retenções .....	<b>200</b>
2	Nível Sócioeconómico .....	<b>201</b>
3	Consumo de Tabaco e de Álcool e Factores Pessoais .....	<b>201</b>
3.1	Consumo de Tabaco e de Álcool - Idade, Sexo e Número de retenções .....	<b>201</b>
3.2	Estatuto de Consumo de Tabaco e de Álcool – Crenças ...	<b>204</b>
3.3	Estatuto de Consumo de Tabaco e de Álcool – Auto-conceito .....	<b>204</b>
4	Consumo de Tabaco e de Álcool e Factores Sócio-familiares .....	<b>205</b>
5	Consumo de Substâncias Psicoactivas .....	<b>206</b>

<b>MOMENTO 2</b>	<b>207</b>
1 Sexo, Idade e Número de Retenções .....	<b>207</b>
2 Nível Sócioeconómico .....	<b>208</b>
3 Consumo de Tabaco e de Álcool e Factores Pessoais .....	<b>209</b>
3.1 Consumo de Tabaco e de Álcool - Idade, Sexo e Número de retenções .....	<b>209</b>
3.2 Estatuto de Consumo de Tabaco e de Álcool – Crenças ..	<b>212</b>
3.3 Estatuto de Consumo de Tabaco e de Álcool – Auto-conceito .....	<b>213</b>
4 Consumo de Tabaco e de Álcool e Factores Sócio-familiares .....	<b>213</b>
5 Consumo de Substâncias Psicoactivas .....	<b>214</b>
<b>DADOS COMPARADOS DOS DOIS MOMENTOS.....</b>	<b>215</b>
<b>OS FACTORES PESSOAIS E FAMILIARES COMO PREDICTORES DO CONSUMO DE TABACO E ÁLCOOL .....</b>	<b>220</b>
1 Estatuto de Consumo de Tabaco e Factores Pessoais .....	<b>220</b>
2 Estatuto de Consumo de Tabaco e Factores Familiares ...	<b>222</b>
3 Estatuto de Consumo de Tabaco e Factores Pessoais e Familiares .....	<b>224</b>
4 Estatuto de Consumo de Álcool e Factores Pessoais .....	<b>226</b>

5	Estatuto de Consumo de Álcool e Factores Familiares .....	228
6	Estatuto de Consumo de Álcool e Factores Pessoais e Familiares .....	229

## **CAPÍTULO VII - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES**

<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>233</b>
<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>252</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>272</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>317</b>

## ÍNDICE DE TABELAS E GRÁFICOS

TABELA 1	SEXO – IDADE.....	200
TABELA 2	SEXO – RETENÇÕES.....	200
TABELA 3	NÍVEL SOCIOECONÓMICO.....	201
TABELA 4	PRIMEIRO CONTACTO COM O TABACO.....	202
TABELA 5	CIGARROS FUMADOS NOS ÚLTIMOS 8 DIAS.....	202
TABELA 6	SEXO – ESTATUTO DE CONSUMO DE TABACO.....	202
TABELA 7	PRIMEIRO CONTACTO COM BEBIDAS ALCOÓLICAS .....	203
TABELA 8	CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NOS ÚLTIMOS 8 DIAS.....	203
TABELA 9	SEXO – ESTATUTO DE CONSUMO DE ÁLCOOL.....	204
TABELA 10	ESTATUTO DE CONSUMO DE TABACO E DE ÁLCOOL.....	205
TABELA 11	CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS.....	206
TABELA 12	SEXO – IDADE.....	207
TABELA 13	SEXO – RETENÇÕES.....	207
TABELA 14	NÍVEL SOCIOECONÓMICO FAMILIAR.....	208
TABELA 15	PRIMEIRO CONTACTO COM O TABACO.....	209
TABELA 16	CIGARROS FUMADOS NOS ÚLTIMOS 8 DIAS.....	209
TABELA 17	SEXO – ESTATUTO DE CONSUMO DE TABACO.....	210
TABELA 18	PRIMEIRO CONTACTO COM BEBIDAS ALCOÓLICAS .....	210

TABELA 19	CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NOS ÚLTIMOS 8 DIAS.....	211
TABELA 20	SEXO – ESTATUTO DE CONSUMO DE ÁLCOOL.....	211
TABELA 21	ESTATUTO DE CONSUMO DE TABACO E DE ÁLCOOL-CRENÇAS.....	212
TABELA 22	ESTATUTO DE CONSUMO DE TABACO E DE ÁLCOOL- PERMISSIVIDADE PARENTAL.....	214
TABELA 23	CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS.....	214
TABELA 24	ESTATUTO DE CONSUMO DE TABACO M1.....	216
TABELA 25	ESTATUTO DE CONSUMO DE ÁLCOOL M1.....	217
TABELA 26	PAI AUTONOMIA-AMOR – MÃE AUTONOMIA-AMOR.....	218
TABELA 27	AUTO-CONCEITO - AUTONOMIA-AMOR.....	219
TABELA 28	FACTORES PESSOAIS DO CONSUMO DE TABACO M1.....	220
TABELA 29	FACTORES PESSOAIS DO CONSUMO DE TABACO M2.....	221
TABELA 30	FACTORES PESSOAIS DO CONSUMO DE TABACO.....	222
TABELA 31	FACTORES FAMILIARES DO CONSUMO DE TABACO M1.....	222
TABELA 32	FACTORES FAMILIARES DO CONSUMO DE TABACO M2.....	223
TABELA 33	FACTORES FAMILIARES DO CONSUMO DE TABACO.....	223
TABELA 34	FACTORES PESSOAIS E FAMILIARES DO CONSUMO DE TABACO M1	224
TABELA 35	FACTORES PESSOAIS E FAMILIARES DO CONSUMO DE TABACO M2	225
TABELA 36	FACTORES PESSOAIS E FAMILIARES DO CONSUMO DE TABACO.....	225
TABELA 37	FACTORES PESSOAIS DO CONSUMO DE ÁLCOOL M1.....	226

TABELA 38	FACTORES PESSOAIS DO CONSUMO DE ÁLCOOL M2.....	<b>227</b>
TABELA 39	FACTORES PESSOAIS DO CONSUMO DE ÁLCOOL.....	<b>227</b>
TABELA 40	FACTORES FAMILIARES DO CONSUMO DE ÁLCOOL M1.....	<b>228</b>
TABELA 41	FACTORES FAMILIARES DO CONSUMO DE ÁLCOOL M2.....	<b>228</b>
TABELA 42	FACTORES FAMILIARES DO CONSUMO DE ÁLCOOL M1.....	<b>229</b>
TABELA 43	FACTORES PESSOAIS E FAMILIARES DO CONSUMO DE ÁLCOOL M1	<b>229</b>
TABELA 44	FACTORES PESSOAIS E FAMILIARES DO CONSUMO DE ÁLCOOL M2	<b>230</b>
TABELA 45	FACTORES PESSOAIS E FAMILIARES DO CONSUMO DE ÁLCOOL M1	<b>231</b>
GRÁFICO 1	NÍVEL SOCIOECONÓMICO.....	<b>208</b>

## RESUMO

A presente investigação teve como principais objectivos a compreensão das relações existentes entre os consumos de tabaco e de álcool, e factores pessoais e familiares como: idade, sexo, número de reprovações, auto-conceito, crenças acerca do álcool e do tabaco, nível socioeconómico, funcionalidade familiar e percepção da autonomia e amor disponibilizados pelos pais.

No Momento 1 da investigação, foram recolhidos dados junto de adolescentes que frequentavam o 9º ano de escolaridade em 12 escolas da zona de Leiria (n=1147). Dois anos depois (Momento 2), fez-se a mesma recolha de informação junto das 5 escolas secundárias que receberam a maioria dos alunos inquiridos no Momento 1 (n=761).

Relativamente aos consumos, os nossos resultados corroboram os obtidos noutras investigações. Assim: o consumo de tabaco e de álcool dos nossos adolescentes continua a situar-se abaixo do dos adolescentes de outros países, verificando-se a tendência ao aumento dos consumos (sobretudo no referente ao álcool), e uma paridade crescente entre os géneros.

Podemos constatar que factores pessoais e familiares revelam ter importância na iniciação e manutenção dos comportamentos de consumo. A iniciação precoce, algumas crenças pessoais acerca do álcool e do tabaco, a reprovação escolar e a dimensão *comportamento* do auto-conceito, bem como a percepção que o/a adolescente tem do clima familiar e das relações parentais, e ainda da permissividade/tolerância dos pais relativamente aos consumos, constituem factores facilitadores do consumo adolescente, podendo ser predictores dos níveis de consumo.

## **ABSTRACT**

The main goal of this research was the understanding of the relations between the alcohol and tobacco adolescent's use, and personal and familiar factors such as: age, gender, academic difficulties, self-concept, beliefs about alcohol and tobacco, socioeconomic status, family functionality, and the perception of the autonomy and love from their parents.

At the Step I of the research, the data was collected from nine grade students (n=.1147). Two years later (Step II) the data were collected from eleven grade students (n=761).

Regarding the alcohol and tobacco use, the findings are comparable to preceding researches. So, the use of alcohol and tobacco of the Portuguese adolescents maintain a minor level when compared with the consumer in other countries. However, the alcohol and tobacco use have a tendency to grow, and become equal in the two genders (mainly concerning the alcohol).

Our findings allow that personal and familiar factors are very important to the beginning and the maintenance of alcohol and tobacco use. The earlier beginning, some personal beliefs regarding alcohol and tobacco, academic difficulties, and self-concept behavior, such as the adolescent's perception of family and parents relationships, the parent's permissibility concerning the alcohol and tobacco, are facilitator as well as predictive factors of the of adolescent's use and abuse.

## **INTRODUÇÃO**

Na procura dum bem-estar individual que permita suportar a falência dos paraísos prometidos, quer pelas religiões, quer pelas ideologias políticas, as sociedades actuais têm sacrificado de forma assustadoramente dramática o ambiente em que vivem, parecendo sucumbir, na perspectiva individual, ao desejo de alterar, das mais diversas formas, as suas “paisagens interiores”.

De facto

- parece sermos cada vez mais os que suportamos cada vez menos as frustrações, e até as pequenas contrariedades, mesmo quando umas e outras são fontes naturais de construção pessoal
- não toleramos uma natural labilidade de humor e as tristezas e alegrias decorrentes, exigindo dos outros e de nós próprios um equilíbrio estagnante;
- sabemos pouco lidar com os conflitos, negando-os, procurando ignorá-los, apesar de inevitáveis e inerentes à própria condição humana e ao seu desenvolvimento;
- lidamos mal com o stresse, apesar da sua inevitabilidade nas sociedades modernas e no estilo de vida que escolhemos;
- queixamo-nos do tempo e sobretudo da sua pretensa falta, como se, de repente, os dias não continuassem a ter as mesmíssimas 24 horas;

- exigimos de nós a força e velocidade de um *sprinter* e a resistência de um maratonista, mesmo quando, como preparação, fazemos umas pequenas corridas na pista partilhada por nós e pelos produtos tóxicos dos carros, vamos uma vez ou outra a um ginásio, ou usamos apenas as pantufas e um qualquer programa de televisão (porque a vida não está para grandes esforços);
- anestesiamos, com a maior facilidade e naturalidade, qualquer dor ou sensação de mal estar, mesmo quando esta é apenas sintomática, natural e suportável;
- pretendemos vencer o stresse, as manifestações depressivas, e as insónias com a facilidade de quem bebe um copo de água, ao invés de procurar conhecer, controlar e/ou alterar os comportamentos subjacentes;
- pretendemos controlar, uma vez mais de fora para dentro, os comportamentos demasiado activos e potencialmente agressivos, de acordo com o nosso gosto e as conveniências do momento;
- procuramos sensações de euforia e de risco, não nas alegrias e no risco inerente à própria vida e ao seu equilíbrio, mas antes em experiências forçadas, ultrapassando os limites do equilíbrio.

Mais do que em qualquer outro momento da história da humanidade procuramos preencher os vazios produzidos pelo estilo de vida adoptado com o uso, e eventual abuso, de uma panóplia de produtos que a sociedade de consumo não apenas nos disponibiliza mas nos pressiona a consumir na busca dos pequenos prazeres.

A publicidade faz-nos perceber como necessidades, produtos e substâncias de cuja existência nem suspeitávamos, com vantagens e resultados que não procurávamos.

Somos forçados a aprender (e com que facilidade) a não suportar o que é natural e, por isso, suportável e necessário à construção do indivíduo na sua plenitude.

Embora a história da Humanidade nos mostre que desde sempre o homem tenha procurado satisfazer, através do consumo de substâncias, uma sensação de bem-estar e de equilíbrio que a vida normal não proporcionava, a verdade é que, sobretudo desde o final do século passado, a situação se terá tornado preocupante.

Falar do uso de produtos externos modificadores do estado de consciência e da percepção da realidade, permite-nos recuar pelo menos 5000 anos, para encontrarmos a comprovação histórica das suas primeiras utilizações.

Tratava-se, no entanto, de um uso para fins muito particulares e específicos, quer associados à prática de ritos religiosos (promovendo uma aproximação ao sobrenatural), quer como forma de mitigar a fome e o cansaço.

É sobretudo ao longo do último século que as drogas invadem o espaço do nosso quotidiano, perdendo o seu carácter sagrado e desligando-se da significação social ou colectiva primitiva.

Para além dos produtos naturais mais ou menos usados desde sempre, outros produtos (extraídos directamente das plantas ou por síntese do seu princípio activo) permitiram a disponibilização de um conjunto cada vez maior de fármacos, com os mesmos efeitos perversos das drogas originais.

Com o contributo da ciência aumenta a capacidade de oferta de substâncias que são usadas no tratamento psiquiátrico (ansiolíticos, hipnóticos), e noutros domínios médicos (anestésicos e fármacos para tratamento da dor) proporcionando alívio, bem-estar e prazer, pretensamente resolvendo todos os problemas do homem.

E se efectivamente progressos houve no controlo e tratamento de algumas patologias, também constitui amarga realidade o facto de as mesmas substâncias desencadearem desequilíbrios e dependências.

Generalizou-se, por iniciativa da clínica médica, o uso natural e fácil do comprimido, da droga como medicamento, mesmo em situações em que os efeitos nefastos ultrapassam largamente os eventuais benefícios.

Generalizou-se e banalizou-se o pedido/exigência da receita médica para males que, sendo do comportamento e do estilo de vida, nenhum produto externo pode alterar na sua essência.

Generalizou-se e banalizou-se a auto-medicação como se uma qualquer substância externa pudesse ou devesse substituir o auto-controlo, a autonomia pessoal, o desenvolvimento de competências para lidar com as situações.

Assim, a acessibilidade dos medicamentos (e os interesses económicos implicados) facilitaram e facilitam o uso excessivo e indevido para além e fora do âmbito terapêutico, o que fez com que, em Portugal, nos últimos 10 anos tenha duplicado o consumo de substâncias psicoactivas.

Por outro lado, o conhecimento adquirido permitiu igualmente a fabricação de uma enormidade de produtos que, sem qualquer indicação terapêutica, passaram a ser utilizados como drogas, dada a

facilidade do seu uso, a sua acessibilidade e a sua maior aceitabilidade, nomeadamente pela semelhança e proximidade com o "medicamento".

Com as drogas de síntese o consumo não só aumenta rapidamente, como se "democratiza" não "discriminando" nem idades, nem classes sociais.

Mas ao falarmos de toxicodependências, ou de drogas, tendemos a esquecer o tabaco e o álcool que (não sendo menos nefastos nas suas consequências do que algumas das outras drogas não autorizadas) são as de custos sociais mais elevados.

É importante, no entanto, clarificar que nem todo o uso de substâncias psicoactivas implica patologia e exige tratamento, como nem todo o uso recreativo acaba inevitavelmente no uso abusivo e na dependência.

O carácter patológico do consumo assenta na centração do sujeito no seu produto de eleição, portanto, na incapacidade de enfrentar o quotidiano sem a ele recorrer.

Mas nem só das chamadas toxicomanias, que remetem para a dependência de substâncias que provocam alterações de carácter pessoal e social, se faz a história actual das adições e dependências.

Confrontamo-nos hoje com comportamentos e actividades de que temos dificuldade em nos libertar, constituindo verdadeiras adições, e de que são exemplo: o tabaco e o álcool (também classificados como drogas); o jogo patológico; as perturbações das condutas alimentares (anorexia e bulimia); comportamentos sexuais; ficar preso a um jogo de computador, à internet ou a um programa de televisão, constituem

alguns dos comportamentos a que uma visão meramente biomédica não consegue dar resposta.

De facto o modelo biomédico não se libertou duma visão dualista mente-corpo definidos como entidades separadas. A doença era encarada como algo que resulta de mudanças biológicas exteriores e fora do controlo do sujeito, pelo que este não pode ser considerado responsável.

O século passado assistiu a mudanças decorrentes de novas abordagens que põem em causa a perspectiva biomédica.

Novas abordagens, que vão da medicina psicossomática, passando pela saúde comportamental e pela medicina comportamental, abrem caminho para o que hoje se conhece como Psicologia da Saúde e que Matarazzo (1980) considera como o domínio da Psicologia que, recebendo contributos de outras áreas, visa não só promover a saúde e a sua protecção, a prevenção e o tratamento da doença, a identificação etiológica e o diagnóstico, mas igualmente o aperfeiçoamento das políticas e dos sistemas de saúde.

Investigando o papel das cognições, das emoções e dos comportamentos nas causas, na manutenção e nas consequências da doença, a intervenção (na perspectiva da Psicologia da Saúde) ajudará a promover comportamentos saudáveis e a prevenir o aparecimento da doença.

A compreensão do papel do comportamento na doença permitirá: (1) o reconhecimento dos comportamentos prejudiciais para a saúde; (2) o conhecimento e compreensão das crenças subjacentes aos comportamentos; (3) a ajuda à mudança das crenças.

É hoje inquestionável que o consumo de álcool e de tabaco, o regime dietético, o estilo de vida, o stresse são comportamentos (associados e decorrentes de crenças) que se correlacionam nomeadamente com a doença coronária, muitos tipos de cancro, acidente vascular cerebral, morte por acidentes rodoviários, etc.

Mudar as crenças e o comportamento é certamente a chave, não apenas para a melhoria do bem-estar, como também para a superação de muitos dos desequilíbrios que estão na origem e alimentam a situação de doença. Não podemos continuar a perspectivar o homem como receptor passivo dos acontecimentos exteriores, nem tão pouco e apenas como interactuante com o seu meio. A concepção com que terminou o século passado já perspectivava o homem como sujeito “intra-activo”, responsável e responsabilizado, determinado e determinante.

É, assim, essencial que a crescente tomada de consciência de que urge passar à acção na defesa do equilíbrio global do ambiente, se alargue à tomada de consciência da urgência de procedermos a reflexões profundas e a acções consequentes que visem as nossas próprias paisagens interiores, e uma percepção realista de nós próprios e dos nossos comportamentos.

No contexto de Psicologia da Saúde e da promoção dos comportamentos saudáveis é inevitável abordar a infância e a adolescência tendo presente que é nestes ciclos de vida que os comportamentos adultos em grande parte se constróem.

Porque o ciclo de vida que designamos por adolescência se constitui como a faixa etária mais vulnerável a comportamentos e estilos de vida prejudiciais dum desenvolvimento saudável, e porque de entre estes, os comportamentos de consumo de tabaco e de álcool assumem

particular actualidade e relevância, não só pelas suas implicações directas mas porque funcionam, muitas vezes, como drogas de entrada, decidimos orientar o nosso estudo para estes consumos.

Não se trata, porém, dum estudo incidindo sobre a prevalência dos consumos, antes pretendendo conhecer que factores (pessoais ou familiares) lhes estarão associados.

Assim procedemos ao levantamento de um conjunto de dados que nos permitissem saber dos respectivos consumos de tabaco e de álcool, das crenças positivas e negativas relativamente a estas duas substâncias, do conceito que tinham de si próprios e das condições familiares e relacionais com os seus pais.

A recolha de informação foi feita em dois momentos desfasados de dois anos. O *Momento 1*, correspondente aos alunos que frequentavam o 9º ano de escolaridade, constitui a primeira amostra com 1147 sujeitos, sendo 590 do sexo feminino e 557 do masculino. O *Momento 2*, constituído por alunos que dois anos depois frequentavam o 11º ano, corresponde a 761 adolescentes, sendo 448 do sexo feminino e 313 do masculino. O total de adolescentes identificados como comuns aos dois momentos da recolha de informação é de 332.

Os resultados a que foi possível chegar apontam no sentido de que algumas crenças, o número de retenções, o domínio *comportamento* do Auto-conceito, o facto de na família se consumir ou não tabaco e/ou álcool, o amor e a autonomia disponibilizados pelos pais, e a permissividade dos pais face aos consumos desempenham importante papel, funcionando como predictores do consumo dos/as adolescentes.

Tais conclusões são, como se verá, concordantes com a maioria das investigações internacionais.

Antes, porém, das conclusões, que serão apresentadas no *Capítulo VII*, antecedidas pela discussão dos resultados, procedemos nos quatro primeiros capítulos à fundamentação conceptual. O *Capítulo I* centra-se na *Adolescência e Contextos de Desenvolvimento*. O *Capítulo II* tem como objecto a *Adolescência e Construção da Identidade*. *Comportamento e Saúde* constitui o conteúdo do *Capítulo III*, enquanto o tema *Consumo de Substâncias Aditivas* é abordado no *Capítulo IV*.

A Parte II, correspondendo à investigação empírica, é constituída pelo *Capítulo V – Metodologia*, a que se seguirá a *Apresentação dos Resultados* no *Capítulo VI*, terminando-se com a *Discussão dos Resultados e Conclusões* no *Capítulo VII*, feita à luz dos dados da investigação sobre esta matéria, e com a indicação do que consideramos ser importante continuar a investigar.

## **ADOLESCÊNCIA E CONTEXTOS E DESENVOLVIMENTO**

### **ADOLESCÊNCIA**

Falar de adolescência é abordar um tema que, enquanto objecto de estudo particular da psicologia do desenvolvimento, é recente, e centrado fundamentalmente na cultura ocidental.

Falar de adolescência é igualmente abordar um sujeito em desenvolvimento que, nas sociedades ocidentais, se move num terreno de limites vagos e imprecisos, de fronteiras móveis, contrariamente ao que acontecia nas sociedades pré-industriais e em algumas culturas ditas primitivas, em que a passagem ao estatuto formal de adulto (com a conseqüente obrigação do cumprimento de normas e a assumpção de papéis) acontecia de modo rápido e preciso, porventura através de ancestrais ritos de iniciação.

É ainda abordar uma realidade multifacetada não aceite por todos e cuja conceptualização é recente. De facto, o conceito de adolescência é introduzido no início do séc. XX por Hall, como fase de transição entre a infância e a idade adulta, correspondendo, grosso modo, à segunda década da vida humana. Trata-se de uma realidade que, correspondendo a um ciclo da vida humana, se distingue, não apenas dos outros ciclos de desenvolvimento, como de si mesma em diferentes tempos e espaços sócio-históricos.

Desde a publicação da *Adolescence* de Stanley Hall (1904-05) uma multiplicidade de abordagens (biológicas, psicológicas, sociais e económicas) têm procurado trazer luz à compreensão das diferentes

transformações que conduzem o indivíduo da imaturidade que caracteriza a infância à maturidade adulta, centrando-se:

- nas mudanças fundamentais de carácter biológico, cognitivo e social;
- nos contextos sociais em que ocorrem estas mudanças (família, grupo de pares, escola, trabalho e actividades de lazer);
- no desenvolvimento psicossocial, dizendo respeito à construção da identidade, à autonomia, à intimidade, à sexualidade, à realização pessoal, como aos problemas que podem surgir, e que são consequência natural dos processos de interacção entre as mudanças individuais e os contextos de vida.

É importante distinguir desde já aquilo que são os resultados da investigação científica na área do desenvolvimento adolescente, do que decorre de concepções erradas, e muitas vezes preconceituosas, relativas a um período da vida que, mais que qualquer outro, é marcado por mudanças quantitativas e qualitativas que, sendo aceleradas, são igualmente prolongadas no tempo, por questões mais sociais que individuais.

Apesar de todo o progresso investigativo, sobretudo a partir da última metade do séc. XX, subsistem concepções pouco claras e em muito contraditórias.

Para Hall, tal como para os teóricos da psicanálise, a adolescência é uma etapa crucial e diferenciada de maturação e de construção da identidade pessoal, como resultado natural dos processos de maturação biológica e das transformações rápidas que daí resultam e se estendem aos aspectos psicológicos e sociais.

Trata-se duma “crise” de desenvolvimento marcada pelo tumulto psicológico (Rousseau); caracterizada como *storm and stress* (Hall); denominada de período negativo (Bühler) em que o sujeito é vítima da reativação dos conflitos edipianos e se confronta com a necessidade de romper com as identificações parentais anteriores; um período marcado por perturbações psicológicas provocadas pela oposição de um Id forte a um Ego fraco de que resultam estados de ansiedade e de culpabilidade intensos, o que origina atitudes hostis, oposição aberta, e inaptações (A. Freud).

É fácil verificarmos que as descrições de Hall, de Rousseau, e de Bühler, as abordagens psicanalíticas, e as posições delas decorrentes, apresentam a adolescência como um período de vida marcado pela rebelião e o stresse, e os/as adolescentes como impetuosos, instáveis e imprevisíveis.

Porém, a partir dos anos 60, investigações empíricas e epidemiológicas levam à defesa de uma concepção que, não negando a confrontação do/a adolescente com problemas específicos, considera que a “crise”, porventura existente não é essencialmente diferente da que acontece noutros ciclos da vida (Douvan & Adelson, 1966; Zazzo, 1966; Rutter et al. 1976).

No entanto, e de acordo com Steinberg (2002), não havendo qualquer evidência científica de que a adolescência é mais turbulenta que a infância e a adultícia, ainda hoje se continua a considerar a tempestade e tensão como a sua característica essencial.

“Idade ingrata”, “do armário”, “da prateleira”, tempo de todos os perigos e de nada ser como era dantes; de agressividade, de turbulência, de tensão e incompreensão insanáveis; de angústia permanente, de irresponsabilidade; tempo em que tudo é, foi ou será em breve posto

em causa, tudo isto e muito mais serve para classificar a adolescência e os/as adolescentes da, e na, sociedade em que vivemos.

Os/as adolescentes, de acordo com Adelson (1979), constituem um dos grupos sociais alvo de um maior conjunto de estereótipos na sociedade contemporânea, e, como consequência, um dos menos compreendidos.

E se dúvidas houvesse sobre este atitude preconceituosa e alarmista bastaria olhar muitos dos títulos de livros, de artigos e de notícias sobre a adolescência. De facto, enquanto a maioria das obras sobre o desenvolvimento e a educação de crianças têm títulos que, na sua grande maioria, remetem para a ideia de um desenvolvimento normal, harmonioso e quase isento de problemas, as respeitantes à adolescência, enfatizam, por vezes em tom dramático, os problemas e dificuldades de ser-se ou ter-se um filho/a adolescente de que serão exemplo: *“Socorro, tenho um filho adolescente”* ou *“Como sobreviver a um filho adolescente”*.

Desde sempre (porventura agora com mais insistência) escreve-se e fala-se de adolescência tendo como pano de fundo e referência fundamental, o/a adolescente com problemas, o violento, o socialmente marginal, o toxicodependente, assumindo-se a patologia como modelo do desenvolvimento.

Mas se observarmos atentamente o que se disse e escreveu ao longo do tempo histórico, verificamos que:

- os problemas que efectivamente existem, não são na sua essência diferentes;

- os problemas e dificuldades efectivamente existentes não são necessária e/ou exclusivamente decorrentes deste período de desenvolvimento;
- apesar de preocupantes, os problemas e dificuldades existentes não são generalizáveis à adolescência, antes respeitando a um grupo que, apesar de tudo, é efectivamente minoritário.

De resto, as ideias preconceituosas e pessimistas relativamente à adolescência, muitas vezes aparentemente legitimadas por alguns teóricos da psicologia, têm raízes históricas muito profundas e longínquas.

Se no séc. V a.C., já Sócrates se queixava da má educação, do desprezo da autoridade e da ociosidade da juventude, limitava-se, no essencial, a repetir o que já antes afirmara Hesíodo (séc. VII a.C.).

Mais tarde, Shakespeare em *Um conto de inverno*, afirma que seria bom que a idade entre os dezasseis e os vinte e três anos não existisse, ou que, neste período, os jovens dormissem todo o tempo, só assim se acabando os problemas.

Esta visão pessimista, talvez tão velha quanto a própria humanidade, está provavelmente ligada à necessidade e inevitabilidade do progresso que, por definição, não pode ser a simples reprodução e continuidade do passado, implicando antes algum afastamento, separação, ou mesmo ruptura, para que o passado possa ser superado.

De facto, o estudo científico do desenvolvimento humano, e particularmente o da adolescência, tem vindo a permitir a constatação de que muitas das ideias sobre este período de desenvolvimento estão assentes em concepções erradas e preconceituosas.

Guisinger & Blatt, (1994), Collins & Russel, (1991), Grotevant, (1997), Steinberg (2002), entre outros, defendem que o processo de desenvolvimento não é característica e inevitavelmente difícil e de ruptura com o passado, e que a maioria dos adolescentes faz um processo de autonomização face aos pais de forma progressiva, sem problemas, nem sobressaltos.

Recentemente alguns teóricos têm mesmo posto em causa a adolescência como etapa específica e diferenciada de desenvolvimento, afirmando que, mais que um fenómeno biológico ou cognitivo, a adolescência é uma invenção social (Fasik, 1994; Lapsley, Enright & Serling, 1985).

Certamente que a adolescência, enquanto processo de crescimento/desenvolvimento que corresponde, grosso modo, à segunda década da vida humana, é bem diferente do que era norma antes da Revolução Industrial, bem como da adolescência do meio do século XX. Ser adolescente em diferentes épocas, em diferentes lugares, e em diferentes culturas, ou ser-se adolescente hoje e numa sociedade do tipo ocidental não é seguramente o mesmo. De facto

“a agitação e a tensão manifestada pelos adolescentes dependem, em grande medida, das exigências e das expectativas da cultura em que estão inseridos” (Sprinthall & Collins, 1994: 21).

O modo como a criança é preparada para assumir progressivamente as tarefas que a cultura em que está inserida exige do adulto, condicionando a construção perceptiva do adulto, de si própria e da sociedade, permite a elaboração de expectativas adequadas e consistentes, facilitadoras da transição socializadora para a adultícia.

Apesar das críticas de Freeman (1983, in Sprinthall & Collins, 1994) às investigações de Margaret Mead em Samoa, nos anos 20 do século

passado, estes e outros contributos da Antropologia Cultural permitem concluir que “[...] *as normas e as expectativas culturais ajudam a determinar a natureza da adolescência*[...] (Sprinthall & Collins, 1994: 21).

O facto de os principais acontecimentos da vida (nascimento, sexo, morte) serem encarados de modo franco e aberto; dos direitos e deveres serem, desde cedo, organizados e partilhados (tal como as pequenas tarefas diárias) tendo em atenção os níveis de desenvolvimento atingidos; do contributo individual ser reconhecido e valorizado; dos inevitáveis conflitos relacionais serem resolvidos de modo consistente e contigente será certamente facilitador de transições mais calmas, como Mead (1928) defende relativamente aos adolescentes de Samoa.

No polo oposto encontram-se as sociedades que tendem a definir e a diferenciar rigidamente as tarefas, as responsabilidades e os privilégios da criança face ao adulto, quase sempre desvalorizando as suas capacidades e os seus contributos possíveis. Não existe, como parece acontecer nas ilhas Samoa estudadas por Margaret Mead, uma certa continuidade no processo de socialização o que determinará um processo de transição mais dificultado. E, apesar de nas sociedades do tipo ocidental não existirem processos de descontinuidade tão marcados como em sociedades em que a transição é marcada por ritos de passagem, a verdade é que nestas a transição acontece num período curto, apesar de intenso. Nas sociedades do tipo ocidental, para além da descontinuidade nos processos de socialização o período é cada vez mais alongado e as expectativas de futuro cada vez mais incertas e nebulosas.

Ruth Benedict (in Sprinthall & Collins, 1994) antropóloga que estudou as diferenças culturais que estarão associadas às dificuldades da adolescência nas sociedades modernas, defende existirem três dimensões de descontinuidade com especial importância na determinação da natureza da adolescência: *responsabilidade-irresponsabilidade; dominância-submissão e actividade sexual-ausência de actividade sexual*. Para a autora a natureza da adolescência decorrerá do modo como o processo de socialização permite e favorece: a assumpção progressiva e adequada da responsabilidade; o exercício do domínio em diferentes circunstâncias ao invés de exigir a aceitação incondicional do domínio absoluto do adulto; a descoberta e expressão duma sexualidade que se pretende manifestação madura e responsável.

Para além das diferenças de cultura que sempre estiveram presentes nas conceptualizações da adolescência enquanto período de agitação e tensão, o que hoje parece certo, nas sociedades do tipo ocidental, é que:

- num determinado período do ciclo de vida um conjunto de mudanças significativas ocorrem, permitindo a transição para a maturidade adulta;
- tais mudanças, sendo basicamente as mesmas em todos os indivíduos, acontecem num dado contexto histórico, social e familiar que parece influenciar o tempo e o modo como as mudanças ocorrem e como são vivenciadas, quer pelo/a adolescente, quer pelo seu envolvimento.

Assim, compreender a adolescência e os adolescentes implica perceber, não apenas a natureza das mudanças necessárias e inevitáveis, como as implicações decorrentes das mudanças na família,

nos grupos de pares, na escola, nos ambientes relacionais de trabalho e de lazer, bem como nas perspectivas sociais relativamente ao futuro.

Concluindo, diremos que, para além das transformações implicadas no processo de crescimento e desenvolvimento individual, as alterações profundas ao nível da família e da sociedade, sobretudo no último século, com implicações directas no aumento da escolaridade, determinaram a definição do conceito de adolescência enquanto etapa de desenvolvimento com fases e tarefas específicas.

Mais que qualquer outra, a adolescência constitui uma etapa de desenvolvimento, cujos limites não são fáceis de definir. Consideramos, com Laufer (1989) que ela surge com as alterações psicobiológicas que iniciam a sua maturação (puberdade), e termina quando um sistema de valores e crenças se enquadra numa identidade estabelecida, o que corresponderá ao percurso dos 12 aos 21 anos.

Apesar de constituir uma etapa de desenvolvimento, é possível encontrar neste período, fases relativamente distintas que designaremos de:

- *adolescência inicial* - dos 12 aos 14 anos;
- *adolescência média* - dos 15 aos 17 anos;
- *adolescência final* – dos 18 aos 21 anos.

Embora existam características específicas a cada fase, concordamos com Sampaio (1991: 64) quando afirma:

“Parece-nos mais útil considerar que no decurso dos vários anos da adolescência -época variável em tempo consoante o contexto em que o jovem se insere- terão de ser reanalisadas determinadas tarefas, que sistematizaremos, de acordo com Laufer (1972), em três núcleos principais:

1. alteração da relação com os pais;
2. alteração da relação com os companheiros;
3. formação da identidade sexual.”

É, portanto, num contexto de mudanças essenciais ao próprio desenvolvimento que o/a adolescente se constrói como sujeito único e individual (com uma identidade própria), pondo-se, e pondo em causa as suas relações, e refazendo-as à luz de uma nova concepção do mundo e de si próprio.

## **1 As Mudanças Fundamentais**

Ainda que a adolescência seja, em muitos aspectos, o período de vida em que as mudanças são maiores e mais significativas, é importante ter presente que não é possível haver desenvolvimento sem mudança e que, portanto, e em si mesma, esta não é sequer um mal necessário.

Se quiséssemos caracterizar, de forma genérica, a adolescência diríamos tratar-se de um período de transição da infância para a adultícia, com rápidas e intensas mudanças. Porém, não se trata apenas de uma fase de simples transição infância-adultícia, ou de transformações corporais que desencadeiam mudanças psicológicas.

Para Hill (1983) há três aspectos essenciais que caracterizam o desenvolvimento deste ciclo de vida: o surgimento da puberdade; a emergência de capacidades de pensamento mais avançadas; a transição para o desempenho de novos papéis sociais.

E se mesmo as mudanças pubertárias, sendo fundamentalmente de raiz biológica, não deixam de ser influenciadas pelas condições e contextos sociais, as mudanças necessárias e inevitáveis de carácter psicossocial, não podem deixar de resultar de processos de interação que, incluindo as mudanças pubertárias e as suas consequências, decorrem dos contextos sociais de vida, condicionando o desenvolvimento cognitivo e emocional, bem como as competências sociais necessárias a um desenvolvimento e integração saudáveis.

## **1.1 Mudanças biológicas**

A puberdade, enquanto mudança biológica, é o sinal mais evidente do início da adolescência. E embora o termo se utilize no sentido alargado da ocorrência das mudanças físicas, significa mais especificamente a capacidade de reprodução sexual.

Adolescer (do latim *adolescere* significando crescer até à maturidade) vai implicar um conjunto vasto de mudanças (num ritmo e durante um tempo que envolve variações individuais) que incluem:

- aceleração rápida do crescimento;
- desenvolvimento dos caracteres sexuais (primários e secundários), e da capacidade reprodutiva;
- alteração das quantidades e da distribuição da gordura e da massa muscular;
- mudança nos sistemas respiratório e circulatório.

Tais mudanças, que caracterizam no essencial a puberdade, são suportadas por hormonas e substâncias químicas que actuam em órgãos e tecidos específicos, desencadeando o aumento da produção da testosterona (nos rapazes) e do estrogénio (nas raparigas) bem como da hormona do crescimento.

As manifestações pubertárias tendem a acontecer mais cedo do que há alguns séculos atrás em função de factores genéticos e dos cuidados alimentares e de saúde, sendo as meninas (como acontece noutros aspectos e fases do desenvolvimento) mais precoces que os meninos.

Dado que todo o processo de mudança obriga a um esforço adaptativo suplementar, é natural que as mudanças pubertárias tenham impacto psicológico e social, podendo existir grandes flutuações e alterações de humor e de comportamento, padrões de sono alterados e dificuldades nas relações que tendem a ser diferentes, nomeadamente em função da entrada precoce ou tardia na puberdade.

De realçar que muitas destas alterações decorrem mais do modo como a puberdade é percebida e aceite pelo púbere e pelo contexto sócio-familiar em que está inserido, do que do processo em si mesmo.

De facto, durante muito tempo, defendeu-se ser uma fase preocupante e stressante para o/a adolescente. Hoje sabemos que qualquer dificuldade que possa associar-se à puberdade será minimizada pelo conhecimento prévio das alterações a vir, e do desenvolvimento de atitudes positivas face a esta mudança.

## **1.2 Mudanças cognitivas**

Mais do que o crescimento físico, é o desenvolvimento da capacidade de pensar que mais diferencia a criança do/a adolescente:

A capacidade de pensar as possibilidades, em vez de continuar limitado a um pensamento prisioneiro do concreto, limitado ao aqui e agora; a compreensão do abstracto, dos conceitos e das suas relações; o poder pensar os seus próprios pensamentos (metacognição); o tornar-se progressivamente capaz de usar um pensamento multidimensional, não ficando preso apenas a uma das suas dimensões; o pensar a realidade não de forma absoluta (a preto e

branco), mas passar a ter um pensamento caracterizado pelo relativismo, constituem os aspectos fundamentais dum desenvolvimento que vai permitir uma abordagem claramente distinta da realidade física e sócio-relacional, bem diferenciada da da criança.

Raramente observado antes da adolescência, o raciocínio dedutivo é considerado por muitos autores como a maior consumação da adolescência (Klaczynski & Narasimham, 1998).

Tais progressos no pensamento adolescente vão permitir perceber como se formam e se organizam os pensamentos acerca dos outros (formação de impressões); julgar os pensamentos e sentimentos dos outros, o que implica ser capaz de se colocar no seu lugar (tomada de perspectiva social); e compreender a existência de diferentes concepções de justiça, normas sociais e procedimentos reguladores da interação social (convenções sociais).

As diferenças individuais no modo como o/a adolescente consegue pensar sobre as pessoas, sobre as suas relações interpessoais e sobre as instituições (cognição social) pode ajudar a explicar porque alguns adolescentes têm mais problemas sociais que outros (Lenhart & Rabiner, 1995).

De resto, é ainda em função das mudanças no desenvolvimento cognitivo que o/a adolescente se diferencia da criança quanto à tomada de risco, ao desenvolvimento do humor e do sarcasmo, bem como à capacidade de se colocar no ponto de vista do outro, de forma mais segura e consequente.

Para além das mudanças biológicas e cognitivas, mas em associação com estas, surgem igualmente mudanças no modo como o/a adolescente responde às novas situações e experiências, no modo

como se vê a si próprio e à sua capacidade de funcionar autonomamente.

As concepções que o/a adolescente tem e forma de si próprio não podem deixar de se alterar se ele/a, sendo embora basicamente o/a mesmo/a, deixou simultaneamente de o ser. Assim, as descrições simples e concretas que fazia de si mesmo, passam a ser de uma complexidade maior, mais abstractas e de carácter mais psicológico, passando a haver um maior interesse na compreensão de si (das suas características pessoais e dos seus comportamentos).

Poder compreender o mundo não apenas no que, e no como ele é (característica do pensamento infantil), mas no como ele poderia ser, com uma multiplicidade de hipóteses e possibilidades, não pode deixar de marcar diferenças significativas no modo como o/a adolescente vê os outros e se olha a si próprio.

A progressiva alteração das concepções de si próprio, a valorização que faz das suas características pessoais (auto-estima), a continuidade do processo de construção de si próprio (individuação), a autonomia e independência decorrentes, e o estabelecimento duma identidade pessoal só podem acontecer em paralelo com a segurança e a autonomia emocional em construção.

### **1.3 Mudanças sociais**

Como já referimos, alguns autores defendem ser a adolescência uma invenção social mais que um fenómeno biológico e cognitivo (Fasik, 1994; Lapsley, Enright, & Serlin, 1985). Para os defensores desta perspectiva a adolescência não pode ser considerada uma fase/estádio de desenvolvimento autónoma, sendo antes as condições exteriores que criam, artificialmente, este período.

De facto, a adolescência, tal como hoje a conhecemos, é, em grande parte, resultado da revolução industrial do séc XIX, (e da revolução tecnológica da segunda metade do século XX). Se a própria criança era até aí considerada um adulto em miniatura, era natural que a faixa etária que hoje corresponde à adolescência fosse sobretudo mais vista como uma fonte de rendimento familiar, do que como uma idade de maturação e de desenvolvimento.

A industrialização, e o surgir de novos padrões de trabalho e de família levaram à exclusão dos jovens do mundo do trabalho e ao aumento da escolaridade.

É portanto na sequência da revolução industrial que, quer relativamente à criança, quer ao/à adolescente, surgem novos conceitos e preocupações no que respeita ao seu crescimento e desenvolvimento. O/a adolescente passa a ficar economicamente mais dependente da família, e, progressivamente, o tempo de duração da dependência vai-se alargando com o aumento da escolaridade obrigatória e complementar.

Assim, as mudanças sociais decorrentes da industrialização iniciada no séc. XIX, e a sua expansão e aceleração no séc. XX, levam a uma redefinição social da adolescência, a uma alteração significativa do seu

estatuto social ao nível político, económico, legal e das relações interpessoais. As mudanças sociais têm tais implicações no desenvolvimento e no comportamento individual que constituem um dos aspectos fundamentais das transformações definidoras da adolescência como período de desenvolvimento.

Ao impacto que as mudanças biológicas e cognitivas têm no desenvolvimento psicossocial individual, acrescem, portanto, as consequências das próprias mudanças sociais.

Certamente que os elementos específicos da passagem social da infância à adultícia variam de sociedade para sociedade, porém, todas as sociedades reconhecem que o estatuto social individual muda durante a adolescência.

A redefinição social da adolescência e a passagem à adultícia continua a ser diferente em diversas sociedades e culturas. Existem, no entanto, e de acordo com Steinberg (2002), três aspectos gerais que caracterizam o processo de redefinição social em todas as sociedades:

- A separação real ou simbólica do/a adolescente face aos pais, podendo assumir diferentes formas nas sociedades modernas;
- A acentuação das diferenças físicas e sociais entre rapazes e raparigas função, em parte, das mudanças pubertárias, da diferenciação, por vezes elevada, dos papéis masculino e feminino relativamente ao trabalho (de que é exemplo o *Bar/Bas Mitzvath* judeu);
- A transmissão da informação cultural, histórica e prática da geração mais velha para a nova geração.

Mas fornecerão as sociedades modernas clara indicação de quando começam as responsabilidades e os privilégios do adulto?

Ser adulto para os adolescentes, será o mesmo que para os adultos?

Dado que, nas sociedades contemporâneas, ganhar o estatuto de adulto é um assunto essencialmente individual, e não existindo marcadores, nem gerais nem universais, da passagem à adultícia, o processo fica confuso e subjectivo.

É-se adulto (maduro e responsável) aos 16 anos para umas coisas; aos 18 para outras; aos 21 para outras; ou, ainda, apenas quando se constitui família, noutras. No entanto, pode-se ser aceite como adulto aos 16 anos com os pais e/ou no local de trabalho, ao mesmo tempo que se é considerado criança nas relações familiares. Pode-se ser adulto para a mãe, criança para o pai ou vice-versa.

Tornar-se membro adulto da sociedade, assumindo responsabilidades, independência e liberdade, tem impacto no desenvolvimento da autonomia. Progressivamente o/a adolescente passa a poder tomar algumas decisões pessoais mais vastas; tem idade para beber, e para assumir dizer sim ou não aos pais e aos seus pais; passa a poder conduzir e a ter de assumir as responsabilidades inerentes. A autonomia e o desenvolvimento do sentimento de independência passam a ser experiências vivenciadas no dia-a-dia.

A concessão de direitos e privilégios, o aumento de liberdade e de poder, antes exclusivos dos adultos, alargam as expectativas e obrigações que se outorgam aos adolescentes.

Graças às confusas, e por vezes contraditórias, expectativas não será de espantar que a transição para as tarefas da adultícia seja, para alguns, tão difícil.

A investigação de Arnett (1998) sobre as concepções que os adolescentes têm do que é ser adulto aponta no sentido da assumpção de factores diferentes nas sociedades industrializadas e nas tradicionais, quanto:

- À valorização do assumir de papéis específicos (trabalho, marido/mulher, pai/mãe) como característicos da adultícia;
- À ênfase no desenvolvimento de traços indicadores de auto-confiança (responsabilidade, independência, auto-controlo);
- Aos papéis ao nível da família (marido/mulher, pai/mãe) que aparecem em franco declínio como definidores do assumir-se como adulto.

Quanto ao que se considera necessário para se ser adulto, aparecem nos primeiros lugares:

- A responsabilização pelas consequências dos seus actos;
- O assumir as suas próprias crenças e valores independentemente das influências dos pais ou de outros;
- Ser independente financeiramente dos pais;
- Ser capaz de orientar a casa (homem);
- O estabelecimento de uma relação de igualdade com os pais;
- Evitar cometer pequenos delitos, como furtos nas lojas, e vandalismo;
- Ser capaz de orientar a casa (mulher);

- Usar contraceptivo se é sexualmente activo e prevenir a gravidez;
- Deixar de viver em casa dos pais;
- Evitar conduzir sob efeito de álcool.

A capacidade para suportar a família nos seus diferentes aspectos, ocupam a 11<sup>a</sup> à 12<sup>a</sup> posição, aparecendo o casamento em 31<sup>a</sup> posição (com 17% de respostas), antes do emprego em *full-time*.

Assim, de acordo com os resultados da investigação referida, ser adulto, para estes adolescentes não é exactamente o mesmo que para a geração dos seus pais.

A este propósito, Steinberg (2002) afirma não ser de surpreender que alguns adolescentes tenham dificuldade em assumir as responsabilidades e os papéis adultos. De facto, espera-se que sejam capazes de realizar as tarefas adultas, mas em vez de lhes ser facultada preparação ao nível do exercício de uma profissão, da família e da cidadania, são, durante a maior parte da sua infância e adolescência, segregados da participação progressiva nas tarefas e responsabilidades adultas.

Com pouca ou nenhuma experiência significativa de trabalho, espera-se que o jovem seja capaz de encontrar, de aceitar e manter um trabalho logo que acabe a sua escolaridade.

Espera-se igualmente que constitua a sua própria família, que seja capaz de organizar e manter um lar, e que tenha e cuide dos seus filhos, mesmo não tendo treinado competências para o casamento e a paternidade/ maternidade.

Finalmente, espera-se também que, apesar de não ter tido qualquer tipo de envolvimento anterior na comunidade, que vote, que pague impostos e que se comporte como um cidadão responsável.

Por outro lado (com o aumento significativo do tempo que é passado com os seus pares etários, e a conseqüente diminuição do tempo passado com a família e os pais) é sobretudo o significado e a estrutura daquela relação privilegiada que se altera. De facto não se trata apenas de passar mais tempo (do que na infância) com os colegas, antes de que essa relação é cada vez menos acompanhada pela figura do adulto, e que agora não se trata apenas de um pequeno grupo de dois ou três amigos, mas de grupos mais alargados, mais autónomos e mais fechados sobre si próprios.

Porém, como veremos, a diversificação e a importância dos contextos de desenvolvimento é inevitável e necessária, mesmo quando envolve, porventura, riscos.

As mudanças que acabamos de referir constituem o que Hill (1983) designa de mudanças primárias que acontecem de forma contextualizada, com impacto nos contextos de desenvolvimento (família, colegas, escola) e produzindo mudanças psicológicas no próprio (mudanças secundárias).

## **2 Contextos de Desenvolvimento**

Todo o desenvolvimento, sendo essencialmente um processo individual, acontece num espaço e num tempo específicos, não apenas em termos da sociedade e da época em que ocorre, mas igualmente num espaço e num tempo social mais restrito.

A família, a vizinhança, as escolas frequentadas, os pares etários, os tempos livres e as actividades disponibilizadas, constituem exemplos de espaços sociais de desenvolvimento, do mesmo modo que o tempo em que se nasceu em relação à composição da família (ordem de nascimento), a idade dos pais, etc., constituem fontes diferenciadoras das características pessoais de desenvolvimento.

Embora todos os adolescentes tenham as mesmas tarefas de desenvolvimento e passem pelas mesmas mudanças, a verdade é que os efeitos dessas mudanças não são uniformes. Não o são, nem poderiam sê-lo, porque ocorrem em sujeitos que, para além dum passado que é único, porque pessoal, estão inseridos em famílias diferentes; passam por diferentes escolas; interagem com diferentes grupos de pares em diferentes condições, condicionando processos de interacção particulares.

Os contextos em que o desenvolvimento adolescente acontece, e que mais fortemente o/a condiciona, promove e suporta, são a família; os pares etários e o/a próprio/a, enquanto contexto biopsicossocial que se modifica a partir de dentro. Daí que as tarefas essenciais se centrem no relacionamento interpessoal (com pais e companheiros) e consigo próprio (intrapessoal) visando a construção da sua identidade.

## **2.1 O adolescente e a família**

O senso comum e a literatura de divulgação para pais apresenta a adolescência como o tempo mais problemático para as famílias, apontando-se frequentemente um acentuado decréscimo da sua influência no/a adolescente, e uma aumentada importância dos pares etários.

Se é verdade que, quer os pares, quer os factos exteriores à família, ganham um impacto antes pouco significativo, não será menos verdade que a família e os pais continuam a ser de capital importância no desenvolvimento do/a adolescente.

De facto, e de acordo com estudos realizados em diferentes países, a grande maioria dos adolescentes mantém uma boa relação com os seus pais (Offer, et al. 1988; e Steinberg, 1990, in Van Wel 2002); e estes têm um papel continuado no bem-estar e no funcionamento do/a adolescente (Rice, 1990); no desenvolvimento da identidade (Allen et al. 1994); no estabelecimento de uma auto-imagem positiva (Wenk et al. 1994); na alegria de viver (Leung & Leung, 1992); na competência social (Paterson, et al. 1995); nos problemas emocionais e de comportamento (Lasko et al. 1996; Nada-Raja et al. 1992); Siddique & D'Arcy, 1984; Windle, Miller-Tutzauer & Domenico, 1992; Whitbeck et al. 1993).

Naturalmente, as alterações decorrentes da maturação biológica, cognitiva e social do/a adolescente obrigam a uma reorganização adaptativa, não apenas do próprio, mas também da família no sentido de permitir e facilitar o processo de individuação. E tal adaptação nem

sempre é fácil, sendo, muitas vezes, o bem-estar da família perturbado, mesmo quando o bem-estar do/a adolescente se mantém inalterado.

De acordo com as teorias sistémicas, a família constitui um sistema que se deve adaptar às necessidades e capacidades dos seus membros. Ora as necessidades e as capacidades dos seus membros são diferentes nos diversos períodos da vida individual e grupal. Por outro lado, a própria família atravessa ciclos próprios de desenvolvimento e adaptação, tal como, de resto cada um dos pais.

Sobretudo a partir da segunda metade do séc. XX, há quatro mudanças ao nível da família que não podem deixar de ser consideradas, quando queremos compreender o desenvolvimento adolescente e os seus estilos de vida:

- O aumento da taxa de divórcio;
- O aumento do número de famílias não intactas (em que pai e/ou mãe não estão presentes) e de outras tipos não tradicionais;
- O aumento da participação das mães no trabalho e alteração da atitude das mães e de outros membros da família face ao trabalho;
- O aumento do número de famílias em situação de stresse e/ou na pobreza.

A investigação releva o facto de os adolescentes filhos de pais divorciados tendencialmente revelarem mais dificuldades de desenvolvimento. Porém, as consequências adversas no desenvolvimento do/a adolescente estão essencialmente ligadas à qualidade do relacionamento, à disrupção causada pelo processo que

conduziu ao divórcio, à exposição a conflitos parentais, à desorganização das orientações educativas parentais, ao aumento das situações stressantes, não estando necessariamente ligadas ao divórcio em si-mesmo.

A existência de situações conflituais repetidas, hostilidade e violência, constitui um terreno propício ao aparecimento de comportamentos de agressão, culpabilização, ansiedade ou depressão, com potencial prejuízo da realização académica e aumento do uso de álcool e drogas.

De acordo com Steinberg (2002), a adaptação e um comportamento saudável dependem mais das relações entre os pais depois do divórcio, do que com quem a criança passa a viver. Mesmo quando existe recasamento (embora este pareça dificultar mais o ajustamento das raparigas do que a dos rapazes) a adaptação e o comportamento saudável dependerá sobretudo do tipo de relação mantida com o pai/mãe que não tem a custódia.

Estamos de acordo com Cooper quando afirma na sua obra “*A Decadência da Família*” (1971: 31): “*Já não precisamos de mãe nem de pai. Apenas necessitamos de cuidados maternos e paternos*”. E se a não satisfação desta necessidade de atenção e acompanhamento pode acontecer em famílias intactas, poderá ter mais condições de surgir em famílias monoparentais, em famílias em stress e/ou em pobreza extrema.

Tal afirmação pode igualmente ligar-se a outra das mudanças da família, a saber, o trabalho da mãe. Muito se tem discutido sobre as implicações educativas e relacionais da mãe inserida no mundo do trabalho. E, contrariamente ao que muitas vezes se diz, a investigação defende poderem existir até influências positivas (mais evidenciadas

nas filhas que nos filhos) se o trabalho for valorizado, quer pela mãe, quer pelos outros membros da família. De resto, a realização pessoal da mãe (de que a profissão pode ser elemento essencial) poderá ser positiva se a opção profissional for assumida e partilhada positivamente pelos outros membros da família, principalmente pelo outro membro do casal.

A ocupação profissional da mãe poderá ser uma forma de mais facilmente se criarem laços de partilha e de co-responsabilização entre os membros da família, ajudando a promover a assumpção de um papel mais activo e interventivo por parte do pai, nomeadamente quanto ao acompanhamento mais próximo e mais efectivo dos filhos.

Consideramos, portanto, ser possível a manutenção e até o aumento de condições favorecedoras da ligação aos pais e à família, por parte dos filhos cujos pais têm uma actividade laboral, sobretudo se e quando esta constitua uma forma de realização pessoal. Tal ligação é importante na medida em que constitui um factor protectoro relativamente à composição familiar, ao estilo educativo parental e ao nível económico.

Sentir que os pais existem e estão lá, não apenas fisicamente, mas disponíveis para dar a atenção maternal e paternal necessária, favorecerá comportamentos mais saudáveis, mais felizes, e maior competência do/a adolescente.

Porque a adolescência constitui um período de grandes transformações que deverão permitir e favorecer a construção duma identidade pessoal, e porque essas transformações acontecem, normalmente coincidindo com mudanças nos próprios pais (a crise da meia-idade), como nas funções e necessidades da família, é natural que a adaptação mútua requeira cuidados especiais.

Porém é a “crise” da adolescência que é propalada, de forma contínua e exagerada (porque generalizante e alarmista), pelo uso de estereótipos relativos ao/à adolescente e às suas dificuldades de relação com a família.

De facto, as dificuldades (naturais em todos os processos de mudança) são vivenciadas por alguns numa forma intensa, e porventura dramática, não correspondendo, no entanto, ao que acontece a uma parte significativa dos adolescentes.

De resto, a maioria dos problemas existentes referem-se aos assuntos de carácter pessoal (a arrumação do quarto que o/a adolescente assume como o seu espaço privado; a maneira de vestir; o convívio com os amigos, o tipo de corte ou a cor do cabelo, o uso de *piercings*...) e não aos valores e atitudes fundamentais. Assim, as grandes diferenças entre pais e filhos situam-se mais ao nível dos meios e modos de expressão pessoal, que ao nível dos valores e das grandes finalidades ou objectivos.

Enquanto os pais tendem a ver as questões em termos do que está certo ou errado, os filhos tendem, naturalmente, a considerar importante a afirmação das suas escolhas pessoais.

Neste sentido, a investigação refere que as famílias mais saudáveis são as que, favorecendo uma forte ligação emocional, permitem o desenvolvimento do sentido de autonomia do seu filho/a, e certamente que esta só pode e deve começar a expressar-se por questões elementares de carácter pessoal, até para mais facilmente não ter que chegar aos valores e atitudes fundamentais.

Por seu lado, e de acordo com Foster & Robin (in Rae, 2001), as queixas mais frequentes dos pais quanto às suas dificuldades com os filhos/as adolescentes referem-se a:

- Problemas específicos de comportamento ou emocionais (ex. consumo de álcool, não cumprimento de horários, afastamento/desvio emocional, ansiedade, depressão, insucesso escolar/repetição de anos;
- Crescendo de conflitos e de discordâncias (discussão, explosões temperamentais relativamente aos papéis parentais, empobrecimento da comunicação) independentemente de qualquer problema de comportamento ou emocional específicos;
- A combinação de ambas as condições anteriores.

Para estas famílias e para estes adolescentes, pode estar-se perante uma real *storm and stress* que se caracterizará pelo “conflito com os pais, alterações drásticas de humor, comportamentos de risco” (Arnett, 1999).

Porém, como afirma Rae (2001) muitas vezes os pais têm dificuldade em distinguir o que são comportamentos característicos dum normal desenvolvimento, de comportamentos que deixaram de o ser. E, o que pode ser uma manifestação emocional ou comportamental natural, necessária e passageira, pode ser entendido e tratado como se de patologia se tratasse.

A verdade é que os pais, quer tomem uma atitude de controlo firme, quer mantenham uma relação calorosa ou de afastamento do seu/sua filho/a adolescente, continuam a ser elementos de extrema influência neste, como nos anteriores ciclos de vida. De facto, e conforme

defende Tomkiewicz (1980), o que se transmite na família é, fundamentalmente o modo de vida, um conjunto de valores, um ideal.

O que nos parece fundamental no relacionamento inter-geracional é a compreensão e aceitação da necessidade de que a autoridade unilateral dê lugar a uma autoridade partilhada, negociada e cooperativa até porque a permissividade não é certamente o remédio para os males do autoritarismo.

### ***Os estilos educativos parentais***

Relativamente às influências parentais, nomeadamente quanto ao desenvolvimento de competências, o trabalho pioneiro de Baumrind desencadeou um conjunto muito significativo de investigações.

Sobretudo a partir da década de 80, o estudo da socialização do/a adolescente no contexto familiar foi uma área muito estudada por diferentes investigadores (Darling & Steinberg 1993).

O estilo educativo parental passou a ser considerado um importante contributo para a formação da identidade, na medida em que influencia a capacidade do/a adolescente ousar explorar as diferentes opções, permitindo definir as suas identidades ocupacionais, religiosas, e sexuais.

Essencialmente os estilos educativos caracterizam-se por:

- A não assumpção de um papel activo, um não interesse efectivo pela vida da criança, a ausência de responsividade e poucas ou nenhuma expectativas relativamente aos filhos (estilo negligente ou indiferente);

- Conceder liberdade, de forma indulgente e permissiva, ter um elevado nível de responsividade sem nada pedir em troca nem definir limites (estilo indulgente);
- A tendência para ser restritivo e controlador, exigindo uma disciplina absoluta e punitiva, sem interação comunicativa (estilo autoritário);
- O reconhecimento de que os direitos dos pais e dos filhos são recíprocos, de que decorre o respeito mútuo e uma interação calorosa, mas firme, dando suporte a uma autonomia progressiva (estilo autoritativo ou democrático).

O que toda a investigação permite concluir relativamente à construção da identidade é que o estilo autoritário conduz mais facilmente a uma identidade outorgada, enquanto que os estilos indulgente e negligente tendem a produzir identidades difusas (Steinberg, 2002).

Por seu lado o estilo autoritativo/democrático revela-se o mais consistente na formação de identificações saudáveis quer junto dos colegas, quer junto dos pais, dado que é o que mais favorece a auto-confiança e uma elevada auto-estima.

De acordo com Steinberg (2001) muitos dos estudos, ao longo da última década, usando diferentes métodos, medidas e amostras, chegaram à mesma conclusão: as atitudes educativas parentais caracterizadas pelo calor relacional, por práticas não punitivas, e pela consistência dos comportamentos (correspondendo ao estilo autoritativo de Baumrind) estão associadas ao desenvolvimento de competências pessoais e à maturidade social das crianças, de forma bem distinta do que acontece com os seus pares criados com pais negligentes, indiferentes ou autoritários.

Por seu lado, Maccoby (1992) conclui que as crianças educadas em lares autoritativos apresentam valores mais altos numa vasta variedade de medidas da competência, realização, desenvolvimento social, auto-percepção e saúde mental.

Investigações conduzidas por Dornbusch et al. (1987), Lamborn et al. (1991), Steinberg et al. (1989, 1991, 1992), procurando compreender as variações do desenvolvimento adolescente quanto à realização académica, ao desenvolvimento psicossocial, aos problemas de comportamento, e sintomas psicológicos, permitem igualmente concluir dos benefícios do estilo autoritativo/democrático.

Tal benefício levanta dúvidas a alguns investigadores que defendem, uns que a ligação entre a melhor adequação do/a adolescente e o estilo autoritativo decorre de um conjunto de traços herdados geneticamente; outros que os pais afinal têm pouco influência sobre os adolescentes. Esta será sobretudo exercida pelos pares e pelos media (Harris, 1995).

Embora, não se negando a importância da genética do comportamento, relativamente a aspectos específicos como a agressividade, múltiplos estudos sobre a eficácia dos estilos educativos parentais e o ajustamento das crianças, bem como estudos longitudinais, permitiram verificar a influência parental, nomeadamente na escolha dos pares (Collins et al. 2000).

Assim, e de acordo com Steinberg (2001), parece fora de questão que o desenvolvimento do/a adolescente será resultante da interacção de influências genéticas, familiares e não familiares. E os esforços para compartimentar a variabilidade do ajustamento adolescente entre os factores genéticos e os do envolvimento acabam por não permitir captar a complexidade do processo de socialização. Importa considerar

a possibilidade de os genes poderem funcionar diferentemente em função de diferentes meios ou ainda que as influências genéticas e as do envolvimento sejam correlacionadas (Collins et al. 2000).

Acresce ainda que as influências do envolvimento no desenvolvimento têm sido estudadas com métodos que empregam a observação, enquanto que a maioria dos estudos da genética do comportamento adolescente se têm baseado em auto-descrições dos adolescentes e dos pais (Collins et al. 2000).

Uma vez mais, partindo dos estudos de Baumrind sobre a relação entre os processos de interação familiar (estilos educativos parentais) e o seu impacto nas competências da criança, e na sequência da investigação realizada por Dornbusch et al. (1987), Steinberg et al. (1989) examinaram a relação entre os estilos educativos parentais e a realização escolar.

Trata-se de uma investigação longitudinal feita junto de 120 famílias com um primeiro filho/a com idade entre os 11 e os 16 anos, com recolha de dados em contexto familiar e escolar, em dois tempos (1985 e um ano depois).

Os resultados de Steinberg et al. (1989), que corroboram e alargam os de Dornbusch et al. (1987), indicam que:

- O estilo educativo autoritativo/democrático é facilitador do sucesso académico dos adolescentes;
- As três componentes do estilo autoritativo estudadas –aceitação parental, autonomia psicológica e o controlo do comportamento– têm contributos independentes na realização escolar;

- O impacto positivo da estilo autoritativo no sucesso escolar é, em parte, mediado pelos efeitos no desenvolvimento dum saudável sentido de autonomia e, mais especificamente, no desenvolvimento de uma saudável orientação psicológica relativamente ao trabalho.

Steinberg et al. (1989) concluem que os adolescentes que descrevem os seus pais como calorosos, democráticos, mas firmes nas decisões, tendem a desenvolver atitudes e crenças acerca da sua realização, o que os torna mais capazes na escola.

Este estudo longitudinal indica, corroborando os resultados do estudo transversal de Dornbusch et al. (1987), que a atitude autoritativa dos pais não é a resultante do sucesso escolar prévio, antes o precedendo. Tal não significa, como de resto afirma Steinberg (1989) que, apesar do estilo educativo autoritativo levar à melhoria da realização, a boa realização da criança e/ou do/a adolescente não induza comportamentos parentais do tipo autoritativo. Haverá, portanto, uma influência recíproca.

Em investigação posterior, igualmente longitudinal, Steinberg et al. (1992) estudaram o impacto do estilo autoritativo parental, o envolvimento parental na escola, e o encorajamento dado aos filhos para o sucesso, numa amostra étnica e sócio-economicamente heterogénea, constituída por 6400 adolescentes dos 14 aos 18 anos.

As conclusões são, uma vez mais, concordantes com outras investigações que sugerem que a ligação entre o estilo educativo parental autoritativo e o sucesso escolar é: (1) causal; (2) manifesto quer em adolescentes mais novos, quer nos mais velhos; (3) resistente a diferentes conceptualizações e operacionalizações da

autoritatividade; (4) generalizável a diferentes grupos étnicos, sócio-económicos e estruturas familiares.

Steinberg, et al. (1992) concluem ainda que os dados permitem afirmar que o estilo autoritativo se associa com um aumento de indicadores atitudinais e comportamentais de orientação académica, incluindo forte orientação para o trabalho, maior empenhamento em actividades da escola, mais elevadas aspirações educativas, sentimentos mais positivos acerca da escola, mais tempo dedicado ao estudo, auto-conceito académico mais elevado, e níveis mais baixos de comportamento alterado.

Na sequência de um trabalho de carácter transversal, liderado por Lamborn, et al. (1991) sobre padrões de competência e ajustamento em adolescentes de famílias autoritativas, autoritárias, indulgentes e negligentes, em que se conclui existirem claras vantagens para os adolescentes criados em lares autoritativos, desvantagens para os criados em ambientes familiares negligentes e resultados mistos relativamente a famílias autoritárias e indulgentes, Steinberg et al. (1994) fazem um novo estudo de seguimento ao longo de dois anos lectivos de 2300 alunos dos 14 aos 18 anos, frequentando o 9º ano de escolaridade.

O objectivo era investigar se as diferenças e as mudanças ao nível do ajustamento e das competências dos adolescentes provenientes de famílias autoritativas, autoritárias, indulgentes e negligentes, se mantinham ao longo do tempo, procurando, no fundo, responder à questão da temporalidade dos ganhos. Será que tendem a manter-se ou a desvanecer-se?

A análise longitudinal relativamente ao estilo autoritativo, indica estabilidade ao longo do tempo na maior parte dos domínios, com

excepção das auto-concepções académicas que aumentam, e nas alterações de comportamento que diminuem.

Quanto aos adolescentes de famílias autoritárias, existe o mesmo padrão de estabilidade, excepção feita à auto-confiança.

### ***Funcionalidade familiar e comportamento***

Muito se tem dito e escrito sobre as influências que o tipo de família (íntegra, monoparental ou de recomposição) exerce sobre o comportamento dos filhos. Convém, em primeiro lugar, deixar claro que o que mais influencia a criança é a atmosfera familiar em que o desenvolvimento ocorre, e tal atmosfera não decorre necessariamente do tipo de família.

Consideramos que, relativamente aos filhos, a questão fundamental diz respeito ao apoio e afecto disponibilizado ou a um clima fundamentalmente dominado por conflitos nunca verdadeiramente resolvidos, mas sempre presentes e reacendidos.

E as questões mais essenciais a serem respondidas favoravelmente pela família referem-se ao modo como o controlo do comportamento é feito e é aprendido pela criança (da regulação externa inevitável, segura e protectora, a uma co-regulação em que a supervisão geral dos pais incentiva e promove uma auto-regulação crescente e cada vez mais autónoma), e ao modo como a disciplina é exercida.

Qualquer que seja o tipo de família, o importante parece ser fundamentalmente o nível de funcionalidade familiar, isto é a capacidade manifestada na prática do dia a dia quanto: à adaptação ao outro e à diversidade de situações, procurando o bem-estar comum; à

partilha solidária dos problemas, das decisões e das responsabilidades; à compreensão das necessidades e de apoio favorecedor do crescimento individual; à partilha de experiências emocionais numa interacção íntima e emocional; ao modo como é “disponibilizado” o tempo disponível.

A ausência de diálogo, de aceitação e abertura ao outro (características de uma família disfuncional) contribui de forma substancial para a existência de problemas de comportamento (Campbell et al. 1996; Hawkins, et al. 1992; Hetherington & Martin, 1986; Loeber & Stouthamer-Loeber, 1986; Patterson, & Stouthamer-Loeber, 1984), o que é igualmente confirmado por muitas outras investigações:

- Loeber & Stouthamer-Loeber (1986), partindo dum estudo meta-analítico, consideram que diversos factores familiares eram instrumentais na iniciação e na manutenção de comportamentos delinquentes. O tipo de supervisão parental, o envolvimento, e as relações do casal são preditores de problemas de comportamento dos filhos;
- Patterson & Stouthamer-Loeber (1984) demonstraram que a interacção de variáveis como supervisão e disciplina estavam correlacionadas com a frequência de comportamentos delinquentes dos adolescentes, rapazes. Na medida em que os pais monitorizam os filhos e providenciam a acção disciplinar adequada, os rapazes tendem a envolver-se menos em actos delinquentes (Dishion & McMahon, 1998);
- Pagani, et al. (1998) demonstraram que os níveis de supervisão parental, a comunicação e a punição declinam durante a adolescência, e mudanças na família como o recasamento

durante a adolescência inicial associam-se à redução posterior destas práticas parentais;

- Loeber et al. (2000) defendem ser previsível que o nível médio de supervisão pobre tenda a aumentar da infância para a adolescência como resultado da maior exigência de independência, e pela maior mobilidade do/a adolescente. Assim, é de esperar que, na medida em que o/a adolescente se torna mais independente dos pais, ou inicia num maior número de actos disruptivos passe a comunicar menos com os pais;
- A disfuncionalidade familiar tem sido fortemente relacionada quer com o abuso de drogas, quer com comportamentos anti-sociais/delinquentes (Glynn, & Haenlein, 1988).

## **2.2 O/a adolescente e os seus pares**

Algumas divergências continuam a subsistir quanto à razão essencial porque os adolescentes serão tão susceptíveis à pressão dos seus pares.

Será apenas porque se sentem bem ao serem aceites no grupo, satisfazendo a necessidade de pertença? Será porque a vida se torna mais fácil quando nos comportamos como os outros, nos tornamos conformes em vez de remarmos contra a maré? Ou simplesmente porque tendemos a ver-nos como achamos que os outros nos vêem e por isso mudamos em conformidade com as expectativas dos outros?

Com alguma probabilidade a simples resposta a qualquer das interrogações colocadas não permite senão ver a árvore que esconde a floresta.

Seja qual for o motivo escolhido para explicar a atracção pelos pares, a verdade é que estes têm uma importância decisiva em múltiplos aspectos que podem ser positivos ou negativos. Desde logo, como veremos quando falarmos da construção da identidade, os outros, de uma forma geral, e os pares etários em particular, são parceiros essenciais e factores de conhecimento pessoal e de ensaio e aprendizagem dos novos papéis sociais. Mais do que em qualquer outra época da vida, a adolescência é o tempo em que mais importância se atribui àquilo que os pares pensam, e se manifesta uma maior necessidade de por estes se ser aceite.

A educação escolar prolongada, e organizada por idades, a separação dos adolescentes relativamente aos adultos, as exigências de um conjunto de conhecimentos e competências desenvolvidas para a

entrada no mercado de trabalho, a entrada e progressivo aumento do trabalho da mulher, e o aumento da população adolescente, são factores que muito contribuíram para o crescimento da importância dos pares etários.

É inquestionável que os adolescentes, passam, normalmente, menos tempo com os pais, aumentando o tempo passado com os seus pares quer na escola, quer nos tempos livres, sendo aceite hoje que, pertencer a um grupo constitui uma força poderosa na adolescência (Tate, 2001).

O que a investigação confirma é que:

- Os grupos de adolescentes constituem um importante ponto de referência comportamental, permitindo uma compreensão do mundo exterior à família (Tate, 2001);
- O insucesso no estabelecimento de relações com os companheiros resulta, muitas vezes, numa variedade de problemas que vão da delinquência e abuso de substâncias, a desordens psicológicas (Hops, et al. 1999);
- O baixo auto-conceito social dos adolescentes aparece associado, quer a uma alta pressão por parte dos pais, quer a um fraco apoio por parte destes (Tate, 2001);
- As relações com os pais são influenciadas de forma determinante pelas relações estabelecidas com os pais (Larson & Richards 1991; Brown et al. 1993), constituindo a existência de laços afectivos fortes entre os adolescentes e os seus pais um factor protector dos desvios de comportamento (Dornbusch, et al. 2001);

- São mais competentes socialmente, fazendo relações de amizade mais positivas, os adolescentes provenientes de famílias que têm uma atitude de calor e suportativas (Lieberman et al. 1999);
- Os efeitos negativos das influências dos pares são menores nos filhos de pais autoritativos (Bogenschneider et al. 1998, Mounts & Steinberg 1995);
- A relação com os pares pode ser predictora de problemas de comportamento entre os adolescentes que têm uma história de problemas de externalização (Pettit et al. 1999);
- Os filhos de famílias menos coesas e menos adaptadas são mais influenciados pelos seus pares (Gauze et al. 1996);
- A influência dos pares é positiva quanto à realização acadêmica e a comportamentos pró-sociais (Mounts & Steinberg 1995, Wentzel & Caldwell 1997), e negativa relativamente a problemas de comportamento, uso de drogas, álcool, tabaco e delinquência (Urberg et al. 1997);
- A influência dos pares pode ser significativa sobretudo no referente a comportamentos de risco, como o uso de drogas (Kandel, 1980). Porém, o acompanhamento próximo dos pais pode corrigir a influência negativa dos pares quanto ao uso de substâncias (Bogenschneider et al. 1998);
- A influência dos pares não é coersiva, admitindo a maioria dos adolescentes serem influenciados pelos seus pares que admiram e de quem respeitam as opiniões (Susman et al. 1994);

- O facto de existirem semelhanças entre os pares não se explica pelo simples facto de poder existir influência mútua (Hartup 1996). A verdade é que a escolha dos amigos é normalmente feita porque apresentam semelhanças quanto ao comportamento, atitudes e identidade (Akers et al. 1998, Hogue & Steinberg 1995);
- A idade, as características de personalidade, as experiências de socialização, e a percepção que os outros têm do indivíduo adolescente, constituem factores diferenciadores da susceptibilidade à influência dos seus pares;
- Os adolescentes são mais influenciados pelos seus pares na adolescência média, comparativamente à adolescência inicial ou final (Brown, et al.1986), o que se relaciona com uma quebra na ligação com os pais durante a adolescência inicial e média (Furman & Buhrmester, 1992; Paulson & Sputa, 1996; Steinberg, 1987);
- Na adolescência tardia e adultícia inicial os laços relacionais com os pais tendem a ser reactualizados (Feldman & Gehringer, 1988; Thornton et al. 1995);
- Os adolescentes e os jovens adultos mantêm uma relação suficientemente boa e razoavelmente estável durante um longo período de tempo (12-30 anos). Os pais demonstram ter uma duradoura importância para o bem-estar dos seus filhos em crescimento; no mínimo a ligação aos pais é tão importante quanto ter um companheiro/a ou um/a amigo/a preferido. (Van Wel, 2002);

- A influência dos pais na auto-imagem e no bem-estar psicológico dos filhos tem mais peso ao longo das diferentes fases de desenvolvimento do que a influência exercida pelos pares etários (Greenberg et al. 1983; Armsden & Greenberg, 1987; Leung & Leung, 1992; Lasko et al. 1996; Patterson & Dishion, 1985);
- A conformidade com a opinião dos pares é maior em aspectos relativos ao dia a dia e a assuntos sociais (estilo de vestuário, gostos musicais, escolha de actividades de lazer), mantendo-se uma influência maior dos pais no que concerne a aspectos de longo termo, como os planos educacionais e ocupacionais, os valores, crenças religiosas e ética (Steinberg, 2002).

A investigação igualmente confirma que a maioria dos adolescentes confessa que a pressão dos seus pares vai no sentido do não uso de drogas, com excepção relativa ao consumo de álcool.

Neste, como em outros aspectos, não é certamente correcto entender a influência dos pares como monolítica e apenas negativa.

De facto, e de acordo com Atwater (1992), é através das relações estabelecidas com os pares que o/a adolescente tem:

- oportunidades de aprender como interagir com os outros;
- apoio na definição da identidade, interesses, habilidades e personalidade;
- autonomia sem o controlo dos adultos e dos pais;
- oportunidades de ensaiar e testar a eficácia das estratégias usadas pelos outros para lidar com problemas semelhantes;
- apoio instrumental e emocional;

- oportunidades de construção e manutenção de relações de amizade.

Por outro lado, os grupos de pares permitem a comunicação e discussão livre de temas tão importantes como droga, sexo, religião e política que a família tem, normalmente, dificuldade em abordar, e/ou que o/a adolescente sente como oportunidade de surgimento de atitudes paternalistas e moralizantes, ou de preocupações excessivas por parte dos pais.

O grupo de pares constitui, portanto, um campo essencial de treino de exploração da identidade, de desenvolvimento e expressão da autonomia, de socialização dos comportamentos, de partilha de preocupações, sentimentos e emoções, embora também possa constituir-se como terreno fértil para o crescimento de comportamentos de risco.

## **ADOLESCÊNCIA E CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE PESSOAL**

### **A IDENTIDADE**

A identidade constitui, na sua essência, o sentido pessoal de continuidade e de unicidade face aos outros. Embora determinada pelas estruturas mentais e pelos processos psicológicos, a identidade constrói-se sempre num quadro de experiências singulares que naturalmente acontecem em contexto social e grupal (família, companheiros, etnia, ocupação, religião...). De facto, o indivíduo encontra-se e define-se no e pelo “olhar” dos outros, e através do “olhar” reflexivo sobre si próprio.

Para Erikson este processo de construção estende-se por todos os ciclos de vida, embora com particular relevância nos anos que precedem a adultícia. Porém, as acentuadas mudanças de nível biológico, cognitivo e social, que caracterizam a adolescência, provocando alterações significativas na identidade começada a construir na infância, vão implicar a integração das experiências anteriores e das características pessoais numa identidade mais estável e coerente.

Ser-se idêntico e distinto dos outros, reconhecer-se e ser-se reconhecido como tal, constitui, para Erikson (1976), a mais importante tarefa da adolescência, já que é condição para o atingir dum funcionamento saudável.

Até à adolescência, e de acordo com Ruano-Borbalan (1998), três fases são percorridas na construção da identidade:

- uma individuação primária ao longo dos três primeiros anos;

- uma individuação “categorial” até à adolescência;
- uma individuação “personalizante” na adolescência

Em qualquer destas fases, os aspectos cognitivos, os afectos e as interacções sociais são determinantes nesta construção que é feita no e do confronto do indivíduo nos seus grupos, em que a semelhança e a diferença se exprimem.

Confrontar-se com a realidade do seu crescimento físico e da maturação sexual; tornar-se progressivamente mais autónomo e independente da sua família; estabelecer um relacionamento positivo e sem submissão aos seus pares, e aos outros; ser capaz de preparar-se para assumir o seu próprio futuro pessoal e profissional, constituem os desafios essenciais da adolescência.

A superação de tais desafios só é possível através da construção dum sentimento de identidade pessoal como ser único, coerente, e com um papel valorizado na sociedade. Trata-se fundamentalmente de obter respostas, o mais inequívocas possível, às perguntas: *quem sou, o que gostaria de ser, o que posso vir a ser?*

Tal significa, de acordo com Erikson (1976), que o adolescente quer esclarecer quem é, e qual será o seu papel na sociedade; se poderá sentir-se confiante em si próprio; se terá êxito ou será um fracasso. Tais interrogações levam o/a adolescente a preocupar-se com a sua aparência aos olhos dos outros, comparada com a concepção que tem de si próprio.

A adolescência, enquanto período que antecede a assunção das responsabilidades inerentes à adultícia, é o tempo por excelência do estabelecimento de uma percepção coerente de si próprio, (o que pressupõe um distanciamento dos outros, sem que tal implique

necessariamente a quebra dos vínculos estabelecidos), e uma auto-consciência não momentânea mas, porque coerentemente assumida, que se prolonga no tempo.

“O desenvolvimento da sua própria identidade como uma pessoa (aquilo a que Erikson tem chamado de identidade do ego) requer a percepção de si mesmo como um ente separado dos outros (apesar dos vínculos com eles) e um sentido de ‘unidade’, uma sensação de auto-consistência, não somente no sentido de uma consistência interna num dado momento, mas também ao longo do tempo” (Mussen et al. 1977: 455).

Tal processo de individuação, corresponde à “crise” identificada por Erikson (1976) como *identidade vs. confusão de identidade*, e constitui a principal crise psicossocial, envolvendo mudanças no modo como nos vemos e como nos sentimos em relação a nós próprios.

Porque o desenvolvimento se faz em contínuo, a resolução desta crise e a possibilidade de assumir os desafios do amor e do trabalho, depende muito da forma como foram resolvidas as crises anteriores (confiança, autonomia, indústria), o que reforça a ideia de que a adolescência está na continuidade do passado pessoal, não se constituindo, na sua essência, como processo de ruptura.

Apesar de, como já referido, a construção da identidade pessoal ser determinada por processos psicológicos, o contexto social tem enorme influência, até porque é na interação com os outros e na adequação às normas e exigências sociais, e em determinado tempo histórico, que a “crise” acontece, e que tem de ser superada.

É numa sociedade em contínua e acelerada mudança, e numa família que já não é o que era quando este/a adolescente era criança, que o/a adolescente se procura a si-mesmo/a, tentando construir o conjunto de

crenças e de padrões de comportamento que possam dar alguma ordem, coerência e consistência à multiplicidade de decisões que tem de tomar.

Steinberg (2002:115) afirma que o desenvolvimento da identidade

“é provavelmente tornado mais difícil pelos elevados níveis de confusão e inconsistência que rodeiam a passagem para a adultícia na sociedade moderna. Erik Erikson (1968) e outros teóricos vêem o desenvolvimento da identidade durante a adolescência como o resultado das trocas entre uma auto-consciência em crescimento no adolescente, e as mudanças no modo como este é visto pela sociedade. Não será então difícil de perceber como “uma crise de identidade” pode ser intensificada pelo desconhecimento de se se é adulto ou criança, ou de quando a mudança na definição social tem lugar”.

Para este especialista em adolescentologia, as dificuldades inerentes ao desenvolvimento da identidade nas sociedades modernas criaram a necessidade de uma moratória social que corresponde a um tempo em que diferentes papéis e identidades são experimentados pelo adolescente, na ausência de responsabilidades e obrigações excessivas.

Apesar do enorme contributo teórico de Erikson, enfatizando: (1) o papel do meio externo (para além da dinâmica interna); (2) a capacidade de adaptação do sujeito; (3) a importância das mudanças depois da infância (o que constitui uma mudança do enfoque da psicanálise no que se refere à compreensão do desenvolvimento pessoal), alguns aspectos da sua perspectiva não deixaram de ser criticados.

Referiremos apenas duas questões polémicas.

Por um lado a ausência de uma definição clara do conceito de identidade (que Erikson deixa quase por definir ao afirmar que se deve deixar o conceito falar por si próprio), por outro a centração no modelo de masculinidade, bem patente quando Erikson expressa o que considera ser uma das interrogações que o adolescente se coloca: *Será capaz de, algum dia, ser marido e pai?*

Na continuidade do trabalho pioneiro de Erikson, vários autores, de que se destaca Marcia (1980; 1986) teorizaram o conceito de identidade.

Para este autor a identidade corresponde a “uma estrutura individual - uma organização interna, auto-construída, e dinâmica de energias (impulsos), capacidades, crenças e história individual” (Marcia, 1980:159), tendo encontrado quatro fases distintas do desenvolvimento do *self*, que designa de estatutos de identidade, e que estarão ligados a aspectos específicos da personalidade (ansiedade, auto-estima, raciocínio moral e padrões de comportamento).

A definição dos estatutos de identidade é feita a partir da *crise*, enquanto período de tomada de decisão, e do *compromisso*, enquanto investimento pessoal numa ocupação ou num sistema de crenças.

Assim:

- Se a falta de exploração de alternativas e de compromisso são dominantes (o que corresponde a um nível menos elevado de desenvolvimento, característico da fase inicial da formação da identidade), e sentindo o adolescente que não é aceite pelos pais, acontecerá um sentimento de identidade incoerente, desarticulada, e incompleta, que corresponde ao conceito de *identidade difusa*.

- Quando é assumido um compromisso em conformidade com os pais, sem questionamento e consideração das alternativas possíveis, o que impede a descoberta de todas as potencialidades individuais, estamos perante uma *identidade outorgada*;
- Existindo uma activa exploração das identidades, e sendo desejado, mas não atingido um compromisso, estaremos perante um nível elaborado de desenvolvimento em *moratória*;
- Finalmente, a exploração das alternativas e o assumir de um compromisso ao mais alto nível, produzindo um sentimento de unidade, de continuidade pessoal e de segurança, permite perceber os pais como suportes. Estaremos então perante uma *identidade realizada*.

À temporária instabilidade e confusão vividas na fase inicial da adolescência, segue-se a identificação a heróis, o apaixonar-se, e a criação de laços de amizade em grupo e com grupos, com a exclusão de outros baseada em diferenças reais ou imaginadas.

A construção da identidade pessoal, partindo do processo de individuação iniciado na infância, tem agora o seu auge e a sua oportunidade através de uma autonomização e independência progressivamente assumidas.

De resto, para Erikson, a autonomia é o objectivo central do final da infância, tal como a identidade o é da adolescência. Dizer não aos 3 anos e guardar os seus segredos na adolescência são manifestações do desenvolvimento da autonomia e da independência, como o tinham sido antes a exploração do mundo circundante e o comportar-se em função do seu desejo de prazer.

Na adolescência, a construção da identidade não é apenas à necessidade “reconstrução” de si próprio a partir das experiências e identificações do passado que, sendo essenciais e não deixando de estar presentes, irão ser postas em causa. São sobretudo as vivências do presente e a projecção do indivíduo no futuro que passam a ser elementos fundamentais na construção da identidade pessoal e social.

Como resultado das novas competências decorrentes do pensamento operatório formal e dos novos papéis sociais experimentados surgem novas oportunidades de expressão da autonomia adolescente que se manifestam numa maior capacidade de tomar decisões, em mudanças na conformidade e susceptibilidade à influência dos outros, e nos sentimentos de auto-confiança.

E se cada indivíduo é a construção possível de si próprio, torna-se necessário estar atento ao fornecimento e disponibilização dos “materiais” mais essenciais e adequados à construção pessoal de cada adolescente.

## **1 Autonomia e Independência**

Embora de uso nem sempre claro, os conceitos de autonomia e independência, em termos de desenvolvimento, correspondem a duas faces do processo da individuação.

De acordo com Ryan & Lynch, (1989) o processo de individuação durante a adolescência é caracterizado em termos de autonomia por Holmbeck & Hill (1988), como independência por Douvan & Adelson (1966), e como separação dos membros da família pela generalidade dos teóricos da psicanálise.

A independência pressupõe, segundo Ryan & Lynch (1989) autonomia referida a três domínios essenciais:

- a independência emocional nas relações com os outros (autonomia emocional);
- a capacidade de tomar decisões por si próprio (autonomia de comportamento);
- o assumir de valores/crenças independentes (autonomia de valores).

Porém, os adolescentes podem tornar-se emocionalmente autônomos dos seus pais sem terem de se separar deles. Apesar dos desacordos sobre os aspectos relativos à autonomia constituírem o que mais provoca problemas entre adolescentes e pais (Montemayor & Brownlee, 1987; Steinberg, 2001), apesar das confusões e dos estereótipos, nem a autonomia é rebelião, nem a independência é deixar a família.

A investigação mais recente permite concluir que a autonomização emocional não decorre do processo de ruptura ou de afastamento dos pais, bem antes pelo contrário. A autonomia emocional saudável decorre mais facilmente dum processo gradual de individuação mais ligado à proximidade das relações familiares que ao seu distanciamento.

De facto, não só uma ligação forte e segura não constitui um obstáculo à caminhada para a independência, antes a estimulando e facilitando. (Grotevant & Cooper, 1985, 1986), como também a maioria dos adolescentes continua a beneficiar da orientação e suporte dos pais no seu processo de autonomização (Greenberg, et al. 1983; Kenny, 1987; Kenny, & Donaldson, 1991; Ryan & Lynch, 1989). Será de resto a forte ligação aos pais até à adolescência, e a continuidade do apoio e suporte durante esta, que mais favorecerá um processo seguro de autonomização.

No que respeita a autonomia comportamental ela decorre a par com o desenvolvimento cognitivo que agora permite, cada vez mais e melhor, a análise das posições dos outros (sobretudo se considerados conhecedores) e a conseqüente decisão pessoal.

Certamente que para ser independente e exercitar a autonomia o adolescente precisa de fazer um certo afastamento da família e envolver-se em novas ligações e obrigações sociais numa comunidade mais alargada, promovendo e assumindo a separação.

E embora se considere que esta separação é necessária para a independência e a autonomia, ela não é suficiente por si só, não tem que ser dramática, nem que resultar dum processo de ruptura. Se a separação se faz num contexto de ausência de auto-confiança e de

auto-regulação, pode corresponder apenas à perda do suporte, do afecto e dos bens materiais que a família poderia proporcionar.

Dizendo respeito sobretudo à capacidade de auto-governo e de auto-regulação, a autonomia está em oposição à heteronomia que pressupõe o controlo por forças externas, enquanto a independência diz respeito à auto-confiança, à capacidade de tomar conta de si próprio.

De facto, a separação relativamente a uma família que não proporciona suporte e aceitação parental, interferindo negativamente na consolidação da identidade e na formação do auto-conceito, não pode conduzir à independência e à autonomia.

Ser mais maduro, mais responsável e menos dependente implica mudanças e decisões, nem sempre fáceis, quer para o adolescente, quer para os pais. No entanto, tal não significa que stresse e perturbações internas tenham de constituir a regra.

O facto de as condições actuais de passagem à responsabilidade adulta ser retardada em relação ao que acontecia no passado obriga o adolescente a estar mais tempo em situação de dependência dos seus pais o que dificulta a assunção da responsabilidade pessoal e da plena autonomização.

Paradoxalmente, pressionados pelos pais, pelos amigos e pelos media, os adolescentes são obrigados a serem adultos e a comportarem-se como tal rapidamente e desde muito cedo. Ficar sozinho ou com os irmãos, levantar-se a tempo de ir para as aulas (porque os pais já saíram ou saem mais tarde), decidir ficar com o pai ou a mãe, e ir visitar/telefonar ao outro em caso de separação, gerir o seu tempo de forma não orientada, são algumas das situações em que se

espera/exige que o adolescente ou mesmo a criança, manifeste ser “adulto”. Espera-se, portanto, que seja mais autónomo psicológica e socialmente, mas mantém-se uma dependência económica mais prolongada.

Porém, a independência faz verdadeiramente sentido se seque a uma autonomia saudável que, sendo transformação, não é necessariamente quebra de relações. Tal situação será mais facilitada se as práticas educativas parentais forem do tipo autoritativo, o único que permite a criação e manutenção de fortes laços de relação interpessoal.

Será esta forte ligação com os pais que, permitindo mais segurança e confiança pessoal e nos outros, cria condições para uma separação saudável.

Inversamente, a separação dos pais a que se esteve ligado apenas por relações de dependência, sem possibilidade de expressão progressiva da autonomia, produzindo insegurança pessoal, pode ser paralisante face à conquista de autonomia e independência. Facilmente é sentida a necessidade de permanecer dependente, porventura dos pais (como acontece aos filhos de pais ou muito autoritários ou muito permissivos).

Como referimos antes, e de acordo com Douvan & Adelson (1966), a independência pressupõe autonomia emocional, comportamental e igualmente a assunção pessoal de valores e crenças, portanto uma autonomia de valores.

É, de facto ao longo de toda a adolescência que tendem a ser percorridos os três passos essenciais do desenvolvimento moral (de acordo com Kohlberg). Em primeiro lugar pela passagem de uma moral assente na recompensa e no castigo (moral pré-convencional), para

uma moralidade assente nas normas e valores sociais (moral convencional). Porém, no final da adolescência, princípio da adultícia, tenderá a concretizar-se uma moralidade assente nos princípios e no reconhecimento da relatividade subjectiva das normas sociais (moralidade pós-convencional). De resto, é este nível de moralidade que corresponde ao desenvolvimento dum verdadeira autonomia de valores, pressupondo a conquista da autonomia emocional e comportamental.

Do mesmo modo, na adolescência final, tal como o raciocínio moral, também o pensar político e religioso se torna mais abstracto, mais imbuído em princípios e mais independente.

É procurado um sistema de crenças que mais do que de acordo com os valores dos pais se pretende que esteja de acordo com os valores pessoais.

A importância dos valores, enquanto enquadradores e mobilizadores do comportamento é tal, que muitos autores incluem o estabelecimento dum quadro de valores pessoais como fazendo parte dos critérios de definição do fim da adolescência e da correspondente passagem à adultícia.

## **2 Intimidade e Sexualidade**

À medida que se vai fazendo a passagem da infância para a adolescência as amizades vão ter por base relacionamentos cada vez mais assentes na partilha da intimidade, do apoio e da comunicação (Buhrmester 1990, Levitt et al 1993).

Embora alguns autores separem intimidade e sexualidade, são inquestionáveis as implicações na sexualidade de um correcto desenvolvimento da intimidade.

A descoberta do outro, como descoberta de si mesmo na expressão dos sentimentos e afectos; o interessar-se pelos outros, e sobretudo pelos seus sentimentos; ganhar confiança nos outros e em si próprio são características que se manifestam no relacionamento interpessoal do adolescente e que respeitam a intimidade. E o estabelecimento de relações de intimidade e carinho é tanto mais importante para o adolescente quanto este se encontra numa fase de construção de si próprio que não pode deixar de incluir afastamento emocional da família.

Ainda na pré-adolescência, de acordo com Sullivan & Sullivan (1980) a necessidade de intimidade surgida é satisfeita através das relações de amizade com pares do mesmo sexo, para ser integrada durante a adolescência com os impulsos e desejos sexuais, orientando-se progressivamente para relações interpessoais com o sexo oposto.

Esta necessidade de intimidade tende a ser satisfeita de modo diferente em função dos sexos. De facto há evidência de que entre as raparigas a amizade íntima é cultivada sobretudo através da

conversação, da partilha dos segredos, enquanto que entre os rapazes se faz mais pela partilha de actividades (McNelles & Connolly 1999).

Do mesmo modo a investigação indica que a aceitação da individualidade entre amigos íntimos aumenta com a idade, do mesmo modo que a acentuação no controlo e na conformidade diminui (Shulman et al 1997).

Conhecer melhor o outro e conhecer-se melhor no outro, partilhando sentimentos parece ser a chave para um melhor conhecimento de si próprio, também enquanto corpo sexuado. Logo, a expressão de sentimentos sexuais e o gosto pelo contacto físico vão estar presentes nas relações com os seus pares.

Não cabe aqui a discussão sobre se a intimidade pressupõe o prévio desenvolvimento do sentimento de identidade pessoal (como defende Erikson), ou se o desenvolvimento da intimidade precede o desenvolvimento dum sentido coerente de identidade pessoal (como afirma Sullivan). Apesar de considerarmos que provavelmente a diferença conceptual não será tão grande quanto as palavras expressam, entendemos haver antes uma complementaridade destas duas tarefas.

O que a realidade permite verificar, e a investigação confirma, é que o desenvolvimento da intimidade na adolescência, e o suporte social decorrente, permite uma mais elevada sensação de bem-estar no adolescente. Porém, embora se defenda que a intimidade com pares etários faça parte do desenvolvimento social saudável, pode envolver alguns riscos na medida em que pode acentuar inseguranças, conflitos, invejas e desconfianças.

Para Steinberg (2002), os grandes desafios colocados quanto à sexualidade dizem respeito: à aceitação das mudanças corporais; à aceitação dos sentimentos do despertar sexual; à compreensão de que a actividade sexual é voluntária; e à prática de sexo seguro.

### **3 Auto-conceito e Auto-estima**

Actualmente a maioria dos estudos relacionados com os conceitos de *self* e de identidade assentam na abordagem dos múltiplos aspectos do conceito de si. Veiga (1995: 25) justifica o interesse destes estudos citando Rosenberg (1965) que afirma que

“a contínua fascinação pelo estudo do auto-conceito poderia explicar-se por constituir o núcleo central da personalidade e da existência e por ser ele o grande determinante dos pensamentos, sentimentos e comportamentos”.

Trata-se, porém, de um constructo relativamente ao qual se está longe do consenso. Se alguns autores o consideram como um “traço”, logo relativamente estático e imune às influências exteriores, outros consideram-no antes uma estrutura assente na experiência social do sujeito. No que respeita à sua constituição, uns defendem a sua unidimensionalidade, enquanto outros consideram ser uma estrutura multidimensional, sendo inconsciente para uns, fenomenológica para outros.

Porque não é lugar para tentarmos discernir das razões que subjazem a tais diferenças, procuraremos apenas clarificar o sentido que assumimos quando utilizamos o termo auto-conceito.

Ainda que os autores pioneiros tenham definido diferencialmente os dois termos (James, Cooley e Mead, in Hattie, 1992), e posteriormente outros tenham procurado clarificar o seu uso, a verdade é que a sua utilização continua equívoca.

Assim, Wylie (in Hattie, 1992) considera a auto-estima como uma das três partes constitutivas do auto-conceito, dizendo respeito às

avaliações dos aspectos restritos do eu, sendo o conceito geral de si e o eu-ideal as outras duas partes.

Por seu lado, Rosenberg (1979) considera o auto-conceito um conjunto de quatro áreas: conteúdo; estrutura; dimensões e extensões do eu, sendo a auto-estima a dimensão que corresponde à direcção (alta ou baixa) da atitude face a si próprio.

Hattie (1992) defende que as concepções que temos de nós próprios, constituindo avaliações cognitivas dos nossos atributos pessoais, dizem respeito a uma dimensão cognitiva/intelectual, enquanto que a auto-estima é fundamentalmente emocional.

As concepções de si próprio que se vão formando progressivamente, não sendo estáticas, constituem uma unidade perceptiva que corresponde ao auto-conceito, permitindo concomitantemente um conjunto de avaliações no que respeita às características pessoais e aos desempenhos. Esta postura avaliativa que o indivíduo faz, e tende a manter, relativamente a si próprio, expressa uma atitude de aprovação ou de desaprovação, e a confiança nas suas capacidades e significado, no seu sucesso e merecimento.

Concluindo, diremos que o auto-conceito é constituído pelo conjunto de crenças que sustentamos acerca de nós próprios, e corresponde a uma componente mais descritiva (cognitiva e contextualizada), enquanto a auto-estima, sendo uma componente essencialmente afectiva e não contextualizada, corresponde à dimensão avaliativa do auto-conceito, isto é, ao grau de confiança na maneira de pensar e de lidar com os desafios colocados, e à capacidade de lutar pelos objectivos que nos propomos alcançar.

Dizer auto-conceito é, para Hattie (1992; 36) o mesmo que dizer as nossas concepções acerca do nosso *self*, e tais concepções não podem deixar de ser avaliações cognitivas, expressas em termos de expectativas, descrições e prescrições: integradas nas várias dimensões que nos atribuímos. A consistência ou inconsistência destas atribuições vai depender da qualidade e da quantidade da confirmação ou de não confirmação das nossas avaliações recebida do próprio ou dos outros.

Para este autor o sujeito é, em cada momento, um avaliador dos três aspectos que constituem o *self*:

- *As descrições* que o sujeito faz do seu *self*, e que constituem a principal componente do auto-conceito;
- *As prescrições*, que decorrem dos padrões pessoais de correcção, isto é, da “*representação mental da conformidade do comportamento, das atitudes e dos traços*” (Duvall & Wicklund, 1972, in Hattie, 1992).
- *As expectativas*, que constituindo “um determinante crítico das percepções pessoais acerca do próprio *self*, particularmente se as expectativas não são confirmadas” (Hattie, 1992: 43), podem ser determinadas ou derivadas das descrições e das avaliações referentes a outros.

Continuando a citar Hattie (1992:41),

“as descrições, as prescrições e as expectativas (...) podem envolver percepções (Rogers, 1959); avaliações (White, 1963); capacidades (Suls & Mullen, 1982); atitudes (Rosenberg, 1965; Sherif, 1968) e expectativas (Feather, 1982). O nosso auto-conceito consiste nos

nossos julgamentos das crenças e dos conhecimentos acerca destas descrições, prescrições e expectativas”.

Assim, o auto-conceito é definido como um sistema complexo, organizado e dinâmico das crenças, das atitudes e das opiniões que cada um considera como as suas (Purkey, 1988), enquanto a auto-estima se refere ao modo como o sujeito se sente relativamente às crenças, atitudes e opiniões, e como se valoriza, “como o resultado das experiências de êxito ou de fracasso, comparadas com as aspirações do indivíduo” (Veiga, 1995: 27), o que corresponde à concepção que parece começar a ter maior consenso, de que a auto-estima constitui a componente avaliativa do auto-conceito (Fleming & Courtner, 1984).

### **3.1 O desenvolvimento do auto-conceito**

O *self* e as concepções pessoais acerca do *self* (auto-conceito) foram objecto de estudo de diferentes teóricos do desenvolvimento valorizando momentos e factores diferentes para o seu desenvolvimento.

Para Hattie (1992: 119) o auto-conceito desenvolve-se em função de um progressivo conjunto de mudanças em diferentes factores: quando aprendemos a distinguir o *self* e os outros; quando aprendemos a distinguir o *self* do meio envolvente; quando há mudanças significativas no grupo de referência, o que provoca mudança nas expectativas; quando o indivíduo muda a noção de causalidade pessoal; na medida em que muda o processamento cognitivo, especialmente com o desenvolvimento das operações formais; quando mudam e/ou se realizam valores culturais; e quando muda o modo de receber a

confirmação ou a desconfirmação dos comportamentos em novas situações e contextos experienciais.

Desde logo os processos de interacção mais primitivos, decorrentes das competências adaptativas do recém nascido e das respostas adequadas à satisfação das suas necessidades, ao permitirem o desenvolvimento duma confiança básica, facilitam e promovem o desenvolvimento de comportamentos intencionais e um sentimento de causalidade pessoal.

A par com o desenvolvimento cognitivo e motor surgem o conceito de si próprio, de que o reconhecimento no espelho e em fotografia será um início, e a utilização do “meu”, “mim”, “eu” são manifestação inequívoca. Por outro lado, tais manifestações, ocorrendo em contexto relacional, manifestam o reconhecimento do outro separado do “mim”.

Tais manifestações de auto-reconhecimento, que não podem existir senão dentro dum *self* em construção, vão permitir o desenvolvimento das concepções de si em diferentes áreas de acção, isto é, dum auto-conceito que progressivamente se vai construindo e alargando.

A autonomia de locomoção e de manipulação do, e no, seu mundo vão permitir condições de ensaiar e manifestar uma progressiva independência face aos outros. Ser e sentir-se confrontado com novos desafios, permitirá o alcançar dum equilíbrio saudável entre a autonomia e a vergonha que, de acordo com Erikson, se traduzirá na vontade. Isto é, avaliando positivamente as competências adquiridas, a criança pode ousar fazer, e vencer os novos desafios colocados por um mundo que agora é percebido como realidade externa a conquistar.

A 2ª infância é, assim, o tempo da emergência do sentido do *self* (auto-conceito); do crescimento progressivo da auto-determinação (autonomia); e da internalização das regras de comportamento.

Relativamente ao modo como o sentido do *self* se desenvolve nesta fase, Stipek, et al. (1990), defendem que a criança começa por adquirir a consciência de si própria como ser fisicamente distinto (auto-reconhecimento físico e auto-consciência); para depois conseguir nomear-se e descrever-se em termos simples (auto-descrição e auto-avaliação); e finalmente reagir adequadamente à aprovação ou reprovação dos outros (resposta emocional ao comportamento).

O “eu sabo” ou o “eu faz”, característicos das primeiras afirmações verbais da criança (ainda que expressas de modo agramatical) são manifestações claras de uma consciência de si e das suas capacidades, duma autonomia que procura um equilíbrio entre a auto-determinação e o controlo exercido pelos outros, portanto, com a manifestação da vontade que Erikson preconiza como a virtude resultante da resolução da segunda “crise”.

Porém a vergonha e a dúvida continuarão presentes como resultado da intervenção dos pais no estabelecimento necessário e inevitável de limites que, para além dos aspectos pragmáticos imediatos, acabam por ter influências posteriores importantes na aceitação e conformidade às expectativas parentais, o que constituirá a base para a aceitação e conformidade às regras sociais (Kochanska & Aksan, 1995; Maccoby 1992). A conformação às regras sociais (e a sua conseqüente internalização) vai permitir criar padrões de comportamento que possibilitarão o controlo independente do comportamento (auto-regulação) e o desenvolvimento da consciência que irá permitir a

capacidade de se abster de fazer algo errado ou, fazendo-o, sentir desconforto emocional (Kochanska, 1993).

Ainda que de uma forma centrada em si própria, decorrente das limitações de um pensamento que ainda não acedeu ao estado operacional, a criança de mais de 3 anos já aprendeu a pensar por si própria, a ser criativa, a tomar as suas decisões, e a ousar afirmar-se face aos outros, valorizando-se. Ousa fazer, inovar, criar, fantasiar. Transpira actividade, assume claramente a iniciativa, porventura sem controlo e sem sentimentos de culpa, a não ser os que lhe são “impostos” do exterior. Trata-se claramente de uma fase em que o auto-conceito e a auto-estima poderão/deverão aparecer como mais positivos na medida em que lhe for permitido aceder ao conhecimento de que pode ser a causa das coisas (*iniciativa*), ainda que enquadrada e apoiada para não ter de ser vivida com *culpa*.

Com a entrada na escola, a criança manifesta uma independência e responsabilidades crescentes. A descentração de si própria, a capacidade de operar mentalmente e uma autonomia emocional crescente permitirão o enfrentar dos novos desafios colocados pela aprendizagem das competências exigidas pela sua cultura (*mestria*). Em alternativa enfrenta sentimentos de incompetência (*inferioridade*). Sentir-se *competente* (não necessariamente em tudo e sempre) vai ter como consequência a construção de um *self* mais estruturado e consistente e logo um sentimento de si valorizado.

A família, em primeiro lugar e a escola depois constituem, portanto, dois dos principais contextos e factores que favorecem o desenvolvimento progressivo do auto-conceito. É através da relação com os outros (e sobretudo com os outros significativos) que, desde o início, se constrói a imagem pessoal e logo o conceito de si.

Qualquer que seja o tipo de família, a sua composição, organização e dinâmica relacional, é consensual a aceitação da importância do papel desempenhado na construção do indivíduo e portanto na construção do que é central no desenvolvimento pessoal - o auto-conceito.

As funções e os papéis de cada membro da família, o modo como são experienciados e vividos, a expressão da complementaridade relacional fazem com que a família seja o quadro de referência quase exclusivo, até por volta dos 4/5 anos. É aí e então que se fazem as aprendizagens básicas e se estabilizam as condições fundamentais à abertura posterior aos outros e ao mundo. Pelas relações que se estabelecem e se aprende a estabelecer; pela satisfação que é promovida e facilitada; pelo desenvolvimento de sentimentos de segurança de aceitação e de valorização, a família promove e favorece as bases para que a criança se sinta, se veja, se imagine, e se represente de determinada maneira.

De Singly (1998) chama à família a fábrica do *self*, considerando-a o lugar de ajuda à construção do *self* e ao desenvolvimento pessoal, quer pelas relações do casal, quer pelas relações pais-filhos.

De forma mais ou menos consciente, por acção ou por inacção, formal ou informalmente, os pais são os modelos naturais e primordiais, quer dos comportamentos a adquirir, quer dos sentimentos e emoções a expressar. Ser amado, negligenciado ou rejeitado não pode deixar de ter implicações diferentes na construção do conceito de si próprio.

Assim o auto-conceito, enquanto construção pessoal progressiva, está dependente dos “materiais de construção” disponibilizados, do modo como estes são fornecidos, e da avaliação dos progressos que vão sendo conseguidos, tendo em conta as características particulares de

cada criança/adolescente, e as características pessoais e relacionais dos pais que, por sua vez, determinam os estilos educativos.

A restrição das oportunidades de iniciativa que os pais autoritários fazem, a permissão e o favorecimento da fuga ao confronto com as consequências dos actos praticados pelos filhos (típico de pais permissivos) constituem duas formas de superprotecção e de defesa externa do confronto com as realidades. Ao invés, os pais autoritativos/democráticos pela valorização das capacidades e a promoção da independência, pela disponibilidade e suporte, e pelo estabelecimento das regras e limites (o mais possível consensualizados, mas sempre definidos), permitem e favorecem a construção dum auto-conceito mais elevado e coerente.

Mas se a família é determinante das condições mais iniciais do desenvolvimento do auto-conceito, a escola constitui o espaço, fora da família, que mais contribui para o seu desenvolvimento.

É a inserção no mundo fora do espaço familiar que propicia uma verdadeira vida social, e que, através da partilha, da cooperação, e da solidariedade, se aperfeiçoam e se desenvolvem as capacidades de conhecer e explorar o mundo.

As novas experiências que a escola permite e promove são fonte de influência para o auto-conceito em construção (Purkey, 1970, in Veiga, 1995), até porque as possibilidades de confirmação e de desconfirmação se estendem agora a novos contextos relacionais.

Valorizar em excesso um bom desempenho escolar ou o fracasso, não terá apenas influência no auto-conceito académico, antes se repercutindo noutras áreas e no auto-conceito geral.

De facto quando o sujeito sente o seu auto-conceito ameaçado tende a reordenar os valores que defende, desvalorizando aqueles em que se percebe mais negativamente. Embora tratando-se de um mecanismo protector, tal comportamento tenderá a reforçar o fracasso por fuga ou evitamento.

Se compararmos as concepções de si próprio numa criança e dum adolescente, verificamos facilmente diferenças que vão de descrições simples e concretas para auto-caracterizações mais psicológicas, com maior complexidade e abstracção mais diferenciadas e melhor organizadas (Byrne & Shavelson, 1996; Marsh, 1992).

Podemos dizer, portanto, que o auto-conceito enquanto sistema organizado e dinâmico das crenças que o sujeito mantém de si próprio, assenta na forma com este se percebe ao nível social, emocional, físico e académico, e ainda que a elaboração de um auto-conceito estável seja um dos aspectos importantes do trabalho psíquico da adolescência, tal tarefa, como vimos, não começa nem aqui, nem do nada. Trata-se de um processo de continuidade, ainda que com grandes possibilidades de ser reorientado, tendo em conta, nomeadamente, as novas capacidades cognitivas (com a tomada de perspectiva social), a diferente possibilidade de interacção pessoal e a respectiva tomada de consciência.

Reflectir sobre o comportamento e sobre o que os outros dizem acerca do comportamento; confrontar o comportamento emitido com os comportamentos possíveis, as expectativas pessoais e as expectativas dos outros, tendo em conta as características próprias e o comportamento dos outros, faz parte do processo de acção-reflexão que irá permitir a manutenção e o desenvolvimento do auto-conceito.

Sendo embora individual, a construção do auto-conceito não pode deixar de estar ligada e dependente das percepções que o sujeito faz das opiniões favoráveis e credíveis dos outros.

Assim, as concepções de si próprio que foram sendo construídas, a avaliação cognitiva dos atributos pessoais, sendo ou não confirmadas pelos outros, sairão reforçadas, ou (se não confirmadas) tenderão a alterar-se, ou a desvanecer-se.

Por isso a adolescência constitui um período privilegiado de reconstrução e re-conhecimento de si próprio, já que agora passa a ser possível uma análise das situações sociais, pessoais e de interacção numa perspectiva mais flexível e correcta em função das características do pensamento.

Tal capacidade de análise, não se limitando à realidade, como ela se impõe, mas alargando-se às diferentes realidades possíveis, permite igualmente a constatação de contradições e inconsistências da personalidade individual, e multiplicidade das suas facetas, o que não deixa de provocar alguma angústia no adolescente.

### **3.2 Auto-conceito e comportamento**

A importância dos estudos do auto-conceito/auto-estima é confirmada pelos resultados de inúmeras investigações que permitiram concluir a existência de correlação entre este constructo e diferentes domínios da realização e dos comportamentos.

Para Barros de Oliveira (1996), o auto-conceito é mesmo o ponto de partida e o quadro de referência da pessoa na organização do seu comportamento.

Hattie (1992) analisando diferentes contributos, nomeadamente de Scheirer & Kraut (1979), afirma existir considerável evidência empírica de que o auto-conceito (sobretudo nas dimensões competência académica e comportamento) prediz e influencia a realização escolar, sendo mesmo um predictor tão forte quanto as medidas de inteligência, no que respeita à habilidade para a aprendizagem da leitura em crianças.

Embora considerando ser a auto-estima mais resultado do que causa da realização académica, Holly (1987) não deixa de afirmar que auto-estima e realização académica vão a par, influenciando-se mutuamente, sendo que, um certo nível de auto-estima é necessário para o sucesso académico.

Covington (1989) defende que à medida em que sobe o nível da auto-estima, sobem os níveis de realização.

Igualmente, diversos estudos apontam relações entre auto-conceito/auto-estima e o consumo abusivo de álcool e de outras drogas, e comportamentos delinquentes, defendendo Steffenhagen & Burns (1987) que a auto-estima constitui a base psicodinâmica de todos os comportamentos desviantes.

Gossop (1976) considera existirem deficiências consideráveis na auto-estima dos dependentes das diferentes drogas, defendendo este autor que os adolescentes com baixa auto-estima devem ser considerados em risco de consumo, no que é corroborado por Keegan (1987) ao

afirmar que a baixa auto-estima causa, ou pelo menos contribui para a neurose, a defensividade e o abuso de álcool e drogas.

Sendo o uso de drogas, muitas vezes, utilizado como compensação da baixa auto-estima e de sentimentos de ausência de controlo sobre si próprio, Skager (1988) sustenta estar a auto-estima envolvida no uso adictivo de substâncias. Por seu lado Miller (1988) estudando a modificação de atitudes dos estudantes face ao álcool e ao uso de drogas na sequência de um programa para elevar a auto-estima, conclui existir relação entre auto-estima e consumos abusivos.

Walz & Bleuer, (1992) sustentam que os sentimentos positivos acerca de si, o absentismo e o número de retenções são influenciados positivamente pelo sucesso nos programas escolares de desenvolvimento da auto-estima.

Porque um dos factores concorrentes para a inserção nos grupos é o sentimento de pertença, é importante o desenvolvimento da auto-confiança e da auto-estima que permita a satisfação das necessidades básicas humanas sem recurso à integração em grupos marginais (Sahagan, 1991). Também Lopez (1992) considera que a formação de grupos juvenis se liga à necessidade de reconhecimento identitário, à tradição, ao sentimento de pertença e à pressão dos pares, factores que estão relacionados com a auto-estima.

Por outro lado, desde criança que, de acordo com King (1997) o auto-conceito e a auto estima desempenham um importante papel na tomada de decisão quanto à adopção de comportamentos de saúde.

### **3.3 A avaliação do auto-conceito**

Se, como vimos, são múltiplas as abordagens do auto-conceito, terão de ser igualmente diversas as suas formas de avaliação.

Uma das questões mais pertinentes que se colocam relativamente aos resultados das investigações que tomam por base a avaliação do auto-conceito/auto-estima, refere-se ao facto de serem utilizadas metodologias e instrumentos diversos, partindo de concepções não coincidentes das variáveis de auto-conceito/auto-estima.

De facto, parecem ser tão diversas as escalas para avaliação do auto-conceito, quanto os investigadores, sendo que os testes construídos por Piers-Harris (1964) e Coopersmith (1959) continuam a ser dos mais utilizados.

Na presente investigação utilizamos a *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHCSCS)*, constituída por frases auto descritivas e que permitem ao indivíduo expressar o modo como se percebe a si próprio.

## **COMPORTAMENTO E SAÚDE**

### **SAÚDE, MEDICINA E PSICOLOGIA**

Num passado (aqui e além ainda presente) acreditou-se que as doenças físicas e mentais eram causadas por espíritos do mal. A doença, enquanto castigo dos deuses, deveria ser suportada, e o corpo castigado para expulsar os espíritos do mal (sobretudo tratando-se de uma doença não identificada como orgânica). Porém, alguns como Hipócrates, já achavam que a saúde resultava do equilíbrio entre os diferentes humores e para este contribuíam uma boa alimentação e a ausência de excessos.

Apesar de, na Renascença (séculos XIV e XV), a procura da verdade se centrar no homem mais que em Deus, só a partir de 1637 com o *Discurso do Método* de Descartes e o estabelecimento de um modo científico de pensar, a medicina passou a ser capaz de responder aos desafios que lhe eram colocados. O espírito cartesiano permitiu a definição da *Teoria do Germe* “que postulava que um organismo patogénico específico estava associado a uma doença específica” (Ribeiro, 1998:58).

Estabelecia-se o modelo biomédico, que viria a permitir, sem dúvida, descobertas e progressos com inegáveis consequências positivas no que se refere à mortalidade e morbidade, alargando-se, progressivamente, a esperança de vida.

Porém, as mudanças sociais decorrentes das alterações provocadas pela Revolução Industrial dos fins do séc. XVIII alterando o equilíbrio ecológico, provocaram grandes epidemias que causaram um aumento desmesurado da morbidade e da mortalidade. A tuberculose, a

pneumonia, o sarampo, a gripe, a escarlatina, a difteria e a varíola, tendo facilitado a implementação da *Teoria do Germe*, conduziram ao estabelecimento de medidas de saúde pública.

Não basta tratar o indivíduo doente, passa a considerar-se necessário controlar a mobilidade dos agentes patogénicos. Os sistemas de esgotos e o fornecimento de água potável, a destruição dos agentes e, mais tarde, a vacinação das populações, foram passos essenciais, caracterizadores da *primeira revolução da saúde*.

A *teoria do germe*, deixando de se referir apenas aos microorganismos como agentes patogénicos, abandona a concepção de que a doença é resultante de uma relação causal directa, passando a considerar que a etiologia da doença é multicausal. A prevenção das doenças passa a ser uma preocupação substituindo a centração exclusiva na doença.

“Globalmente pode afirmar-se que o desenvolvimento do modelo biomédico se centrara nas doenças, que a primeira revolução da saúde se centrara na prevenção das doenças e *que a Segunda Revolução da Saúde centra-se na saúde*”. (Ribeiro, 1998: 63).

A partir de meados do século passado verifica-se que, nos países desenvolvidos, a morbidade e a mortalidade estão, cada vez mais, associadas a comportamentos de risco. De acordo com Richmond (in Ribeiro, 1998) fumar, consumir álcool e drogas, correr riscos que dão origem a acidentes, principalmente os acidentes motorizados entre os jovens, constituem o conjunto de factores mais responsáveis da maioria das doenças e de mortes prematuras nos Estados Unidos.

“O equivalente ao germe para as novas patologias, são os comportamentos individuais. As ‘vacinas’, agora, teriam de ser a modificação do comportamento, tomando este, um sentido lato”. (Ribeiro, 1998: 64).

Podemos concluir que:

“As ideias expressas na década de 70 no Relatório Richmond mantêm-se actuais. Richmond resumia em três afirmações os principais problemas de saúde. Afirmava: “estamos a matar-nos devido aos hábitos descuidados que adoptamos; estamos a matar-nos por poluirmos o ambiente de maneira descuidada; estamos a matar-nos por permitirmos a continuação de más condições sociais – como pobreza, fome, ignorância – que destroem a saúde, especialmente a das crianças” (Ribeiro, 1998: 67).

Os dois conceitos mais essenciais desta alteração quanto à saúde são o de (1) promoção da saúde entendida como o *processo de capacitar as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde, e para a melhorar*, (Green & Raeburn, 1990, in Ribeiro, 1998; 69); e o de (2) estilo de vida que a OMS define como “*aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação e da idade e de muitos outros factores*” (in Ribeiro, 1998: 72).

Os aspectos psicológicos, e a pessoa enquanto ser único, passaram a não caber num modelo que abordava o indivíduo como constituído por duas entidades distintas e separadas (corpo e alma).

Mas, apesar de a Organização Mundial de Saúde (partindo de uma perspectiva multidimensional que se afasta da centração física) definir saúde como “*um estado de bem-estar físico, mental e social*”, a perspectiva dominante continuou a assentar no modelo tradicional, como se a saúde fosse a simples ausência de doença, e esta fosse sempre decorrente, agora não apenas de agressões externas, mas de alterações fisiológicas, neurológicas, metabólicas, ou mesmo resultante exclusivo e directo da acção de um qualquer gene.

## **1 Emergência do Papel da Psicologia**

Apesar de na Grécia antiga já se pensar que psicologia e medicina tinham conexões, só no séc. XX se formalizou esta relação, nomeadamente a partir dos estudos de Freud sobre a conversão histérica. A necessidade de compreender tal perturbação *“levou alguns investigadores nos anos 1930 a estudar a ligação entre vida emocional e os processos corporais”* (Alexander, 1950, in Sarafino, 1998:13)

Nasce a medicina psicossomática que, nos anos 60, com o contributo de diferentes perspectivas teóricas, se centra no estudo das inter-relações dos factores psicológicos e sociais, das funções biológicas e fisiológicas, e o desenvolvimento e o processo da doença (Lipowski, 1986, in Sarafino, 1998:13).

O modelo biomédico e o seu princípio da separação corpo-mente é posto em causa, primeiro pela medicina psicossomática, depois pela Saúde Comportamental que se centra na educação para a modificação de comportamentos e estilos de vida, no sentido da manutenção da saúde e da prevenção da doença nos indivíduos saudáveis.

O terceiro desafio ao modelo biomédico é o constituído pela Medicina Comportamental, com incidência particular nos cuidados de saúde, tratamento e prevenção da doença e que Schwartz & Weiss (1978) descrevem como um conjunto de elementos de disciplinas científicas como a Psicologia, a Sociologia, e a Educação para a Saúde.

A mais recente (década de 70) e porventura a mais consistente e alargada contribuição da psicologia no campo da saúde, corresponde ao conceito de Psicologia da Saúde, afastando-se do modelo linear de saúde da perspectiva biomédica, porque

- Se entende o ser humano como um sistema complexo em que a clássica dualidade *corpo-mente* deixa de fazer sentido;
- A doença é aceite como resultado da combinação de uma multiplicidade de factores biológicos, psicológicos e sociais e não como uma agressão resultante de causalidade externa ou de mudanças internas não controláveis;
- O sujeito assume um papel importante na sua saúde como na doença, deixando de ser considerado apenas como vítima passiva de agentes agressores;
- O tratamento (passando a ter como alvo o sujeito na sua totalidade, e não apenas as implicações físicas e orgânicas da doença) compromete-o activamente, quer através da responsabilização individual quanto à medicação, quer das mudanças de comportamentos e crenças relacionadas;
- Saúde e doença inscrevem-se num *continuum* que vai da morte ao completo bem estar.

A abordagem preconizada pela Psicologia da Saúde reflecte o *modelo biopsicossocial de saúde e de doença* desenvolvido por Engel (1977 e 1980, in Sarafino, 1998:15) procurando integrar no modelo biomédico tradicional (incluindo a genética, os vírus, as bactérias e os defeitos estruturais), os aspectos psicológicos (cognições, emoções e comportamentos) e os aspectos sociais (normas de comportamento, pressões para a mudança, valores, classe social, grupo étnico).

## 2 O Papel do Sujeito na sua Saúde e Doença

Partindo da análise de Thomas McKeown sobre o impacto da medicina na saúde desde o século XVII, Ogden (1999: 27) conclui que: (1) o declínio das doenças infecciosas se compreenderá melhor em termos de factores sociais e ambientais do que em termos da intervenção médica; (2) as doenças do século XX são sobretudo causadas por *“influências (...) que o indivíduo determina através do seu próprio comportamento (fumo, alimentação, exercício físico e coisas semelhantes)”*, acrescentando que *“é da modificação dos hábitos pessoais como fumar e levar uma vida sedentária que a saúde depende, em primeiro lugar”*.

Tal constatação tem levado a um aumento significativo da atenção dos investigadores sobre o papel do comportamento na saúde e logo o papel dos psicólogos da saúde, tema que, sendo interessante, ultrapassa o âmbito do presente trabalho.

Todavia parece-nos essencial referir ainda alguns aspectos relacionados com factores de risco e comportamentos de saúde definidos por Matarazzo (1984, in Ogden, 1999) como:

- *Hábitos prejudiciais para a saúde, ou comportamentos patogénicos* (fazer uma alimentação rica em gorduras, abusar do álcool, fumar, consumir outras drogas, etc.)
- *Comportamentos de protecção da saúde ou comportamentos imunogénicos* os que podem ter efeitos positivos sobre a saúde (dormir o número de horas adequado, usar cinto de segurança, estar informado quanto aos riscos de saúde, fazer higiene oral, etc.)

Procedendo à revisão de investigações de outros autores, Ogden (1999) conclui que: dormir 7 ou 8 horas por dia; tomar o pequeno almoço todos os dias; não fumar; comer raramente entre as refeições; ter o peso adequado; não consumir ou ter um consumo moderado de álcool e fazer exercício regularmente, constituem os 7 comportamentos que mais se associam à taxa de mortalidade e à longevidade.

Conner e Norman (1996, in Matos et al. 2000), salientam que o consumo de tabaco, o consumo de álcool, o não praticar actividade física, e uma má alimentação, constituem alguns dos percursos das doenças cardiovasculares e do cancro.

O comportamento saudável tem, portanto, uma função protectora, o que significa que tê-lo ajuda a manter ou aumentar a boa saúde e a evitar a doença, como igualmente afirma Sarafino (1998:164):

“Mas quem se sente bem, pode estar menos inclinado a fazer o esforço e o sacrifício que o comportamento saudável requer (...). Assim, a decisão pelo comportamento saudável depende muito de factores motivacionais, particularmente em referência à percepção individual do perigo de doença, da importância do comportamento na redução desse perigo, e da atractividade do comportamento oposto”.

Porém, comportamentos não saudáveis como fumar, beber ou consumir outras drogas podem aparecer muitas vezes como fonte de prazer ou como forma de *ser como* os outros, para se *poder estar com* eles.

De facto, os benefícios e prazeres momentâneos que podem ser retirados dos comportamentos menos saudáveis, a inserção num grupo em que tais comportamentos são comuns; a necessidade de ser aceite, facilitam a cedência às pressões sociais existentes.

A aprendizagem, factores sociais, de personalidade e emocionais, bem como factores cognitivos, estão na base da aquisição e manutenção dos comportamentos.

Assim, comportamentos saudáveis e não saudáveis, ambos são fruto da aprendizagem, quer feita por experiência pessoal, quer por observação do comportamento dos outros.

Neste sentido, a família e os amigos desempenham um papel essencial na promoção de comportamentos de saúde na medida em que manifestem claramente a aprovação ou a desaprovação face a comportamentos salutareos ou não salutareos.

E se, qualquer que seja o tipo de comportamento, este “(...) se estabelece, tende a tornar-se habitual, isto é, a pessoa tende a realizá-lo de forma automática e sem consciência” (Sarafino, 1998:164) então, é de extrema importância que a aprendizagem de comportamentos saudáveis seja feita e reforçada desde muito cedo.

Assim, o desenvolvimento da compreensão da relação entre comportamentos e saúde deve ser promovido desde o início da adolescência, altura em que o indivíduo “se torna mais ciente da complexa interacção dos factores internos e externos na saúde, na doença e na recuperação (La Greca & Stone, 1985, in Sarafino, 1998:182)

Ao longo do século passado, as investigações permitiram evidenciar as ligações entre personalidade e comportamento, e entre personalidade, comportamento e saúde, não apenas relativamente a doenças cardíacas, mas igualmente em relação às diversas situações de dependência. Sobretudo no que respeita ao stress há evidência clara de este se encontrar muito relacionado com comportamentos não

saudáveis. De facto “*peçoas com níveis elevados de stresse consomem mais álcool, cigarros, e café do que as que têm níveis de stresse mais baixos* (Baer et al. 1987; Conway, et al. 1981, in Sarafino, 1998:171).

Por outro lado, os aspectos cognitivos e perceptivos influenciam também, e de forma determinante, os comportamentos de saúde, não apenas pela necessidade de conhecer os perigos inerentes aos comportamentos não saudáveis, como de saber como resolver os problemas decorrentes.

Porém, a percepção das consequências, na sua extensão e profundidade, parece tanto mais difícil de influenciar o comportamento, quanto a pessoa se sente saudável.

O que se verifica é que nem sempre existe a consciência dos riscos ou, não se sabe ou pode mudar o comportamento, dado que este pode facilmente passar de ocasional a habitual, e transformar-se em adição ou dependência. Para tal situação concorrem, de forma clara, as crenças estabelecidas relativamente à bondade, à aceitabilidade ou aos malefícios decorrentes.

De facto é necessário um esclarecimento cada vez maior sobre

“(…) como ser mais responsável relativamente à sua própria saúde e bem-estar, especialmente quando o envolvimento social promove mais facilmente o comportamento irresponsável e não saudável” (Thorensen, 1984, in Sarafino 1998:11).

### **3 Crenças, Atitudes e Comportamentos**

Desde Allport que se considera que a atitude é um estado mental e neurológico de orientação, organizado através da experiência pessoal que exerce uma influência dinâmica de prontidão de resposta face a um objecto ou situação.

Tal estado constitui-se de uma componente: (1) *afectiva* que corresponde aos sentimentos despertados pelo objecto; (2) *cognitiva* que funciona como reservatório em que é armazenada a informação acerca do objecto/situação, expressando as crenças acerca do objecto; (3) de *comportamento* explícito decorrente da atitude interna.

Apesar da constatação de diferenças quanto à conceptualização de atitude, é possível encontrar pontos comuns às diversas teorizações. A saber, as atitudes referem-se a experiências subjectivas sendo aprendidas ao longo da história pessoal de vida; fazem sempre referência e dirigem-se a um objecto; incluem sempre uma dimensão avaliativa (Lima, 1996).

Ajzen (2001) defende existir acordo quanto ao facto de a atitude representar uma avaliação sumária quanto a dimensões de bom-mau; prejudicial-benéfico; fonte de prazer-desprazer, agradável-desagradável.

Quanto ao grau de importância das atitudes enquanto predictoras do comportamento, Fishbein e Ajzen (1975 in Lima 1993) consideram que estas têm uma função orientadora da acção. Certamente que uma atitude geral poderá mais dificilmente ser predictor de um comportamento, do que se analisarmos uma atitude específica e o comportamento específico. Como defende Ajzen e Fishbein (1980)

uma atitude específica influencia as intenções e estas influenciam o comportamento. Assim o nível de intenção de realizar o comportamento, constitui um predictor mais seguro desse comportamento. Tais intenções comportamentais decorrerão (1) da atitude face ao comportamento, isto é, a crença de que o comportamento resultará em determinada consequência determina a avaliação dessa consequência; (2) das normas subjectivas, isto é, o que os outros acham que o sujeito deve fazer, relativamente ao comportamento em questão; (3) do controlo comportamental percebido, isto é, se o sujeito sente ter ou não o poder de controlar o comportamento.

Tal não significa que o comportamento, enquanto reflexo de uma dada atitude, lhe corresponda com exactidão. O desejo de agradar, de proceder em conformidade com a opinião dos outros pode conduzir à supressão do comportamento que decorreria da atitude individual. A dissonância cognitiva decorrente das ideias e sentimentos expressos por outros, pode conduzir à aceitação dessas ideias e sentimentos contrários.

Por outro lado, e de acordo com a perspectiva da teoria da auto-percepção de Bem (1967) o sujeito tende a ajustar a sua atitude ao comportamento assumido.

Embora as atitudes se constituam desde cedo e de diferentes modos (modelação das atitudes parentais, condicionamento clássico e operante, e experiência pessoal directa), o processo de comunicação, a capacidade de persuasão, a credibilidade percebida do interlocutor são factores determinantes do respectivo processo de mudança.

De acordo com a perspectiva funcionalista, defendida por Snyder, (1989) e Breckler (1989); Grawitz (1990), (in Couto, 2000), as atitudes têm uma:

- *função adaptativa* ou de ajustamento na medida em que mostram o caminho que conduz aos objectivos desejados e bloqueiam os indesejados, tendo em conta, na sua formação e/ou mudança, a opinião dos outros, ajudando assim à conformidade;
- *função de conhecimento*, ao permitirem, com economia de conhecimentos e através da categorização das informações relativas aos objectos, fazer juízos sobre objectos específicos e o modo de lidar com eles;
- *função expressiva* das crenças acerca do que se considera certo ou errado, positivo ou negativo, bom ou mau, do que é verdadeiro para o sujeito, e que os grupos de pertença vão ou não reforçar;
- *função defensiva* ao permitirem, através da negação ou da deformação duma realidade externa difícil de aceitar ou duma realidade interna ameaçante, que o sujeito se proteja dos seus próprios medos e rejeições.

Enquanto componentes da dimensão cognitiva das atitudes, e na medida em que estas são orientadoras dos comportamentos, as crenças desempenham um papel relevante no comportamento individual. A crença *“tal como as atitudes, refere-se a um determinado objecto, mas por crença entende-se a informação de que uma pessoa dispõe acerca do objecto, face à qual se pode sempre associar uma probabilidade de veracidade”* (Lima, 1996: 170)

Fishbein e Ajzen (1976) conceptualizam a atitude face ao objecto como o produto da crença face ao objecto e da avaliação do atributo feita pelo sujeito. É, portanto, através das atitudes que as crenças (entendidas como a probabilidade subjectiva de que um objecto tem determinado atributo) acabam por ser expressas. Não se trata, porém, de considerar a atitude como veículo de expressão das crenças, antes é assumido pelos autores a existência de uma relação causal entre as crenças e as atitudes.

Numerosas investigações se têm debruçado sobre o papel das crenças e das intenções relativas à saúde e ao seu impacto na adopção ou não de comportamentos saudáveis, permitindo, de acordo com Ogden (1999), relevar a natureza dinâmica das crenças, do tempo, dos custos e benefícios, e a teorização de modelos estruturados, designados de cognitivos e de cognição social.

Enquanto os modelos cognitivos tendem a descrever o comportamento como resultante de um processamento racional da informação, não dando relevo aos factores envolvimentoais, os *“modelos de cognição social analisam os factores que predizem os comportamentos e/ou as intenções comportamentais e, além disso, analisam a razão pela qual os indivíduos falham na manutenção de um comportamento que se comprometeram a ter”* (Ogden, 1999: 45).

Os vários modelos desta perspectiva foram desenvolvidos a partir da teoria da cognição social de Bandura para quem o comportamento é governado: por expectativas (relativas à situação, aos resultados e à auto-eficácia); por incentivos (as consequências reforçantes do comportamento) e por cognições sociais (encarando o indivíduo não como mero processador racional da informação, mas enquanto

portador de um conjunto de crenças normativas decorrentes da sua inserção em determinado contexto social).

A *Teoria do Comportamento Planeado* de Azjen, construída a partir da *Teoria da Acção Ponderada*, introduz a noção de *intenção comportamental* (a quarta componente da atitude) enquanto predictor do comportamento.

As *intenções de comportamento*, são consideradas “*planos de acção para atingir objectivos comportamentais*” (Ajzen & Madden, 1986) e resultam de:

- “*Atitudes em relação aos comportamentos, compostas por avaliações positivas e negativas de um determinado comportamento e pelas crenças sobre o resultado desse comportamento (por exemplo: “fazer exercício físico é divertido e irá melhorar o meu estado de saúde”)*”.
- “*Norma subjectiva composta pela percepção das normas e pressões sociais para ter um dado comportamento, assim como pela avaliação da motivação, ou não do indivíduo para se submeter a esta pressão (por exemplo: “as pessoas importantes para mim aprovarão o facto de eu perder peso e eu quero a sua aprovação”)*”.
- “*Controlo comportamental percebido, crença de que o indivíduo consegue manter um determinado comportamento, baseando-se na ponderação dos factores internos de controlo (por exemplo, competências, aptidões e informação) e dos factores de controlo externos (por exemplo, obstáculos e oportunidades) ambos relacionados com o comportamento passado.*” (Ogden 1999: 47-48).

De acordo com Gillmore (1998) existe evidência (Bauman et al, 1985; Christiansen, et al. 1982; Christiansen, et al. 1989; Keefe, 1994; Reese, et al. 1994; Smith, & Rosenthal, 1995) de que:

- as crenças acerca dos efeitos do álcool têm importante papel quer na iniciação, quer na manutenção dos comportamentos de consumo de bebidas alcoólicas na adolescência;
- estas crenças/expectativas têm uma formação muito precoce, claramente anterior às primeiras experiências;
- apesar de diferenciarem os efeitos do álcool do de outras bebidas e de terem uma visão negativa das bebidas alcoólicas, muitas das crianças do primeiro ciclo começam a beber na adolescência, e algumas destas vão ter problemas com a bebida (Noll, et al. 1990; Johnson & Johnson, 1995).

Só muito recentemente se têm vindo a estudar as mudanças nas crenças relativas às bebidas numa perspectiva evolutiva das idades, contrastando as crenças das crianças e as dos adolescentes. De facto, partindo de amostras de crianças e de adolescentes não é possível discernir até que ponto é que os adolescentes que já se iniciaram na bebida mudaram ou não as suas crenças.

A investigação de Gillmore (1998) mostra que os adolescentes mais velhos associam à bebida um número mais elevado de consequências, quer positivas quer negativas (Johnson & Johnson, 1995; Miller, et al. 1990), e que são capazes de discriminar melhor que os mais novos, as consequências esperadas (Christiansen, et al. 1982).

Gillmore (1998) investigou igualmente as diferenças relativas às idades quanto às normas percebidas acerca da bebida. As investigações anteriores partem sobretudo de amostras de adolescentes o que

dificulta a determinação do que influencia o quê: são as normas percebidas que influenciam os consumos, ou o inverso?

As conclusões de Gillmore (1998) são concordantes no que respeita quer às expectativas e às normas percebidas, tornando-se estas mais favoráveis com o avanço da adolescência (Keefe, 1994; Webster, et al. 1994; Smith & Rosenthal, 1995; Small, et al. 1993), quer às mudanças nas percepções acerca do consumo que se fazem mais cedo do que se pensava antes. Tais mudanças no resultado e nas crenças normativas antecedem as mudanças no comportamento (Fishbein, 1975, in Gillmore, 1998).

Já em estudo anterior Gillmore et al. (1990) demonstraram que (1) as expectativas relativas ao álcool se relacionam com as atitudes acerca do álcool; (2) que as crenças normativas estão relacionadas com a percepção das normas acerca do álcool; e (3) que ambas se associam às intenções de uso de álcool e ao seu uso efectivo, o que está de acordo com o defendido pela Teoria do Comportamento Planeado.

As normas percebidas mostram igualmente ligações com o desenvolvimento. Os adolescentes mais velhos tendem a perceber as normas como mais favoráveis ao consumo (Keefe, 1994; Brown, et al. 1986; Smith, & Rosenthal, 1995); são mais influenciados pelos seus pares que pelos pais (Keefe, 1994; Webster, et al. 1994), manifestando-se discrepâncias importantes entre as normas parentais e as dos pares.

#### **4 Adolescência, Saúde e Comportamentos de Risco**

Existe evidência de que os adolescentes, mais que as crianças e os jovens adultos, tendem a manifestar comportamentos desenvolvimentais problemáticos (Dornbusch et al, 2001) e que os problemas de comportamento do adolescente se relacionam com alterações posteriores do adulto (Hawkins, Catalano & Miller, 1992; Loeber & Hay, 1997, Dornbusch, et al. 2001).

Matos, et al. (2000), referindo Bruhn (1988), a OMS (1993) e Steptoe & Wardle (1996), afirmam que, apesar do grupo etário que corresponde à adolescência ser considerado o mais saudável a nível da população global, é igualmente aquele em que uma percentagem mais elevada se confronta com problemas de saúde mais directa e imediatamente associados ao comportamento, à interacção com o envolvimento; e às mudanças sociais radicais.

Para além das crenças e das atitudes, os comportamentos de saúde são considerados determinantes para a saúde (Matos, et al. 2000). Os estilos de vida não saudáveis revelam-se de extrema importância não apenas porque podem colocar em risco o bem-estar, e mesmo a vida do adolescente, mas também porque condicionam o estilo de vida que este tende a adoptar enquanto adulto.

Na adolescência, o maior perigo para a saúde vem dos comportamentos não saudáveis, de actividades de risco e da violência (auto ou hetero), De facto, são o abuso de substâncias, os acidentes de viação, as doenças sexualmente transmissíveis, o suicídio e o homicídio que mais contribuem para as elevadas taxas de morbilidade e de mortalidade adolescente. Para além da importância que os

comportamentos de risco assumem directamente na adolescência, tendem a projectar-se ao longo da vida, enquanto hábitos adquiridos constituindo um estilo de vida.

O facto de a morbilidade e a mortalidade estarem sobretudo associados ao comportamento (contrariamente ao que acontece noutros ciclos de vida) faz com que as causas sejam mais bem conhecidas e preveníveis, porque:

- existem neste período as competências cognitivas necessárias à tomada de decisão;
- o adolescente enfrenta uma diversidade de solicitações e pressões que o podem levar na direcção errada;
- os padrões de dieta, de consumo de tabaco, e de exercício estabelecidos na adolescência persistem na adultícia (Kelder, et al. 1994).

E porque sabemos que a adolescência corresponde a um período em que mais facilmente surgem ou se aproximam as grandes oportunidades de experimentar o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, tal como de iniciar relações sexuais, importa ter consciência de que é tarefa essencial no início da adolescência a educação para a redução e controlo dos comportamentos de comprometimento da saúde (violência, drogas, condução perigosa, comportamentos sexuais de risco), e o aumento dos comportamentos de promoção da saúde (correcta alimentação, exercício adequado, uso do cinto de segurança e sexo seguro...)

Importa, no entanto, ter presente que a grande maioria dos adolescentes atravessa este ciclo de vida sem problemas significativos, embora uma parte minoritária enfrente problemas psicológicos e de

comportamento que condicionam não apenas as suas vidas como as dos que com eles convivem. É o caso do abuso de substâncias, a depressão e o suicídio, o crime e a delinquência...

Para compreender os problemas da adolescência, de acordo com Steinberg (2002), é necessário porém distinguir:

- Os problemas ocasionais, do que são padrões duradouros de perturbação do comportamento;
- Os problemas que têm a sua origem na adolescência, daqueles que resultam dum percurso que se iniciou em fases anteriores do desenvolvimento.
- A maioria (se não todos) os problemas vividos pelo adolescente são relativamente transitórios e resolvidos no início da adultícia, sem grandes repercussões, na maior parte dos casos.

Efectivamente, a investigação aponta claramente para o facto de a maioria dos adolescentes problemáticos terem tido problemas quer em casa, quer na escola em idades anteriores. No caso dos comportamentos delinquentes há clara evidência da existência de problemas na idade pré-escolar (Moffitt, 1993).

Dusek & Flaherty (1981) afirmam que o indivíduo que entra na adolescência é no fundamental o que dela sai, enfatizando assim a ideia de que os problemas de comportamento na adolescência não são uma consequência directa das alterações normativas.

Trata-se antes de uma expressão mais forte, porque mais autónoma, dos problemas que já se manifestavam em idades anteriores, porventura com um controlo externo mais facilmente conseguido.

Porém, a crença de que adolescência é sinónimo de problemas é constantemente alimentada pela ênfase feita aos problemas que, ocorrendo mais na adolescência, não só não decorrem necessariamente da adolescência, enquanto processo, como são minoritários relativamente à população adolescente, não devendo, portanto, ser tomados como caracterizadores da adolescência.

#### **4.1 Comportamentos de risco**

Apesar do que ficou dito, escamotear os problemas efectivamente existentes numa parte dos adolescentes, seria assumir uma postura igualmente extremada e, portanto, incorrecta.

O que a realidade impõe, e os investigadores proclamam é que, estando o risco presente em todo o percurso desenvolvimental; não sendo possível, porventura nem desejável, que se deva ou se possa fugir dele em absoluto, o importante é assumir conscientemente o comportamento, controlando o risco potencial existente. Contendo a actividade sexual riscos, não é natural nem saudável fugir da expressão da sexualidade. Antes se torna essencial, e mesmo vital, controlar os riscos potenciais.

Implicando o risco *“a possibilidade de sofrer uma perda ou dano, a possibilidade de ser submetido a um perigo ou exposto a uma ferida com consequências na adaptação e em patologias futuras”* (Ramos, 2004:119) os seus factores estão presentes quer através das condições existentes no indivíduo, quer nos contextos de desenvolvimento e de vida.

A variabilidade dos factores que podem levar a comportamentos de risco é enorme e pode decorrer: de características de temperamento e de saúde; das experiências de vida (sobretudo as mais precoces); da qualidade dos processos de interacção estabelecidos; das condições de vida familiar e social (doenças, clima familiar, precariedade económica, violência...).

Tais factores podem ser determinantes ou reforçantes da vulnerabilidade individual que corresponde “*ao conjunto de factores que predispõem a criança para desenvolver uma perturbação, implicando a existência de factores de risco*” (Ramos, 2004: 125). No entanto as características peculiares de cada indivíduo permitem-lhe desenvolver a capacidade de resiliência que deve ser entendida como

“(...) um processo complexo, resultante de interacções entre as características do indivíduo e dos contextos ao longo das trajetórias de desenvolvimento. Ela implica a capacidade de adaptação a condições biológicas e psicossociais adversas, através do desenvolvimento de recursos afectivos e sociais que permitem criar um funcionamento psíquico e uma inserção social adequados” (Ramos, 2004: 133).

Sendo verdade que em todos os ciclos de vida os factores de risco estão presentes, por razões que se prendem com as características e as tarefas específicas, a adolescência constitui (mais que qualquer outro) um tempo de riscos acrescidos. Sofrendo alterações físicas e psicossociais profundas, precisando e sendo obrigado a reconstruir-se, só o pode fazer assumindo novos papéis, experimentando-os e pondo-se à prova (porventura excessivamente) tentando descobrir em quê e como o novo papel assumido se adequa ou não a uma nova identidade emergente.

Ao experimentar e experimentar-se de forma comportamental excessiva o adolescente assume comportamentos de risco que podem comprometer, no imediato ou no futuro, a integridade do desenvolvimento, e trazer resultados negativos ao nível da saúde e/ou do bem-estar.

Lerner (1998), citando Dryfoos, refere quatro categorias maiores de comportamentos de risco desde o final da infância e ao longo da adolescência: (1) uso e abuso de droga e álcool; (2) sexo não protegido, gravidez e paternidade adolescente; (3) baixo rendimento escolar, reprovações e abandono escolar; (4) delinquência, crime e violência.

Porém, o adolescente parece não relacionar o conhecimento dos riscos ao seu próprio comportamento quando bebe, fuma, conduz ou faz sexo (Gerrard, et al. 1996; Severson, Slovic, & Hamson, 1993; Smith & Rosenthal, 1995).

Ao ter muitos destes comportamentos, a experiência imediata, e o impressionar os companheiros parece ser mais importante que as consequências a longo prazo.

Adalbjarnardotir (2002) afirma que o facto de os/as adolescentes conhecerem os riscos do uso de substâncias e as implicações pessoais e familiares não parece ser suficiente para não se envolverem em comportamentos de risco. De facto, nos últimos anos assistimos a um aumento do número de adolescentes que usam substâncias como tabaco, álcool e drogas ilícitas numa idade cada vez mais precoce (Johnston, et al. 1995).

E se até há pouco se considerava que os comportamentos mais externalizados e agressivos eram apanágio do género masculino, como

consequência, nomeadamente, das especificidades hormonais, o que tende a verificar-se cada vez mais é a não existência de diferenças significativas, quanto ao género, no que a comportamentos desviantes diz respeito.

Partindo dum estudo longitudinal de adolescentes provenientes de famílias intactas, Scaramella, et al. (1999), concluíram que, independentemente do género, as causas dos comportamentos problemáticos e o papel protector dos pais não variava com o género.

De facto, é cada vez mais nos mesmos contextos sociais e laborais, com papéis cada vez mais idênticos e com idênticas exigências e expectativas que os adolescentes, independentemente do género, são chamados a integrarem-se. Certamente que a sua inserção numa sociedade que, tendendo a ser cada vez mais igualitária, também caracterizada pelo consumo desenfreado, pelo usar e deitar fora, pela promoção do fácil e do efémero, por um mundo cada vez mais negativamente globalizado, não deixará de levantar algumas dificuldades a quem, confuso e ainda não adaptado às suas mudanças desenvolvimentais, se confronta com mensagens e estímulos confusos e contraditórios.

A incongruência dos princípios morais e políticos e as respectivas práticas; o autoritarismo em determinadas situações e a permissividade absoluta noutras; a denúncia e condenação de actos cujos autores aparecem glorificados como heróis; a condenação do uso de substâncias de que as economias, e muitas vezes os governos, tiram grandes benefícios; a condenação da violência e a sua utilização por quem a condena, serão certamente factores que não podem deixar de causar enorme perplexidade, sobretudo numa fase em que está em construção toda uma filosofia de vida.

Uma multiplicidade de factores que respeitam ao contexto social mais alargado, às condições sócio-económicas, ao tipo de família em que o/a adolescente é educado, e sobretudo ao seu clima relacional, logo, aos processos de interacção educativa estabelecidos, não pode deixar de criar as condições favoráveis aos estabelecimento de comportamentos de risco.

Aceitamos, com Tomkiewicz, (1980) a não existência de um gene ou dum cromossoma que possa ser o responsável pelo comportamento por mais desviante que ele seja, valorizando antes os processos de interacção decorrentes das características individuais e das condições e respostas educativas.

Muitas vezes se afirma que os adolescentes têm mais facilmente sentimentos de invulnerabilidade, isto é, a crença de que nada de mal lhes acontece, embora aceite e reconheça que aconteceu e acontece aos outros.

Também neste aspecto, as diferenças entre adultos e adolescentes não aparecem como significativas. De resto, a investigação confirma que os processos cognitivos usados pelos adolescentes são os mesmos que os usados pelos adultos (Beyth-Marom et al, 1993; Furbey & Beyth-Marom, 1992).

Quadrel et al. (1993) concluíram não haver diferenças entre o grupo de adolescentes e de adultos no que respeita a considerarem-se como potenciais vítimas de experiências perigosas.

Se usam o mesmo processo de decisão, se são capazes de avaliar as consequências dos comportamentos, então porque correm os adolescentes mais riscos?

A resposta apresentada por Moore et al. (1997) pode envolver os diferentes modos com que adolescentes e adultos avaliam a aceitabilidade das diferentes consequências.

De facto, qualquer decisão pessoal implica normalmente a avaliação de diversas consequências, a questão essencial tem a ver com o peso específico que alguma destas pode ter. Assim, decidir-se pelo consumo de uma droga numa festa de amigos, não significará que os riscos legais e de saúde não tenham sido considerados. Estão igualmente presentes como consequências, o prazer que a droga pode induzir; e o modo como se pode ser julgado (positiva e negativamente) pelos outros.

Provavelmente a decisão do adulto decorrerá mais da valoração das questões de saúde, enquanto que o adolescente pode sentir que a alternativa é ceder à pressão social. E se para o adulto valorizar a pressão dos outros em detrimento da saúde é irracional, para o adolescente, a decisão do adulto é igualmente incompreensível.

Small, Silverberg, & Kerns, (1993) pediram a adolescentes de diferentes idades para valorarem os custos e benefícios de comportamentos, como o uso de álcool e a prática de sexo. É interessante verificar que as percepções dos benefícios de assumir comportamentos de risco não se afastavam das suas percepções dos custos como predictores do comportamento. Tal significará, portanto, que a percepção dos custos e benefícios dos consumos, encontrando-se equilibrados não serão o factor determinante da decisão.

Para além dos factores que estarão associados a comportamentos de consumo e que decorrem do envolvimento social e familiar e das relações estabelecidas, de susceptibilidades que se associam a aspectos genéticos, às características individuais (nomeadamente o

temperamento), bem como à influência dos pares, existem factores que estão presentes e actuantes na maioria dos adolescentes funcionando como factores protectores.

De acordo com numerosas investigações, a percepção por parte do adolescente do suporte emocional e a identificação com os seus pais, está relacionada com menor uso de substâncias e actividades delinquentes. Assim:

- O/a adolescente com uma ligação de afecto profunda aos pais é menos susceptível de apresentar problemas de saúde mental e menos propenso a consumir drogas ou a ter comportamentos sexuais de risco (Cooper et al. 1998).
- A ligação mútua estabelecida entre o adolescente e os pais é um factor protector do uso de substâncias, delinquência e comportamentos violentos (Allen, et al. 1998; Brook, 2000; Chassin & Barrera, 1993);
- O envolvimento social e a percepção que o adolescente tem desse envolvimento influencia o rumo dos comportamentos de risco (Jessor, et al. 1998);
- A ligação de afecto e amizade à família e à escola influencia três aspectos dos problemas de comportamento: a sua *frequência*; a *prevalência* (proporção de adolescentes que em determinado período inicia um comportamento desviante); e a *intensidade do envolvimento* nos comportamentos desviantes. (Dornbusch et al. 2001; Hawkins, et al. 1997; Jessor et al. 1995; Smith & Paternoster, 1987);
- Os filhos de pais autorizados são normalmente adolescentes mais responsáveis, mais aceitantes dos valores convencionais e

logo mais defendidos dos riscos de consumo (Brook, et al. 1986).

De acordo com Ponton (1998), duas coisas são absolutamente claras relativamente aos adolescentes: eles vão ter comportamentos de risco; e a maior parte dos seus pais vão estar aterrorizados com isso.

Compete sobretudo à família, à escola, às estruturas de apoio e suporte social, a criação das condições favorecedoras do estabelecimento e manutenção de estilos de vida saudáveis. Até porque se estes não podem permitir um prolongamento indefinido da vida, nem, eventualmente, acrescentar alguns anos à vida, podem certamente acrescentar mais vida aos anos.

## **CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS ADITIVAS**

### **SUBSTÂNCIAS ADITIVAS**

O homem conhece e utiliza substâncias que alteram o estado de consciência e a percepção da realidade desde tempos remotos, quer pela utilização do produto da decomposição e fermentação dos açúcares de frutos (fabricando vinho e cerveja que cristãos e celtas usam no culto religioso), quer pelo uso de folhas de plantas fumadas ou mascadas.

Cada sociedade, cada tribo utilizava, associada a uma prática espiritual, uma substância psicoactiva que permitia a aproximação ao sobrenatural, ao conhecimento do que fica para além do consciente, à comunicação com os deuses.

Tratava-se, no entanto, de uma utilização feita por um pequeno grupo de eleitos (sacerdotes, xamãs), em circunstâncias restritas e precisas, com objectivos que, em princípio, ultrapassavam o interesse pessoal, antes pretendendo ser um serviço aos outros e à comunidade.

Nalguns casos, as substâncias passaram a ser utilizadas como alimento, como fonte de energia, ou mesmo como medicamento, generalizando-se o seu consumo instrumental.

Os descobrimentos, permitindo o conhecimento de novos mundos e costumes, permitem igualmente uma expansão das substâncias usadas pelos povos do Novo Mundo (tabaco e coca); da Arábia e da Turquia (café); de África (cola), e da Índia (chá).

Tendo-se generalizado para fora de contextos específicos o uso das substâncias que inicialmente tinham um fim utilitário e/ou mágico-terapêutico (cerimonial), verificou-se, a partir da sua utilização abusiva, a existência dos efeitos negativos associados.

## **1 Álcool**

O consumo de bebidas alcoólicas é uma realidade no mínimo tão antiga quanto os próprios registos históricos. Textos da Pérsia, do Egipto, da Babilónia, da Grécia, de Roma e da China, tal como a própria Bíblia confirmam o uso de bebidas resultantes da fermentação de sumos de frutos ou da maceração de grãos açucarados. E, apesar dos seus efeitos negativos serem desde logo referidos, os seus benefícios são exaltados e o seu consumo tolerado.

Como produtos capazes de alterar o estado de consciência, milhares de anos antes das anfetaminas, a cerveja e o vinho são considerados alimentos, medicamentos e favorecedores do contacto. O vinho, porventura a bebida alcoólica mais antiga e a de consumo mais enraizado culturalmente, está, naturalmente, presente no dia a dia, quer ao nível do consumo regular, moderado e, porventura até benéfico, quer em ritos religiosos. Trata-se, porventura, da primeira droga empatogénica, a que se acrescentam, sobretudo na Europa, as bebidas destiladas, cujo uso inicial era essencialmente terapêutico.

Assim, e contrariamente ao que acontece a qualquer outro tipo de droga, o uso do álcool é, não apenas tolerado, como socialmente aceite e promovido (excepção feita aos povos de cultura islâmica). Se no século XVII beber vinho chegou a ser considerado mais seguro que beber água (Ogden, 1999), no Portugal de Salazar, era “*dar de comer a*

*um milhão de portugueses*”, parecendo continuar a ser, para os franceses, uma questão de orgulho nacional.

As atitudes face ao álcool mudaram no séc. XIX. Alguns movimentos ligados a concepções religiosas defenderam e difundiram ideias radicais sobre o álcool, considerando o seu poder destrutivo, e o alcoólico uma vítima. Tais ideias contrariavam a concepção anterior que considerava o consumo como um comportamento aceitável, e o alcoolismo como um comportamento reprovável e merecedor de castigo e não de tratamento.

As consequências desta mudança no século XIX levam ao desenvolvimento do conceito do alcoolismo como doença, entendendo-se o *“álcool como substância viciante e o alcoólico como aquele que sucumbe passivamente à sua influência”* (Ogden, 1999:111).

Já no séc. XX as atitudes relativamente à dependência alcoólica tiveram nova mudança. Porque os benefícios financeiros da venda do álcool eram não desprezíveis; porque concepções mais liberais eram social e politicamente mais aceites; porque novas perspectivas acerca do comportamento e da saúde se impunham, deixou de se considerar que o problema estava na substância, mas no indivíduo que dela se tornava dependente. Assim, o consumo não abusivo continuava a ser socialmente aceite, considerando-se os consumidores excessivos portadores de um problema merecendo ser ajudados.

Sendo o consumo tão enraizado culturalmente e considerando-se que um consumo moderado terá algum benefício, o objectivo passa a ser a moderação e não a abstenção.

“O álcool está de tal modo integrado na nossa cultura que a tentativa de proibição americana da 1919 não pode ser mantida durante muito tempo, e que a maior parte dos países admitem

tratar-se de uma droga... com a qual se irá continuar a viver”  
(Valleur, & Matyasiak, 2002: 74).

Sacralizado e diabolizado simultaneamente, o álcool, continua a ser alvo de controvérsia quanto às suas reais consequências no organismo humano.

Percebido pelo consumidor como agradável, o consumo de álcool tem efeitos positivos enquanto comportamento adaptativo de integração no mundo dos adultos, e especialmente no dos pares, e, dadas as suas propriedades psicotrópicas, euforizantes e ansiolíticas, funciona como “auto-medicação”.

Por outro lado, para além dos efeitos positivos sobre a sociabilidade, a estimulação do apetite e a diminuição do risco de doença cardiovascular (por redução das lipoproteínas de alta densidade), a investigação constata que as taxas de morbidade e de mortalidade são inferiores nos consumidores moderados face aos não consumidores e aos grandes consumidores (Ogden, 1999).

Porém o seu uso abusivo, sobretudo se precoce, aumenta a frequência dos comportamentos impulsivos e de risco (os adolescentes alcoólicos são os que menos usam preservativos, Koopman et al. 1994).

Seja através de alcoolizações esporádicas, seja numa situação de dependência e de consumo continuado, o álcool:

- Provoca mudanças de comportamento (dependentes da idade, do peso, do sexo e de anteriores experiências de consumo, e do nível de tolerância individual);
- Tem significativo papel no aumento de comportamentos de risco e nos acidentes pessoais (nomeadamente os rodoviários);

- Está associado a doenças ulcerosas; à inflamação da mucosa gástrica, ou pancreática, à alteração do funcionamento do esófago, ao fígado gordo e hepatite alcoólica, hepatite crónica e cirrose hepática; a várias formas de cancro, ao aumento da hipertensão;
- Se consumido abusivamente provoca manifestações neurológicas periféricas e centrais precoces, e défices de memória;
- Mesmo em doses fracas perturba a produção de açúcares pelo fígado e causa desvios na produção de gorduras;
- Aumenta a probabilidade de doenças, como a cirrose hepática e o cancro do pâncreas e do fígado, com efeitos negativos sobre a memória, tal como se associa à hipertensão (Smith & Krauss, 1988, in Ogden, 1999);
- Para além das modificações fisiológicas produz importantes consequências emocionais (no consumo moderado, quando se atinge o pico de nível de álcool no sangue, a maioria das pessoas sentem tristeza, ansiedade, irritação e uma larga variedade de problemas interpessoais);
- Com doses permanentes mais elevadas, o álcool pode provocar todos os sintomas psiquiátricos, incluindo quadros temporários de tristeza profunda, alucinações auditivas e/ou paranóia em processos em que há lucidez e intensa ansiedade;
- A insónia pode surgir na intoxicação simples pelo álcool;

- Produz ressaca (dores de cabeça, vômitos, sede, redução do apetite, tonturas, fadiga e tremor) conhecida desde há centenas de anos, mas com pouca investigação;
- Actuando sobre os sistemas neuroquímicos cerebrais, tem efeito sobre os processos de funcionamento mental.

São diversas as teorias que procuram explicar a etiologia do alcoolismo, no entanto o que parece certo é que, como todos os comportamentos humanos, o comportamento de consumo de álcool, não é certamente resultante de um único factor isolado.

Apesar de estudos recentes (Adès & Lejoyeux, 1997) apontarem para o facto do alcoolismo ser uma perturbação geneticamente influenciada, com uma taxa de hereditariedade similar à da diabetes e da úlcera péptica; apesar das investigações sobre filhos de pais alcoólicos destacarem uma maior resistência aos efeitos negativos da alcoolização, e maiores efeitos positivos com ingestão moderada, defender o determinismo genético seria ignorar o papel da modulação do comportamento, e do meio na expressão dos riscos genéticos.

Mesmo aceitando-se a importância dos factores genéticos na etiologia do alcoolismo, e no fenómeno de tolerância, tais factores não serão certamente nem os responsáveis pela iniciação do consumo, nem os únicos que conduzem o sujeito à continuidade do consumo e à dependência alcoólica,

## **2 Tabaco**

O tabaco, nas suas diferentes espécies, estava já muito difundido no continente americano na época pré-colombiana. Era então considerado um dom dos deuses para a humanidade, servindo como meio de passagem deste para o outro mundo. Os xamans utilizavam-no para a produção de alucinações rituais. A sua mais nobre e principal função era a de alimento para os deuses e ter funções curativas, sendo igualmente utilizado para acompanhar e selar os acordos (“fumar o cachimbo da paz”).

Com os descobrimentos, o tabaco é introduzido na Europa durante o século XVI, com fins curativos/medicinais. Só no século XVII passou a ser fumado, em cachimbo, mascado ou inalado como fonte de prazer e só no início do séc. XX se começou a generalizar através da manufactura de cigarros.

A partir da última metade do século XX têm-se multiplicado as investigações que permitem concluir que o consumo de tabaco está relacionado não apenas com o cancro do pulmão (Doll e Hill, 1954, in Ogden, 1999), mas com outros tipos de cancro (garganta, estômago e intestinos...), bem como com a doença cardíaca. Por outro lado, e relativamente aos efeitos positivos do tabaco, avançados pelos consumidores, quanto ao estado de humor e a ajuda que propicia no lidar com circunstâncias difíceis (Graham, 1987, in Ogden, 1999) parecem pouco consistentes e com um peso específico irrelevante.

Ainda que a experiência inicial do tabaco possa ser acompanhada de algum desconforto, ele é usado como estimulante, como relaxante, e

como mecanismo de coping, com consequências claramente estabelecidas pela investigação, afirmando-se que:

- *“O aumento da expectativa média de vida verificada nos últimos 150 anos foi consideravelmente menor para os fumadores do que para os não fumadores”* (Ogden, 1999: 108);
- Muitos dos adolescentes que se iniciam no consumo em dado momento vão tornar-se adictos à nicotina a longo termo. De facto, cerca de 75% dos/as adolescentes que fumam diariamente continuam a fumar na adultícia (Johnston et al. 1992);
- Por volta dos 17 anos metade dos fumadores já tentou deixar de fumar, dois terços manifesta pena de ter iniciado e cerca de 40% manifesta interesse nalguma forma de tratamento da sua dependência do tabaco (CDC, 2003);
- A média de idades de paragem para os que começaram a fumar na adolescência é de 33 anos para os homens e 37 para as mulheres. (Pierce & Gilpin, 1996, in Moolchan, 2000);
- Quanto mais cedo se inicia o consumo maior é a probabilidade da adição à nicotina ser mais severa, e mais duradoura. (Breslau & Peterson, 1996; Taioli & Wynder, 1991, in. Moolchan 2000);
- Os fumadores tendem mais facilmente que os não fumadores a consumirem álcool regularmente (Lavik, 1987);
- Tem efeitos cardiovasculares, carcinogénicos, pulmonares e teratogénicos, e, pelo comprometimento na expectativa de vida em todas as idades, é a dependência que se constitui como

causa de mortalidade e de morbidade mais prevenível das sociedades modernas. (Moolchan, 2000);

- Produz vasoconstrição, hipoglicemia e aumenta os batimentos cardíacos, o consumo de oxigênio, e a utilização dos ácidos gordos livres. A nicotina, ao produzir a libertação da dopamina, contribui para o reforço do comportamento e a dependência (Corrigall et al. 1994; Izenwasser et al. 1991);
- Cerca de 3000 adolescentes americanos começam a fumar em cada dia e um terço destes morrerão de doenças relacionadas com o tabaco. (Murphy 1999).

### **3 Outras Drogas/Drogas Psicoactivas**

Por outras drogas entendemos as substâncias que, provocando alterações do estado de consciência e/ou do comportamento, são de uso não aceite socialmente, sendo consideradas ilegais, ou sendo legal a sua utilização é feita fora de contextos terapêuticos não controlados clinicamente.

Depressores do sistema nervoso central (álcool, hipnóticos e ansiolíticos), ou estimulantes (anfetamina, todas as formas de cocaína); opiáceos (heroína, morfina, metadona e alguns analgésicos), ou derivados do cannabis (marijuana, haxixe); alucinogéneos (LSD, mescalina, ecstasy), solventes, fenciclidina, constituem um vasto conjunto de substâncias com que o utilizador pode experienciar um sentimento subjectivo de necessidade para manter um funcionamento adequado, ou uma sensação de bem-estar.

Enquanto produtos naturais, não manipulados e preparados laboratorialmente, tais substâncias foram utilizadas desde há séculos em situações muito particulares e específicas, inicialmente com fins espirituais e/ou terapêuticos.

De facto, as folhas de coca eram utilizadas pelos povos nativos dos Andes para mitigar a fome e o cansaço, sendo a *dormideira* citada nas Tábuas Sumérias em 9000 aC. O uso da Cannabis é datado de 2700 aC, no Médio Oriente e Oriente e dela derivam a marijuana e o haxixe.

O progresso científico permitiu que, durante o séc. XIX, fosse isolado o princípio activo das substâncias naturais utilizadas, possibilitando assim a sua produção laboratorial, uma vez mais com fins terapêuticos.

A cocaína, considerada por Freud como a molécula da felicidade do século vindouro, passa a ser usada como anestésico, como tonificante, e na desintoxicação do ópio, da morfina e do álcool. Era a época em que a Coca Cola se apresentava como o verdadeiro extracto de coca, assim se mantendo até ao início do séc. XX.

Provocando a euforia, diminuindo a fadiga e a necessidade de dormir, pode aumentar o desejo sexual, interferir nos padrões de sono, reduzir o apetite, aumentar a energia (donde a sua larga utilização na 1ª, e mesmo na 2ª, Grande Guerra, as substâncias estimulantes foram consideradas seguras até aos anos 50/60.

Isolada a diacetilmorfina (derivado químico da morfina) é encontrada a “heróica” que passa a ser comercializada como sedativo para a tosse, e é utilizada para o tratamento dos dependentes do ópio e da morfina

Da descoberta dos princípios activos à produção e comercialização para consumo generalizado de produtos para “tratamento de conforto” ou para o “equilíbrio” foi um passo curto e rápido, com um contributo, certamente não desprezível, para o facto de tais substâncias fazerem parte do nosso quotidiano social.

#### **4 Uso, Abuso e Dependência**

É fundamental distinguir o uso ocasional de um grupo cada vez maior de substâncias, sobretudo em situações festivas, sem que tal situação conduza inevitavelmente à dependência, do uso continuado, repetido e compulsivo (abuso) de uma qualquer substância alteradora do estado de consciência, apesar dos problemas pessoais e sociais decorrentes.

O julgamento social dos consumos, não decorrendo apenas dos dados objectivos da potencial perigosidade da substância consumida, é muito influenciado por aspectos culturais específicos. Daí que o consumo de álcool e de tabaco ou de outras drogas não tenham socialmente a mesma aceitação ou tolerância.

A fronteira entre o uso simples e a dependência relativamente a uma substância ou a um comportamento nem sempre é fácil de definir e existe evidência de que o uso abusivo do tabaco e/ou do álcool constituem, em muitos casos, a ponte de passagem para o consumo de outras drogas, porventura mais destrutivas.

Importa ainda ter presente igualmente que a adição/dependência não é o resultado directo, simples e inevitável do uso ocasional de uma qualquer substância consumida. Apesar da situação porventura preocupante, é necessário não generalizar, nem considerar que qualquer tipo de consumo corresponde a uma situação alarmante de inevitável dependência.

Para designar o uso abusivo de substâncias de que o sujeito tinha dificuldade em se libertar começou a utilizar-se, no séc, XIX o termo *toxicomania*.

Porém, e de acordo com Maddux (2000), o termo *adição* que já era utilizado pelos romanos para designar a forte ligação entre duas pessoas, passou a significar igualmente a ligação ou a devoção a uma actividade.

Nos séc. XVII e XVIII o termo era referido ao uso de substâncias psicoactivas, incluindo, no final do séc. XVIII e no XIX, a ideia de perda de controlo no uso de substâncias que alteravam o estado de consciência, a percepção da realidade e o comportamento. Ainda que não de forma exclusiva, o termo *adição* passa a ser usado pela medicina para designar o uso compulsivo de álcool e opiáceos.

Eram igualmente usados termos como *intoxicação*, *embriaguez*, *hábito*, *doença*, *morfínismo* ou *morfínomania*. Relativamente à *adição* ao álcool, aparece, no séc. XX, o termo *alcoolismo*, tal como o de *adição* narcótica, para a dependência de narcóticos. A *adição* à droga é distinguida da *habituação*, considerando-se haver dependência física na primeira, não existente na *habituação*.

Em 1952, a primeira edição do DSM utiliza para diagnóstico os termos: *adição* e *alcoolismo*, mas não *habituação*, como acontece de resto na 7ª edição da ICD (International Classification of Diseases) de 1957.

O mesmo Comité da OMS que, em 1952, define *adição*, revê a sua definição em 1957, e, acrescentando a definição de *habituação* em 1964, reconhece o falhanço prático na distinção dos dois termos. Para ultrapassar esta dificuldade propõe o termo *dependência* como substituto de *adição* e *habituação*.

Em 1977 é o termo *síndrome de dependência alcoólica* no ICD 9 que se alarga para *síndrome de dependência das drogas* no ICD 10, publicado em 1992.

Porém, a nomenclatura da APA continua a não conter a palavra síndrome nos termos do diagnóstico, embora seja utilizado: dependência de droga e dependência do álcool no DSM-III e no DSM-IV (1994) como parte do diagnóstico no domínio da dependência de substâncias.

Apesar dos escritos sobre o uso compulsivo de substâncias passarem a referir essencialmente o termo dependência (seguindo as indicações da OMS e da APA), a verdade é que o termo adição continua a aparecer nos títulos de jornais, de artigos, de livros e nos nomes de organizações.

Dois argumentos são usados para a adoção do termo adição em vez de dependência. Primeiro, adição sugere mais claramente uma desordem de comportamento, do que o faz dependência, e, segundo, adição permite uma menor confusão com dependência física (Maddux, 2000), ou como acrescenta este autor com outras situações diagnósticas em que o termo é utilizado.

Em 1991, Miller & Gold (referidos por Maddux, 2000) recomendam a substituição de *dependência* por *adição* no DSM, considerando-se adição um termo comportamental e dependência um termo farmacológico.

Toda a controvérsia gerada à volta da definição e uso destes dois termos parece estar longe do fim, porque argumentos válidos existem de ambos os lados, o que dificulta uma tomada de posição clara e unívoca quer da OMS, quer da APA.

No entanto, para Bozarth (1990), como de resto para muitos outros autores, a adição corresponde a um síndrome comportamental que, dominando a motivação individual, visa a procura e o consumo de

qualquer substância considerada como necessária à otimização do funcionamento psicológico individual. Trata-se, portanto, do domínio do comportamento individual por parte da substância consumida, independente dos efeitos adversos, e da aceitação social do consumo.

Mesmo em textos de investigação, os dois conceitos continuam a ser empregues frequentemente ora como sinónimos, ora como distintos, e definidos de forma não coincidente.

Para Bozarth (1990), a adição diz respeito à situação em que a procura e o consumo dominam o comportamento orgânico, exercendo a droga o domínio da hierarquia das motivações.

“As definições de adição ou de dependência situam-se entre dois extremos: o simples facto de ser difícil de passar sem a substância, e o modo radicalmente diferente, patológico, de estar no mundo”.  
(Valleur & Matysiak, 2002: 23)

Parece, no entanto, cada vez controverso o considerar-se que toda e qualquer substância que induza a situação de adição comportamental ou de dependência física dever ser tratada de igual forma.

Assim, consideramos que qualquer substância, tomada por qualquer via, que altere o humor, o grau de percepção ou o funcionamento do cérebro (tomada por prescrição médica ou não), que seja susceptível de uso abusivo, pode causar adição e dependência quando passa a haver uma habituação ou utilização compulsiva implicando uma “necessidade” psicológica e/ou física da substância.

De referir igualmente que o organismo, pelo fenómeno da tolerância, pode ter necessidade de doses cada vez mais elevadas para a obtenção dos mesmos efeitos. Trata-se de uma das manifestações

claras de dependência física da substância (adição) resultante da adaptação fisiológica à sua presença.

A adição/dependência de substâncias constitui um dos problemas de saúde pública mais sérios e mais dispendiosos numa parte significativa do nosso mundo: porque atravessa, quase indistintamente etnias, culturas, níveis educacionais e económicos, atingindo todos os grupos; porque, para além dos problemas directos sobre os consumidores provoca outros que põem em causa as relações sociais, as instituições e os outros (aumento das taxas de criminalidade, da violência doméstica, das doenças sexualmente transmissíveis, do desemprego, dos sem abrigo, da gravidez precoce, do abandono escolar...).

## **5 Adolescência e Consumo**

Actualmente, e apesar dos benefícios reconhecidos do consumo moderado do vinho, o seu uso abusivo é considerado um autêntico flagelo social. E, embora se possa verificar um abaixamento do consumo diário, sobretudo na população mais jovem, tal acontece em proveito do aumento de outros consumos (com a substituição do vinho por bebidas com um teor alcoólico bem mais elevado), e na procura da bebedeira frequente.

Paradoxalmente o uso de álcool durante a adolescência é considerado um fenómeno normal entre muitos adolescentes, sendo, por estes e por muitos adultos, aceite como um comportamento natural e até psicologicamente saudável. E se é verdade que muitos consumidores adolescentes reduzem os consumos ou se abstêm na adultícia, em conformidade com as expectativas e obrigações de papéis sociais como o casamento, o assumir da paternidade e o emprego, é igualmente verdade que, de acordo com os dados epidemiológicos, uma minoria de consumidores mantém consumos problemáticos, tornando-se dependente, com avultados custos sociais, económicos, e de saúde. (DeWit, et al. 2000).

A maioria dos estudos aponta para o facto de que uma parte dos adolescentes tenha experimentado álcool e marijuana; que muitos usaram regularmente uma ou as duas substâncias; que o álcool é claramente a droga escolhida em primeiro lugar pelos adolescentes, mas também que a maioria não teve qualquer experiência de consumo.

Mesmo considerando que o consumo adolescente não seja tão generalizado como muitas vezes se diz; nem tomando em

consideração a situação de dependência, o consumo de álcool na adolescência é preocupante, pois é a droga mais experimentada e a mais usada, mesmo que de forma ocasional, com efeitos ao nível social e médico bem conhecidos; funcionando muitas vezes (normalmente em associação com o tabaco) como substância de entrada noutras drogas (Yamaguchi, & Kandel, 1984).

E ainda que apenas uma parte dos consumidores preencha os critérios de abuso ou de dependência, a verdade é que o consumo, mesmo sem dependência, está ligado não apenas a acidentes, violência, abandono escolar, como a práticas sexuais de risco e ao contágio pelo HIV (Kann et al. 1996).

Diversas podem ser as desordens decorrentes do consumo de substâncias, sendo aquelas tanto mais graves quanto mais cedo o consumo é iniciado. Assim, um dos aspectos mais importantes e preocupantes diz respeito à idade do início do consumo dado que esta está relacionada com uso abusivo e dependência no futuro. De facto os adolescentes que se iniciam no consumo antes dos 15 anos têm 4 vezes mais probabilidade de desenvolver uma dependência, se comparados com os que se iniciaram apenas depois dos 21 (NIAAA, 1998).

De DeWit, et al. (2000) consideram a idade do primeiro consumo como o mais poderoso predictor dos problemas relacionados com o álcool, existindo evidência de que, quanto mais cedo a criança inicia o consumo, maior é a probabilidade de uso e abuso na adolescência e na adultícia (Anthony, & Petronis, 1995), sendo tanto maior o risco de abuso e de dependência (Anderson, & Magnusson, 1988; Nelson, & Wittchen, 1998), e mais pobre o ajustamento na adultícia (Tubman, et al. 1990) quanto mais precoce for a sua iniciação.

As hipóteses explicativas para esta relação entre o consumo precoce de álcool e problemas posteriores defendidas por (DeWit et al. 2000) dizem respeito ao facto de:

- o consumo precoce interferir com os processos de aprendizagem cognitiva e social que determinam um funcionamento posterior socialmente saudável;
- o uso de álcool ser correlato com condições ou circunstâncias desconhecidas (desordens psiquiátricas na infância) que têm relação causal na manifestação de problemas com o álcool;
- o uso de álcool na adolescência inicial aumentar a vulnerabilidade a subseqüentes problemas com o álcool, porque ocorre simultaneamente a um conjunto de condições (como a puberdade e a preocupação com as opiniões dos pares) que dão suporte a um consumo continuado e mais regular.

Partindo da investigação de Wills et al. (1999) Matos (2003) defende que a iniciação ao uso de substâncias antes do 15-16 anos constitui um factor de risco para uma variedade de problemas de saúde mental, e de possibilidade acrescida de abuso de drogas e de má adaptação na adultícia.

Relativamente ao consumo de tabaco dos adultos, a investigação mostra que este começou, na sua maioria significativa durante a adolescência (Wada & Fukui, 1994).

Características como o sexo, a afiliação étnica e racial, a puberdade precoce, o envolvimento com pares delinquentes, problemas de comportamento na infância, a existência precoce de acontecimentos e condições adversas, não só influenciam a idade da primeira bebida

como igualmente o risco do desenvolvimento de problemas com o álcool na adultícia (Hawkins et al.1992).

E ainda que possam ser encontradas diferenças quanto aos estádios do consumo de drogas, este começa, normalmente, com substâncias legais para os adultos, seguida da marijuana e outras drogas ilícitas, como afirma Weinberg (1998), fazendo referência aos estudos de Anthony & Petronis (1996), Kandel et al. (1992), e Martin et al. (1996).

### **5.1 Factores de risco**

O consumo abusivo de drogas é, seguramente, um fenómeno muito heterogéneo, referido a uma multiplicidade diferenciada de substâncias, com distintos padrões de consumo, e com etiologias diversificadas.

A centração da investigação, quer nos factores de risco, quer nos factores protectivos e na multiplicidade das etiologias possíveis, tem permitido, segundo Glantz & Pickens, (1992) relacionar o consumo de drogas com factores sociais e dos pares, enquanto as desordens de consumo aparecem mais fortemente relacionadas com processos biológicos e psicológicos. Tal significa que, se a iniciação e o consumo ocasional não abusivo decorre essencialmente da pressão dos factores externos, a “construção” dum consumidor problemático e dependente pressupõe a existência de vulnerabilidades internas.

Múltiplas e diversificadas têm sido as tentativas de explicação dos factores de risco de consumo, tendo-se chegado a um certo consenso quanto à interactividade dos diferentes factores em presença. É

igualmente consensual que a diversidade destes factores podem ser organizados à volta de três eixos fundamentais: o biológico, o envolvental e o pessoal.

### ***Factores biológicos***

Embora nem todos os indivíduos provenientes de famílias com história de dependência alcoólica se tornem consumidores de álcool ou de outras drogas, a verdade é que parecem existir factores biológicos mais predisponentes ao consumo. Na verdade, o facto de algumas pessoas beberem de forma regrada e outras tenderem mais facilmente a não o fazer, parece demonstrar a existência de influências genéticas no desenvolvimento dos problemas com a bebida, como demonstrado pelos estudos de famílias, de gémeos verdadeiros e de crianças adoptadas (Ciraulo & Renner, 1991; NIAA, 1993; Schuckit, 1985, in Sarafino, 1998; 218).

No que respeita à dependência da nicotina parece igualmente existir alguma vulnerabilidade genética específica, que não deixa de ter alguma importância, já que a nicotina, porventura depois do álcool, é a primeira substância utilizada pelo adolescente que entra no ciclo da droga (álcool, tabaco, marijuana e outras drogas) (CDC, 1994).

De resto Kendler et al. (1999) consideram que os caminhos para a dependência da nicotina podem passar pela influência de múltiplos factores de risco genéticos e envolventais.

Embora por si só, os factores genéticos não determinem o abuso do álcool ou de outras drogas (Cadoret et al. 1986), existirão algumas vulnerabilidades que, conjuntamente com determinadas características

personais, tornam alguns indivíduos mais susceptíveis às influências do envolvimento social e familiar.

Para Miller e Gold (1991, in Adès & Lejoyeux, 1997) os factores ambientais e genéticos condicionam em partes iguais a dependência do álcool, situação genericamente comprovada pelos estudos epidemiológicos, de gémeos, e de adopção.

De facto, o que se prova é que a maior resistência ao álcool, e antecedentes familiares de alcoolismo, são facilitadores do beber mais em sociedade, permitindo a aquisição mais fácil do hábito de beber de uma forma mais exagerada.

### ***Factores de envolvimento***

Globalmente poderemos afirmar que mais do que os biológicos, os factores sociais e culturais são apontados pela investigação como razões principais para se iniciar o consumo de álcool, do tabaco e de outras drogas.

De acordo com Sarafino (1999) o aspecto social é importante de dois modos. Primeiro, no beber social o processo de modelagem influencia o comportamento –por exemplo, as pessoas tendem a ajustar o seu nível de bebida ao dos seus companheiros. Segundo, a bebida social cria uma norma subjectiva: beber é apropriado e desejável. Assim, o álcool é seguramente a substância mais utilizada pelos adolescentes, tendo consequências tanto mais graves quanto mais precoce for a sua iniciação (Aarons et al. 1999).

Se a isto juntarmos o papel do reforço positivo ou negativo que o acto de beber pode desencadear, pelos efeitos que tem, mas igualmente

pelos efeitos esperados, o reforço do consumo é promovido (George & Marllat, 1983, in Sarafino, 1999).

Se o gosto da bebida é agradável, se os seus efeitos são positivos, se se acredita que o sucesso relacional e pessoal passa pela bebida (como amiúde é veiculado quer de forma directa, quer através dos media e da publicidade), estaremos perante situações de reforço positivo do comportamento de consumo.

Desde criança que o adolescente pode observar de forma directa ou através da televisão e de filmes que, quase invariavelmente, toda a ocasião festiva, toda a celebração inclui o consumo de bebidas alcoólicas. É, de resto, em ambiente de festa familiar que, muitas vezes, a criança é autorizada (quicá incentivada) a experimentar uma bebida com álcool.

O facto das bebidas alcoólicas estarem associadas e contribuírem para a alegria, a boa disposição, as manifestações mais abertas de amizade, não pode deixar de exercer um certo fascínio.

Crianças e adolescentes criam assim expectativas positivas dos efeitos do álcool (Adesso, 1985; Grube & Wallck, 1994, in Sarafino, 1998), que tendem a aumentar com a idade (Miller et al. (1990), e que constituem um factor de risco de consumo na adolescência, sendo suas predictoras. (Christiansen et al. 1989; Smith & Goldman, 1994).

Os adolescentes rapidamente se dão conta de que beber é *sociável*, e manifestação de *ser mais crescido*, duas das características que desejam possuir, o que faz com que a primeira oportunidade de beber, muitas vezes por oferta dos próprios pais, seja naturalmente aceite, mesmo que o sabor da bebida possa não ser apreciado.

Para além de ser normalmente na própria família que a maioria dos adolescentes tem um primeiro contacto com bebidas alcoólicas, se os pais abusam de substâncias, o risco de consumo aumenta, não necessariamente por influência directa, mas através das percepções que os filhos constróem sobre o consumo dos adultos (Newcomb et al, 1983). O facto de os pais beberem, e sobretudo se um deles for alcoólico, (independentemente da consideração de factores genéticos predisponentes) tem influência no comportamento de bebida dos filhos, (Jacob & Johnson, 1997; Windle, 1996) por exposição e consequente aprendizagem do comportamento (hereditariedade social), (Orford & Velleman, 1991, in Ogden,1999).

O comportamento de consumo dos pais e as suas atitudes favoráveis à bebida estão claramente associados à iniciação dos adolescentes e à continuidade do consumo (Kandel & Andrews, 1987). Assim, as atitudes e comportamentos parentais face ao álcool têm enorme impacto nas atitudes e comportamentos face ao álcool por parte dos filhos (Capuzzi & Lecoq, 1983), como de resto acontece relativamente ao consumo de tabaco e de outras drogas.

Vivenciar a experiência de um pai consumidor pode levar o filho ao consumo através da aprendizagem do modo de lidar com as situações, tal como, sendo a família socialmente disfuncional, criar no filho inadequação social que o poderá conduzir à procura de suporte social fora da família (na maior parte das vezes em grupos de igual modo socialmente disfuncionais). Estão assim criadas as condições, não apenas para o consumo, como para a criação de um conjunto de crenças e valores consistentes com o uso da droga como modo de vida.

Por outro lado, o facto de qualquer dos pais ter problemas com a bebida, pode aumentar os efeitos adversos no desenvolvimento e ajustamento dos filhos, nomeadamente porque tal situação é normalmente um factor de alteração das relações interpessoais; favorece a aprendizagem de comportamentos e de estratégias de *coping* não adequadas; coloca os filhos perante comportamentos parentais inconsistentes e imprevisíveis.

Assim, de forma independente ou em interacção com os factores biológicos, os factores do envolvimento contribuem para o risco de abuso de substâncias (Sher, 1997). De acordo com Brown et al. (2001) a investigação das últimas duas décadas demonstrou que a eficácia dos relacionamentos sociais se associa ao estado de saúde, ao ajustamento pessoal, com o comportamento social, e ao risco de abuso de álcool e de drogas pelo adolescente.

Relativamente ao consumo de tabaco, muitas das condições referidas como facilitadoras do consumo de álcool, são-no igualmente em relação ao tabaco, pelo que os dois tipos de consumo aparecem, muitas vezes, associados.

As ideias feitas que os adultos fumadores transmitem sobre os efeitos positivos da nicotina, como sobre os efeitos sedativos e/ou estimulantes do álcool (difícil de estabelecer dada a sua acção bi-fásica) ajudam a formar expectativas positivas do consumo.

Robinson et al. (1997) consideram fortes predictores do consumo de tabaco: ter já tido uma primeira experiência com tabaco; ter uma expectativa insegura em relação ao consumo futuro; ter-se embriagado; e achar que professores e amigos aceitam que fume.

Paralelamente McNeill et al. (1989) consideram que a passagem do experimentar ao uso ocasional está fortemente correlacionada com ter amigos que fumam, ter cigarros oferecidos por amigos, as intenções de fumar, o ano de frequência escolar, e o consumo de álcool e marijuana.

A maioria dos estudos empíricos que procuram compreender a importância da família nos comportamentos de consumo dos adolescentes têm-se centrado fundamentalmente no modo como é exercido o controlo social pelos pais (controlo directo) e a construção de crenças positivas ou negativas relativamente ao assumir de comportamentos saudáveis (controlo indirecto).

A conclusão de que os dois tipos de controlo são preditores de problemas de comportamento na adolescência, incluindo o uso e abuso de drogas, é inequívoca (Chilcoat & Anthony, 1996; Laub & Sampson, 1988; Patterson & Dishion, 1985; Smith, & Paternoster, 1987; Steinberg, Fletcher, & Darling, 1994).

Assim a falta de monitorização por parte dos pais está associada à iniciação precoce do consumo de álcool e tabaco (Peterson et al. 1994). Tal ausência de monitorização durante a pré-adolescência está associada a comportamentos anti-sociais a longo termo (Haapasalo & Tremblay, 1994; Bank et al. 1987) e ao uso de drogas durante a adolescência (Chilcoat & Anthony, 1996). Contrariamente, uma boa monitorização associa-se a mudanças nos padrões de uso de substâncias, com reduções de consumo nos adolescentes que já as tinham usado (Fletcher et al. 1995, in Oxford, 2001), e uma boa ligação afectiva com a família tem um efeito protector relativamente ao consumo e aos comportamentos delinquentes da criança e do adolescente (Krohn & Massey, 1980). Pode, então, ser afirmado que a falta de controlo directo e indirecto centrado na família constitui um

forte predictor da iniciação e do uso do álcool, do tabaco e de outras drogas (Oxford, 2001).

A falta de coesão familiar (Hundleby & Mercer, 1987), o conflito pais-adolescente (Needle, et al. 1986), a falta de relações de proximidade, de protecção/apoio, de suporte e de comunicação com os filhos torna-os mais susceptíveis de iniciar e manter o uso de drogas (Kandel, 1978), como de aumentar a frequência de consumo (Conger, 1994). Pelo contrário, sentir-se próximo dos pais e ser prevenido por estes relativamente ao álcool (Kandel & Andrews, 1987; Andrews et al. 1993; Ary et al. (1993); manter relações positivas e de amor entre pais e filhos (Hundleby & Mercer, 1987) constituem factor protector do uso de drogas

Também as características de personalidade dos pais e os estilos educativos utilizados na educação dos filhos constituem um importante factor no consumo de drogas dos adolescentes. (Brook et al. 1981). De facto, relações educativas caracterizadas pela rigidez, disciplina inconsistente e hostilidade ou rejeição, constituem predictores do consumo e de problemas relacionados no adolescente (Conger, 1994). Não será, portanto, de estranhar que filhos de pais autoritativos sejam normalmente adolescentes mais responsáveis, mais aceitantes dos valores convencionais e logo mais defendidos dos riscos de consumo (Brook et al. 1986).

Sadava (1987. in Brown et al. 2001) considera que o comportamento desviado ou anti-social; o desinteresse ou falta de envolvimento com o/a filho/a; a falta de interacção afectiva e de suporte entre pais e filhos, são três áreas de distúrbio que caracterizam as famílias de adolescentes com problemas de álcool. Na verdade os adolescentes fumadores revelam uma maior tendência para o desvio, um *locus* de

controlo externo, menor sucesso académico, e vivem num envolvimento caracterizado por baixo controlo pessoal, quer ao nível familiar, quer dos pares.

Assim, o facto de os pais fumarem e a existência de conflitos familiares são dois factores que aparecem sempre no conjunto de predictores significativos da transição do consumo ocasional para o regular.

Como parte importante do envolvimento adolescente, os pares podem constituir igualmente factor de risco de consumo.

Evans (1976) considera que a pressão dos pares e a influência dos media são os dois factores mais importantes na iniciação ao tabaco, enquanto Brook e colaboradores (1983) afirmam ser a influência dos pares responsável por parte significativa do uso da marijuana e (Capuzzi & Lecoq, 1983) da continuidade do seu uso.

Oxford (2001) defende que os adolescentes tendem tanto mais a assumir comportamentos de não conformidade, quanto mais estejam expostos a atitudes ou definições favoráveis a comportamentos de não conformidade. Reportando-se a diferentes investigações (Kandel, Steinberg, Brook, Loeber, Warr), a mesma autora afirma que a influência dos pares foi validada como predictor na compreensão da etiologia da delinquência e do consumo de álcool e de outras drogas.

De facto, quer a iniciação, quer o maior uso de substâncias acontecem, geralmente, em contexto social de pares (Fletcher et al. 1995, in Oxford, 2001) o que corresponde ao domínio que a relação com os pares exerce. Tal não significa, porém, que os factores familiares deixem de ter relevância na delinquência e no uso de substâncias (Chilcoat et al. 1995; Menard et al. 1993). De facto, o controlo social por parte da família limita e restringe quer as condições de

envolvimento com pares anti-sociais, quer o envolvimento em comportamentos delinquentes e de consumo (Hawkins, et al. 1997).

O facto de os pares beberem e de aceitarem a bebida, está associado com o consumo dos adolescentes (Margulies et al. 1977). Fumar pode tornar-se uma forma de o adolescente aparecer instantaneamente independente e maduro sobretudo quando em presença de outros que fumam (Stone & Kristeller, 1992), respondendo assim à necessidade de independência e de autonomia.

Ser sociável e querer mostrar ser maior, continuam a ser os dois aspectos que estão na base da repetição e continuação do consumo com os pares etários, a que se junta a procura de emoções.

A procura do prazer, a curiosidade, a pressão dos pares, a auto-imagem, as contrariedades, a auto-afirmação, e a rebelião constituem os factores mais citados como contribuindo para o início do consumo.

Terminamos fazendo referência aos resultados da investigação de Zhang et al.(1997), sobre a influência dos pais e dos pares no comportamento de bebida dos adolescentes masculinos. Os autores concluem que:

- Os pais e os pares influenciam o comportamento de consumo dos adolescentes quer através do seu próprio consumo, quer pelas atitudes relacionadas com o álcool;
- Os comportamentos e atitudes dos pais e dos pares relativamente ao álcool têm importâncias diferentes nos efeitos produzidos no adolescente. Relativamente aos pais, as suas atitudes são mais importantes que os comportamentos; quanto aos pares, são os comportamentos de bebida que se revelam mais importantes que as respectivas atitudes.

- Os pares exercem uma influência maior que os pais no comportamento de consumo dos adolescentes masculinos;
- Os adolescentes mais novos são mais facilmente influenciados pelas atitudes parentais face ao álcool que os mais velhos, o que suporta a ideia de que na adolescência inicial a influência dos pais é maior, dando lugar a um aumento progressivo da influência dos pares nas fases média e final.
- Os adolescentes mais velhos (18-19 anos) brancos, e os pertencentes a famílias com mais baixo estatuto sócio-económico tendem a ter níveis mais elevados de consumo.

Oxford, (2001), por seu lado, ao estudar o impacto dos factores familiares e dos pares na iniciação, entre os 11-12 anos, ao álcool, tabaco e marijuana, pode concluir que ambos contribuem para a iniciação neste período de transição para a adolescência. Foi confirmada a hipótese de que o controlo directo e indirecto exercido pela família (medido através das normas parentais, da monitorização exercida e da ligação de afecto aos pais) tem um impacto negativo directo na iniciação ao consumo de substâncias um ano mais tarde, e um impacto indirecto na iniciação ao consumo através do envolvimento com pares anti-sociais. Assim, é reforçada a ideia de que as práticas de gestão familiar e a ligação de afecto contribuem fortemente quer para a escolha dos pares, quer para a iniciação ao consumo.

### ***Factores pessoais***

Os factores pessoais, podendo decorrer dos anteriores, têm, por si mesmos, papel relevante nos comportamentos de consumo.

De acordo com Weinberg (1998), crianças de alto risco demonstram muitas vezes características que provavelmente têm um substrato biológico e uma influência indirecta no risco. Para a autora, estas características fazem parte de uma disfunção cognitiva ou desordens de auto-regulação do comportamento: dificuldades de planeamento, de atenção, de raciocínio abstracto, de *insight*, de julgamento, de auto-monitorização e de auto-controlo (Giancola et al. 1996).

De igual modo certas características de temperamento como a avidéz/procura de sensações e dificuldade na regulação dos afectos podem influenciar o risco (Pandina et al. 1992, in Weinberg, 1998). De resto dificuldades de comportamento e de humor tendem a interagir com as respostas envolvimentoais podendo desencadear mais facilmente praticas educativas parentais inadequadas e a orientação para os pares desviantes.

Dado que as características do temperamento têm uma base constitucional, são de aparecimento precoce, e revelam uma certa estabilidade temporal, muitas investigações têm procurado compreender o papel das características temperamentais nos problemas de comportamento, incluindo o uso e abuso de substâncias (Mâsse & Tremblay, 1997; Wills, DuHamel, & Vaccaro, 1995; Caspi et al. 1995; Rothbart & Ahadi, 1994; Wills, Sandy, & Yaeger, 2000).

Referindo Wachs (1992) e Wachs & Gandour (1983), Wills et al. (2001) defendem que as características do temperamento diferenciam as crianças quanto à susceptibilidade ao impacto das experiências, e que a teoria sugere que o desenvolvimento do comportamento problemático acontece em função das transações criança-ambiente familiar (Brody et al. 1999; Rutter et al. 1997).

Assim, e de acordo com Wills, as características de temperamento podem servir para promover a adaptação através da redução da reactividade aos estímulos aversivos ou, em alternativa, podem prejudicar a adaptação se servem para amplificar as reacções negativas às influências do envolvimento (Rothbart & Ahadi, 1994)

Partindo de dimensões do temperamento já estudadas anteriormente, como a orientação para a tarefa, a emocionalidade positiva e negativa e níveis de actividade, Wills e colaboradores (2001), estudando o efeito moderador do temperamento nos factores de risco familiares relativamente aos consumos de tabaco, álcool e marijuana, concluem que os efeitos moderadores do temperamento podem ocorrer através de processos que envolvem quer a antecipação das situações, quer a reacção aos acontecimentos.

Wills et al. (2001) estão de acordo com Rutter et al. (1997) ao considerarem a dimensão *atenção orientada para a tarefa* o precursor da capacidade de antecipar situações problemáticas e de considerar alternativas, e logo, factor relevante na redução do impacto de circunstâncias de risco (Giancola, et al. 1996; Quinton et al. 1993; Wills et al. 1998).

Quanto à emocionalidade positiva, caracterizada pela estabilidade humoral e por níveis elevados de afecto positivo, tenderá a reduzir o impacto das experiências negativas no uso de substâncias (Wills et al. 1999), com uma menor reactividade aos conflitos com os pais, ajudando na abordagem das situações numa perspectiva de resolução dos problemas (Rothbarth & Ahadi, 1994).

Por seu lado, a tendência à irritação fácil e forte desapontamento (emocionalidade negativa), associada a um nível de actividade caracterizado por uma certa agitação motora e exploratória, com

dificuldades de estar sossegado, manifestando impaciência constitui factor de risco (Wills et al. 1995; Wills et al. 1998).

Embora não sendo absolutamente determinante, parece poder concluir-se pela existência de características do temperamento individual que, em interacção com outros factores, poderão constituir-se como vulnerabilidade específica relativamente aos comportamentos de consumo.

De acordo com Brown et al. (2001) e Donovan & Jessor (1985), o abuso de substâncias está associado a uma variedade de comportamentos desviantes, incluindo algumas formas de psicopatologia, aparecendo o abuso de álcool e de outras drogas como fazendo parte de um conjunto de comportamentos problemáticos.

Assim, Brown et al. (1996), e Rydelius, (1983) encontraram relação entre o consumo de drogas e roubos, assaltos, agressões e vandalismo, comportamentos que podem persistir para além da influência directa e imediata (sob efeito da droga).

De facto, estudos epidemiológicos em adultos mostraram uma associação entre o consumo de cigarros e desordens psiquiátricas como esquizofrenia, depressão major, ansiedade, e abuso de substâncias (Breslau, 1995; Covey et al. 1998; Jorm et al. 1999). Do mesmo modo, os adolescentes que fumam apresentam mais sintomas de depressão e ansiedade (Kandel & Davies, 1982), confirmados com a investigação epidemiológica de Brown et al. (1996) sobre uma amostra de adolescentes dos 14 aos 18 anos, que defende que o consumo de tabaco se encontra associado com uma crescente taxa de depressão e de abuso de substâncias, o que é confirmado, nomeadamente por Wills, e colaboradores (2001) que encontraram

ligações entre o stresse e a depressão e o consumo de álcool e outras drogas.

Os factores psicológicos envolvidos no consumo de tabaco incluem a intenção de fumar, o aumento do stresse, a baixa da auto-estima, e a inadequada habilidade de *coping* (Winkelstein, 1992, in Neff-Smith et al. 2000).

Como já referimos as crenças e as expectativas desempenham um papel de certo modo orientador dos comportamentos. Assim, as expectativas quanto aos efeitos do uso das substâncias, são, de acordo com Brown et al. (2001), outro factor pessoal de relevo na medida em que desempenham um papel mediador no desenvolvimento dos padrões de consumo, influenciando as decisões de beber (Christiansen et al. 1985). Esta antecipação das consequências (formada através de diversas fontes como a família, os pares, os media, as experiências pessoais) explica o processo pelo qual factores de risco distantes (e.g. história familiar de alcoolismo) agem sobre o comportamento de bebida do adolescente.

Brown et al (2001) considera que as expectativas dos adolescentes estão muito ligadas ao seus padrões de consumo, sendo predictoras do abuso de álcool nesta fase de desenvolvimento (Christiansen et al. 1989). Relativamente ao consumo de outras drogas, embora com um menor número de investigações, é igualmente sugerida a ligação entre as expectativas e os padrões pessoais de consumo. (Schafer & Leigh, 1996).

Embora os factores pessoais possam contribuir para a instalação de comportamentos de consumo de substâncias, a maioria dos investigadores considera necessária a contribuição de um conjunto de factores psicológicos e sociais para construir um jovem fumador (ou

consumidor de qualquer outra substância aditiva). Querer ser aceite pelos companheiros e parecer mais velho, afirmar a sua independência e autonomia, podem ser factores que conduzem alguns ao consumo do tabaco, enquanto outros procuram afirmar-se através do desporto e dos resultados escolares.

Para além desta necessidade natural e pessoal de afirmação da autonomia e independência, pode consumir-se para reduzir ou anular a tensão e provocar uma alteração positiva da disposição. Apesar das provas em contrário, a hipótese de “redução da tensão” continua a ser justificação utilizada já que o álcool reforça o comportamento pelo prazer que dá, retira a ansiedade, facilita as relações sociais, dá sensação de poder, ajuda a eliminar recordações desagradáveis.

De facto, na ausência de adequado suporte social, de modelagem e reforço de comportamentos alternativos, alguns adolescentes iniciam o uso de álcool e outras drogas para lidar com o stresse (Holden, et al. 1988; Tucker, 1982, in Brown, S., 2001).

De notar, no entanto, que a redução da tensão e a alteração da disposição só é reportada como positiva depois das primeiras bebidas, e que o consumo de maiores quantidades aumenta os níveis de ansiedade e depressão (Adesso, 1985; Davidson, 1985; Hukl & Bond, 1986, in Sarafino; 1999: 217).

Por outro lado ao beber para reduzir/anular a tensão, para suprimir pensamentos negativos acerca de si próprio (Hull et al. 1986, in Sarafino, 1999: 217), o adolescente coloca-se numa situação que é reforçante do comportamento de beber.

Zuckerman (in Adès & Lejoyeux, 1997: 33) adaptou o seu conceito de *procura de sensações* aos comportamentos de dependência,

nomeadamente a alcoólica, isolando quatro factores principais: (1) a procura de perigo e aventura; (2) a procura de experiências; (3) a desinibição; (4) a susceptibilidade ao tédio, tendo concluído, através dum estudo sobre populações liceais, que *a quantidade de álcool consumida está relacionada, nos rapazes, com os factores de “procura de perigo e aventura” e “desinibição”, enquanto nas raparigas o está com o factor único “desinibição”.*

Apesar disto, parece não existirem diferenças significativas nos riscos de consumo relativas ao género, já que *“as adolescentes fumam, bebem e envolvem-se no consumo de outras substâncias tanto como os seus companheiros masculinos, mas com maior risco para a saúde”* (Sarigiani et al. 1999, in Matos, 2003).

Finalmente, podemos resumir que os factores de risco de consumo no início e durante a adolescência se centram essencialmente:

- na existência de uma certa vulnerabilidade individual (dependente de factores genéticos) correspondendo a uma maior sensibilidade orgânica a certas substâncias;
- na estrutura familiar, e sobretudo no clima básico da família secundarizando o tipo de estrutura familiar. Assim, são sobretudo os modos de interacção educativa, o suporte e a atenção parental que se revelam importantes;
- na aprendizagem social (o factor considerado, por si só, mais influente), decorrente dos padrões de consumo na família, e das suas atitudes face aos consumos; da subcultura e da pressão dos pares, como da influência dos média;
- no tipo de ligação com a família e com os pares;

- nas características comportamentais do adolescente, fraco auto-conceito/auto-estima, stresse, ansiedade e depressão;
- na facilidade de acesso às substâncias (disponibilidade, proximidade física, baixo custo) e na composição química da substância, o que a torna mais fácil ou dificilmente aditiva, provocando uma rápida e intensa alteração de humor, ou produzindo sintomas difíceis de suportar quando se pára subitamente.

## **6 Consumos na População Adolescente Portuguesa**

Apesar do presente trabalho não ter nos seus objectivos o estudo da prevalência dos consumos, parece-nos pertinente apresentar os dados disponíveis quanto aos consumos de tabaco e álcool da população adolescente portuguesa.

Os resultados preliminares do *Inquérito Nacional em Meio Escolar* (INME) realizado em 2001 sobre o *consumo de drogas e outras substâncias psicoactivas* (Feijão & Lavado, 2002), junto dos alunos do 3º ciclo e do Secundário do ensino oficial, apontam para as seguintes conclusões:

- “Relativamente aos dados mais recentes disponíveis (ESPAD 1999), constata-se uma subida generalizada dos consumos, em especial da cocaína.
- Comparativamente com os outros países da Europa, Portugal continua a apresentar prevalências de consumo inferiores à média.
- Verificou-se que 14% do total de alunos já experimentou, pelo menos uma vez na vida, alguma droga, 8% consumiram alguma substância ilícita no último ano e 6% fizeram-no no último mês.”

No que respeita ao consumo de álcool e tabaco o estudo do ESPAD (1999) aponta uma prevalência de consumo nos alunos de 16 anos de 59% e 78% respectivamente, contra 49% e 67% encontrados pelo INME (2001) em alunos do 3º ciclo. As percentagens encontradas, embora podendo constituir uma referência, não podem ser comparadas

em absoluto pela amplitude de idades contempladas no segundo estudo.

A prevalência de consumo de tabaco por regiões oscila entre os 46 e os 55%, encontrando-se a zona Centro numa posição média com 48%. No distrito de Leiria as percentagens situam-se entre os 49 e os 54%.

Quanto ao consumo de álcool os valores percentuais oscilam entre 60 e 74%, encontrando-se uma vez mais a região Centro em posição média com 67%. No distrito de Leiria o consumo de álcool situa-se entre os 67 e os 72%.

Os valores percentuais do consumo de drogas na zona Centro oscila entre 11 e 17%, com o distrito de Leiria a ter uma percentagem média de 13%.

No Relatório do Estudo Português do HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children/Organização Mundial de Saúde*) de 2002, resultante dos dados obtidos junto de uma amostra final de 6131 alunos, representativa da população portuguesa, frequentando o 6º, 8º e 10º anos, os autores concluem que:

- Relativamente aos consumos de álcool, a experimentação, o consumo e o abuso são mais frequentes nos rapazes (com diferenças estatisticamente significativas face às raparigas), consumindo, em geral, mais os mais velhos;
- Quanto ao tabaco, existe uma predominância do género masculino, quer relativamente à experimentação, quer relativamente ao consumo habitual; relativamente ao estudo anterior (4 anos antes), em 2002 são mais os rapazes que

experimentaram fumar, que mais fumam habitualmente, e que fumaram o primeiro cigarro mais cedo (registrando-se, apenas neste último caso, uma diferença significativa);

- O consumo de outras drogas é maior por parte dos rapazes (com valores estatisticamente significativos) sendo os jovens com 15 e mais anos que referem ter experimentado;
- Não existem diferenças significativas quanto ao género, relativamente ao consumo de tabaco e álcool.

Dos que já experimentaram tabaco: 27,8% têm 13 anos, 49,9% têm 15 e 65,55% mais de 16 anos.

Quanto ao consumo de tabaco 10,7% dos alunos com 15 anos fá-lo todos os dias, sendo que 75,5% declara não consumir. Dos alunos com 16 anos ou mais 22,8% fazem-no diariamente, enquanto 61,6% declaram não consumir.

O consumo do primeiro cigarro aconteceu até aos 11 anos em 10,2% aos 12 ou depois, em 32,% dos adolescentes com 15 anos e em 10,4% e 48,4% dos adolescentes com 16 e mais anos.

Por regiões, considerando a amostra total, a Região Centro apresenta uma percentagem de 36,1% que já experimentou tabaco.

Quanto ao consumo de vinho, dos adolescentes de 15 anos 1,1% bebem vinho todos os dias, 0,6%. Quanto à cerveja 0,9% consomem todos os dias, e 10,1% todas as semanas/meses. Bebidas espirituosas são consumidas todos os dias por 0,9%, e todas as semanas/meses por 15,7%.

Dos adolescentes com 16 anos e mais, 0,6 e 6,4% bebem vinho todos os dias e todas as semanas/meses. A cerveja é consumida todos os

dias por 1,7%, e todas as semanas/meses por 19,3%. As bebidas espirituosas são consumidas por 1,3% todos os dias e por 26,6%, e todas as semanas/meses.

Quanto à primeira bebida aconteceu aos 11 anos ou antes em 18,9% e aos 12 ou depois em 39,3% para a faixa etária dos 15 anos e para 14,4% e 56,7% para a faixa de 16 e mais anos.

Ao nível da região Centro e considerando a amostra total, os dados permitem concluir que 51,5% já experimentou álcool

O consumo de drogas no último mês é declarado por 3% dos alunos de 15 anos, e por 5,5,% dos alunos com 16 ou mais, sendo o consumo regular de 1,8 e 3,4% respectivamente. Os dados por regiões indicam que, relativamente à região Centro 8,5% experimentaram algum tipo de droga.

Comparando os estudos de 1998 e de 2002 Matos et al. (2003) concluem que:

- Em relação ao consumo de tabaco, álcool e outras substâncias ilícitas verifica-se uma predominância do sexo masculino, quer no que se refere à experimentação, quer ao consumo habitual;
- *“Porém em 2002, sendo mais os rapazes que já experimentaram fumar, que mais fumam habitualmente, e que fumaram o primeiro cigarro com uma idade baixa, apenas neste se verifica uma diferença significativa em relação às raparigas. São também os mais velhos (grupo dos 16 anos e mais) que mais apresentam este comportamento” (p: 525);*
- Quanto ao álcool, a sua experimentação, consumo e abuso são mais frequentes nos rapazes, apresentando diferenças

estatisticamente significativas relativamente às raparigas. Os adolescentes mais velhos consomem mais, privilegiando as bebidas espirituosas em detrimento da cerveja. O consumo regular mantêm-se, diminuindo as percentagens de consumo ocasional, mas um aumentando a frequência dos estados de embriaguez;

- Quanto ao uso de drogas ilícitas são os rapazes, e os mais velhos, que têm consumos mais elevados, com diferenças significativas das raparigas.

## METODOLOGIA

De acordo com os objectivos fixados pretendemos compreender em que medida os consumos de álcool e tabaco na população adolescente estarão associados a factores como: o género; a idade; o número de reprovações; a idade de iniciação de consumo; o conceito que o sujeito tem de si próprio; as suas crenças acerca do álcool e do tabaco; as atitudes parentais face aos consumos; o nível socioeconómico da família; a funcionalidade familiar e a percepção da autonomia e amor dispensados pelos pais.

Para tal recolhemos junto de duas amostras os dados considerados relevantes, utilizando um questionário que passamos a apresentar, tal como os restantes instrumentos e respectivos procedimentos.

### **1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo do tipo longitudinal ainda que com apenas dois momentos de recolha de dados, distanciados de dois anos, junto de alunos frequentando o 9º ano de escolaridade (*Momento 1*) e o 11º ano (*Momento 2*).

## 2 Sujeitos, População e Amostra

Os sujeitos da nossa amostra correspondem à população adolescente frequentando o 9º e o 11º anos de escolaridade.

Era nossa intenção inicial conduzir o estudo para a população correspondente aos alunos que frequentavam o 9º e o 10º ano de escolaridade.

Porém, o contacto exploratório junto das escolas, permitiu-nos concluir que seria muito difícil a recolha de dados ao nível do Ensino Secundário. Porque *há programas a cumprir, porque vai ser muito difícil obter a anuência dos professores, porque é necessário ter a prévia autorização da associação de estudantes e dos pais*, foram algumas das justificações que nos foram dadas.

Decidimos então que a nossa amostra passaria a ser constituída pela população escolar da região de Leiria a frequentar o 9º ano. Foi ainda possível recolher dados junto de duas escolas que, estando fora do concelho, atendem um elevado número de alunos de Leiria.

Em função de contactos pessoais e profissionais foi decidido aproveitar ainda a oportunidade de recolha de dados junto dos alunos doutro colégio do concelho de Alcobaça.

Assim, a recolha dos dados foi feita (de Janeiro a Julho de 2001) junto de 1159 adolescentes que frequentavam o 9º ano de escolaridade nas seguintes Escolas:

- C+S Afonso Lopes Vieira;
- CEF - Centro de Estudos de Fátima;
- Colégio Conciliar de Maria Imaculada;

- Colégio de N. S. de Fátima;
- Colégio de S. Mamede;
- Colégio do Sagrado Coração de Maria (Fátima);
- EB 2/3 Correia Mateus;
- EB 2/3 D. Dinis;
- EB 2/3 de Santa Catarina da Serra;
- EB 2/3 dos Marrazes;
- EB 2/3 José Saraiva;
- Externato da Benedita (Alcobaça).

Considerando que o estudo ficaria necessariamente mais completo se pudéssemos ter dados que nos permitissem uma perspectiva evolutiva, e apesar das dificuldades referidas, insistimos no pedido de autorização para fazer nova recolha de dados, dois anos depois.

Assim, a partir de Maio de 2003 apresentámos a Versão II do questionário aos alunos do 11º ano das escolas secundárias que teriam recebido os alunos que constituíram a primeira amostra, a saber:

- C+S Afonso Lopes Vieira;
- CEF - Centro de Estudos de Fátima;
- Escola Secundária Afonso Lopes Vieira.
- Escola Secundária Francisco Rodrigues Lobo;
- Externato da Benedita.

Foram assim obtidos 761 questionários dos quais 332 puderam ser identificados como sendo de sujeitos que tinham respondido também ao primeiro questionário.

Assim, a nossa população é definida como a que corresponde aos adolescentes que frequentam o 9º e 11º ano de escolaridade.

Embora inicialmente fosse nossa intenção proceder ao sorteio de metade das turmas de cada escola da zona de Leiria, optámos por proceder à recolha de dados em todas as turmas das escolas referidas, relativamente aos dois momentos.

### 3 Procedimentos

Depois de contactada a Coordenação da Área Educativa, foi feito contacto com os Conselhos Executivos, ou os Directores dos estabelecimentos de ensino, no sentido de ser autorizada a ocupação de um tempo lectivo para aplicação dos instrumentos utilizados.

Desde o início do projecto que eliminámos a hipótese de envio dos questionários para as escolas para serem preenchidos com o acompanhamento do Director de Turma ou de outro professor, bem como não colocámos a hipótese de entrega dos questionários aos alunos, para preenchimento em casa e posterior recolha.

A recolha dos dados foi feita nos períodos já referidos (2001 e 2003), utilizando um tempo lectivo cedido para o efeito e a sala de aula da turma.

No sentido de controlar variáveis intervenientes, a aplicação do questionário realizou-se do seguinte modo:

- O investigador foi sempre o único interveniente na aplicação de todos os questionários:
- Depois da sua apresentação pessoal, eram comunicados os objectivos do trabalho que se pretendia desenvolver;
- A confidencialidade era imediatamente assegurada, explicando-se que as informações recolhidas apenas nos interessavam para tratamento estatístico;

- Era então solicitada a colaboração de cada um dos presentes, acrescentando-se sempre que esta colaboração era voluntária, pelo que, se alguém quisesse, poderia não responder ao questionário;
- A apresentação geral do questionário era feita oralmente para a turma, seguindo as instruções que constavam da folha de rosto;
- Sempre foi dito, procurando antecipar reacções, que o questionário era relativamente longo, mas a sua execução era rápida porque se pedia, na maior parte dos casos, que, de modo espontâneo e natural, fosse assinalada uma das hipóteses de resposta apresentadas;
- Apesar de cada parte do questionário ter instruções específicas quanto ao modo de registar as respostas, eram igualmente dadas indicações de ordem geral antes de se dar início ao respectivo preenchimento individual;
- Os questionários eram distribuídos e de imediato se dava início ao seu preenchimento;
- Sempre que havia dúvidas, estas eram esclarecidas pelo investigador.
- O limite natural de tempo (tempo lectivo de 45 minutos) não foi normalmente ultrapassado, dado que o questionário tinha sido preparado e testado para ser respondido dentro deste limite.
- Recolhido o material agradecia-se a colaboração prestada.

## 4 Instrumentos

Por razões que se prendem com a necessidade de obter dados fidedignos, o questionário que utilizámos teria que ser confidencial, respondido directamente na presença do investigador e numa sessão de 45 minutos.

Teria o questionário que ser suficientemente longo para permitir a obtenção dos dados necessários, e suficientemente curto para responder aos limites temporais de aplicação, e não ser factor de cansaço e de falta de empenhamento.

Os instrumentos utilizados (e que a seguir se apresentam individualmente) integravam um conjunto de folhas de resposta, como se de um questionário único se tratasse. (*Anexo 1*).

### 4.1 *Piers-Harris Self-Concept Scale (PHCSCS)*

Como forma de avaliação do auto-conceito, enquanto conjunto estável de atitudes do *self* que reflectem os comportamentos e atributos pessoais utilizámos o "*Piers-Harris Self-Concept Scale*" (*PHCSCS*), "instrumento de autoconceito não especificamente académico" na adaptação de Veiga (1989; 1995).

Trata-se de um dos instrumentos de medida do auto-conceito mais utilizados, com validade psicométrica reconhecida, em que os sujeitos respondem *sim* ou *não* a cada uma das 80 perguntas.

A escala é constituída por 6 factores, a saber:

- Aspecto Comportamental (AC) resultante da resposta aos 15 itens que fazem referência à percepção do tipo comportamento pessoal, e da responsabilidade pelas suas acções quer em casa, quer na escola.
- Ansiedade (ANS) referindo-se à insegurança, preocupações e medos com que o sujeito enfrenta, reporta-se a um conjunto de emoções e expectativas negativas, encontradas através das respostas a 12 itens.
- Estatuto Intelectual e Escolar (EI) que pretende, a partir de 14 itens, manifestar a forma como a pessoa se vê quanto ao seu rendimento em tarefas intelectuais.
- Popularidade (POP) através de 10 itens, o sujeito manifesta como se percebe na relação com os colegas, na facilidade de fazer amigos, na popularidade percebida e no sentimento de inclusão em actividades de grupo.
- Aparência e Atributos Físicos (AF), com 6 itens, este factor pretende a avaliação da imagem corporal e dos atributos físicos.
- Satisfação-Felicidade (SAT) os 7 itens de que é composto permitem a expressão da satisfação e felicidade pessoal geral.

Os scores obtidos em cada factor correspondem ao nível de auto-conceito respectivo, sendo a soma de todos os scores assumido como o auto-conceito geral.

## **4.2 APGAR Familiar**

Dado que a funcionalidade-disfuncionalidade da família constitui um factor de enorme peso no aparecimento de desequilíbrios e perturbações que, muitas vezes, se manifestam por condutas inadequadas e porventura pouco saudáveis em relação, nomeadamente, aos consumos abusivos, relacionando-se mesmo com a predisposição para comportamentos de risco dos adolescentes (Molina, et al, 2001), é utilizado o questionário APGAR Familiar.

Trata-se de um instrumento simples que permite uma abordagem avaliativa geral quanto à adaptação (*adaptation*), à participação (*partnership*), ao crescimento (*growth*), ao afecto (*affection*) e à resolução de problemas (*resolve*), através da resposta a 5 perguntas cada uma com 3 alternativas (*quase nunca, por vezes, quase sempre*).

Os resultados obtidos, correspondendo à soma da cotação obtida em cada questão (0 para *quase nunca*; 1 para *por vezes*, e 2 para *quase sempre*), permitem uma pontuação máxima de 10 pontos que corresponderá à situação considerada mais favorável.

### 4.3 Questionário dos estilos educativos parentais

É já clássica a análise das práticas educativas parentais a partir das dimensões bipolares *autonomia vs controlo*, *amor vs hostilidade* postuladas por Schaefer (1959), dizendo respeito a primeira ao exercício do poder, à disciplina; enquanto a segunda tem uma conotação mais afectiva.

Dado que a busca de autonomia relativamente aos pais é uma das características fundamentais da adolescência, e que uma relação educativa que conjuga autonomia e amor (a democrática/autoritativa) é a que melhor contribui para um processo saudável de autonomização, consideramos importante pesquisar como são percebidos pelos filhos os Estilos Educativos Parentais.

Utilizamos para tal a *Escala de Estilos Educativos Parentais (versão para filhos)* de Barros de Oliveira (1994), solicitando uma resposta a cada um dos 22 itens numa escala de Likert (em que 1 corresponde a *Discordo totalmente*, e 5 a *Concordo totalmente*). Decidimos, no entanto, solicitar respostas separadas para a mãe e para o pai, em vez de uma resposta única englobando pai e mãe.

Os itens, dispostos aleatoriamente, correspondem:

- 13 à percepção de autonomia, centrando-se no diálogo, na compreensividade, na aceitação e capacidade de ouvir/aceitar, na liberdade proporcionada, no respeito das ideias, na tolerância e sinceridade, e na resposta às necessidades.

- 8 à percepção de amor, envolvendo a protecção contra perigos, a relação de afecto, o amor, a amizade, e o encorajamento e o estímulo perante as dificuldades.

#### **4.4 Questionário sobre consumos familiares e pessoais, crenças, e aceitação de consumo por parte dos pais**

Porque o objectivo geral do trabalho se centra nos comportamentos de consumo de álcool e tabaco, construímos um questionário, partindo naturalmente da consulta de uma multiplicidade de instrumentos já utilizados e validados por outros investigadores.

Os dados relativos aos comportamentos de consumo, às crenças respeitantes ao álcool e ao tabaco, à aceitabilidade parental, são colhidos por questionário que construímos a partir do questionário de David Regis, baseado no *Balding's Health Related Behaviour Questionnaire*. (Regis, 1990).

Por razões que se prendem com a necessidade de construir um questionário que pudesse ser aplicado de forma directa e presencial, utilizando apenas um tempo lectivo (45 minutos) fomos obrigados a eliminar do questionário original alguns aspectos que, podendo enriquecer a investigação, seriam menos essenciais à prossecução dos objectivos fixados.

A versão final do questionário utilizado decorre dum primeiro projecto exploratório, analisado e avaliado por alguns peritos a quem foi solicitada opinião, depois do que se procedeu à sua aplicação a 4 turmas de alunos do 9º ano.

A análise das dúvidas e questões colocadas por estes respondentes conduziu à alteração de algumas questões, nomeadamente quanto à sua forma; à eliminação de um ou outro item por redundância; bem como à introdução de itens reforçantes.

A versão final que utilizámos ficou constituída como segue (com ligeiras alterações, como referiremos, na versão utilizada para o 11º ano - Versão II).

### ***Dados Pessoais***

Para além do sexo, data de nascimento e localidade, a localidade de residência, e o número de reprovações, era solicitada a indicação quanto aos hábitos de saída com os amigos.

Na versão II era solicitada informação sobre hábitos de saída há dois anos atrás e actualmente.

### ***Dados do Contexto Familiar***

Aqui se solicita ao respondente que indique com quem vive habitualmente e as razões por que não vive com o pai ou a mãe, se for o caso.

É pedida a indicação, se for o caso, do pai e/ou a mãe terem sido/serem emigrantes, e se são estrangeiros ou originários de outro país.

A profissão do pai e da mãe e a situação de trabalho por conta própria ou por conta de outrem, e o nível de escolaridade atingido, correspondem às questões seguintes.

Os dados aqui colhidos permitirão a caracterização da família, quanto à sua composição, e nível socioeconómico.

### ***Hábitos Familiares de Consumo***

Pretende-se obter informação sobre o facto do pai, da mãe e do/s irmão/s consumirem, não consumirem, ou terem deixado de consumir tabaco, álcool ou outras drogas.

### ***Hábitos Pessoais de Consumo***

Em relação ao tabaco, bebidas e outras drogas pretende-se obter informação que permita definir o “estatuto” pessoal de consumidor, relativamente ao tipo, às quantidades e à frequência de consumos.

É ainda solicitada a indicação de ter ou não fumado ou bebido nos últimos 8 dias, e em que circunstância o consumo ocorreu (*sozinho, em casa com a família, com amigos, numa festa*).

### ***Opiniões***

É solicitada a indicação (utilizando uma escala de Likert) do nível de concordância/discordância com 12 afirmações, mais ou menos

comuns, relativas ao tabaco e ao álcool, que expressarão as crenças relacionadas com os perigos e os benefícios associados ao consumo.

- Assim, relativamente ao tabaco as crenças positivas são expressas por afirmações que associam o consumo a maior atractividade e sociabilidade, ao parecer mais adulto, e ao potencial efeito relaxante.

As crenças negativas decorrem da associação do consumo a doenças, manchas de nicotina, constituir um acto anti-social e a desperdiçar dinheiro.

- Quanto ao álcool, as crenças positivas expressam-se através de afirmações sobre a maior confiança em si, o sabor agradável das bebidas, a maior sociabilidade e animação proporcionada, o parecer mais adulto e o efeito calmante e relaxante.

As crenças negativas dizem respeito ao desperdício de dinheiro, à dependência, aos prejuízos para a saúde, e à agressividade e perda de controlo.

Independentemente das respostas dadas, solicita-se a indicação das 6 afirmações (em cada grupo de 12) *em que pensa mais* ou que lhe parecem *mais importantes*. A resposta dada funcionará como reforçante das crenças expressas.

É ainda solicitada resposta relativamente à aceitação que mãe e pai terão do consumo de tabaco e álcool, em diferentes contextos (o que poderá constituir uma norma subjectiva).

Na 2ª parte do questionário acrescentou-se, na Versão II, um quadro em que é solicitada a indicação da escola frequentada no ano lectivo de 2000/01 e se se lembra de ter preenchido a Versão I. Partindo

destas respostas, contrastadas nomeadamente com a data de nascimento e localidade foi possível identificar os sujeitos comuns \*as duas amostras.

Procurando obter informação sobre a disponibilidade para responder com sinceridade ao questionário, foi introduzida a última questão que, conjuntamente com outros dados relativos ao modo de preenchimento de questões anteriores, poderia aconselhar à eliminação de algum caso.

## **5 O Objecto e as Hipóteses do Estudo**

Não é objecto do estudo a análise dos consumos dos adolescentes numa perspectiva epidemiológica. O que se pretende é antes discernir a que factores estão associados os consumos, sejam de carácter pessoal (sexo, idade, insucesso escolar, autoconceito, crenças), sejam de carácter envolvental e relacional (nível socioeconómico da família, consumos dos pais, relações educativas parentais percebidas, permissividade parental face aos consumos, funcionalidade familiar).

Se, como dissemos a maioria dos adolescentes faz a sua transição para a adultícia sem se ter envolvido em comportamentos de risco comprometedores da sua saúde, a verdade é que parece ser cada vez mais generalizada e aceite a tendência ao uso e abuso de tabaco e de álcool, e mesmo de substâncias psicoactivas. E, embora não abundem as investigações sistemáticas sobre a prevalência de consumos dos adolescentes portugueses, são ainda mais escassas as pesquisas orientadas para a compreensão dos factores que, de algum modo, podem determinar, ou estar associados quer à iniciação, quer ao aumento e manutenção dos consumos.

O contributo que procuramos dar (apesar das dificuldades inerentes à prossecução de uma investigação na ausência de qualquer tipo de apoio) diz respeito, portanto, à compreensão dos factores pessoais e socio-familiares que possam estar envolvidos no consumo adolescente.

Assim, tendo presente as investigações realizadas, e o objecto que fixámos para o nosso estudo, colocamos as seguintes hipóteses:

1. O estatuto de consumo dos sujeitos diferencia-se em função de factores pessoais como o sexo, o número de retenções, o auto-conceito e as crenças relativas ao tabaco e álcool;
2. O nível sócio-económico, o tipo de família (intacta, monoparental ou reconstruída) e a sua funcionalidade, os consumos parentais e a permissividade parental relativa aos consumos dos filhos, constituem factores externos que se associam aos estatutos pessoais de consumo;
3. O conceito que os sujeitos têm de si próprios está associado ao sexo, ao tipo de família e à sua funcionalidade, e aos estilos educativos percebidos;
4. Existem diferenças nos resultados do *Momento I* (9º ano) e do *Momento II* (11º ano) no que respeita ao auto-conceito, aos estatutos de consumo, à funcionalidade familiar, à permissividade parental relativa aos consumos, e à percepção dos estilos educativos parentais.
5. Os factores pessoais e os factores familiares constituem factores preditores do estatuto de consumo de tabaco e de álcool.

## 6 Descrição das Variáveis

As variáveis em estudo, decorrentes das hipóteses formuladas, são constituídas:

- Pelos factores ou dimensões analisados pelos instrumentos utilizados e que serão estudados como variáveis independentes e dependentes.

Estão neste caso Auto-conceito, a Funcionalidade Familiar, as Crenças Relativas ao Tabaco e Álcool, e os Estilos Educativos Parentais que, como constructos não são observáveis, apenas sendo passíveis de estudo através da análise das variáveis observáveis (as respostas a indicadores de comportamentos).

- Pelos dados resultantes das perguntas do questionário relativas às variáveis sócio-demográficas: sexo, idade, retenções, constituição do agregado familiar, consumos familiares e pessoais, aceitação dos consumos por parte dos pais. Estas variáveis directas e outras delas resultantes (derivadas) serão utilizadas como independentes, mediadores ou de controlo.

Auto-conceito - esta variável é encontrada a partir da soma das respostas ao conjunto de itens correspondentes a cada uma das dimensões, conforme indicado anteriormente.

Temos assim, para além do Auto-conceito Geral, mais 6 variáveis correspondentes a cada uma das dimensões que o integram.

A Funcionalidade Familiar é uma variável encontrada a partir da pontuação obtida no *APGAR Familiar*, permitindo a classificação da

família, de acordo com a pontuação obtida, em: *altamente disfunciona l* (0-3 pontos); *moderadamente funcional* (4-6); e *funcional* (7-10 pontos).

As respostas ao conjunto de 12 perguntas relativas às opiniões sobre os perigos e benefícios do tabaco (e igualmente em relação ao álcool), potenciadas pela indicação da sua importância, permitem encontrar as convicções individuais (Crenças).

Assim, a resposta a cada um dos itens assumem valores de 1 a 5, transformados depois em: -2 para o *Discordo Completamente*; -1 para o *Discordo*; +1 para o *Concordo* e +2 para o *Concordo em Absoluto*. Porque era igualmente solicitada a indicação das 6 questões *mais importantes* ou *em que pensava mais*, os valores anteriores foram multiplicados por 2 no caso de terem sido assinalados e por 1 no caso contrário, reforçando ou não a opinião emitida.

As variáveis correspondentes aos estilos educativos parentais são constituídas pelas dimensões de autonomia e de amor percebido como disponibilizado pelo pai (*Pai-autonomia, Pai-Amor*) e pela mãe (*Mãe-autonomia, Mãe-Amor*).

Para além das variáveis directas como o sexo, o número de retenções, idade de primeiro consumo, um conjunto de variáveis derivadas são construídas a partir dos dados recolhidos.

Assim:

- A idade é calculada a partir da data de nascimento indicada e da data de realização do questionário.
- O Nível Sócio-Económico (NSE) é encontrado a partir dos indicadores da profissão e o grau de escolaridade do pai ou da

mãe, partindo sempre do que apresentava indicadores mais elevados.

São estabelecidos 5 níveis: *Baixo*, *Médio Baixo*, *Médio*, *Médio Alto* e *Alto* de acordo com a tabela que pode ser consultada (*Anexo 2*) e depois de uma análise individual dos indicadores apresentados.

- Tipo de Família é uma variável construída a partir da resposta às perguntas sobre com quem vive e qual é a situação dos pais (*separado/divorciado, emigrante, falecido*).
- Estatuto de Consumo de Tabaco resulta da análise do consumo indicado nas variáveis: *Nunca fumei; Fumei apenas uma ou duas vezes; Normalmente fumo todas as semanas; Normalmente fumo todos os dias; Não penso deixar de fumar; Fumei nos últimos 8 dias (quantidade); Dias em que normalmente fuma*. (*Anexo 3*).
- Estatuto de Consumo de Álcool resulta da análise do consumo indicado nas variáveis: *Nunca bebi; Bebi apenas uma ou duas vezes; Normalmente bebo todas as semanas; Normalmente bebo todos os dias; Não penso deixar de beber; Bebi nos últimos 8 dias (tipo e quantidade) e Dias em que normalmente bebe*. (*Anexo 4*).
- Permissividade do pai relativamente ao consumo de tabaco/álcool resulta da soma dos valores atribuídos nas diversas circunstâncias em que é o sujeito considera que o pai aceitaria que fumasse ou bebesse (*Sim=2, Não Sei=1; Não=0*).
- Permissividade da mãe relativamente ao consumo de tabaco/álcool (*idem*).

## 7 Tratamento dos Dados

Os dados recolhidos foram introduzidos em computador e analisados pelo autor, utilizando-se o *SPSS 10.0*.

Uma primeira análise, do tipo descritivo, tem como objectivo a caracterização diferencial das duas amostras. Porém, o objectivo final é conhecer os factores a que podem estar associados os consumos na população subjacente a estas amostras.

De facto, ainda que a população adolescente seja uma população finita, a verdade é que é constituída por um elevado número de elementos, com uma tão grande dispersão geográfica, que, mesmo que fosse possível inquirir a totalidade dos seus elementos, tornaria a investigação inviável pelos seus custos e pela dificuldade prática de tratamento de todos os dados.

Porque a estatística descritiva não permite tirar conclusões acerca duma população, são utilizados testes de hipóteses à informação obtida da amostra, processo através do qual é possível a inferência estatística.

Utilizaremos os testes de hipóteses procurando responder à existência de igualdade entre os resultados da amostra e os resultados da população a que aquela pertence, ou se existe igualdade entre as estimativas amostrais e os valores previamente fixados, correspondentes a parâmetros populacionais.

Assim com o Qui-Quadrado pretende-se verificar se, numa amostra aleatória, duas variáveis são independentes.

Para avaliarmos se as variáveis estão associadas e estando-o, se essa associação é no mesmo sentido ou no sentido inverso, utilizamos

testes designados de associação ou de correlação (Coeficiente de Correlação de Pearson).

Para as situações em que precisamos de ver se a média das respostas dadas a duas questões é ou não igual utilizaremos o *teste t para duas amostras emparelhadas*.

Porque pretendemos verificar a previsibilidade dos comportamentos de consumo, utilizamos a regressão linear múltipla. Trata-se de um modelo estatístico que permite prever o comportamento de uma variável quantitativa dependente, a partir de uma ou mais variáveis independentes fornecendo informação sobre a margem de erro da previsão.

E ainda que se não possa assumir uma associação causal entre as variáveis, pode afirmar-se, sem dúvida, que a variável dependente é função das variáveis independentes (Pestana & Gageiro, 2000).

## **APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

No presente capítulo procedemos à apresentação dos resultados relativos a cada uma das amostras, começando por uma abordagem descritiva seguida do tratamento inferencial das variáveis em estudo.

Embora apresentados separadamente, aquando da apresentação dos resultados referentes ao *Momento 2* será feita breve referência comparativa ao *Momento 1*, sempre que tal se revele oportuno.

Podendo embora partir destas duas amostras para a análise das mudanças nos consumos e dos factores pessoais e sócio-familiares associados fizemo-lo apenas tendo em consideração os resultados dos casos (n=332) que pudemos identificar como comuns. Tal facto permite um maior rigor de análise até porque se verifica que um número elevado de adolescentes que apresentavam maiores níveis de consumo, não fazem parte da segunda amostra, por terem desistido de estudar, por terem reprovado entre o *Momento 1* e o *Momento 2*, ou por se terem orientado para outras alternativas ao ensino secundário.

Assim, depois da apresentação dos dados de cada uma das amostras (*Momento 1* e *Momento 2*) faremos a análise comparada de alguns dados, a que se seguirá a análise de regressão múltipla dos factores pessoais e familiares associados aos consumo. Ao assumirmos estes factores como variáveis dependentes e os estatutos de consumo como variáveis independentes, procuramos perceber que factores podem funcionar como predictores dos estatutos de consumo de tabaco e de álcool dos adolescentes que frequentam o 11<sup>o</sup> ano.

## MOMENTO I

### 1 Sexo, Idade e Número de Retenções

A amostra referente ao 1º momento da investigação é constituída por 1147 alunos frequentando o 9º ano de escolaridade, com idades que vão dos 15 aos 19 anos, sendo 51,4% do sexo feminino e 48,6% do masculino.

**TABELA 1. SEXO – IDADE**

		Idade						Total
		14	15	16	17	18	19	
Feminino	Valor	75	371	85	41	14	4	590
	% do Total	6,5%	32,3%	7,4%	3,6%	1,2%	,3%	51,4%
Masculino	Valor	52	289	112	68	31	5	557
	% do Total	4,5%	25,2%	9,8%	5,9%	2,7%	,4%	48,6%
Total	Valor	127	660	197	109	45	9	1147
	% do Total	11,1%	57,5%	17,2%	9,5%	3,9%	,8%	100,0%

O número de retenções por sexo corresponde a 18,2% dos rapazes e a 12,5 das raparigas. Se consideramos o número absoluto de anos retidos (591) verificamos que aqueles são responsáveis por 63.5%. das reprovações e estas por 36.5 %.

**TABELA 2. SEXO- RETENÇÕES**

		Nº de retenções						Total
		0	1	2	3	4	5	
Feminino	Valor	446	91	40	9	2	2	590
	% do Total	38,9%	7,9%	3,5%	,8%	,2%	,2%	51,4%
Masculino	Valor	337	111	71	31	6	1	557
	% do Total	29,4%	9,7%	6,2%	2,7%	,5%	,1%	48,6%
Total	Valor	783	202	111	40	8	3	1147
	% do Total	68,3%	17,6%	9,7%	3,5%	,7%	,3%	100,0%

## **2 Nível Socioeconómico**

Quanto ao nível socioeconómico os/as adolescentes da nossa amostra provêm: 8,5 % do nível Baixo; 46,6% do Médio Baixo; 31,7% do Médio; 12,8% Médio Alto e 0,4% do Alto.

**TABELA 3. NÍVEL SOCIOECONÓMICO**

	NÍVEL SOCIOECONÓMICO	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
1- BAIXO	96	8,5
2- MÉDIO BAIXO	525	46,6
3- MÉDIO	357	31,7
4- MÉDIO ALTO	144	12,8
5- ALTO	4	,4
TOTAL	1126	100

## **3 Consumo de Tabaco e de Álcool e Factores Pessoais**

### **3.1 Consumo de Tabaco e de Álcool - Idade, Sexo e Número de retenções**

Quanto ao consumo de tabaco, podemos verificar que é maior o número de rapazes que já o experimentaram, e que o fizeram mais cedo que as raparigas. Do total da amostra (N=1147) 54,8% já experimentou fumar, sendo que destes 51,6% se iniciou na faixa etária mais susceptível à iniciação de ambos os sexos (13/14 anos). No entanto 38,6% (14,3% das raparigas e 24,3 dos rapazes) teve o primeiro contacto com o tabaco antes desta idade.

**TABELA 4. PRIMEIRO CONTACTO COM TABACO**

SEXO	COM QUE IDADE FUMOU A 1ª VEZ					TOTAL
	< 10	11/12	13/14	15/16	17	
FEMININO	14	76	180	24	2	296
MASCULINO	71	82	145	31	4	333
	85	158	325	55	6	629

Quanto ao número de cigarros fumados nos 8 dias anteriores ao questionário 19% da amostra total declara ter fumado nos últimos 8 dias, sendo 8,5% do sexo feminino e 10,5% do masculino, o que corresponde a uma diferença sem significado estatístico.

**TABELA 5. CIGARROS FUMADOS NOS ÚLTIMOS 8 DIAS**

SEXO	NÚMERO DE CIGARROS FUMADOS NOS ÚLTIMOS 8 DIAS								TOTAL
	< 5	6/10	11/20	21/30	31/40	41/50	51/70	> 71	
FEMININO	41	12	21	5	6	2	2	10	99
MASCULINO	29	10	25	5	8	9	9	26	121
TOTAL	58	33	46	10	14	11	11	36	220

No que respeita o estatuto de consumo de tabaco verificamos a existência de diferenças entre os sexos ( $\chi^2=20,646$ ,  $g.l. = 5$ ,  $p=0,001$ ;  $N= 1147$ ), e que mais de 23% dos adolescentes fumam regular, sistemática ou diariamente.

**TABELA 6. SEXO-ESTATUTO DE CONSUMO DE TABACO**

		Tabaco - estatuto de consumo						Total
		Nunca fumou	Fumou 1/2 v	Fuma ocasion	Fuma regular	Fuma sistemat	Fuma diariam	
Sexo	Feminino	288 25,1%	99 8,6%	81 7,1%	59 5,1%	15 1,3%	48 4,2%	590 51,4%
	Masculino	216 18,8%	112 9,8%	81 7,1%	55 4,8%	10 0,9%	83 7,2%	557 48,6%
Total		504 43,9%	211 18,4%	162 14,1%	114 9,9%	25 2,2%	131 11,4%	1147 100,0%

Quanto ao consumo de álcool, constatamos que 78,5% dos respondentes declara já ter bebido. Destes cerca de 50,7% fê-lo pela primeira vez na faixa etária dos 13/14 anos, enquanto 36,5% (15,4% das raparigas e 21,1% dos rapazes) tiveram a sua primeira experiência antes desta faixa etária.

**TABELA 7. PRIMEIRO CONTACTO COM BEBIDAS ALCOÓLICAS**

SEXO	COM QUE IDADE BEBEU A 1ª VEZ					TOTAL
	< 10	11/12	13/14	15/16	17	
FEMININO	46	93	261	48	3	451
MASCULINO	92	98	196	59	4	449
TOTAL	138	191	457	107	7	900

O consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 8 dias, sumariados na Tabela seguinte, apresentam valores mais elevados no sexo masculino, com maior prevalência do consumo de cerveja e de álcool forte.

**TABELA 8. CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NOS ÚLTIMOS 8 DIAS**

	CONSUMOS NOS ÚLTIMOS 8 DIAS		
	VINHO	CERVEJA	ÁLCOOL FORTE
FEMININO	3	41	37
MASCULINO	14	139	89
TOTAL	17	180	126

O Estatuto de Consumo de Álcool difere em função do género ( $\chi^2=55,544$ , *g. l.* = 5,  $p= 0,000$ ;  $N= 1147$ ), com poucas adolescentes a beberem diariamente, e um maior número a não beber ou a beber menos que os rapazes. De facto, nos três estatutos de consumo mais elevados os rapazes apresentam uma clara superioridade de consumo.

**TABELA 9. SEXO-ESTATUTO DE CONSUMO DE ÁLCOOL**

		Álcool - estatuto de consumo						Total
		Nunca bebeu	Bebeu 1/2 v	Bebe ocasion	Bebe regular	Bebe sistemat	Bebe diária	
Sexo	Feminino	123 10,7%	222 19,4%	125 10,9%	107 9,3%	7 ,6%	6 ,5%	590 51,4%
	Masculino	83 7,2%	158 13,8%	103 9,0%	158 13,8%	28 2,4%	27 2,4%	557 48,6%
Total		206 18,0%	380 33,1%	228 19,9%	265 23,1%	35 3,1%	33 2,9%	1147 100,0%

### 3.2 Estatuto de Consumo de Tabaco e de Álcool - Crenças

Embora algumas crenças pessoais acerca do tabaco apareçam com correlação estatística com o Estatuto de Consumo de Tabaco, tais correlações não correspondem a um valor que possa ser aceite como minimamente explicativo em si mesmo. De facto, a correlação mais elevada verifica-se com a crença: *O cigarro ajuda a acalmar e a relaxar* ( $r = ,228$ ;  $p < ,01$ )

No que respeita à relação entre as Crenças e o Estatuto de Consumo de Álcool verifica-se situação similar, com *As bebidas alcoólicas são um desperdício de dinheiro* ( $r = , -275$ ;  $p < ,01$ ), e *As bebidas alcoólicas põem uma pessoa mal disposto e doente* ( $r = , -232$ ;  $p < ,01$ ) a apresentar as correlações mais elevadas.

### 3.3 Estatuto de Consumo de Tabaco e de Álcool - Auto-conceito

Das correlações existentes entre os Estatutos de Consumo e o Auto-conceito apenas a relativa ao domínio *comportamento* assume algum significado quanto ao estatuto de consumo de tabaco ( $r = -,326$

$p < 0,01$ ); e quanto ao estatuto de consumo de álcool com ( $r = -,286$   $p < 0,01$ ).

Assim, apenas poderemos verificar que tendencialmente os adolescentes com valores mais baixos no domínio *Comportamento do Auto-conceito* tenderão a consumir mais tabaco e mais álcool.

#### **4 Consumo de Tabaco e de Álcool e Factores Sócio-familiares**

Apesar de existirem correlações entre os Estatutos de Consumo e as variáveis: Nível Socioeconómico, Tipo de Família, e Funcionalidade Familiar, uma vez mais estas assumem um valor tão baixo que não faz sentido serem assumidas como significativas.

No que diz respeito à associação entre os Estatutos de Consumo de Tabaco e de Álcool dos adolescentes e o Consumo na família podemos constatar a existência de correlações com o consumo de Tabaco e de Álcool do irmão/ã, com valores respectivamente de  $r = ,324$ ;  $p < .01$ ; e  $r = ,235$ ;  $p < .01$ .

Quanto à associação com a Permissividade Parental constatamos que quanto mais os adolescentes consideram que os pais aceitam ou toleram o consumo de tabaco e de álcool, mais tendem a consumir (Tabela 10).

**TABELA 10 ESTATUTO DE CONSUMO DE TABACO E DE ÁLCOOL- PERMISSIVIDADE PARENTAL**

	PAI ACEITA		MÃE ACEITA	
	QUE FUME	QUE BEBA	QUE FUME	QUE BEBA
E. CONSUMO DE TABACO	$r = .259^{**}$		$r = .309^{**}$	
E. CONSUMO DE ÁLCOOL		$r = ,294^{**}$		$r = .288^{**}$

**\*\* $p < .01$**

Quer a dimensão *amor*, quer a dimensão *autonomia* percebida pelos adolescentes relativamente ao pai ou à mãe, embora apareçam associadas negativamente a ambos os Estatutos de Consumo, têm valores demasiado baixos para serem assumidos como explicativos.

## 5 Consumo de Substâncias Psicoactivas

Ainda que o objecto deste trabalho se refira ao consumo de tabaco e de álcool, inquiriu-se igualmente o consumo das drogas consideradas ilícitas. Podemos verificar que 6,4% da amostra total já teve contacto com estas substâncias (sendo 2,5% raparigas e 3,8% rapazes). 3,7% admite continuar a consumir.

**TABELA 11 CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS**

SEXO	EXPERIMENTOU		CONTINUA	
	SIM	%	SIM	%
FEMININO	29	2,5	15	1,3
MASCULINO	44	3,8	28	2,4
TOTAL	73	6,4	43	3,7

**MOMENTO 2**

**1 Sexo, Idade e Número de retenções**

A amostra correspondente ao segundo momento de investigação é constituída por 761 alunos do 11º ano, com idades que vão dos 16 aos 21 anos, sendo 59% do sexo feminino e 41% do masculino.

**TABELA 12. SEXO – IDADE**

		Idade						Total
		16	17	18	19	20	21	
Feminino	Valor	221	149	57	14	7		448
	% do Total	29,0%	19,6%	7,5%	1,8%	,9%		58,9%
Masculino	Valor	108	137	43	17	7	1	313
	% do Total	14,2%	18,0%	5,7%	2,2%	,9%	,1%	41,1%
Total	Valor	329	286	100	31	14	1	761
	% do Total	43,2%	37,6%	13,1%	4,1%	1,8%	,1%	100,0%

O número de retenções por sexo, corresponde a 15,2% dos rapazes e a 15,8 das raparigas. Se consideramos o número absoluto de anos retidos (569) verificamos que aqueles são responsáveis por 47,5%. e estas por 52.5 %.

**TABELA 13. SEXO – RETENÇÕES**

		Nº de retenções					Total
		0	1	2	3	4	
Feminino	Valor	328	76	34	9	1	448
	% do Total	43,1%	10,0%	4,5%	1,2%	,1%	58,9%
Masculino	Valor	197	83	25	7	1	313
	% do Total	25,9%	10,9%	3,3%	,9%	,1%	41,1%
Total	Valor	525	159	59	16	2	761
	% do Total	69,0%	20,9%	7,8%	2,1%	,3%	100,0%

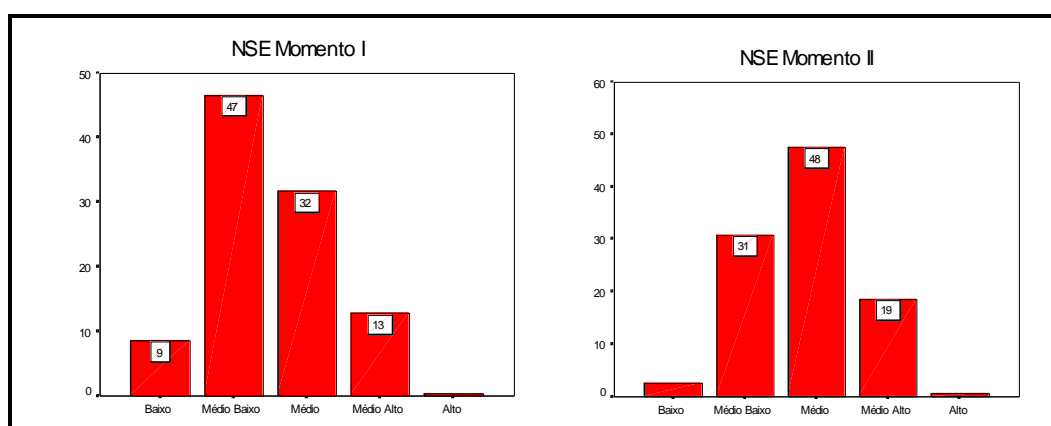
## 2 Nível Socioeconómico

Como se pode verificar o nível socioeconómico desta segunda amostra diferencia-se claramente do da primeira. Enquanto que na escolaridade obrigatória mais de metade dos alunos (55,1%) era proveniente de famílias com um NSE Baixo e Médio Baixo, no 11º ano essa percentagem desce para 33,3%.

**TABELA 14. NÍVEL SOCIOECONÓMICO FAMILIAR**

	1º MOMENTO		2º MOMENTO	
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
1- BAIXO	96	8,5	19	2,5
2- MÉDIO BAIXO	525	46,6	232	30,8
3- MÉDIO	357	31,7	358	47,5
4- MÉDIO ALTO	144	12,8	140	18,6
5- ALTO	4	,4	4	,5
TOTAL	1126	100	753	100

**GRÁFICO 1. NÍVEL SOCIOECONÓMICO**



### **3 Consumo de Tabaco e de Álcool e Factores Pessoais**

#### **3.1 Consumo de Tabaco e de Álcool – Idade, Sexo e Número de retenções**

Mais de 56% do total de alunos do 11º ano já experimentaram alguma vez fumar (contra 54% no 9º ano). Embora a faixa etária dos 13/14 continue a ser a mais susceptível à primeira experiência (42% dos que declaram ter experimentado), pode verificar-se que são os 15/16 anos (34%) que aparecem em segundo lugar, contrariamente ao que acontece na amostra do 9º ano em que o segundo lugar da iniciação corresponde aos 11/12 anos.

**TABELA 15. PRIMEIRO CONTACTO COM TABACO**

SEXO	COM QUE IDADE FUMOU A 1ª VEZ					TOTAL
	< 10	11/12	13/14	15/16	17	
FEMININO	5	37	106	85	9	242
MASCULINO	22	29	84	69	5	209
	27	66	190	154	14	451

Quanto ao número de cigarros fumados nos 8 dias anteriores ao questionário, 24% da amostra total declara ter fumado, sendo 12,9% do sexo feminino e 11% do masculino, o que corresponde a uma diferença sem significado estatístico.

**TABELA 16. CIGARROS FUMADOS NOS ÚLTIMOS 8 DIAS**

SEXO	NÚMERO DE CIGARROS FUMADOS NOS ÚLTIMOS 8 DIAS								TOTAL
	< 5	6/10	11/20	21/30	31/40	41/50	51/70	> 71	
FEMININO	36	12	15	10	7	7	7	9	103
MASCULINO	21	12	16	11	4	5	9	11	89
TOTAL	57	24	31	21	11	12	16	20	192

Quanto ao Estatuto de Consumo de Tabaco verifica-se a existência de diferenças de género ( $\chi^2 = 17,271$ , g. l. =5,  $p = 0,004$ ;  $n = 760$ ).

**TABELA 17. SEXO-ESTATUTO DE CONSUMO DE TABACO**

		Tabaco-estatuto de consumo						Total
		Nunca fumou	Fumou 1/2 v	Fuma ocasion	Fuma regular	Fuma sistem	Fuma diária	
Sexo	Feminino	204 26,9%	130 17,1%	32 4,2%	9 1,2%	8 1,1%	63 8,3%	446 58,8%
	Masculino	103 13,6%	111 14,6%	19 2,5%	12 1,6%	4 ,5%	64 8,4%	313 41,2%
Total		307 40,4%	241 31,8%	51 6,7%	21 2,8%	12 1,6%	127 16,7%	759 100,0%

O primeiro contacto com bebidas alcoólicas aconteceu com cerca de 99,5%. (contra 78,5% no Momento 1). Destes, 30% fizeram-no na faixa etária dos 13/14 anos, (17% raparigas, 13% rapazes); enquanto 38% se iniciaram entre os 15/16 anos (24% e 14% rapazes) e 16,6% aos 17/18 anos. Por outro lado podemos verificar que quase 9% dos rapazes, contra 5,5% das raparigas se iniciaram antes dos 13 anos.

**TABELA 18. PRIMEIRO CONTACTO COM BEBIDAS ALCOÓLICAS**

SEXO	COM QUE IDADE BEBEU A 1ª VEZ						
	< 10	11/12	13/14	15/16	17/18	>18	
FEMININO	14	30	137	190	80	5	456
MASCULINO	33	37	103	111	52	2	338
TOTAL	47	67	240	301	132	7	794

Na tabela seguinte podem ser observados os consumos de bebidas alcoólicas na semana que antecedeu o preenchimento do questionário, indicando-se entre parênteses o número de consumidores no *Momento 1*.

**TABELA 19. CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NOS ÚLTIMOS 8 DIAS**

	CONSUMOS NOS ÚLTIMOS 8 DIAS		
	VINHO	CERVEJA	ÁLCOOL FORTE
FEMININO	16 (3)	60 (41)	59 (37)
MASCULINO	29 (14)	150 (139)	94 (89)
TOTAL	45 (17)	210 (180)	153(126)

O Estatuto de Consumo de Álcool, tal como se verificava no *Momento 1*, continua a diferenciar-se em função do sexo ( $\chi^2 = 129,430$ , *g. l.* =5,  $p = 0,000$ ;  $n = 761$ ).

Os dois estatutos mais elevados correspondem a um maior número de rapazes (4,1% e 5,3% contra 2,4% e 2,4% no *Momento 1*). Porém, por parte das raparigas verifica-se um aumento no *beber ocasionalmente* e no *beber regularmente* (de 10,9% para 16,6 e de 9,3% para 15,5%, respectivamente).

**TABELA 20. SEXO-ESTATUTO DE CONSUMO DE ÁLCOOL**

	Álcool-estatuto de consumo						Total
	Nunca bebeu	Bebeu 1/2 v	Bebe ocasional	Bebe regular	Bebe sistem	Bebe diaria	
Sexo Feminino	50 6,6%	144 18,9%	126 16,6%	118 15,5%	7 ,9%	3 ,4%	448 58,9%
Masculino	15 2,0%	58 7,6%	39 5,1%	130 17,1%	31 4,1%	40 5,3%	313 41,1%
Total	65 8,5%	202 26,5%	165 21,7%	248 32,6%	38 5,0%	43 5,7%	761 100,0%

### 3.2 Estatuto de Consumo de Tabaco e de Álcool – Crenças

Tal como no *Momento 1*, embora as crenças apareçam correlacionadas com os consumos, os valores de correlação são demasiado fracos para serem considerados com significado explicativo.

Relativamente ao Estatuto de Consumo de Tabaco, apenas consideramos a correlação das crenças *Fumar é um acto anti-social* ( $r = ,207$ ;  $p < .01$ ) e *O cigarro ajuda a acalmar e a relaxar* ( $r = ,481$ ;  $p < .01$ ).

Quanto ao Estatuto de Consumo de Álcool as correlações que assumem algum significado estatístico são em maior número, como se pode verificar pela tabela seguinte:.

**TABELA 21. ESTATUTO DE CONSUMO DE ÁLCOOL- CRENÇAS**

A BEBIDA AJUDA A FICAR-SE MAIS SOCIÁVEL	$r = ,317^{**}$
AS BEBIDAS ALCOÓLICAS SÃO UM DESPÉRDICIO DE DINHEIRO	$r = -,269^{**}$
QUEM BEBE CORRE O RISCO DE FICAR DEPENDENTE E DE SE TORNAR ALCOÓLICO	$r = -,212^{**}$
AS BEBIDAS ALCOÓLICAS AJUDAM A FICAR-SE MAIS ANIMADO	$r = ,321^{**}$
AS BEBIDAS ALCOÓLICAS AJUDAM A SENTIR-SE MAIS CONFIANTE E SEGURO	$r = ,216^{**}$
É BOM/AGRADÁVEL O SABOR DAS BEBIDAS ALCOÓLICAS	$r = ,493^{**}$
AS BEBIDAS ALCOÓLICAS LEVAM UMA PESSOA A FAZER E A DIZER COISAS QUE NÃO QUERIA	$r = -,204^{**}$
AS BEBIDAS ALCOÓLICAS PÕEM UMA PESSOA MAL DISPOSTO E DOENTE	$r = -,201^{**}$

**\*\* $p < .01$**

### **3.3 Estatuto de Consumo de Tabaco e de Álcool, e Auto-conceito**

Os Estatutos de Consumo de Tabaco, como os de Álcool, só aparecem associados com a dimensão comportamental do auto-conceito ( $r=-,274$ ; e  $r=-,232$ , com  $p < 0,01$ ), tal como se verificou no Momento 1.

## **4 Consumo de Tabaco e de Álcool, e Factores sócio-familiares**

Verificamos que os Estatutos de Consumo de Álcool e de Tabaco dos adolescentes aparecem com fraca associação com o nível socioeconómico familiar e com o nível de funcionalidade familiar.

Quanto ao consumo de tabaco verificamos que os respectivos Estatutos não se distribuem de igual forma nos diferentes Tipos de Família (intacta, monoparental ou reconstruída) ( $\chi^2=15,063$ ,  $g. l. =3$ ,  $p= 0,001$ ;  $n=1147$ ). Pelo contrário, os Estatutos de Consumo de Álcool têm uma distribuição semelhante.

Quanto à associação entre o consumo de tabaco e de *álcool na família* e o consumo dos adolescentes da amostra, a única correlação que consideramos (por ser a mais forte) diz respeito ao consumo de tabaco do irmão/ã ( $r= ,259$ ;  $p= <,01$ ).

A *permissividade parental* face aos consumos de tabaco e de álcool tem correlações positivas com os respectivos estatutos de consumo, como se pode verificar pela tabela seguinte.

**TABELA 22. ESTATUTO DE CONSUMO DE TABACO E DE ÁLCOOL- PERMISSIVIDADE PARENTAL**

	PAI ACEITA		MÃE ACEITA	
	QUE FUME	QUE BEBA	QUE FUME	QUE BEBA
E. CONSUMO DE TABACO	$r = .192^{**}$		$r = .305^{**}$	
E. CONSUMO DE ÁLCOOL		$r = .278^{**}$		$r = .242^{**}$

**\*\* $p < .01$**

Tal como no Momento 1, as correlações existentes entre os Estatutos de Consumo de Tabaco e de Álcool e a *autonomia* e o *amor* dispensados, quando existem, são demasiado fracas para poderem ser assumidas.

## 5 Consumo de Substâncias Psicoactivas

Como se pode verificar na Tabela 23 a experiência de drogas foi feita por 11,3% dos adolescentes da 2ª amostra (sendo 5,8% do sexo feminino e 5,9% rapazes), declarando 2,2% e 4,6% os que continuam a consumir. Entre parênteses são apresentados os valores do Momento1.

**TABELA 23. CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS**

SEXO	EXPERIMENTOU		CONTINUA	
	SIM	%	SIM	%
FEMININO	44 (29)	5,8 (2,5)	17 (15)	2,2 (1,3)
MASCULINO	45 (44)	5,9 (3,8)	35 (28)	4,6 (2,4)
TOTAL	73 (89)	11,3 (6,4)	52 (43)	6,8 (3,7)

## **DADOS COMPARADOS DOS DOIS MOMENTOS**

Ainda que algumas diferenças tenham sido referidas na apresentação dos resultados do Momento 2, cremos ser útil realçar alguns dados decorrentes da comparação dos dois momentos (correspondentes ao 9º e 11º anos), e ainda dos elementos identificados como comuns às duas amostras.

Em primeiro lugar, embora nos dois momentos a percentagem de elementos do sexo feminino seja superior, esta aumenta de 2,8 para 18% do 9º para o 11º ano. Tal significará um maior número de desistências de frequência do secundário e/ou de retenções entre o 9º e o 11º ano dos rapazes.

Parece-nos igualmente importante referir que, tendo os rapazes sido responsáveis por 63,5% do total de retenções na escolaridade obrigatória, esta percentagem desce para 47,5% nos que frequentam o 11º ano. Tal diferença decorrerá do facto de os alunos (rapazes) que mais reprovaram na escolaridade obrigatória terem desistido da prossecução dos estudos no secundário, ou terem voltado a reprovar.

Outro aspecto que nos parece interessante de relevar tem a ver com os níveis sócioeconómicos de origem que, como referimos, se diferenciam do 1º para o 2º momento. De facto, enquanto no 9º ano encontramos 55% dos alunos provindo de famílias de nível Baixo e Médio Baixo, no 11º apenas 33,3% pertencem a estes mesmos níveis sócioeconomicos. Paralelamente os níveis Médio, Médio Alto e Alto passam de 44,9% para 66,6%.

Comparando os Estatutos de Consumo de Tabaco do Momento 1 (N=1147) e do Momento 2 (N=759) podemos verificar que a primeira experiência com o tabaco aumenta do 9º para o 11º ano, duplicando no caso das raparigas.

Igualmente se verifica um aumento de 4% de raparigas e de 1,2% dos rapazes que passaram a fumar diariamente (Tabela 24).

As raparigas que fumam de regularmente a diariamente correspondem a 10,6% nos dois momentos, enquanto que os 12,9% dos rapazes que fumavam no 9º ano passam a 10,4% no Momento 2.

Se considerarmos apenas os elementos comuns aos dois momentos, quer os rapazes quer as raparigas sobem apenas cerca de 1% no consumo regular a diário de tabaco.

**TABELA 24. ESTATAUTO DE CONSUMO DE TABACO M1 - M2**

SEXO	Nunca fumou		Fumou ½ vezes		Fuma ocasional		Fuma regularm		Fuma sistemát		Fuma diariam	
	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2
Feminino	25	26,9	8,6	17	7,1	4,2	5,1	1,2	1,3	1,1	4,2	8,3
Masculino	18,8	13,6	9,8	14,6	7,1	2,5	4,8	1,5	0,9	0,5	7,2	8,4

Relativamente aos Estatutos de Consumo de Álcool do Momento 1 (N=1147) e do Momento 2 (N=759) podemos verificar que a percentagem dos que apenas experimentaram beber uma ou duas vezes diminui do 9º para o 11º sobretudo nos rapazes.

Porém o consumo regular, sistemático ou diário de bebidas alcoólicas passa de 10,4% a 16,8% nas raparigas e de 18,5% a 26,3% nos rapazes.

Considerando apenas os elementos comuns aos dois momentos as raparigas passam de 7% para 16,2%, e os rapazes de 8,9 a 20.3%

**TABELA 25. ESTATAUTO DE CONSUMO DE ÁLCOOL M1 - M2**

	Nunca bebeu		Bebeu ½ vezes		Bebe ocasional		Bebe regularm		Bebe sistemmat		Bebe diariam	
	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2
Feminino	10,7	6,6	19,4	18,9	10,9	16,6	9,3	15,5	0,6	0,9	0,5	0,4
Masculino	7,2	2	13,8	7,6	9	5	13,8	17	2,4	4	2,4	5,3

Os valores médios dos Estatutos de Consumo de Tabaco e de Álcool correspondem respectivamente a  $\chi=2,16$  e  $\chi=3,06$  no *Momento 2*, contra  $\chi=1,86$  e  $\chi=2,26$  no *Momento 1*, resultados que confirmam o aumento dos níveis de consumo do 9º para o 11º ano.

No que se refere às crenças expressas (uma vez mais considerando os sujeitos comuns aos dois momentos) verificam-se diferenças significativas apenas nas crenças positivas, isto é naquelas que mais directamente são potencialmente indutoras dos comportamentos de consumo (valores médios de  $\chi=-7,15$  e  $\chi=-6,35$ ).

Quanto à percepção da aceitabilidade dos consumos por parte da mãe e do pai verificam-se diferenças com significação estatística na aceitação materna do tabaco (valores médios:  $\chi=1,76$  e  $\chi=1,41$ ); e na aceitação da bebida por parte da mãe ( $\chi=4,09$  e  $\chi=2,73$ ) e do pai ( $\chi=4,01$  e  $\chi=2,82$ ).

As dimensões *amor* e *autonomia*, embora determinantes na definição dos estilos educativos, aparecem nas duas amostras com valores que não permitem a caracterização dos estilos educativos. De resto, a

percepção que os filhos manifestam relativamente às duas dimensões consideradas, essenciais nas relações educativas, correspondem a uma imagem bastante positiva.

Como se pode verificar pela Tabela 26, qualquer das dimensões, quer as relativamente ao pai quer à mãe encontra-se associadas com valores significativos.

Assim os pais (pai e mãe) que são percepcionados como dando mais autonomia, são-no igualmente como dando mais amor. E embora as diferenças existentes entre a percepção do pai e da mãe sejam pequenas, podemos afirmar que, em média, as mães são percepcionadas como dando mais amor e mais autonomia que os pais (amor:  $t = -7,88$ , *g. l.* 1077,  $p = 0,000$ ; autonomia:  $t = -9,86$ , *g. l.* 1077,  $p = 0,000$ ).

**TABELA 26. PAI AUTONOMIA-AMOR- MÃE AUTONOMIA-AMOR (M1)**

	PAI		MÃE	
	AUTONOMIA	AMOR	AUTONOMIA	AMOR
PAI - AUTONOMIA		$r = ,819^{**}$	$r = ,634^{**}$	$r = ,519^{**}$
PAI - AMOR	$r = ,819^{**}$		$r = ,565^{**}$	$r = ,622^{**}$
MÃE -AUTONOMIA	$r = ,634^{**}$	$r = ,565^{**}$		$r = ,802^{**}$
MÃE- AMOR	$r = ,519^{**}$	$r = ,622^{**}$	$r = ,802^{**}$	

**\*\*  $p < .01$**

Vejamos agora o que se passa relativamente à associação entre Auto-conceito e as dimensões *autonomia* e *amor* do pai e da mãe.

Embora as correlações existentes apontem no sentido de que o auto-conceito é influenciado pela autonomia e pelo amor dos pais, a verdade é que os valores de correlação não são tão fortes como esperaríamos.

E, embora os filhos achem que as mães dão mais autonomia e amor que os pais, ambos (pai e mãe) influenciam de igual modo o auto-conceito.

**TABELA 27. AUTO-CONCEITO – AUTONOMIA E AMOR**

	PAI		MÃE	
	AUTONOMIA	AMOR	AUTONOMIA	AMOR
AUTO-CONCEITO GERAL M1	$r = ,372^{**}$	$r = ,351^{**}$	$r = ,329^{**}$	$r = ,280^{**}$
AUTO-CONCEITO GERAL M2	$r = ,320^{**}$	$r = ,259^{**}$	$r = ,285^{**}$	$r = ,212^{**}$

**\*\*  $p < ,01$**

## OS FACTORES PESSOAIS E FAMILIARES COMO PREDICTORES DO CONSUMO DE TABACO E DE ÁLCOOL

Os resultados da aplicação da Regressão Linear Múltipla, tomando os Estatutos de Consumo como variáveis dependentes e os Factores Pessoais e Familiares como variáveis independentes, são apresentados para cada um dos Estatutos de Consumo (Tabaco e Álcool) relativos a cada um dos momentos e, posteriormente, tendo em conta apenas os sujeitos (N=332) comuns a ambos.

### 1 Estatuto de Consumo de Tabaco e Factores Pessoais

Como podemos verificar pela tabela seguinte, os Factores Pessoais permitem predizer em 29% o consumo no *Momento 1*. As crenças *O cigarro ajuda a acalmar e a relaxar* e *O tabaco põe cheiro desagradável (roupa/cabelo/hálito)* apresentam um peso percentual relativo de 18,5% e 1,4%; enquanto o *Número de Retenções* entra com 7,2% e a dimensão *comportamento* com 1,9%.

TABELA 28. FACTORES PESSOAIS DO CONSUMO DE TABACO-M1

	R <sup>2</sup>	COEFICIENTE
(Constante)		4,020
O cigarro ajuda a acalmar e a relaxar	,185	,294
Número de retenções	,257	,410
AC-comportamento	,276	-,069
O tabaco põe cheiro desagradável (roupa/cabelo/hálito)	,290	-,130

No *Momento 2* os mesmos Factores Pessoais permitem explicar a predizibilidade do consumo em 31,9%, através das crenças: *O cigarro*

*ajuda a acalmar e a relaxar (22,6%), Fumar é um acto anti-social (1,4%), Fumar provoca problemas respiratórios e tosse (0,9%) O tabaco põe cheiro desagradável (roupa/cabelo/hálito) (0,7%), As pessoas que fumam são mais independentes (0,5)%, O tabaco pode provocar dependência e ser difícil de largar (0,3%).* Para além das crenças contribuem para o modelo predictivo: *O número de retenções (3,6%), e a dimensão comportamento (1,2%).*

**TABELA 29. FACTORES PESSOAIS DO CONSUMO DE TABACO-M2**

	R <sup>2</sup>	COEFICIENTE
(Constante)		4,107
O cigarro ajuda a acalmar e a relaxar	,226	,375
Número de retenções	,262	,410
AC-comportamento	,281	-,093
Fumar é um acto anti-social	,295	-,120
Fumar provoca problemas respiratórios e tosse	.304	-,107
O tabaco põe cheiro desagradável (roupa/cabelo/hálito)	,311	-,116
As pessoas que fumam são mais independentes	,316	,119
O tabaco pode provocar dependência e ser difícil de largar	,319	-,079

Na análise relativa aos mesmos sujeitos, e tendo introduzido como factor de previsão o Estatuto de Consumo anterior, verificamos que o Estatuto de Consumo de Tabaco actual é explicado em 48% pelas seguintes variáveis pessoais: *Estatuto de Consumo anterior (38,8%);* pela crença de que *O cigarro ajuda a acalmar e a relaxar (7,5%);* pela dimensão *Comportamento* do Auto-conceito (1,3%); e ainda pela crença negativa de que *Fumar provoca problemas respiratórios e tosse (0,7%).*

**TABELA 30. FACTORES PESSOAIS DO CONSUMO DE TABACO**

	R <sup>2</sup>	COEFICIENTE
(Constante)		1,974
Estatuto de Consumo anterior	,386	,682
O cigarro ajuda a acalmar e a relaxar	,460	,215
AC- Comportamento	,473	-,068
Fumar provoca problemas respiratórios e tosse	,480	-,116

## 2 Estatuto de Consumo de Tabaco e Factores Familiares

Os factores familiares, por si só, aparecem como factores menos potentes de predição. Assim no *Momento 1*, o facto do irmão/ã fumar tem um peso de 17,9%, enquanto a dimensão *amor* materno corresponde a 1,9% e a aceitação face ao consumo da mãe e do pai contribuem com 4,3 e 0,7% respectivamente.

**TABELA 31. FACTORES FAMILIARES DO CONSUMO DE TABACO – M 1**

	R <sup>2</sup>	COEFICIENTE
(Constante)		3,261
Irmão/ã fuma	,108	,523
Mãe aceita que fume	,151	,166
Mãe-amor	,172	-,044
Pai aceita que fume	,179	,182

No *Momento 2* a aceitação materna tem um valor de 18,6%, o facto do irmão/ã fumar, 6%, a mãe fumar 0,6% e o nível de funcionalidade familiar 0,5%.

TABELA 32. FACTORES FAMILIARES DO CONSUMO DE TABACO – M 2

	R <sup>2</sup>	COEFICIENTE
(Constante)		2,053
Mãe aceita que fume	,115	235
Irmão/ã fuma	,175	522
Mãe fuma	,181	277
Funcionalidade familiar	,186	-,063

Quando analisamos os factores familiares e o Estatuto de Consumo anterior como factores do consumo dos sujeitos comuns às duas amostras, verificamos que, do total de 48% explicado por este modelo, 42,4% é da responsabilidade do consumo anterior, restando 2,7% para variável irmão/ã fuma, 1,2% para a Mãe aceita que fume, 0,8% para a dimensão *amor* do Pai e 1,1% para a *funcionalidade familiar*.

TABELA 33. FACTORES FAMILIARES DO CONSUMO DE TABACO

	R <sup>2</sup>	COEFICIENTE
(Constante)		-,061
Estatuto de Consumo anterior	,424	,675
Irmão/ã fuma	,451	,324
Mãe aceita que fume	,463	,082
Pai - <i>Amor</i>	,471	,035
Funcionalidade familiar	,482	-,083

### 3 Estatuto de Consumo de Tabaco e Factores Pessoais e Familiares

Relativamente ao *Momento 1*, a análise conjunta de todos os factores, permite concluir que, dos 35,2% de predição deste modelo, as crenças *O cigarro ajuda a acalmar e a relaxar* e *O tabaco põe cheiro desagradável (roupa/cabelo/hálito)* contribuem com 15,4 e 0,7%, o Número de retenções com 1,3%, o Pai aceita que fume com 3,2% e o facto do irmão/ã e pai fumarem com 2,8 e 0,7%.

TABELA 34. FACTORES PESSOAIS E FAMILIARES DO CONSUMO DE TABACO-M1

	R <sup>2</sup>	COEFICIENTE
(Constante)		2,810
O cigarro ajuda a acalmar e a relaxar	,154	,246
Número de retenções	,267	,478
Pai aceita que fume	,299	,118
Irmão/ã fuma	,327	,268
O tabaco põe cheiro desagradável (roupa/cabelo/hálito)	,345	-,137
Pai fuma	,352	,164

No *Momento 2* a predição do Estatuto de Consumo de Tabaco é possível com um valor de 37,7%, através do contributo: das crenças *O cigarro ajuda a acalmar e a relaxar* (22,2%), *Fumar provoca problemas respiratórios e tosse* (1%) *As pessoas que fumam são mais independentes* (0,7%), *Fumar é um acto anti-social* (0,4%), e ainda da Aceitabilidade materna (6,2%), do facto do Irmão/ã fumar (3%), da dimensão comportamento (1,6%), e da Idade (1,2%).

**TABELA 35. FACTORES PESSOAIS E FAMILIARES DO CONSUMO DE TABACO-M2**

	R <sup>2</sup>	COEFICIENTE
(Constante)		-1,120
O cigarro ajuda a acalmar e a relaxar	,222	,320
Mãe aceita que fume	,284	,141
Irmão/ã fuma	,314	,395
AC-comportamento	,330	-,096
Idade	,342	,221
Fumar provoca problemas respiratórios e tosse	,352	-,133
As pessoas que fumam são mais independentes	,359	,145
Mãe fuma	,366	,235
Pai-amor	,373	-,025
Fumar é um acto anti-social	,377	-,085

Quanto aos mesmos sujeitos, três variáveis apenas permitem explicar 40,1% do Estatuto de Consumo de Tabaco actual, o ECT anterior (37%), o Estatuto de Consumo de Álcool anterior (2%) e o facto do irmão/ã fumar (1,1%).

**TABELA 36. FACTORES PESSOAIS E FAMILIARES DO CONSUMO DE TABACO**

	R <sup>2</sup>	COEFICIENTE
(Constante)		,472
Estatuto de Consumo de Tabaco anterior	,370	,672
Estatuto de Consumo de Álcool anterior	,390	,207
Irmão/ã fuma	,401	-,216

#### **4 Estatuto de Consumo de Álcool e Factores Pessoais**

O Estatuto de Consumo de Álcool do *Momento 1* é previsível em 21,6%, a partir do contributo: das crenças *É bom/agradável o sabor das bebidas alcoólicas* (7,7%), *As bebidas alcoólicas são um desperdício de dinheiro* (1,2%), *As bebidas alcoólicas põem uma pessoa mal disposta e doente* (0,3%), a *Idade* (6,2%), as dimensões *comportamento* (3,7%) e *popularidade* (0,8%), o *Sexo* (1,7%).

**TABELA 37. FACTORES PESSOAIS DO CONSUMO DE ÁLCOOL - M 1**

	R <sup>2</sup>	COEFICIENTE
(Constante)		-,206
<i>É bom/agradável o sabor das bebidas alcoólicas</i>	,077	,116
<i>Idade</i>	,139	,216
<i>AC-comportamento</i>	,176	-,073
<i>Sexo</i>	,193	,235
<i>As bebidas alcoólicas são um desperdício de dinheiro</i>	,205	-,051
<i>AC-popularidade</i>	,213	,057
<i>As bebidas alcoólicas põem uma pessoa mal disposta e doente</i>	,216	-,039

Na segunda amostra o ECA é predizível em 33,6%, através do contributo das seguintes variáveis: *É bom/agradável o sabor das bebidas alcoólicas* (20,3%), *As bebidas alcoólicas ajudam a ficar-se mais animado* (2,6%), *As bebidas alcoólicas levam uma pessoa a dizer e a fazer coisas que não queria* (1,2%), *A bebida ajuda a ficar-se mais sociável* (0,8%), e ainda o *Sexo* (6,4%), a dimensão *comportamento* (1,4%), *Idade* (0,9%).

**TABELA 38. FACTORES PESSOAIS DO CONSUMO DE ÁLCOOL- M2**

	R <sup>2</sup>	COEFICIENTE
(Constante)		1,309
É bom/agradável o sabor das bebidas alcoólicas	,203	,230
Sexo	,267	,446
As bebidas alcoólicas ajudam a ficar-se mais animado	,293	,088
AC-comportamento	,307	-,049
As bebidas alcoólicas levam uma pessoa a dizer e a fazer coisas que não queria	,319	-,079
Idade	,328	,119
A bebida ajuda a ficar-se mais sociável	,336	-,065

O estatuto de Consumo de Álcool dos sujeitos comuns às duas amostras é explicável em 41%, com o contributo: das crenças *É bom/agradável o sabor das bebidas alcoólicas* (24,5%), *As bebidas alcoólicas ajudam a ficar-se mais animado* (6,6%), *Quem bebe pode ficar mais agressivo e meter-se em brigas* (1,3%), pelo Estatuto de Consumo anterior (4,7%), pelo Sexo (3,1%), e pela dimensão comportamento (0,8%).

**TABELA 39. FACTORES PESSOAIS DO CONSUMO DE ÁLCOOL**

	R <sup>2</sup>	COEFICIENTE
(Constante)		2,602
É bom/agradável o sabor das bebidas alcoólicas	,245	,241
As bebidas alcoólicas ajudam a ficar-se mais animado	,311	,144
Estatuto de Consumo anterior	,358	,222
Sexo	,389	,386
Quem bebe pode ficar mais agressivo e meter-se em brigas	,402	-0,097
AC-Comportamento	,410	-0,047

## 5 Estatuto de Consumo de Álcool e Factores Familiares

Os factores familiares, no seu conjunto, permitem predizer o ECA apenas em 13,6%, através das variáveis: Irmão/ã bebe (6,5%), Mãe aceita que beba (4,2%), Mãe-amor (1,4%), Mãe-autonomia (0,8%) e Mãe bebe (0,7%).

**TABELA 40. FACTORES FAMILIARES DO CONSUMO DE ÁLCOOL- M 2**

	R <sup>2</sup>	COEFICIENTE
(Constante)		3,068
Irmão/ã bebe	,065	313
Mãe aceita que beba	,107	105
Mãe-amor	,121	-,055
Mãe-autonomia	,129	-,019
Mãe bebe	,136	-,127

Relativamente à segunda amostra o ECA é predizível em 9,2% através da aceitabilidade do consumo por parte do pai (7,7%), do facto do irmão/ã beber (0,9%) e da dimensão Pai-amor (0,6%)

**TABELA 41. FACTORES FAMILIARES DO CONSUMO DE ÁLCOOL – M 2**

	R <sup>2</sup>	COEFICIENTE
(Constante)		3,105
Pai aceita que beba	,077	,134
Irmão/ã bebe	,086	,122
Pai-amor	,092	-,017

Quanto aos sujeitos comuns às duas amostras a predizibilidade de 20,3% é suportada em 14,9% pelo EC anterior e em 5,4% pela aceitação materna do consumo.

TABELA 42. FACTORES FAMILIARES DO CONSUMO DE ÁLCOOL

	R <sup>2</sup>	COEFICIENTE
(Constante)		1,750
Estatuto de Consumo anterior	,149	,369
Mãe aceita que beba	,203	,117

## 6 Estatuto de Consumo de Álcool e Factores Pessoais e Familiares

Relativamente ao Estatuto de Consumo de Álcool, e tomando como variáveis independentes o conjunto de variáveis pessoais e familiares, o nível de predição do ECA é, para o *Momento 1*, de 34,8%, resultante do contributo das seguintes crenças: *É bom/agradável o sabor das bebidas alcoólicas* (12,3%); *As bebidas alcoólicas são um desperdício de dinheiro* (1%); *Quem bebe pode tornar-se mais agressivo e meter-se em brigas* (0,5%); e do Número de retenções (9,2%), de Irmão/ã bebe (4,2%), Mãe aceita que beba (2,2%), as dimensões popularidade (2%) e comportamento (3,4%).

TABELA 43. FACTORES PESSOAIS E FAMILIARES DO CONSUMO DE ÁLCOOL-M1

	R <sup>2</sup>	COEFICIENTE
(Constante)		2,375
É bom/agradável o sabor das bebidas alcoólicas	,123	151
Número de retenções	,215	330
Irmão/ã bebe	,257	199
Mãe aceita que beba	,279	,078
AC-popularidade	,299	125
AC-comportamento	,333	-085
As bebidas alcoólicas são um desperdício de dinheiro	,343	-,050
Quem bebe pode tornar-se mais agressivo e meter-se em brigas	,348	-,055

Quanto ao *Momento 2* o ECA é predizível em 35,3%, através do contributo das crenças seguintes: *É bom/agradável o sabor das bebidas alcoólicas* (21%); *As bebidas alcoólicas ajudam a ficar-se mais animado* (2,8%); *A bebida ajuda a ficar-se mais sociável* (1,3%); *As bebidas alcoólicas levam uma pessoa a fazer e dizer coisas que não queria* (0,9%). Entram igualmente neste modelo o Sexo (6,2%), a Idade (1,2%), a aceitabilidade do pai (0,8%), a dimensão comportamento (0,7%), e o facto do irmão/ã beber (0,4%).

**TABELA 44. FACTORES PESSOAIS E FAMILIARES DO CONSUMO DE ÁLCOOL-M2**

	R <sup>2</sup>	COEFICIENTE
(Constante)		,981
É bom/agradável o sabor das bebidas alcoólicas	,210	,221
Sexo	,272	,367
As bebidas alcoólicas ajudam a ficar-se mais animado	,300	,093
A bebida ajuda a ficar-se mais sociável	,313	,065
Idade	,325	,123
As bebidas alcoólicas levam uma pessoa a fazer e dizer coisas que não queria	,334	-,072
Pai aceita que beba	,342	,043
AC-comportamento	,349	-,041
Irmão/ã bebe	,353	,081

No grupo de sujeitos comuns aos dois momentos constituem factores de predição (41,2%), as crenças de que *É bom/agradável o sabor das bebidas alcoólicas* (28,2%), *As bebidas alcoólicas ajudam a ficar-se mais animado* (2,6%), *As bebidas alcoólicas são um desperdício de dinheiro* (1,8%), e, com um peso de 8,6% o Estatuto de Consumo anterior.

**TABELA 45. FACTORES PESSOAIS E FAMILIARES DO CONSUMO DE ÁLCOOL**

	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>COEFICIENTE</b>
(Constante)		2,238
É bom/agradável o sabor das bebidas alcoólicas	,282	,295
Estatuto Consumo anterior	,368	,282
As bebidas alcoólicas ajudam a ficar-se mais animado	,394	,131
As bebidas alcoólicas são um desperdício de dinheiro	,412	-097

## **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES**

Depois de analisados estatisticamente os resultados e da sua apresentação no capítulo anterior, procedemos à sua interpretação e discussão, tendo presente a revisão bibliográfica e conceptual, e tendo como fio condutor as hipóteses que formulámos. Finalmente são expressas as conclusões finais.

### **DISCUSSÃO**

A primeira hipótese formulada dizia respeito à diferenciação dos consumos de tabaco e álcool em função de factores pessoais como o sexo, o número de retenções, o auto-conceito e as crenças relativas ao tabaco e álcool.

Tendo presente que a prevalência de consumos encontrada em diferentes estudos é muitas vezes díspar e dificilmente comparável (o que pode resultar da utilização de diferentes metodologias de recolha da informação, das amostras utilizadas e do agrupamento e tratamento dos dados) vamos contrastar os nossos resultados com os da investigação disponível no que se refere à população adolescente portuguesa.

Tomamos como referência essencialmente os estudos realizados no âmbito do projecto *Aventura Social e Saúde (HBSC-Health Behaviour in School-aged Children)* de 1998 e de 2001 (Matos, 2003) tendo em atenção que se trata de uma amostra diferente (6º, 8º e 10º ano).

Assumiremos sobretudo os valores das diferentes faixas etárias, com especial incidência nas dos 15 e 16 anos e mais.

Faremos ainda referência ao INME (Inquérito Nacional em Meio Escolar) de 2001 (Feijão e Lavado, 2002) com uma amostra representativa do 3º ciclo de escolaridade.

Assim, e no que respeita ao consumo de tabaco, os nossos resultados confirmam os do HBSC quanto à predominância de consumo do sexo masculino, com diferenças significativas quanto à experimentação de consumo e ao consumo diário dos alunos do 9º ano (7,2% dos rapazes contra 4,2% das raparigas, face a 6% e 4,8% da totalidade da amostra de 1998 e 8,8% e 8,1% da de 2001 do HBSC. Nos restantes estatutos de consumo os resultados apontam para a não existência de diferenças entre sexos.

Tomando a amostra do 11º ano, as diferenças encontradas entre sexos verificam-se igualmente, assentando sobretudo no facto de haver uma percentagem mais elevada de raparigas (44%) que *nunca fumou* ou que *fumou 1-2 vezes*, contra 28% dos rapazes.

De salientar ainda que as pequenas diferenças existentes nos três níveis mais elevados de consumo, no 9º ano (10,6% contra 12,9%) desaparecem no 11º ano, descendo para 10,5%. Porém, o consumo diário, não se diferenciando por sexos, sobe em ambos para uma percentagem de mais de 8%, o que corresponde aos valores globais de consumo diário (8,8% e 8,1%) encontrados pelo HBSC. Assim, nos adolescentes do 11º ano que fumam, não existem diferenças entre os sexos, dado, nomeadamente a duplicação do consumo diário das raparigas.

Assim, comparando apenas os sujeitos que efectivamente consomem, verificamos que as diferenças entre sexos deixam de se verificar. Se há mais meninas que nunca experimentaram sequer fumar, e as que fumam tiveram uma iniciação menos precoce, as que persistem no consumo atingem os mesmos níveis dos rapazes.

No que respeita ao consumo de bebidas alcoólicas, as diferenças entre sexos existem igualmente. No 9º ano estas parecem assentar na percentagem dos adolescentes que nunca beberam ou o fizeram 1-2 vezes (30% contra 21%), e nos três estatutos de consumo mais elevados com 18,7% dos rapazes e 10,4% das raparigas.

Quanto ao 11º ano verifica-se uma diferença ainda maior que assenta nos que nunca beberam ou beberam 1-2 vezes (25,5% contra 9,6%) e nos três estatutos de consumo mais elevados com 16,8% das raparigas e 26,3% dos rapazes.

De realçar o aumento efectivo de consumo de bebidas alcoólicas do 9º para o 11º nos dois sexos. As raparigas sobem mais de 6% e os rapazes cerca de 8%. É o consumo ocasional e regular que mais sobe nas raparigas, enquanto que nos rapazes sobem os três níveis de consumo mais elevados.

Os resultados do HBSC permitem concluir que o consumo de álcool vai aumentando com a idade, mas a percentagem dos que declaram nunca ter bebido é claramente superior (48,1%), o que resultará do facto desta amostra incluir sujeitos muito mais novos. Tomando como referência apenas a faixa dos *16 anos e mais* teremos 9,5% em 1998, e 18,8% em 2002, de adolescentes que consomem (considerados os dois sexos), valores semelhantes aos da nossa amostra.

Quer se analise o consumo global, quer o consumo específico de vinho, cerveja e álcool forte, verificamos que este está em progressão. Tais resultados confirmam a tendência crescente de consumo regular de 1998 a 2002, contrariando a descida encontrada na faixa dos 16 anos e um menor consumo de vinho e cerveja. De facto, os nossos resultados (relativos ao 9º e 11º ano) apontam para um aumento do consumo geral e de qualquer dos tipos de bebida considerados.

Apesar do consumo de tabaco e de álcool não ser um problema que diga respeito a todos os adolescentes, mas apenas a uma parte destes, a verdade é que as percentagens encontradas e a tendência à subida dos consumos (sobretudo do álcool) é suficientemente elevada para que haja motivo de preocupação. Sobretudo porque, como dissemos antes, o álcool é a droga mais experimentada e a mais usada mesmo que de forma ocasional, tendo efeitos ao nível social, escolar e médico, e funcionando muitas vezes (e normalmente em associação com o tabaco), como substância de entrada noutras drogas (Yamaguchi, & Kandel, 1984).

Por outro lado, sendo na adolescência ou no início da adultícia que a maior parte dos consumos de substâncias aditivas acontece, a verdade é que a precocidade das primeiras experiências de consumo têm particular importância na manutenção e alargamento dos consumos posteriores.

Como afirmam Wills et al. (1999) e Matos (2003) a iniciação ao uso de substâncias antes do 15-16 anos constitui um factor de risco para uma variedade de problemas de saúde mental e maior possibilidade de abuso de drogas e de má adaptação na adultícia.

O que podemos verificar pelos nossos resultados é que, quer relativamente ao tabaco, quer ao álcool, a idade de iniciação é suficientemente precoce para ser considerada a existência de um risco real. De facto, se 54,8% dos alunos da nossa amostra de 9º ano já experimentou fumar, destes 51,6% fizeram-no entre os 13 e os 14 anos, e 38,6% antes desta faixa etária.

Considerando a amostra do 11º ano verificamos que igualmente os 13-14 anos constituem a idade da primeira experiência para 42% dos 56% que declararam tê-la feito. No entanto, uma percentagem de 34% iniciou-se aos 15-16 anos.

Quanto à idade do primeiro consumo de álcool, De DeWit, et al. (2000) consideram-na como o mais poderoso predictor dos problemas relacionados com o álcool, existindo evidência de que quanto mais cedo a criança inicia o consumo, maior é a probabilidade de uso e abuso na adolescência e na adultícia (Anthony, & Petronis, 1995), sendo tanto maior o risco de abuso e de dependência (Anderson, & Magnusson, 1988; Nelson, & Wittchen, 1998) e mais pobre o ajustamento na adultícia (Tubman, et al. 1990) quanto mais precoce for a sua iniciação.

Para além de 78,5% da amostra de 9º ano e de 98% da de 11º terem já tido contacto com bebidas alcoólicas, verificamos que, tal como acontece com o tabaco, a iniciação, na amostra de 9º ano, é feita mais cedo por percentagens mais elevadas do que no 11º. Aos 13-14 anos os valores são respectivamente 50,7% contra 30%; antes dos 13 anos 36,5% contra 14,5% .

Os decréscimos percentuais de iniciação do 9º para o 11º ano resultarão do facto de os consumidores mais precoces, e porventura mais excessivos, corresponderem, na sua grande maioria, aos/às

adolescentes que não acederam ao 11º ano dois anos depois, porque reprovaram, desistiram de prosseguir estudos ou o fizeram por outra via que não o ensino secundário.

De resto, os nossos dados permitem confirmar que, em ambos os momentos, os adolescentes com maior número de retenções são igualmente os que mais consomem, o que está de acordo com Winkelstein (1992), quando afirma que os adolescentes fumadores para além de viverem num meio caracterizado por baixo controlo pessoal, quer ao nível familiar, quer dos pares, revelando uma maior tendência para o desvio, um *locus* de controlo externo, e menor sucesso académico. Relativamente ao sucesso académico, Matos et al. (2003: 374) concluem no mesmo sentido, afirmando que “os *alunos com historial de retenção escolar apresentam uma experimentação e consumos significativamente superiores de tabaco, álcool e drogas*”.

No que se refere às crenças individuais quanto aos benefícios e prejuízos de consumo de álcool e tabaco Fishbein & Ajzen (in Lima 1993) defendem que, não sendo determinantes dos consumos, desempenham um papel orientador dos comportamentos.

Para Gillmore (1998) as crenças acerca dos efeitos do álcool desempenham um importante papel quer na iniciação, quer na manutenção dos comportamentos de consumo na adolescência. No entanto, as crenças não sendo estáticas, tendem a mudar e mudam mesmo mais e mais cedo do que se pensava, antecedendo tal mudança o comportamento. Tal significa que o contacto com colegas consumidores e as primeiras experiências de consumo vão favorecer uma atitude menos rígida até pela constatação não apenas dos eventuais ganhos que podem acompanhar o consumo, como pela

verificação de que nada de mal aconteceu pelo facto de terem experimentado.

De formação precoce, as crenças, tal como os valores, as atitudes e a tendência à experimentação, bem como o conseqüente comportamento de fumar, constituem-se essencialmente dos cinco aos quinze anos a partir da influência da família, da escola e dos amigos.

A aprendizagem que a criança vai fazendo relativamente aos consumos, pela observação e a interacção, sobretudo das, e com as figuras significativas, permite a tomada de consciência das conseqüências do consumo e da aceitabilidade social, formando e reforçando as crenças e as atitudes (Gordon, 1986).

Depois desta fase de *preparação*, situada entre o nascimento e adolescência, (White, 1988) a criança/adolescente entre os 7/14 anos tenderá, em função da força das crenças e atitudes formadas, e das pressões do exterior (sobretudo dos seus pares), a passar à fase da *iniciação* (Charlton, Melia & Moyer, 1990).

Se o hábito de fumar é estabelecido, estaremos na fase da *habituação*, a que se poderá seguir a da *dependência* (Leventhal & Clearly, 1980).

Partindo dos nossos dados verificamos que a associação (na amostra de 9º ano) entre as crenças manifestadas e os consumos apenas existe com algum peso relativamente à convicção de que *o cigarro ajuda a acalmar e a relaxar* e que *as bebidas alcoólicas são um desperdício de dinheiro* e ainda que *as bebidas alcoólicas põem uma pessoa mal disposta e doente*.

Quanto ao 11º a crença de que *o cigarro ajuda a acalmar e a relaxar* mantém a associação com o consumo. Relativamente ao consumo de álcool, o número de crenças associadas aumenta, destacando-se: é

*bom/agradável o sabor das bebidas alcoólicas; as bebidas alcoólicas ajudam a acalmar e a relaxar; a bebida ajuda a ficar-se mais sociável.*

Tendencialmente, as crenças manifestadas pelos alunos do 11<sup>o</sup> ano revelam uma associação mais elevada às consequências quer positivas quer negativas dos consumos, o que é concordante com Johnson & Johnson, 1995, e Miller, et al. 1990), e resultará de uma maior capacidade de discriminação das consequências esperadas manifestada pelos adolescentes mais velhos (Christiansen, et al. 1982).

Comparando as crenças dos sujeitos comuns às duas amostras podemos verificar que existe um aumento, com significado estatístico, nas crenças positivas (potencialmente indutoras dos comportamentos de consumo),

Como veremos mais adiante, as crenças referidas revelam-se importantes como predictores dos comportamentos de consumo de tabaco e de álcool.

No que respeita à relação entre auto-conceito/auto-estima e o consumo abusivo de álcool e de outras drogas que a maioria das investigações aponta existir, não é corroborada no essencial pelos nossos dados. De facto, os Estatutos de Consumo surgem apenas associados com a dimensão comportamental do auto-conceito.

A dificuldade em encontrar relações estáveis e consistentes do auto-conceito/auto-estima com o consumo de substâncias, pode decorrer das dificuldade de definição operacional dos conceitos, como da decorrente utilização de instrumentos diversos. De qualquer modo o que se torna claro é que o conceito que o indivíduo forma de si próprio no que respeita ao comportamento se associa aos consumos.

Embora não sendo objectivo do nosso estudo nem fazendo parte de nenhuma das hipóteses formuladas, inquirimos os sujeitos sobre o consumo de *outras drogas* (substâncias psicoactivas).

Os resultados obtidos indicam que 11,3% dos adolescentes do 11º ano já consumiram qualquer tipo de droga, o que corresponde a um aumento de cerca de 5% relativamente aos alunos de 9º ano.

Por outro lado, os que declaram continuar a consumir drogas correspondem a 3,7% no 9º ano, e 6,8% no 11º ano.

Os resultados encontrados correspondem aos valores de consumo encontrados pelo HBSC (10,3% em 2002 e 5,2% em 1998), não se afastando igualmente dos dados do INME de 2001, para o distrito de Leiria. Estes situam-se nos 13% (na prevalência ao longo da vida) e em 9% nos últimos 12 meses. Referindo apenas a cidade de Leiria os consumos são de 12,8% e de 7,2% considerando a prevalência ao longo da vida e o consumo nos últimos 30 dias.

A segunda hipótese colocada referia-se à associação dos estatutos de consumo com factores externos como: o nível socioeconómico; o tipo de família e a sua funcionalidade; os consumos na família; a aceitabilidade parental relativa aos consumos dos filhos; e a autonomia e amor disponibilizados pelos pais.

Quer relativamente ao nível socioeconómico, quer ao tipo de família e à funcionalidade familiar, a associação com os consumos assume valores desprezíveis em qualquer dos momentos.

Assim, os nossos dados apenas nos permitem concluir que os consumos de tabaco e de álcool são genericamente independentes do nível socioeconómico nas amostras estudadas, o que, estando em desacordo com algumas investigações noutros países, corrobora as opiniões de Luís (1988), Machado, Vicente & Barros (1995) quando afirmam parecer existir uma situação diferente em Portugal já que o consumo na adolescência é mais frequente em jovens de zonas urbanas e de classes sociais mais elevadas.

Apesar da correlação desprezível com o tipo de família, em ambos os momentos, os nossos resultados apontam para uma diferenciação dos consumos de tabaco, com prevalência maior nas famílias monoparentais e reconstruídas. Tal diferenciação não se verifica, com significância estatística, no que diz respeito ao consumo de álcool, o que poderá ligar-se ao facto de o consumo de álcool ser mais tolerado culturalmente, e à maior relevância dada, nos últimos anos, às consequências negativas do tabaco.

Mas mais que o tipo de família, será, de acordo com a maioria das investigações, a sua disfuncionalidade (falta de coesão, conflitos pais-adolescentes, falta de relações de proximidade, de suporte e de comunicação) que torna os filhos mais susceptíveis à iniciação e à manutenção e frequência de comportamentos de consumo, (Steinberg, 2002; Hundleby & Mercer, 1987; Needle, Glynn, & Needle, 1983; Kandel, 1978; Conger, 1994; Glynn & Haenlei, 1988). Porém, os nossos resultados não nos permitem corroborar tais afirmações.

A pergunta que nos colocamos quanto a estes resultados é se estes estarão associados a alguma fragilidade do instrumento utilizado, ou decorrerão de uma atitude de aceitação não crítica da situação familiar.

Constituindo a família o contexto social em que a maior parte das aprendizagens essenciais se fazem, e como espaço em que se criam as condições básicas para as aprendizagens posteriores, é natural que nela e por ela se seja influenciado na construção das percepções sobre os consumos (Newcomb, et al. 1983). Assim, os comportamentos de consumo dos pais e as suas atitudes favoráveis serão, certamente, factor facilitador da iniciação e persistência dos consumos (Jacob & Johnson, 1997; Windle, 1996). De resto, é na família, e por sua influência directa, que os consumos (sobretudo o de álcool) muitas vezes se iniciam, o que é confirmado por numerosos estudos que confirmam a existência de uma relação positiva entre o comportamento tabágico dos pais e o dos filhos (Conrad, Flay, & Hill. 1992; McNeill, et al. 1989). Tal relação é ainda mais significativa se ambos os pais fumarem (HEA, 1991) e/ou se o irmão/ã igualmente consumir (Charlton, 1984, Miller & Slap, 1989).

De acordo com a *Health Education Authority* (1991), 69% dos fumadores regulares com idades compreendidas entre os nove e os quinze anos, têm alguém na família que também fuma.

Como dissemos antes, Zhang, et al. (1997), embora defendendo que os pares exercem maior influência que os pais no comportamento de consumo de álcool, não deixam de verificar que a influência dos pais se exerce, quer pelo próprio consumo, quer pelas atitudes face ao álcool. Os mesmos autores acrescentam que as atitudes dos pais se revelam mais importantes que os comportamentos, acontecendo o inverso quanto aos pares.

Para Capuzzi & Lecoq (1983), Kandel & Andrews, (1987), Zhang, et al. (1997) o comportamento de consumo dos pais e as suas atitudes favoráveis à bebida estão claramente associados à iniciação dos

adolescentes e à continuidade do consumo, como de resto acontece relativamente ao consumo de tabaco e de outras drogas.

Também aqui os nossos resultados se afastam das investigações referidas. De facto, para além das associações (tão fracas quanto desprezíveis) entre os comportamentos de consumo dos pais e dos filhos, apenas consideramos a associação entre o consumo de tabaco e de álcool do irmão/ã.

Viver numa família com atitudes permissivas face ao tabagismo tende a determinar atitudes favoráveis em relação ao comportamento de fumar, como se confirma no estudo feito em Inglaterra pela *Health Education Authority* (1991).

Assim, o facto dos pais não serem permissivos relativamente ao fumar, pode contribuir para evitar que os seus filhos venham a ser futuros fumadores (Miller & Slap, 1989; HEA, 1991; Charlton, Melia & Moyer, 1990).

Os nossos resultados apontam para a importância das atitudes parentais, expressas através da percepção dos adolescentes, quanto à aceitação/permissividade face aos consumos. Os pais que são percebidos como tolerando ou aceitando o consumo de tabaco e/ou de álcool, permitem uma mais fácil iniciação e persistência de consumos nos filhos.

Sentir-se próximo dos pais e ser prevenido por estes relativamente ao álcool (Kandel & Andrews, 1987; Andrews et al. 1993; Ary et al. (1993); manter relações positivas e de amor entre pais e filhos (Hundleby & Mercer, 1987) constitui, sem dúvida, factor protector do uso de drogas

Muito para além do tipo de família (intacta, monoparental ou reconstruída) e do seu nível socioeconómico, serão as práticas de gestão familiar e as ligações de afecto que se estabelecem e mantêm que mais fortemente contribuem, quer para a escolha dos pares, quer para a iniciação ao consumo. A adaptação e o comportamento saudável dependem sobretudo (mesmo quando houve separação ou divórcio) do tipo de relação mantida com o pai ou com a mãe (Steinberg, 2002).

A ligação mútua estabelecida entre o adolescente e os pais é um factor protector do uso de substâncias, tal como o é da delinquência e dos comportamentos violentos (Allen, et al. 1998; Brook, 2000; Chassin & Barrera, 1993), o que é confirmado pelo facto destes factores aparecerem como predictores de consumo (como veremos em seguida).

Também Brook et al. (1986) defendem que as características de personalidade dos pais e os estilos educativos utilizados na educação dos filhos constituem um importante factor no consumo de drogas dos adolescentes. As relações educativas caracterizadas pela rigidez, disciplina inconsistente e hostilidade ou rejeição constituem predictores do consumo e de problemas relacionados no adolescente (Conger, 1994). Não será, portanto, de estranhar que os filhos de pais autoritativos sejam normalmente adolescentes mais responsáveis, mais aceitantes dos valores convencionais e logo mais defendidos dos riscos de consumo (Brook et al. 1986).

Porém, qualquer que seja o momento da investigação que consideremos, constatamos que a percepção do amor e da autonomia disponibilizados pelos pais é positiva. A ideia de que as relações com os pais são necessariamente difíceis na adolescência não

corresponde, como afirmámos antes, à realidade. A maioria dos adolescentes, apesar de naturais oscilações, mantém uma percepção positiva dos pais, como é confirmado, em qualquer dos momentos, pelos nossos dados.

E se é possível encontrar algumas correlações entre amor e autonomia disponibilizados, e comportamentos de consumo, uma vez mais os valores são de um nível desprezível.

A última hipótese formulada procura encontrar, de entre as variáveis pessoais e familiares associadas aos consumos, aquelas que poderão funcionar como predictoras destes mesmos consumos.

Considerando em primeiro lugar os factores pessoais verificamos que, relativamente ao Consumo de Tabaco, as crenças estão presentes em 5 dos 6 modelos possíveis com um peso significativo. De realçar o facto de ser a crença de que *O cigarro ajuda a acalmar e a relaxar* a que se revela com mais forte valor predictivo.

Podemos ainda verificar que, apesar das crenças se manifestarem em maior número nos adolescentes mais velhos (11º ano), a ideia de que o *cigarro ajuda a acalmar e a relaxar* mantém a primazia, aumentando até a percentagem do seu valor predictivo.

Curioso é o facto da crença de que *O tabaco põe um cheiro desagradável na roupa/cabelo/hálito* seja explícita sobretudo nos adolescentes mais novos, o que poderá estar relacionado com o facto de constituir um elemento de denúncia do uso de tabaco. É pelo cheiro a tabaco que normalmente se denuncia o adolescente que o experimenta às escondidas, o que constituirá factor de inibição de consumo. Tal permitirá reforçar a ideia já expressa quanto ao papel

positivo que parecem ter as situações e condições externas que conduzem a um certo constrangimento e ao evitamento do comportamento, quer retardando a experiência, quer a sua frequência, ao menos numa fase mais inicial.

O número de retenções aparece como factor predictivo em 3 dos 4 modelos possíveis, assumindo um valor de predição muito mais elevado nos alunos do 9º ano. Factores como comportamento, a imagem menos valorizada de si próprio, a desmotivação face à escola e às aprendizagens, as dificuldades no relacionamento interpessoal (ao nível familiar e com os pares), tal como a maior idade, estarão naturalmente associados.

Como referimos, o auto-conceito/auto-estima constitui a base psicodinâmica de todos os comportamentos desviantes (Steffenhagen & Burns, 1987), existindo deficiências consideráveis na auto-estima dos dependentes de diferentes drogas, devendo os adolescentes com baixa auto-estima ser considerados em risco de consumo (Gossop, 1976, Keegan, 1987, Skager, 1987). Por seu lado King (1997) considera que o auto-conceito/auto-estima desempenham um papel na tomada de decisão quanto à adopção de comportamentos de saúde.

E embora o Auto-conceito não surja, na sua globalidade, como factor de predição do consumo, a verdade é que a dimensão *comportamento* está presente nos modelos construídos a partir dos factores pessoais, como igualmente num dos modelos em que se analisam em conjunto os factores pessoais e familiares.

O consumo de tabaco na estrutura familiar está presente em todos os 6 modelos possíveis através do consumo materno, do paterno ou do irmão/ã, assumindo o consumo do irmão/ã valores mais altos e mais constantes de predição (em 4 dos 6 modelos possíveis), o que é

concordante com Jacob & Johnson (1997), e Windle (1996) quando defendem que o comportamento de consumo dos pais e as suas atitudes favoráveis, serão certamente factor facilitador da iniciação e da persistência dos consumos. Quanto à influência exercida pelo consumo do irmão/ã os dados confirmam os de Charlton (1984), e Miller & Slap (1989).

Nos modelos em que introduzimos o Estatuto de Consumo anterior (apenas no grupo de sujeitos comuns aos dois momentos) este assume claramente o papel mais significativo enquanto predictor do consumo actual, o que é concordante nomeadamente com Robinson et al. (1997) que consideram as experiências anteriores de consumo um forte predictor da sua persistência.

As variáveis referentes ao amor disponibilizado pelos pais estão presentes em 4 dos 6 modelos possíveis, o que está de acordo com (Allen, et al. 1998; Brook, 2000; Chassin & Barrera, 1993) quando defendem ser a ligação mútua estabelecida entre o adolescente e os pais um factor protector do uso de substâncias, delinquência e comportamentos violentos.

A aceitabilidade parental (do pai e da mãe) constituem, segundo os dados da análise de regressão, factores de predição em 5 dos 6 modelos possíveis, com valores elevados.

Para além de Robinson et al. (1997) que, partindo de uma investigação sobre o consumo de tabaco e a percepção da aceitação por parte de amigos e professores, concluem que tal facto é predictor do consumo, (Jacob & Johnson (1997) e Windle (1996) defendem que os comportamentos de consumo dos pais e as suas atitudes favoráveis constituem factor facilitador da iniciação e persistência dos consumos.

Igualmente Oxford (2001), ao estudar o impacto dos factores familiares e dos pares na iniciação, entre os 11-12 anos, ao álcool, tabaco e marijuana, concluiu que o controlo directo e indirecto exercido pela família (medido através das normas parentais, da monitorização exercida e da ligação de afecto aos pais) tem um impacto negativo directo na iniciação ao consumo de substâncias um ano mais tarde, e um impacto indirecto na iniciação ao consumo através do envolvimento com pares anti-sociais.

Também para o *Royal College of Physicians* (1992) a manutenção do hábito de fumar nos jovens depende da interacção de vários factores e está muito associado aos processos de vinculação com pares e ao consumo dos amigos mais próximos.

E de facto as atitudes favoráveis referidas, expressas através da percepção dos adolescentes da aceitabilidade do pai e da mãe, estão presentes em 5 dos 6 modelos de predição construídos.

No que diz respeito ao consumo de álcool verificamos que as crenças desempenham igualmente um papel relevante nos modelos predictivos decorrentes da aplicação aos dados da análise de regressão múltipla.

Assim, a crença de que *É bom/agradável o sabor das bebidas alcoólicas* está presente em todos os modelos predictivos. Aceitar que *As bebidas alcoólicas ajudam a ficar-se mais animado* está também presente em 4 dos 6 modelos possíveis, enquanto as crenças positivas de que *As bebidas alcoólicas são um desperdício de dinheiro* e *Quem bebe pode ficar mais agressivo e meter-se em brigas* aparecem, respectivamente, em 3 e 2 dois modelos.

O papel de relevo das crenças relativamente ao álcool é concordante com as conclusões de Gillmore (1998, referindo Bauman et al, 1985; Christiansen, et al. 1982; Christiansen, et al. 1989; Keefe, 1994; Reese, et al. 1994; Smith, & Rosenthal, 1995), a saber, que (1) as crenças/expectativas, tendo uma formação muito precoce, claramente anterior às primeiras experiências acerca dos efeitos do álcool, têm importante papel quer na iniciação, quer na manutenção dos comportamentos de consumo de bebidas alcoólicas na adolescência; (2) os adolescentes mais velhos revelam um maior número de crenças (positivas ou negativas); (3) as crenças, tal como as normas percebidas, se tornam mais favoráveis com o avanço da adolescência (Keefe, 1994; Webster, et al. 1994; Smith, et al. 1995; Small, et al. 1993), antecedendo as mudanças no comportamento (Fishbein & Ajzen 1975).

Também aqui, quanto ao consumo de álcool, o Estatuto de Consumo anterior (9º ano) é assumido como factor predictivo do consumo actual (11º ano).

No que se refere às dimensões do Auto-conceito, o *comportamento* aparece como predictor em 5 dos 6 modelos construídos, enquanto a dimensão *popularidade* está presente em dois dos modelos.

Tal como acontece com o tabaco, o facto do irmão/ã consumir bebidas alcoólicas está explicitamente presente em 4 dos modelos, estando incluído num o facto da mãe também consumir.

Assim, quer o consumo quer a aceitabilidade do pai ou da mãe (tal como acontecia com o consumo de tabaco) aparecem claramente associados ao estatuto de consumo, tal como defendem Kandel (1980), e Kandel, & Andrews (1987). Pelo contrário as crianças que foram claramente advertidas pelos pais quanto ao álcool, e que se sentem

mais próximas deles, são menos propensas a iniciar-se na bebida (Kandel & Andrews, 1987, Andrews, et al. 1993, Ary, et al.1993).

Como defende Peterson et al. (1994) a falta de monitorização por parte dos pais está associada à iniciação precoce do consumo de álcool e tabaco, e a sua ausência durante a pré-adolescência está associada a comportamentos anti-sociais a longo termo (Haapasalo et al. 1994; Bank et al. 1987) e ao uso de drogas durante a adolescência (Chilcoat & Anthony, 1996). Pelo contrário, uma boa monitorização associa-se a mudanças nos padrões de uso de substâncias, com reduções de consumo nos adolescentes que já as tinham usado (Fletcher et al. 1995), e uma boa ligação afectiva com a família tem um efeito protector relativamente ao consumo e aos comportamentos delinquentes da criança e do adolescente (Krohn & Massey, 1980).

As dimensões amor e autonomia parental, assumem menor importância predictiva do que em relação ao consumo de tabaco.

Ao afirmarmos que determinada variável surge como predictor explícito do comportamento não significa que outras variáveis, na ausência desta, não pudessem assumir um valor similar de predição. Quando, por exemplo, a dimensão amor materno surge como predictor explícito, não significa necessariamente que o amor paterno não tenha igualmente um contributo; ou quando o facto do irmão/ã fumar apareça como predictor, exclua a influência de consumo da mãe ou a do pai. O que acontece é que, se duas variáveis, estando associadas entre si, são similarmente concorrentes no modelo predictivo, o teste estatístico apenas faz entrar aquela que surge com um valor mais forte secundarizando a/s outra/s.

## **CONCLUSÕES**

Tendo por base os objectivos fixados e as hipóteses formuladas podemos concluir que:

- Os níveis de consumo continuam mais baixos em Portugal, quando comparados com os de outros países. No entanto, continua a verificar-se uma tendência à subida em ambos os sexos (embora maior no sexo feminino, sobretudo no referente ao consumo de álcool) tendendo à progressiva paridade;
- Embora os consumos de tabaco e álcool não sejam uma característica da adolescência, são-no seguramente de uma parte que, tendendo a aumentar quanto ao número e quanto aos níveis de consumo, não deixa de ser preocupante pelas suas consequências directas e indirectas;
- O consumo de tabaco e de álcool inicia-se demasiado precocemente, o que é facilitador da sua persistência e da passagem ao consumo abusivo e à dependência, como da entrada no consumo de outras drogas, e no aumento dos comportamentos de risco associados;
- Factores pessoais como uma concepção de si próprio pouco valorizada (fundamentalmente em relação à dimensão comportamento); dificuldades ao nível da realização académica; e as crenças quanto aos riscos e benefícios que o consumo pode acarretar, bem como a experimentação precoce, constituem-se como factores facilitadores da persistência dos consumos;

- Factores familiares como o clima relacional e as relações estabelecidas, a existência de comportamentos de consumo e a tolerância/missividade quanto aos consumos do filho/a, constituem-se igualmente como factores facilitadores do consumo.

Parecendo uma inevitabilidade a experimentação e o consumo de tabaco e de álcool é essencial sobretudo que este seja, não apenas limitado a um grupo menor, mas que a iniciação seja o mais tardia possível, e que o consumo abusivo seja o mais possível reduzido.

Porém, abster-se do uso de substâncias durante a adolescência ou início da adultícia parece cada vez mais ser considerado não normativo, dada a prevalência do seu uso neste ciclo da vida (Oxford, 2001).

De facto, tende a aceitar-se como normal que os adolescentes fumem e sobretudo que bebam e assumam outros comportamentos de risco, como forma natural e necessária de serem adolescentes e de “viverem a vida”, como se ser-se adolescente aqui e agora, signifique viver o presente, não apenas intensamente, mas também despreocupadamente, com o mínimo de constrangimentos e o máximo de todos os prazeres possíveis, mesmo que (e sobretudo porque) envolvem riscos.

Apesar de tudo cremos que ser-se adolescente, mesmo aqui e agora, é ainda, e para a maioria dos adolescentes, bem mais do que a vivência intensa, e porventura pouco responsável, do presente.

Defendemos ao longo deste trabalho que a adolescência, para além da sua complexidade própria, continua a ser alvo de preconceitos, e logo de incompreensões, por parte das gerações mais velhas, de que

poderá ser exemplo a tendência à generalização a todos, dos problemas existentes com alguns.

Aceitar que a adolescência é o tempo e o lugar de “todas” as perturbações e desvios é esquecer ou ignorar que os ciclos de vida anteriores são essenciais, porque básicos à prossecução dum desenvolvimento pessoal equilibrado. É ignorar ou esquecer que a grande maioria dos adolescentes considerados problemáticos, foram crianças que manifestaram dificuldades, nomeadamente ao nível da relação consigo próprios e/ou com os outros.

Porventura tais dificuldades não eram expressas, pela pouca autonomia da criança, o que permitia e facilitava o controlo por parte do adulto, ou, sendo expressas, não foram suficientemente compreendidas enquanto sinais de eventual sofrimento e dificuldade de desenvolvimento, e/ou foram ignoradas pelo adulto, partindo muitas vezes do princípio de que com a idade tal dificuldade passaria.

Se a adolescência constitui um ciclo de vida essencial à construção da pessoa humana, a verdade é que este ciclo não nem necessariamente nem normativamente problemático. Compreender os estilos de vida não saudáveis (de que os comportamentos de consumo fazem parte) não é certamente possível sem uma atitude de reflexão e responsabilização progressiva não apenas dos adolescentes, mas, antes de mais, das crianças e dos actores educativos nos diferentes contextos desenvolvimentais.

Intervir junto dos adolescentes, nomeadamente com uma atitude sobranceira e acusatória, certamente que não ajudará na adopção de comportamentos saudáveis. Até porque nem todo o consumo é necessariamente patológico, nem inevitável precursor de patologia.

O conhecimento cada vez mais alargado das condições e factores que se constituem como orientadores para a adopção de comportamentos saudáveis e não saudáveis, e a divulgação junto dos adolescentes, como dos educadores, das consequências reais e potenciais dos comportamentos de consumo, não será suficiente para evitar o estabelecimento de estilos de vida pouco saudáveis.

Sabemos hoje, pelos dados da investigação, que o conceito que o adolescente tem de si próprio, sobretudo relativamente ao seu comportamento, as crenças e atitudes orientadoras dos seus comportamentos, as experiências precoces de consumo, o tipo de família e sobretudo o clima de amor e autonomia que é possível “respirar” ao nível das interacções educativas, tal como os comportamentos de consumo na família, e sobretudo a permissividade percebida relativamente aos consumos, constituem, sem dúvida, um conjunto de factores que concorrem e podem explicar a iniciação fácil, a habituação rápida e a dependência de uma parte dos consumidores.

E se a habituação e dependência do tabaco e do álcool é considerada, muitas vezes, um mal menor, a verdade é que (como referimos na revisão teórico-conceptual), para além destes consumos não serem inócuos, constituem, numa grande percentagem, um passo para o consumo de outras substâncias. Tal não significa que o uso, mesmo aqui e além abusivo, do tabaco e/ou do álcool conduzam inexoravelmente a outras substâncias. O que a investigação confirma é que o utilizador abusivo de drogas ilícitas foi antes (e continuará a ser) consumidor das chamadas “drogas de entrada”, e que, quem nunca foi consumidor das “drogas de entrada” terá forte probabilidade de não ser de drogas ilícitas.

Os resultados específicos da presente investigação, no que respeita a factores pessoais e familiares, permitem confirmar em que medida estes se constituem como predictores dos consumos de tabaco e de álcool.

Assim, a análise global dos predictores permite constatar que os consumos tendem a ser maiores quando se inicia o consumo mais precocemente e que esta iniciação precoce se relaciona com o reforço das crenças positivas (orientadoras para o comportamento de consumo) relativas ao álcool e ao tabaco.

Por seu lado estas crenças, e as atitudes que lhe estão associadas, são de formação precoce (embora se vão modificando e tendam a adaptar-se aos comportamentos) e resultam, no essencial, dos comportamentos e atitudes das pessoas significativas: pais e irmãos em primeiro lugar; professores e pares etários, depois.

Tal realidade coloca o problema de como agir precoce e preventivamente, e bem antes dos consumos estabelecidos e até das primeiras experiências. Agir em plena adolescência, já com comportamentos de consumo iniciados ou até estabelecidos e com as crenças mais flexibilizadas e adaptadas aos comportamentos entretanto assumidos, é seguramente tarde.

É nossa convicção que a inversão da tendência actual só se fará através de acções concertadas tendo como alvo as crianças e os adolescentes, como também os pais e os professores, e como objectivo a promoção de estilos de vida mais saudáveis. Para tal é fundamental a criação de condições externas (na família como na escola) que possibilitem, promovam e facilitem a acção empenhada em actividades adequadas aos diferentes níveis etários e o exercício progressivo da autonomia. Tal não significa, bem antes pelo contrário,

a orientação exclusiva nas actividades académicas e de aprendizagem, nem a ausência de contextos estruturados e com regras claramente definidas.

Usar a autoridade não é ser autoritário, tal como ser compreensivo não é ser permissivo. A autoridade decorre do exercício responsável de uma função, enquanto o autoritarismo corresponde ao exorbitar do exercício da responsabilidade, por necessidade pessoal de afirmação, ou para obter proveito pessoal, e/ou para levar o outro à submissão.

Por outro lado, ser compreensivo significará ser capaz de perceber e aceitar que o outro pode falhar no cumprimento da regra. O que implica que a regra exista, tenha sido estabelecida (sempre reflectida e dialogada) e, sempre que possível, conjuntamente decidida. Ser-se permissivo pode decorrer, desde logo, da ausência de regras estabelecidas (o que em muitos casos leva ao autoritarismo); da incapacidade de assumir a responsabilidade da função educativa; e do não investimento no outro. De alguma forma o educador altamente permissivo é fundamentalmente um desertor face às suas responsabilidades, é o que faz de conta que não sabe o que é sabido, e que não vê ou sente o que está à sua frente e bem perto.

Parece-nos relevante que, relativamente ao tabaco, a crença negativa (inibidora do comportamento) que mais peso tem, seja exactamente a que permite que os outros saibam que o adolescente fumou: o cheiro a tabaco na roupa, no hálito e no cabelo. Curioso que esta opinião seja expressa sobretudo pelos adolescentes mais novos e que seja inibidora do comportamento de consumo de tabaco.

Como vimos na primeira parte deste capítulo, a atitude de permissividade parental (a tolerância excessiva) face aos

comportamentos de iniciação e de continuação do consumo de tabaco e de álcool, constitui factor de predição do consumo.

Tende a ser aceite como certo e seguro ser próprio dos adolescentes contrariar os conselhos e desejos parentais. Ora a investigação confirma que, tal como noutros domínios e situações, tal asserção não é tão linear como se pensa, relativamente ao consumo de tabaco e de álcool. Os pais não permissivos contribuem para evitar que os seus filhos sejam consumidores futuros. Tal conclusão corrobora diversas outras investigações feitas relativamente ao consumo de tabaco.

A afirmação de que o fruto proibido é o mais apetecido não parece ter a consequência esperada. De facto, a limitação do consumo em certos tempos e espaços consegue, pelo menos, condicionar as hipóteses de iniciação (ao menos retardando-a) e limitar as quantidades consumidas, o que para uma substância que cria dependência não é despidendo (e sobretudo se tivermos em atenção os que não entraram ainda na fases de habituação ou dependência).

Neste aspecto, seria certamente vantajoso que se investigassem os ganhos que a proibição de consumo nas escolas tem permitido e, se assim não acontece, que factores poderão explicar tal situação.

Outro aspecto que consideramos relevante e que, estando de acordo com dados de investigação, contraria opiniões tantas vezes divulgadas, diz respeito à percepção que os adolescentes têm dos seus pais. Como verificámos, esta é globalmente positiva, reconhecendo-se a importância dos pais como disponibilizadores de amor e de autonomia, e que os nossos dados assumem como factores protectivos dos comportamentos de consumo.

Seria igualmente importante aprofundar, em termos investigativos, a imagem que os filhos têm dos seus pais e das relações estabelecidas, em confronto com a imagem que os pais têm dos seus filhos e das suas relações mútuas, bem como o papel das relações estabelecidas com os professores e os pares etários.

Mas, a verdade é que as relações estabelecidas e a estabelecer com os outros, exteriores à família, são muito condicionadas pelas relações previamente estabelecidas com os elementos da família (pai e mãe sobretudo) e consigo próprio.

Como já referimos, partindo de autores como Lieberman et al. (1999), Bogenschneider et al. (1998), Mounts & Steinberg, (1995), entre outros, são mais competentes socialmente e fazem relações de amizade mais positivas, os adolescentes filhos de pais autoritativos (mais calorosos e suportativos). Tais atitudes permitem igualmente uma diminuição dos efeitos negativos das influências dos pares, nomeadamente quanto ao uso de substâncias (Bogenschneider et al. 1998).

Parece, portanto, óbvio e natural que a existência de uma sociedade com menos problemas de consumo de substâncias na adolescência e na adultícia só pode decorrer duma centração deste combate ao consumo fora da adolescência e não focalizado no consumo, mas antes na criação de condições que favorecem a presença actuante dos factores conhecidos como promotores do desenvolvimento pessoal e da adopção de comportamentos saudáveis.

Os resultados apresentados e discutidos, e a prática profissional de intervenção em meio escolar junto de alunos, de professores e de pais, permitem concluir que:

- a intervenção junto dos adolescentes é já tardia porque, em grande parte, já não é verdadeiramente preventiva;
- os factores que mais influenciam os comportamentos têm, na sua grande maioria, raízes profundas na infância;
- compete aos educadores (prioritariamente aos pais) a criação das condições que possam responder às necessidades inerentes a um desenvolvimento equilibrado, responsável e auto-determinado.

Se não precisamos, nem podemos inventar novos pais, nem novos professores, podemos certamente criar condições, aproveitando e promovendo o interesse existente nuns e noutros, permitindo e facilitando a tomada de consciência das realidades e o treino necessário ao desenvolvimento de competências de intervenção educativa.

Defendemos como essencial que a escola possa cada vez mais ser lugar de trabalho e aprendizagem não apenas para os alunos e para os professores, mas igualmente para os pais.

Pensamos que a escola só será um espaço de formação integral dos seus alunos se, e quando, tiver nas suas prioridades a formação de todos os agentes educativos envolvidos. Os alunos só estarão em primeiro lugar, se as preocupações da escola se alargarem à formação dos professores (e outros técnicos e auxiliares educativos), como dos pais.

Assim, para além da transmissão dos conhecimentos programáticos, a escola actual e do futuro terá que se preocupar cada vez mais com a criação de condições efectivas que facilitem e promovam o estabelecimento e o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis nos

seus alunos. É sobretudo na escola que estes podem e devem: ter oportunidades de exercitar e desenvolver competências que permitam a compreensão e aceitação da diferença; a expressão e aceitação dos sentimentos; a análise e resolução de problemas, nomeadamente ao nível da relação intra e interpessoal.

Consideramos perfeitamente possível e desejável que, desde o 5º ano de escolaridade, os alunos possam criar hábitos e competências de análise dos problemas surgidos, sejam capazes de propor hipóteses de solução, e possam decidir qual a solução a implementar e controlar e avaliar os resultados alcançados. A implementação de programas devidamente enquadrados de resolução problemas de relação interpessoal, através da mediação pelos pares, parece-nos ser um caminho a percorrer. De resto, a nossa experiência permite-nos defender a validade da implementação deste tipo de programa.

Parece-nos igualmente clara a necessidade de espaços e tempos escolares em que crianças e adolescentes possam discutir e reflectir de forma orientada e apoiada temas adequados às suas idades e níveis de desenvolvimento, muito para além dos conteúdos académicos. Estes são para os adolescentes (e têm de o ser, muitas vezes, para os adultos) perfeitamente secundarizados, face ao interesse e urgência do sujeito em construção, e das perplexidades e dificuldades inerentes.

Se a sociedade espera e deseja que o adolescente se integre na sociedade adulta, sabendo exigir os seus direitos, mas igualmente cumprindo os seus deveres enquanto profissional, peão ou condutor, pai ou mãe, eleitor ou eleito, usufruidor dos bens culturais, que seja, enfim, um cidadão respeitador e solidário, de que forma e desde

quando permitimos e favorecemos o treino das competências que sabemos serem necessárias?

Para além dos benefícios possíveis como resultado do trabalho directo com os alunos, estes beneficiarão sobretudo com o necessário desenvolvimento de novas competências dos professores e dos pais.

Quanto aos professores acreditamos que apenas uma formação sistemática que inclua uma reflexão contínua, e tecnicamente suportada, poderá ser facilitadora da mudança de atitude face à relação educativa com a criança e o jovem.

Quer as boas práticas pedagógicas, quer as menos boas são normalmente conhecidas (mais as últimas que as primeiras) apenas através dos seus reflexos no aproveitamento e na disciplina da sala de aula. Dos processos, o pouco que se conhece diz sobretudo respeito às dificuldades sentidas por alguns professores. A reflexão sistemática em grupos de professores, centrada nas dificuldades sentidas ao nível sobretudo da relação pedagógica, numa perspectiva de auto-formação suportada na partilha dos sucessos e dificuldades, para além de permitir divulgar e reflectir sobre as boas práticas existentes, constitui uma oportunidade para o treino das competências necessárias ao exercício da acção educativa.

Creemos, portanto, ser necessário agir cada vez mais no apoio e suporte dos professores, divulgando e valorizando as boas práticas e promovendo o treino de competências pessoais que permitam a prevenção dos potenciais problemas na sala de aula e na escola, e a correcta intervenção sempre que estes surjam.

Por outro lado, a escola, devendo ser lugar de aprendizagem e, portanto, de trabalho (exigindo esforço e empenhamento), é também, e

terá de ser cada vez mais, lugar de vivência pessoal e relacional que é tanto mais aprendizagem positiva, quanto mais analisada e reflectida, e não apenas agida de forma impulsiva e não responsável. E cabe à escola a criação de condições (nomeadamente temporais e espaciais) que permitam a criação de hábitos de reflexão dos responsáveis educativos (d direcção, professores, auxiliares educativos, alunos, e pais/encarregados de educação).

No que aos pais diz respeito, estará já assumido que o seu afastamento da escola não ajuda senão a clássica atitude de culpabilização mútua. Os pais achavam que as dificuldades dos filhos resultavam do mau funcionamento da escola (e especialmente dos professores), enquanto esta, facilmente, encontrava na família as razões profundas do insucesso dos alunos.

A criação das associações de pais e a colaboração destes com a escola, foi (é) entendida ora como “intromissão”, ora como suporte/ajuda em situações específicas e pontuais (nomeadamente na área disciplinar) sem que verdadeiramente se consiga estabelecer um conjunto de objectivos operacionais comuns e consequentes. Naturalmente que existem experiências muito positivas que seria importante serem mais divulgadas e estudadas.

Reuniões de formação de pais e programas estruturados têm surgido, fornecendo evidência de que afinal há grupos de pais disponíveis para a reflexão sobre os problemas de educação e interessados em desenvolver as suas competências parentais.

Porém, falta, em nossa opinião, um envolvimento maior e sistemático da escola na promoção formativa dos agentes educativos.

A escola actual e do futuro, só cumprirá a sua função se, e na medida em que, for uma estrutura verdadeiramente inclusiva na comunidade em que está inserida. Tal só será possível, não apenas através da integração inclusiva de todos os alunos (independentemente das suas características e necessidades específicas), mas sobretudo através da criação das condições necessárias ao pleno desenvolvimento de todos e de cada um.

A escola não pode continuar a ser apenas dos alunos e dos professores, antes deve ser **a estrutura** formativa da comunidade em que se insere. Agindo apenas sobre as crianças e os adolescentes, mesmo com alguma colaboração e participação dos pais, limita-se a continuar a ter como objectivo essencial (exclusivo?) o ensino dos conteúdos necessários ao sucesso nos exames, porventura esquecendo o desenvolvimento pessoal e social, e acabando mesmo por ajudar a comprometer o próprio sucesso nas aprendizagens.

O desenvolvimento global e equilibrado só será conseguido através duma actuação global e articulada de todos os agentes educativos. Assim, para além das acções direccionadas ao aluno, de forma directa (na sala de aula, como nos intervalos; nos tempos livres e na relação com os pares), a escola tem de actuar sobre os alunos igualmente de forma indirecta através da promoção da auto-formação dos professores e do pessoal auxiliar, como da promoção da auto-formação dos pais.

Acreditamos que só agindo sobre cada um dos contextos, e de todas e cada uma das pessoas significativas ao nível da relação educativa da criança e do adolescente, se tornará mais efectivo o desenvolvimento para uma autonomia responsável, mais auto-controlada, logo mais saudável e feliz.

Assim se

“É fundamental avaliar os factores de risco e promover acções específicas ao nível da prevenção e da intervenção, ao nível da saúde mental e física, infantil e familiar, da saúde sexual e reprodutiva, através de uma articulação interdisciplinar, interprofissional e multisectorial, melhorando o diagnóstico, o tratamento, a sensibilização e educação do público”.’ (Ramos, 2004: 87).

É igualmente importante avaliar

“(…) os factores protectores e de resiliência os quais podem existir mas não estão mobilizados, ou que têm de ser promovidos para que, face à adversidade e ao stresse, os indivíduos possam estar melhor equipados” (Ramos, 2004: 98).

Será, portanto, através da intervenção articulada nos diferentes contextos de desenvolvimento (sobretudo e em primeiro lugar na família) visando o desenvolvimento dos recursos intra-psíquicos, afectivos e sociais necessários ao equilíbrio individual e a uma inserção social adequada, que a resiliência e os factores protectores da saúde poderão estar presentes e actuates.

### ***A intervenção preventiva dos consumos abusivos***

Se nem a informação e o esclarecimento quanto aos prejuízos decorrentes do uso abusivo de substâncias, nem a atitude repressiva e persecutória dos consumidores conseguem por si só a diminuição das prevalências de consumo, será através de medidas que favoreçam a valorização dos factores de protecção e a diminuição dos factores de risco que se poderá agir de forma consequente.

Tal significa agir através da implementação de programas dirigidos não apenas, nem principalmente, aos adolescentes, mas às crianças, aos pais e educadores, aos professores e à comunidade em geral.

As intervenções preventivas que globalmente referimos relativamente à família e à escola, estão de acordo com os princípios de prevenção enunciados pelo *NIDA-National Institute on Drug Abuse* (2003), suportados na investigação sobre factores de risco e factores de protecção.

Assim:

- Os programas devem fortalecer os factores de protecção (como o suporte parental) e reduzir os factores de risco (como as atitudes e comportamentos desviantes) (Hawkins et al. 2002);

É preciso não esquecer que: determinados factores de risco têm impacto diferente em diferentes idades (factores familiares com maior impacto na infância, enquanto, na adolescência, o impacto mais forte tende a ser o da ligação aos pares); a intervenção junto de factores de risco (comportamento agressivo; baixo autocontrolo) terá tanto mais impacto quanto for mais precoce. De facto na adolescência, as atitudes e os comportamentos estão já mais estabelecidos, sendo, portanto mais resistentes à mudança;

- Os programas de prevenção devem ser dirigidos não às drogas ilícitas, mas a todas as formas de abuso de substâncias (usadas isoladamente ou em combinação) incluindo o uso precoce de tabaco e de álcool, e igualmente o uso inadequado e abusivo de medicamentos mesmo quando prescritos;

- Os programas devem ser dirigidos para o tipo de consumo prioritário na comunidade local, tendo em vista a modificação dos factores de risco e o fortalecimento dos correspondentes factores de protecção (Hawkins et al. 2002);
- Os programas de prevenção junto das famílias devem orientar-se para o que constitui a chave de todo o desenvolvimento adaptado (a forte ligação afectiva, a comunicação e o envolvimento parental), promovendo o desenvolvimento de competências parentais específicas, envolvendo igualmente o uso adequado da monitoria, da supervisão, e da disciplina consistente (Kosterman et al. 2001);
- Os programas escolares de intervenção devem iniciar-se ao nível pré-escolar dirigindo-se aos factores de risco de abuso de drogas (comportamento agressivo, baixas competências sociais e dificuldades académicas (Webster-Stratton 1998; Webster-Stratton et al. 2001);
- Os programas preventivos no 1º, 2º ciclo deverão ter como objectivos a melhoria da aprendizagem das competências socio-emocionais e académicas, aprendendo a lidar com os factores de risco (agressividade, insucesso e abandono escolar).

A educação deve centrar-se nas competências seguintes (Ialongo et al. 2001; Conduct Problems Prevention Work Group, 2002): auto-controlo; responsividade emocional; comunicação; resolução de problemas; apoio académico;

- No 3º ciclo e secundário os programas devem privilegiar o desenvolvimento das competências académicas e sociais tendo especial atenção (Botvin et al. 1995; Scheier, et al. 1999): os

hábitos de estudo e o suporte académico necessário; a comunicação; o relacionamento com os pares; a auto-eficácia e a assertividade; o desenvolvimento de competências de resistência à droga; o reforço das atitudes anti-droga e fortalecimento dos compromissos pessoais contra o uso abusivo de droga;

- Finalmente, são necessárias campanhas de informação e consciencialização dirigidos à comunidade em geral, com programas para pais e educadores, combinados e articulados com os programas escolares. Porém tais intervenções só serão consequentes se forem assumidas como de longo termo nos seus objectivos.

De resto a investigação confirma que os resultados dos programas de intervenção no 1º e 2º ciclo diminuem quando não há continuidade das acções preventivas no secundário (Scheier et al. 1999).

Qualquer que seja o modelo de intervenção dos programas que visem os consumos, não pode deixar de estar presente que o objectivo prioritário e fundamental é a prevenção dos comportamentos de consumo, e que estes se associam a um conjunto de variáveis pessoais, comportamentais e sócio-demográficos em permanente interacção. Tal significa a necessidade de actuação concertada sobre todos os factores em presença.

Os modelos tradicionais, assentes na transmissão de conhecimentos, partindo sobretudo da apresentação exaustiva dos malefícios do consumo e dos seus riscos não obtiveram os resultados ambicionados.

De facto, não é essencialmente pelo conhecimento que o comportamento é controlado.

Por seu lado, os programas baseados na influência social e no treino de competências continuaram a assentar nos aspectos informativos, tentando-se agora o desenvolvimento de competências que facilitassem a capacidade de resistir às pressões sociais. A utilização dos pares com capacidade de liderança terá ajudado a que alguns resultados tivessem sido obtidos. Porém, continuavam pouco significativas as mudanças.

Mas

*“a forma mais eficaz de evitar que os jovens comecem a fumar, será considerando os factores gerais que influenciam a carreira do indivíduo relativamente a fumar e não apenas pelo simples ensino das competências necessárias para recusar cigarros”* (Lima, 1999: 148).

Assim, programas que visem o treino de competências sociais gerais, abordando, nomeadamente, a comunicação interpessoal, a resolução de problemas e as competências de tomada de decisão, reduzem a vulnerabilidade do adolescente a pressões sociais directas e indirectas.

Tais programas, normalmente designados por *Programas de Treino de Competências de Vida*, para além de favorecerem o desenvolvimento da autonomia pessoal, da auto-confiança e da auto-estima, têm como resultado reduções significativas do consumo de tabaco (Elder & Stern, 1986; De Vries & Dijkstra, 1994), pelo que faz todo o sentido que sejam implementados em contexto escolar.

Finalizamos afirmando a nossa convicção de que é importante e necessário continuar a investigar-se não apenas os factores de risco e protectivos dos comportamentos de consumo: (1) a nível pessoal (aprofundando, por exemplo, o papel das características de personalidade e as suas alterações, a força e evolução das crenças, etc.); (2) ao nível da família (analisando as percepções dos adolescentes, mas igualmente as dos pais no que concerne às relações educativas); (3) e ainda ao nível do tipo e características das relações com os pares e da sua influência; (4) como ainda do papel dos meios de comunicação social e da publicidade ao consumo (directa e indirectamente apresentada).

Com este projecto que agora chega ao fim, pensamos ter dado algum contributo para a compreensão do consumo do tabaco e do álcool, não apenas reforçando a investigação anterior, contribuindo para a compreensão desta realidade em Portugal. Tal preocupação já nos levou a iniciar um projecto longitudinal com 5 turmas de alunos do 5º ano de escolaridade que esperamos acompanhar até ao 9º ano, com recolha anual de dados.

Porém, para além da investigação, pensamos ser necessário e urgente alargar a implementação de programas de acção preventiva. Nesse sentido continuaremos a desenvolver um projecto de Formação de Pais (*A Escola também é Nossa*), como esperamos poder continuar a acompanhar o *Projecto de Mediação pelos Pares* iniciado no ano lectivo prestes a terminar (2003-2004).

**BIBLIOGRAFIA**

- Aarons, G., Brown, S., Coe, M., Myers, M., Garland, A., Ezzet-Lofstram, R., Hazen, A., & Hough, R. (1999). Adolescent alcohol and drug abuse and health. *Journal of Adolescent Health, 24*, 412-421.
- Adès, J., & Lejoyeux, M. (1997). *Comportamentos alcoólicos e seu tratamento*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Ajzen I, Fishbein M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Ajzen, I., & Madden, T. (1986). Prediction of goal-directed behaviour: attitudes, intentions and perceived behavioural control. *Journal of Experimental Social Psychology, 22*, 453-474.
- Akers, J., Jones, R., & Coyl, D. (1998). Adolescent friendship pairs: similarities in identity status development, behaviors, attitudes, and intentions. *Journal of Adolescence Research, 13*, 178-201.
- Allen, J., Hauser, S., Bell, K., & O'Connor, T. (1994). Longitudinal assessment of autonomy and relatedness in adolescent-family interactions predictors of adolescent ego development and self-esteem. *Child Development, 65*, 179-194.
- Allen, J., Moore, C., Kuperminc, G., & Bell, K. (1998). Attachment and adolescent psychosocial functioning. *Child Development, 69*, 1406-1419.
- Anderson, T., & Magnusson, D. (1988). Drinking habits and alcohol abuse among young men: A prospective longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol. 49(3)*, 245-252.

- Andrews, J., et al. (1993). Parental influence on early adolescent substance use: Specific and nonspecific effects. *Journal of Early Adolescence*, 13(3): 285-310.
- Anthony, J., & Petronis, K. (1995). Early-onset drug use and risk of later drug problems. *Drug and Alcohol Depend.* 40(1), 9-15.
- Armsden, G., & Greenberg, M. (1987). The inventory of parent and peer attachment: individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 427-454.
- Arnett, J. (1998). Learning to stand alone. The contemporary american transition to adulthood in cultural and historical context. *Human Development*, 41, 295-315.
- Arnett, J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist*, 54, 317-326.
- Ary, D., Tildes, E., Hops, H., & Andrews, J. (1993). The influence of parent, sibling, and peer modelling and attitudes on adolescent use of alcohol. *International Journal of the Addictions*, 28(9): 853-880.
- Atwater, E. (1992). Peers. *Adolescence*, 3, 151-153.
- Bank, L., Patterson, G., & Read, J. (1987). Delinquency prevention through training parents in family management. *Behavior Anal.* 10(1): 75-82.
- Barnes, G. M., & Farrell, M. P. (1992). Parental support and control as predictors of adolescent drinking, delinquency, and related problem behaviors. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 763-776.
- Barros de Oliveira, J. (1994). *Psicologia da Educação Familiar*. Coimbra: Livraria Almedina.

- Barros, F., & Barão, H. (1987). *A comunicação na família e projectos de vida: procura da identidade social e pessoal dos jovens*. Lisboa: Instituto de Estudos para o Desenvolvimento.
- Bauman, K., Fisher, L., Bryan, E. et al. (1985). Relationship between expected subjective utility and behavior: A longitudinal study of adolescent drinking behavior, *Journal of Studies on Alcohol*, 46(1), 32-38.
- Bauman, K., Foshee, V., Ennett, S., Pemberton, M., et al. (2001). The influence of a family program on adolescent tobacco and alcohol use. *American Journal of Public Health*, 91(4), 604-610.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 43-88.
- Baumrind, D. (1968). Authoritarian vs. Authoritative parental control. *Adolescence*, 3, 255-272.
- Baumrind, D. (1978). Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth and Society*. 9, 239-76.
- Baumrind, D. (1989). The permanence of change and the impermanence of stability. *Human Development*, 32, 187-195.
- Baumrind, D. (1991), The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11, 56-95.
- Bem, D. (1967). Self-perception: an alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. *Psychological Review*, 74, 183-200.
- Beyth-Marom, R., Austin, I., Fischhoff, B., Palmgren, C., & Jacobs-Quadrel, M. (1993). Perceived competences of risk behavior: Adult and adolescents. *Developmental Psychology*, 29, 549-563.

- Biddle, B. J., Bank, B. J., & Marlin, M. M., (1980). Social determinants of adolescent drinking: What they think, what they do and what I think and do. *Journal of Studies on Alcohol*, 41, 215-241.
- Biederman, J., et al. (2000). Patterns of alcohol and drug use in adolescents can be predicted by parental substance use disorders. *Pediatrics*, 106(4), 792-797.
- Bogensneider, K., Wu, M., Raffaelli, M., & Tsay, J., (1998). Parent influences on adolescent peer orientation and substance use: the interface of parenting practices and values. *Child Development*, 69, 1672-1688.
- Botvin, G., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E., & Diaz, T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug-abuse prevention trial in a white middle class population. *Journal of the American Medical Association* 273: 1106-1112.
- Bozarth, M. (1990). Drug addiction as a psychobiological process (pp.112-134), in D. M. Warburton (Ed.) *Addiction controversies* London: Harwood Academic Publishers.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Breslau, N. (1995), Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. *Behav. Genet.* 25, 95-101.
- Brody, G., Flor, D., Hollett-Wright, N., McCoy, J., & Donovan, J. (1999). Parent-child relationships, child temperament profiles and children's alcohol use norms. *Journal of Studies on Alcohol (Supplement)*, 45-51.
- Brook, J. (2000). Effects of parent personality, upbringing, and marijuana use on the parent-child attachment relationship.

*Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(2), 240-248.

Brook, J., Whiteman, M., & Gordon, A. (1983). Stages of drug use in adolescence: Personality, peer and family correlates. *Developmental Psychology*, 19(2), 269-277.

Brook, J., Whiteman, M., Gordon, A., & Cohen, P. (1986). Dynamics of childhood and adolescent personality traits and adolescent drug use. *Developmental Psychology*, 22, 403-414.

Brown, B., Lohr, M., & McClenahan, E. (1986). Early adolescents' perceptions of peer pressure, *Journal of Early Adolescence*, 6, 139-154.

Brown, B., Mounts, N., Lamborn, S., Steinberg, L., (1993). Parenting practices and peer group affiliation in adolescence. *Child Development*, 64, 467-482.

Brown, R., Lewinsohn, P., Seeley, J., Wagner, E., (1996), Cigarette smoking, major depression, and other psychiatric disorders among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1602-1610.

Brown, S. (1989). Life events of adolescents in relation to personal and parental substance abuse. *American Journal of Psychiatry*, 146(4), 484-489.

Brown, S., & Stetson, B. (1988). Coping with drinking pressures: Adolescent versus parent perspectives. *Adolescence*, 23(90), 297-301.

Brown, S., Aarons, G., & Abrantes, A. (2001). Adolescent Alcohol and Drug Abuse, in Walker, C., E., & Roberts, M., C. (ed.).(2001). *Handbook of Clinical Child Psychology*, 3rd ed. New York: John Wiley & Sons

- Brown, S., Christiansen, B., & Goldman, M. (1987). The Alcohol Expectancy Questionnaire: An instrument for the assessment of adolescent and adult alcohol expectancies. *Journal of Studies on Alcohol*, 5, 483-491.
- Brown, S., Creamer, V., & Stetson, B. (1987). Adolescent alcohol expectancies in relation to personal and parental drinking patterns. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(2), 117-121.
- Buchanan, A. (2000). Parental background, social disadvantage, public "care," and psychological problems in adolescence and adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(11), 1415-1423.
- Buhrmester, D. (1990). Intimacy of friendship, interpersonal competence, and adjustment during preadolescence and adolescence. *Child Development*, 61, 1101-1111.
- Byrne, B. & Shavelson, R. (1996). On the structure of social self-concept for pre-, early-, and late-adolescents: A test of the Shavelson, Hubner and Stanton (1976) model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 599-613.
- Cadoret, R. J., Troughton, E., O'Gorman, T., et al., (1986). An adoption study of genetic and environmental factors in drug abuse. *Arch. Gen. Psychiatry*, 43, 1131-1136.
- Camilleri, C. et al.. (1989). *Stratégies identitaires*. Paris: PUF.
- Campbell, S., Pierce, E., Moore, G., Marakovitz, S., & Newby, K. (1996). Boys' externalizing problems at elementary school age: Pathways from early behavior problems, maternal control, and family stress. *Development and Psychopathology*, 8, 701-719.

- Capuzzi, D., & Lecoq, L. (1983). Social and personal determinants of adolescent use and abuse of alcohol and marijuana. *Personnel Guidance Journal, 62*(4),199-205.
- Caspi, A., Henry, B., McGee, R., Moffitt, T., & Silva, P. (1995). Temperamental origins of child and adolescent behavior problems: From age three to age fifteen. *Child Development, 66*, 55-68.
- Charlton, A. (1984). The Brigantia smoking survey: a general review, in *Public Health Eduaction about Cancer* (Eds. P. Hobbs) UICC Technical Report Series, Geneva, 77, 92-102.
- Charlton, A., Melia. P., & Moyer, C. (1990). *A Manual on Tobacco and Young People for the Industrialised World*. Geneva, International Union Against Cancer.
- Chassin, L., & Barrera, M. (1993). Substance use escalation and substance use restraint among adolescent and children of alcoholics. *Psychology of Adictive Behaviors, 7*(1), 3-20.
- Chassin, L., Pillow, D., Curran, P., Molina, B., & Barrera, M. (1993). Relation of parental alcoholism to early adolescent substance use: A test of three mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 3-19.
- Chilcoat, H., & Anthony, J. (1996). Impact of parental monitoring on initiation of drug use through late childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*(1), 91-100.
- Chilcoat, H., Dishion, T., & Anthony, J. (1995). Parent monitoring and the Incidence of drug sampling in urban elementary school children. *American Journal of Epidemiology, 141*(1), 25-31.

- Chou, S., & Picketing, R. (1992). Early onset of drinking as a risk factor for lifetime alcohol-related problems. *British Journal of Addiction*, 87(8), 1199-1204.
- Christiansen, B., Goldman, M., & Brown, S. (1985). The differential development of adolescent alcohol expectancies may predict adult alcoholism. *Addictive Behaviors*, 10, 299-306.
- Christiansen, B., Goldman, M., & Inn, A., (1982). Development of alcohol-related expectancies in adolescents: Separating pharmacological from social-learning influences, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 336-344.
- Christiansen, B., Smith, G., & Roehling, P. (1989). Using alcohol expectancies to predict adolescent drinking behavior after one year, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 93-99.
- Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (ed.).(1995). *Developmental Psychopathology*. Vol. I e II. New York: John Wiley & Sons.
- Clancy, S., & Dollinger, S. (1993). Identity, self, and personality, I: Identity status and the five-factor model of personality. *Journal of Research on Adolescence*, 3, 227-246.
- Collins, J. (1988). Belief, desire and revision. *Mind*, 97(387), 334-342.
- Collins, W., & Russel, G. (1991). Mother-child and father-child relationships in middle adolescence: A developmental analisis. *Developmental Review*, 11, 99-136.
- Collins, W., Maccoby, E., Steinberg, L., Etherrington, E., & Bornstein, M., (2000). Contemporary research on parenting: The case for nature and nurture. *American Psychologist*, 55, 218-232.
- Conduct Problems Prevention Research Group. (2002). Predictor variables associated with positive Fast Track outcomes at the

end of third grade. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(1): 37-52.

Conger, R., et al. (1994). The family context of adolescent vulnerability and resilience to alcohol use and abuse. *Sociological Studies of Children*, 6, 55-84.

Conrad, K., Flay, B., & Hill, D. (1992). Why children start smoking cigarettes: Predictors of onset. *British Journal of Addiction*, 87, 1711-1724.

Cooper, D. (1971). *A decadência da família*. Lisboa: Portugália Editora.

Cooper, M., Shaver, P., & Collins, N. (1998). Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1380-1397.

Coopersmith, S. (1959). A method for determining types of self-esteem. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59, 87-94.

Cordeiro, J. (1979). *O Adolescente e a família*. Lisboa: Morais Editores.

Cordeiro, M. (1997). *Dos 10 aos 15 anos - Adolescentes e Adolescência (II)*. Lisboa: Margens.

Corrigall, W., Coen, K., Adamson, K. (1994), Self-administered nicotine activates the mesolimbic dopamine system through the ventral tegmental area. *Brain Research*, 8, 278-284.

Couto, A. (2000). Crenças, atitudes e comportamentos na gravidez. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, apresentada à FPCE de Coimbra.

Covey, L., Glassman, A., & Stetner, F. (1998). Cigarette smoking and major depression. *J Addict Dis* 17: 35-46.

- Covington, M. (1989). *Self-esteem and failure in school. The importance of self-esteem*. U. C. Press, Berkeley, C. A. Available from [http:// www.findarticles.com](http://www.findarticles.com)
- Darling, N., & Steinberg. A. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-96.
- De Singly, F. (1998). La fabrique familiale de soi. In *L'Identité – L'individu, le group, la société*. Coord. Jean-Claude Ruano-Borbalan. Auxerre: Sciences Humaines Éditions.
- De Vries, H., & Dijkstra, M. (1994). *The effects of two Dutch Smoking programmes*. Paper presented at the 9<sup>th</sup> World Conference on Tobacco and Health, Paris, 10-14 October.
- DeWit, D., Adlaf, E., Offord, D., & Ogborne, A. (2000). Age at first alcohol use: A risk factor for the development of alcohol disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 157(5), 745-750.
- Dishion, T. & McMahon, R. (1998). Parental monitoring and the prevention of child and adolescent problem behavior: A conceptual and empirical formulation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1, 61-75.
- Donovan, J., & Jessor, R., (1985). Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood, *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 53, 890-904.
- Dornbusch, S., Erikson, K., Laird, J., & Wong, C. (2001) The relation of family and school attachment to adolescent deviance in diverse groups and communities. *Journal of Adolescent Research*, 16, 396-422.
- Dornbusch, S., Ritter, P., Liederman, P., Roberts, D., & Fralrigh, M. (1987). The relation of parenting style to adolescent school performance. *Child Development*, 58, 1244-1257.

- Douvan, E. & Adelson, J. (1966). *The Adolescence Experience*. New York: Wiley.
- Dufor, M. (1996). Risk and benefits of alcohol use over the life span. *Alcohol Health and Research World*, 20(3), 145-151.
- Dusek, J. B., & Flaherty, J. F. (1981). The development of self-concept during the adolescent years. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 46, 45-62.
- Elder, J., & Stern, R. (1986). The ABC's of adolescent smoking prevention: na environment and skills model. *Health Education Quaterly*, 13 (4), 181-191.
- Erikson, E. (1976). *Identidade, Juventude e Crise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- ESPAD (2001). *ESPAD/99 – Síntese dos principais resultados*. IPDT.
- Evans, R. (1976). Smoking in children: developing a social psychological strategy of defence. *Preventative Medicine*, 2, 122-127.
- Fasik, F. (1994). On the "invention" of adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 14, 6-23.
- Feijão, F., & Lavado, E. (2002). *Inquérito Nacional em Meio Escolar-2001: 3º ciclo do Ensino Básico*. Lisboa: IPDT.
- Feldman, S., & Gehring, T (1988). Changing perceptions of family cohesion and power across adolescence. *Child development*, 59, 1034-1045.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1976). Misconceptions about the Fishbein model: reflections on a study by Songer-Nocks. *Journal of Experimental Social Psychology*, 12, 279-284.

- Fishbein, M., & Ajzen, I., (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior*, Addison-Wesley, Reading, Massachusetts.
- Fleming, J., & Watts, W. (1980). The dimensionality of self-esteem: some results from a college sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 921-929.
- Fleming, J., & Courtney, B. (1984). The dimensionality of self-esteem. II: hierarchical facet models for revised measurement scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 404-421.
- Fleming, M. (1992). Autonomia adolescente e atitudes dos pais. *Psicologia*, VIII(3), 301-15.
- Fleming, M. (1993). *Adolescência e Autonomia: O Desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Fletcher, A., Darling, N., Steinberg, L., & Dornbusch, S. (1995). The company they keep: relation of adolescents' adjustment and behavior to their friends' perceptions of authoritative parenting in the social network. *Developmental Psychology*, 31: 300-310.
- Frasquilho, M. A. (1998). Estilo de vida, comportamentos e educação para a saúde. Comportamento - problema e comportamento saudável segundo os adolescentes. *Educação para a Saúde*, 16(1) - JANEIRO/MARÇO.
- Furbey, M. & Beyth-Maron, R. (1992). Risk-taking in adolescence. A decision-making perspective. *Developmental Review*, 12, 1-44.
- Furman, W., & Buhrmester, D. (1992). Age and sex differences in perceptions of networks of personal relationships. *Child Development*, 63, 103-115.
- Gauze, C., Bukowski, W., Aquan-Assee J., & Sippola, L., (1996). Interactions between family environment and friendship and

associations with self-perceived well-being during adolescence. *Child Development*, 67, 2201-2216.

Ge, X., Conger, R., Cadoret, R., Neiderhiser, J., Yates, W., Troughton, E., & Stewart, M. (1996). The developmental interface between nature and nurture: A mutual influence model of child antisocial behavior and parent behaviors. *Developmental Psychology*, 32(4), 574-589.

Gerrard, M., Gibbons, F. X., Benthin, A. C., & Hessling, R. M. (1996). A longitudinal study of the reciprocal nature of risk behaviors and cognitions in adolescents: What you do shapes what you think, and vice versa. *Health Psychology*, 15, 344-354.

Giancola, P., Martin, C., Tarter, R. Pelham, W., & Moss, H. (1996). Executive cognitive functioning and aggressive behavior in preadolescent boys at high risk for substance abuse/dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 352-359.

Gillmore, M. R., Catalano, R. F., Morrison, D. M., et al., (1990). Racial differences in acceptability and availability of drugs and early initiation of substance use. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 16(3&4):185-206

Glantz, M., & Pickens, R. (1992). *Vulnerability to Drug Abuse*. Washington, DC, American Psychological Association.

Glynn, T. J., & Haenlein, M., (1988). Family theory and research on adolescent drug use: A review. *J. Chem. Depend. Treat.* 1, 39-56.

Greenberg, M., Siegel, J., & Leitch, C. (1983). The nature and importance of attachment relationship to parents and peers during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 12, 373-386

- Grotevant, H. & Cooper, C. (1985). Patterns of interaction in family relationships and the development of identity exploration in adolescence. *Child Development, 56*, 415-428.
- Grotevant, H. (1997). Adolescent development in family contexts. In N. Eisenberg (Ed.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 3: Social, emotional, and personality development* (5<sup>th</sup> ed., 1097-1149). New York: Wiley.
- Grotevant, H., & Cooper, C. (1986). Individuation in family relationships: A perspective on individual differences in the development of identity and role-taking skill in adolescence. *Human Development, 29*, 82-100.
- Guisinger, S., & Blatt, S. (1994). Individuality and relatedness: Evolution of a fundamental dialectic. *American Psychologist, 49*, 104-111.
- Haapasalo, J., Tremblay, R. (1994). Aggressive boys from age 6 to 12. Family background, parenting behavior, and prediction of delinquency. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 62*(5), 1944-1052.
- Harold, G., & Conger, R. (1997). Marital conflict and adolescent distress: The role of adolescent awareness. *Child Development, 68*, 333-350.
- Harris, J. (1995). Where Is the Child's Environment? A Group Socialization Theory of Development. *Psychological Review, 102*(3), 458-489.
- Hartup, W., (1996). The company they keep: friendships and their developmental significance. *Child Development, 67*, 1-13.
- Hattie, J. (1992). *Self-Concept*, Hillsdale: Laurence Erlbaum Associates, Publishers.

- Hautefeuille, M., Véléa, D. (2002). *Les Drogues de Synthèse. Que sais-je?* Paris : Press Universitaires de France
- Hawkins, J., Catalano, R., & Miller, J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Hawkins, J., Graham J., Maguin, E., Abbott, R., Hill, K., Catalano, R. (1997). Exploring the effects of age of alcohol use initiation and psychosocial risk factors on subsequent alcohol misuse. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(5), 280-290.
- Hawkins, J., Catalano, R., & Arthur, M. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors* 90(5):1-26.
- Hawkins, J., Catalano, R., Kosterman, R., Abbott, R., & Hill, K., (1999) Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 153: 226-234.
- Health Education Authority (1991). *Health Update 2: Smoking*. Hamilton House, London.
- Hetherington, E. M., & Martin, B. (1986). Family interaction. In H. S. Quay & J. S. Werry (Eds.), *Psychopathological disorders of childhood* (3rd ed., pp. 332-390). New York: Wiley.
- Hill, J. (1983). Early adolescence: A framework. *Journal of Early Adolescence*, 3, 1-21.
- Hill, M. & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo

- Hogue, A., & Steinberg, L., (1995). Homophily of internalized distress in adolescent peer groups. *Developmental Psychology, 31*, 897-906.
- Holly, W. (1987). Self-esteem: Does it contribute to students' academic success? Oregon School Study Council. Univ. of Oregon. Available from [http:// www.findarticles.com](http://www.findarticles.com)
- Holmbeck, G., & Hill, J. (1988). Storm and stress beliefs about adolescence: prevalence, self-reported antecedents, and effects of an undergraduate course. *Journal of Youth and Adolescence, 17*, 285-306.
- Hops, H., Davis, B., & Lewin, L. M. (1999). The development of alcohol and other substance use: A gender study of family and peer context. *Journal of Studies on Alcohol (Supplement): 22-31*.
- Hundleby, J. & Mercer, G. (1987). Family and friends as social environments and their relationship to young adolescents' use of alcohol, tobacco, and marijuana. *Journal of Marriage and the Family, 49*,151-164.
- Ialongo, N., Werthamer, L., Kellam, S., Brown, C., Wang, S., & Lin, Y. (1999). Proximal impact of two first-grade preventive interventions on the early risk behaviors for later substance abuse, depression, and antisocial behavior. *American Journal of Community Psychology, 27*: 599-641.
- Jacob, T., Johnson, S. (1997). Parenting influences on the development of alcohol abuse and dependence. *Alcohol Health and Research World, 21*(3), 204-209.

- Jessor, R. (1992). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Developmental Review*, 12, 374-390.
- Jessor, R., Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F., & Turbin, M., (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 33, 923-933.
- Jessor, R., Turbin, M., & Costa, F. (1998). Protective factors in adolescent health behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 788-800.
- Johnson, H., & Johnson, P. (1995). Children's alcohol-related cognitions: Positive versus negative alcohol effects. *Journal of Alcohol & Drug Education*, 40, 1-12.
- Johnston, L., Bachmann, J., & O'Malley, P. (1992). Monitoring the future: questionnaire responses from the nation's high school seniors 1989. Ann Arbor: University of Michigan Institute for Social Research. Available from [http:// www.findarticles.com](http://www.findarticles.com)
- Johnston, L., O'Malley, P., & Bachman, J. (1995), National Survey Resultson Drug Use From the Monitoring the Future Study: 1975-1994, Vol 1: Secondary School Students. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Johnston, L., O'Malley, P., Bachman, J., (1997). National Survey Results on Drug Use From the Monitoring the Future Study, 1975-1995. Rockville, Md, National Institute on Drug Abuse, 1997
- Jorm, A., Rodgers, B., Jacomb, P., Christensen, H., Henderson, S., Korten, A., (1999). Smoking and mental health: results from a community survey. *Med J Aust* 170, 74-77.

- Kandel, D. & Andrews, K. (1987). Processes of adolescent socialization by parents and peers. *International Journal of the Addictions*, 22(4), 319-342.
- Kandel, D. (1978). Similarity in real-life adolescent friendship pairs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36(3), 306-312.
- Kandel, D. (1980). Drug and drinking behavior among youth. *Annual Review of Sociology*, 6, 235-285.
- Kandel, D., & Logan, J. (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood, I: Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation. *American Journal of Public Health*, 74, 660-666.
- Kandel, D., Davies, M., (1982), Epidemiology of depressive mood in adolescents: an empirical study. *Arch Gen Psychiatry*, 39, 1205-1212.
- Kandel, D., Yamaguchi, K., & Tarter, R. (1992). Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: Further evidence for the gateway theory. *Journal of Studies on Alcohol*, 53 (5), 447-457.
- Kann, L., Warren, C., Harris, W., Collins, J., Williams, B., Ross, J., & Kolbe, L. (1996). Youth risk behavior surveillance - United States. *Mortality and Morbidity Weekly Reports*, Sep 45(SS-4), 1-84.
- Keefe, K., (1994). Perceptions of normative social pressure and attitudes toward alcohol use: Changes during adolescence, *Journal of Studies on Alcohol*, 55(1), 46-54.
- Kelder, S., Perry, C., Klepp, K. & Lytle, L. (1994). Longitudinal tracking of adolescent smoking, physical activity, and food choice behaviors. *American Journal of Public Health*, 84, 1121-1126.

- Kendler, K., Neale, M., Sullivan, P., Corey, L., Gardner, C., & Prescott, C. (1999). A population-based twin study in women of smoking initiation and nicotine dependence. *Psychol. Med.* 29, 299-308.
- Kenny, M., & Donaldson, G. (1991). Contributions of parental attachment and family structure to the social and psychological functioning of first-year college students. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 479-486.
- Keny, M. (1987). The extent and function of parental attachment among first year college students. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 17-27.
- Kimberley, A., Geri, A., & Aiman, M. (1998). Smoking and stress among rural adolescents: The gender factor. *American Journal of Health Studies*, 14(4), 183-193.
- King, K. (1997). Self-concept and self-esteem: A clarification of terms. *The Journal of School Health*, 67(2), 68-70.
- Klaczynski, P., & Gordon, D. (1996). Everyday statistical reasoning during adolescence and young adulthood: motivational, general ability, and developmental influences. *Child Development*, 67, 2873-2891.
- Klaczynski, P., & Narasimham, G. (1998). Representation as mediators of adolescent deductive reasoning. *Developmental Psychology*, 34, 865-881.
- Kochanska, G. (1993). Toward a synthesis of parental socialization and child temperament in early development of conscience. *Child Development*, 64:325-347.
- Kochanska, G., & Aksan, N. (1995). Mother-child mutually positive affect, the quality of child compliance to requests and

prohibitions, and maternal control as correlates of early internalization. *Child Development*, 66, 236-54.

Koopman et al. (1994). Alcohol and drug use and sexual behaviors placing runaways at risk for HIV infection. *Addictive Behaviors*, 19(1), 95-103.

Kosterman, R., Hawkins, J., Haggerty, K., Spoth, R., & Redmond, C. (2001). .Preparing for the Drug Free Years: Session-specific effects of a universal parent-training intervention with rural families. *Journal of Drug Education*, 31(1): 47-68.

Laing, R. (1971). *Le soi et les autres*. Paris: Gallimard.

Lamborn, S., Mounts, N., Steinberg, L., & Dornbusch, S. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families, *Child Development*, 62,1049-1065.

Lapsley, D., Enright, R., & Serling, R. (1985). Toward a theoretical perspective on the legislation of adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 5, 441-466.

Larson, R. & Richards, M. (1991). Daily companionship in late childhood and early adolescence: Changing developmental contexts. *Child Development*, 62, 284-300.

Larson, R., Richards, M., Moneta, G., & Holmbeck, G. (1996). Changes in adolescents' daily interactions with their families from ages 10 to 18: Disengagement and transformation. *Developmental Psychology*, 32, 744-754.

Lasko, D., Field, T., Gonzalez, K., Harding, J., Yando, R., & Bendell, D., (1996). Adolescent depressed mood and parental unhappiness. *Adolescence*, 31, 49-57.

- Laub, J., & Sampson, R. (1988). Unraveling families and delinquency: A reanalysis of the Gluccks' data. *Criminology*, 26(3), 355-380.
- Laufer, M. (1989). *Adolescence et rupture du développement*. Paris : PUF.
- Lavik, N. (1987). Drug abuse among junior high school students in Norway: Drug and alcohol abuse in children and adolescents. *Pediatrician*, 14, 46-50.
- Lecomte, J. (1998). Le soi, de l'enfant à l'age adulte, in *L'identité: l'individu, le groupe, la société*. Ruano-Borbalan (Coord.). Auxerre: Sciences Humaines éditions (31-34).
- L'Écuyer, R. (1994). *Le Développement du concept de soi, de l'enfance à la vieillesse*. Montréal: Presse Universitaire de Montréal.
- Lehto, J. (1997). Alcohol and the future health of Europe. *Addiction*, 92 (Suplement 1), S91-S96.
- Lenhart, L., & Rabiner, D. (1995). An integrative approach to the study of social competence in adolescence. *Child Development*, 60, 25-49.
- Lerner, R. (1998). Adolescent development: challenges and opportunities for research, programs and policies. *Annual Revue of Psychology*.
- Lerner, R., & Spanier, G. (1980). *Adolescent development - a life-span perspective*. New York: McGraw-Hill.
- Leung, J.-P., & Leung, K. (1992). Life satisfaction, self-concept, and relationship with parents in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 21, 653-665.

- Leventhal, H., Cleary, P. (1980). The smoking problem: a review of the research and theory in behavioural risk modification. *Psychological Bulletin*, 88, 370-405.
- Levitt, M., Guacci-Franco, N, & Levitt, J., (1993). Convoys of social support in childhood and early adolescence: structure and function. *Developmental Psychology*, 29, 811-818.
- Lieberman, M., Doyle, A., & Markiewicz, D. (1999). Developmental patterns in security of attachment to mother and father in late childhood and early adolescence: associations with peer relations. *Child Development*, 70, 202-213.
- Lima, L. (1999). A prevenção do Tabagismo na Adolescência, in L. B. Sardinha, M.G.Matos, & I. Loureiro (Eds.), *Promoção da saúde: modelos e políticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*, pp. 123-161. Lisboa: Edições FMH.
- Lima, M. L. (1996). Atitudes, in Vala, J., e Monteiro, M. (Org.) *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lo, S. K., et al. (1993). Adolescent cigarette consumption: the influence of attitudes and peer drug use. *The International Journal of the Adolescence*, 28(14), 1515-1530.
- Loeber, R., & Hay, D. (1997). Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annual Review of Psychology*, 48, 371-410.
- Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (1986). Family factors as correlates of predictors of juvenile conduct problems and delinquency. In M. Tonry & N. Morris (Eds.), *Crime and justice* (Vol. 7, 29-149). Chicago: University of Chicago Press.

- Loeber, R., Green, S., Lahey, B., & Stouthamer-Loeber, M. (1990). Optimal informants on childhood disruptive behaviors. *Development and Psychopathology, 1*, 317-337.
- Lopez, F., Manus, M., Hunton-Shoup, J., & Watkins, C. (1992). Conflictual independence, mood regulation, and generalized self-efficacy: Test of a model of late-adolescent identity. *Journal of Counseling Psychology, 39*, 375-381.
- Luís, H. (1988). Estudo dos hábitos tabágicos em adolescentes escolarizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 6* (12), 49-55.
- Maccoby, E. (1992). The role of parents in the socialization of children: An historical overview, *Developmental Psychology, 28*, 1006-1017.
- Maccoby, E., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction, in P. H., Mussen (Ed.) *Handbook of Child Psychology*. New York: Wiley.
- Machado, A., Vicente, P., & Barros, H. (1995). Adolescentes fumadores em escolas fumadoras. *Saúde em Números-DGS 10*(3), 17-19.
- Maddux, J., & Desmond, P. (2000). Addiction or dependence? *Addiction, 95*(5), 661-665.
- Marcia, J. (1966). Development and validation of ego identity status. *Journal of Personality and Social Psychology, 3*, 551-558.
- Marcia, J. (1980). Identity in Adolescence. In J. Adelson, (Ed.) *Handbook of Adolescent Psychology*. New York: John Wiley.
- Marcia, J. (1986). Clinical implications of the identity status approach within psychosocial development theory. *Cadernos de Consulta Psicológica, 2*, 23-34.

- Margulies, R. Z., et al. (1977). A longitudinal study of onset of drinking among high-school students. *Journal of Studies on Alcohol*, 38(5): 897-912. Available from [http:// www.findarticles.com](http://www.findarticles.com)
- Markus, H., & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: a social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, 38, 299-337.
- Marsh, H. (1989). Age and sex effects in multiple dimensions of self-concept: Preadolescence to early adulthood. *Journal of Educational Psychology*, 81, 417-430.
- Martin, C., Langenbucher, J., Kaczynski, N., & Chung, T. (1996). Staging in the onset of DSM-IV alcohol symptoms in adolescents: Survival analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 549-558.
- Mâsse, L., & Tremblay, R. (1997). Behavior of boys in kindergarten and the onset of substance use during adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 54, 62-68.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Matos, M., & Carvalhosa, S. (2001). Os jovens portugueses e o consumo de drogas. 1, 2. Lisboa: FMH /PEPT /GPT.
- Matos, M., & Carvalhosa, S. (2001). Quem afinal experimenta drogas em Lisboa?. 1, 1.Lisboa: FMH /PEPT /GPT.
- Matos, M., & Carvalhosa, S. (2001). Saúde mental e mal estar físico na idade escolar. 3, 1. Lisboa: FMH /PEPT /GPT.
- Matos, M., & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)* Lisboa: Edições FMH.

- Matos, M., Carvalhosa, S., Reis, C., & Dias, S. (2001). Os jovens portugueses e o álcool. 7, 1. Lisboa: FMH /PEPT /GPT.
- Matos, M., Carvalhosa, S., Vitória, P., & Clemente, M. (2001). Os jovens portugueses e o tabaco. 6, 1. Lisboa: FMH /PEPT /GPT /CPT.
- Matos, M., Simões, C., & Carvalhosa, S. (Eds.). (2000). Desenvolvimento de competências de vida na prevenção do desenvolvimento social. IRS – MJ.
- Matos, M., Simões, C., Canha, L., & Carvalhosa, S. (2000). Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses. Lisboa: FMH /PPES.
- Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S., & Canha, L. (2001). A saúde dos adolescentes de Lisboa. Lisboa: FMH /PEPT /GPT.
- McNeill, A., Jarvis, M., Stapleton, J., et al. (1989), Prospective study of factors predicting uptake of smoking in adolescence. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 44, 72-78.
- McNelles, L., Connolly, J. (1999). Intimacy between adolescent friends: age and gender differences in intimate affect and intimate behaviors. *Journal of Research on Adolescence*, 9, 143-59.
- Mead, M. (1928). *Coming of age in Samoa*. New York: Morrow.
- Medeiros, M. T. (coord.) (2000). *Adolescência: abordagens, investigações e contextos de desenvolvimento*. Ponta Delgada: DRE.
- Miller, P., Smith, G., & Goldman, M. (1990). Emergence of alcohol expectancies in childhood: A possible critical period, *Journal of Studies on Alcohol*, 51(4), 343-349.

- Miller, R. (1988). Positive self-esteem and alcohol/drug related attitudes among school children. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 33, 26-31.
- Miller, S. & Slap, G. (1989). Adolescent smoking: a review of prevalence and prevention. *Journal of Adolescent Health Care*, 10: 129-132.
- Moffitt, T. (1993). Adolescence-limited and life course persistent antisocial behavior. A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- Montemayor, R. & Brownlee, J. (1987). Fathers, Mothers and Adolescents: Gender-based differences in parental roles during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(3), 281-291.
- Montemayor, R. (1986). Family variation in parent-adolescent storm and stress. *Journal of Adolescent Research*, 1, 15-31.
- Moore, S. M., Gullone, E., & Kostanski, M. (1997). An examination of adolescent risk-taking using a story completion task. *Journal of Adolescence*, 20, 369-379.
- Morrison, D., Simpson, E., Gillmore, M., & Wells, E. (1996). Children's decisions about substance use: An application and extension of the theory of reasoned action, *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 658-1679.
- Mounts, N., & Steinberg, L. (1995). An ecological analysis of peer influence on adolescent grade point average and drug use. *Developmental Psychology*, 31, 915-922.
- Murphy, J. et al. (1998). The Family APGAR and psychosocial problems in children: a report from ASPN and PROS. *Journal of Family Practice*, January, 46 (1), 54-64.

- Murphy, P. (1999) Teen smokers tell their tales. *Current Health* 2(36), 16-19.
- Mussen, P., Conger, J., & Kagan, J. (1977). *Desenvolvimento e Personalidade da Criança*. S. Paulo : Harbra.
- Nada-Raja, S., McGee, R. & Stanton, W. (1992). Perceived attachments to parents and peers and psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 21, 471-485.
- Needle, R., McCubbin, H., Wilson, M., Reineck, R., Lazar, A., & Mederer, H. (1986). Interpersonal influences in adolescent drug use – The role of older siblings, parents and peers. *International Journal of Addiction*. Available from [http:// www.findarticles.com](http://www.findarticles.com).
- Negreiros de Carvalho, J. (1991). *Prevenção do abuso do álcool e drogas nos jovens*. Porto: INIC
- Negreiros de Carvalho, J. (1995). Avaliação dos programas de prevenção do abuso de drogas: Resultados de três décadas de investigação *Psicologia*, X(3), 144-54.
- Nelson, C. B., & Wittchen, H. U. (1998). DSM-IV Alcohol disorders in a general population sample of adolescents and young adults. *Addiction*, 93(7): 1065-1077.
- Newcomb, M., Huba, G., & Bentler, P. (1983). Mother's influence on drug use of their children. Confirmatory tests of direct modelling and mediational theories. *Developmental Psychology*, 19, 714-726.
- Niemi, P. (1988). Family interaction patterns and the development of social conceptions in the adolescent. *Journal of Youth and Adolescence*, 17(5), 429-444.

- Noll, R., Zucker, R., & Greenberg, G. (1990). Identification of alcohol by smell among preschoolers: Evidence for early socialization about drugs occurring in the home, *Child Development*, 61, 1520-1527.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores – Manuais Universitários, 11.
- Oliveira, J. & Oliveira, M. (1996). *Psicologia da Educação Familiar*. Coimbra: Livraria Almedina.
- O'Malley, P.M., Johnston, L., & Bachman, J. G. (1998). Alcohol use among adolescents. *Alcohol Health and Research World*, 22(2), 85-93.
- Pagani, L., Tremblay, R., Vitaro, F., Kerr, M., & McDuff, P. (1998). The impact of family transition on the development of delinquency in adolescent boys: A 9-year longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 489-499.
- Page, P. (1997). Addiction History - E.M. Jellinek and the evolution of alcohol studies: a critical essay. *Addiction*, 92(12), 1619-1637.
- Parker, J., G., Rubin, K., Price, J., & DeRosier, M. (1995). Peer Relationships, Child development, and Adjustment: A developmental Psychopathology Perspective, in *Developmental Psychopathology*. Cicchetti, D. & Cohen, D. (eds). Vol.2 New York: John Wiley & Sons
- Paterson, J., Field, J., & Pryor, J. (1994). Adolescents' perceptions of their attachment relationships with their mothers, fathers, and friends. *Journal of Youth and Adolescence*, 23, 579-600.
- Paterson, J., Pryor, J., & Field, J. (1995). Adolescent attachment to parents and friends in relation to aspects of self-esteem. *Journal of Youth and Adolescence*, 24, 365-376.

- Patterson, G., & Dishion, T. (1985). Contributions of families and peers to delinquency. *Criminology*, 23, 63-79.
- Patterson, G., & Stouthamer-Loeber, M. (1984). The correlation of family management practices and delinquency. *Child Development*, 55, 1299-1307.
- Paulson, S., & Spota, C. (1996). Patterns of parenting during adolescence: Perceptions of adolescents and parents. *Adolescence*, 31(122), 369-381.
- Peixoto, F. & Mata, L. (1993). Efeitos da idade, sexo e nível sócio-económico no auto-conceito. *Análise Psicológica*, 3 (XI), 401-13.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2000). *Análise de Dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Peterson, P., Hawkins, J., Abbot, R., Catalano, R. (1994). Disentangling the effects of parental drinking, family management, and parental alcohol norms on current drinking by black and white adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 2, 203-227.
- Pettit, G., Bates, J., Dodge, K., & Meece, D. (1999). The impact of after-school peer contact on early adolescent externalizing problems is moderated by parental monitoring, perceived neighborhood safety, and prior adjustment. *Child Development*, 70, 768-778.
- Precioso, J. A. G. (1999). *Educação para a saúde na escola: um estudo sobre a prevenção do hábito de fumar*. Braga: Livraria Minho
- Prescott, C. A., Kendler, K. S. (1995). Twin study design. *Alcohol Health and Research World*, 19(3), 200-221.

- Quadrel, M., Fischhoff, B., & Davis, W. (1993). Adolescent (in)vulnerability. *American Psychologist*, 48, 102-116.
- Quigley, L. A., Marlatt, G. A. (1996). Drinking among young adults. *Alcohol Health and Research World*, 20(3), 185-191.
- Quinton, D., Pickles, A., Maughan, B. & Rutter, M. (1993). Partners, peers, and pathways: Assortative pairing and continuities in conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 763-783.
- Rae, W. A. (2001). Common Teen-Parent Problems, in Walker, C., E., & Roberts, M., C. (ed.). *Handbook of Clinical Child Psychology*, 3rd New York: John Wiley & Sons.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa, Universidade Aberta.
- Reese, F., Chassin, L., & Molina, B. (1994). Alcohol expectancies in early adolescents: Predicting drinking behavior from alcohol expectancies and parental alcoholism, *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 276-284.
- Regis, D. (1990). *Self-concept and conformity in theories of health education*. Exeter: School of Education. (Tese de doutoramento).
- Reymond-Rivier, B. (1973). *O desenvolvimento social da criança e do adolescente*. Lisboa, Aster, 2ª edição.
- Ribeiro, J. L. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Rice, K. (1990). Attachment in adolescence: A narrative and meta-analytic review. *Journal of Youth and Adolescence*, 19, 511-538.
- Robins, L.N.; Przybeck, T.R. Age of Onset of Drug Use as a Factor in Drug and Other Disorders. In *Etiology of Drug Abuse*:

---

Implications for Prevention; Jones, C.L., Battjes, R.J., Eds.; *National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series*; National Institute on Drug Abuse: Rockville, MD, 1985; Vol. 56, 178-192.

Robinson, L., Klesges, R., Zbikowski, S., Galser, R. (1997), Predictors of risk for different stages of adolescent smoking in a biracial sample. *J Consult Clinic Psychol*, 65, 653-662.

Room, R. (1997). Alcohol, the individual and society: what history teaches us. *Addiction*, 92 (Supplement 1): S7-S11.

Rosenberg, M. (1979). *Conceiving The Self*. New York, Basic Books.

Rothbart, M., & Ahadi, S. (1994). Temperament and the development of personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 55-66.

Royal College of Physicians (1992). *Smoking and the Young*. A report of a working party of the Royal College of Physicians. London:RCP.

Ruano-Borbalan (coord.). (1998). *L'identité: l'individu, le groupe, la société*. Auxerre: Sciences Humaines Éditions

Rutter, M., Dunn, J., Plomin, R., Simonoff, E., Pickles, A., Maughan, B., Ormel, J., Meyer, J. & Eaves, L. (1997). Integrating nature and nurture: Implications of person-environment correlations and interactions for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 9, 335-364.

Rutter, M., Graham, P., Chadwick, O. F. D., & Yule, W. (1976). Adolescent turmoil: Fact or fiction? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17, 35-56.

Ryan, R., & Lynch, J. (1989). Emotional autonomy versus detachment: revisiting the vicissitudes of adolescence and young adulthood. *Child Development*, 60, 340-356.

- Rydelius, P. (1983). Alcohol abusing teenage boys: Testing a hypothesis on the relationship between alcohol and social background factors, criminality and personality in teenage boys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63, 368-380
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho: o adolescente e o suicídio*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sarafino, E. (1998). *Health Psychology - Biopsychosocial Interactions*. 3<sup>rd</sup>. Edition. New York: Wiley.
- Sargent, J. (2001). Does parental disapproval of smoking prevent adolescents from becoming established smokers? *Pediatrics*, Dec.
- Scaramella, L. V. , Conger, R. D., & Simons, R. L. (1999). Parental protective influences and gender-specific increases in adolescent internalizing and externalizing problems. *Journal of Research on Adolescence*, 9(2), pp. 111-141.
- Schaefer, E. (1959). A circumplex model of maternal behavior. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59, 226-236.
- Schafer, J., & Leigh, B. C. (1996). A comparison of factor structures of adolescent and adult alcohol effect expectancies. *Addictive Behaviors*, 21, 403-408.
- Scheier, L., Botvin, G., Diaz, T., & Griffin, K., (1999). Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. *Journal of Drug Education*, 29(3): 251-278.
- Scheirer, M. & Kraut, R. (1979). Increasing educational achievement via self concept change. *Review of Educational Research*, 49(1), 131-150.

- Schwartz, G., & Weiss, S. (1978). Behavioral medicine revisited: An amended definition. *Journal of Behavioural Medicine*, 1, 249-251
- Severson, H. H., Slovic, P., & Hamson, S. (1993). Adolescents' perception of risk: Understanding and preventing high risk behavior. *Advances in Consumer Research*, 20, 177-182.
- Severson, H. H., Slovic, P., & Hamson, S. (1993). Adolescents' perception of risk: Understanding and preventing high risk behavior. *Advances in Consumer Research*, 20, 177-182.
- Sher, K. J. (1997). Psychological characteristics of children of alcoholics. *Alcohol Health and Research World*, 21, 247-254.
- Shulman, S., Laursen, B., Kalman, Z., Karpovsky, S. (1997). Adolescent intimacy revisited. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 597-617.
- Siddique, C., & D'Arcy, C. (1984). Adolescence, stress and psychological wellbeing. *Journal of Youth and Adolescence*, 13, 459-473.
- Small, S., Silverberg, S., & Kerns, D. (1993). Adolescents' perceptions of the costs and benefits of engaging in health-compromising behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 22, 73-87.
- Smetana, J. (1988). Adolescents' and parents' conceptions of parental authority. *Child Development*, 59, 321-335.
- Smetana, J. (1989). Adolescents' and parents' reasoning about actual family conflict. *Child Development*, 60, 1052-1067.
- Smetana, J. (1995). Parenting styles and conceptions of parental authority during adolescence. *Child Development*, 66, 299-316.
- Smith, A., & Rosenthal, D. (1995). Adolescents' perceptions of their risk environment, *Journal of Adolescence*, 18, 229-245.

- Smith, G., & Goldman, M. (1994). Alcohol expectancy theory and the identification of high-risk adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 4(2), 229-247.
- Smith, G., & Paternoster, R. (1987). The gender gap in theories of deviance: Issues and evidence. *Journal of Research on Crime and Delinquency*, 24(2), 140-172.
- Smith, G., Goldman, M., Greenbaum, P., et al. (1995). Expectancy for social facilitation from drinking: The divergent paths of high-expectancy and low-expectancy adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 32-40.
- Sprinthal e Collins (1994). *Psicologia do Adolescente, uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Steffenhagen, R., & Burns, J. (1987). *The Social Dynamics of self-esteem*. N.Y.: Praeger.
- Steinberg, L. & Silverberg, S. (1986). The vicissitudes of autonomy. *Child Development*, 57, 841-850.
- Steinberg, L. (1981). Transformation in family relations at puberty. *Developmental Psychology*, 6(17), 833-840.
- Steinberg, L. (1987). Impact of puberty on family relations: Effects of pubertal status and pubertal timing. *Developmental Psychology*, 23, 451-460.
- Steinberg, L. (1987). Single parents, stepparents and the susceptibility of adolescents to antisocial peer pressure, *Child Development*, 58, 269-275.
- Steinberg, L. (2002). *Adolescence*. New York: McGraw-Hill.

- Steinberg, L., Elmen, J., & Mounst, N. (1989). Authoritative parenting, psychosocial maturity, and academic success among adolescents. *Child Development, 60*, 1424-1436.
- Steinberg, L., Elmen, J., & Mounts, N. (1989). Authoritative parenting, Psychosocial maturity and academic success among adolescents, *Child Development, 60*, 1424-1436.
- Steinberg, L., Fletcher, A., & Darling, N. (1994). Parental monitoring and peer influences on adolescent substance use. *Pediatrics, 93*(6), 1060-1064.
- Steinberg, L., Lamborn, S., Darling, N., Mounts, N., & Dornbusch, S. (1994). Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development, 65*, 754-770.
- Steinberg, L., Lamborn, S., Doornbusch, S. & Darling, N. (1992). Impact of parenting practices on adolescent achievement: Authoritative parenting, school involvement, and encouragement to succeed. *Child Development, 63*, 1266-1281.
- Steinberg, L., Mounts, N., Lamborn, S., & Dornbusch, S. (1991). Authoritative parenting and adolescent adjustment across various ecological niches. *Journal of Research on Adolescent, 1*, 19-36.
- Stepney, R. (1981). Habits and addictions. *Bulletin of the British Psychological Society, 34*, 233-232.
- Stephoe, A. & Wardle, J. (1996). The european health and behaviour survey: The development of an international study in health psychology. *Psychology of Health, 11*, 49-73.
- Stephoe, A., Wardle, J., Smith, H., Koop, M., Skrabski, A., Vinck, J., & Zotti, A. (1995). Tobacco smoking in young adults from 21

European countries: Association with attitudes and risk awareness. *Addiction*, 90, 571-582.

Stice, E., Barrera, M. (1995), A longitudinal examination of the reciprocal relations between perceived parenting and adolescents' substance use and externalizing behaviors. *Developmental Psychology*, 31, 322-334.

Stipek, D., Gralinski, H., & Kopp, C. (1990). Self-concept development in the toddler years. *Developmental Psychology*, 26, 972-977.

Strickland, B., & Crowne, D. (1962). Conformity under conditions of simulated group pressure as a function of the need for social approval. *Journal of Social Psychology*, 28, 171-181.

Stroker, A., & Swadi, H., (1990). Perceived family relationships in drug abusing adolescents, *Drug Alcohol Depend.* 25, 293-297

Sullivan, K. & Sullivan, D. (1980). Adolescent-parent separation. *Developmental Psychology*, 16, 93-99.

Susman, S., Dent, C., McAdams, L., Stacy, A., Burton, D., & Flay, B. (1994). Group self-identification and adolescent cigarette smoking: a 1-year prospective study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 103, 576-580.

Tate, T. (2001). Peer influences and positive cognitive restructuring. *Reclaiming Children and Youth*, 9(4), 215-218.

Thornton, A., Orbus, T., & Axinn, W. (1995). Parent-child relationships during the transition to adulthood. *Journal of Family Issues*, 16, 538-564.

Tolson, J., & Urberg, K. (1993). Similarity between best friends. *Journal of Adolescent Research*, 8, 274-288.

- Tomkiewicz, S. (1980). *Adaptar, Marginalizar ou Deixar Crescer*. Lisboa: A Regra do Jogo.
- Trindade, I. & Correia, R. (1999). Adolescentes e álcool - estudo do comportamento de consumo de álcool na adolescência. *Análise Psicológica*, XVII(3). ISPA.
- Tubman, J., Vicary, J., von Eye, A., Lerner, J. (1990). Longitudinal substance use and adult adjustment. *Journal of Substance Abuse* 2 (3), 317-334.
- Urberg, K., Degirmencioglu, S., & Pilgrim, C. (1997). Close friend and group influence on adolescent cigarette smoking and alcohol use. *Developmental Psychology*, 33, 834-844.
- Vaillant, G. E., Hiller-Sturmhofel, S. (1996). The Natural History of alcoholism. *Alcohol Health and Research World*, 20 (3), 152-161.
- Valleur, M. & Matysiak, J-C. (2002). *Les addictions - dépendances, toxicomanies: repenser la souffrance psychique*. Paris: Armand Colin.
- Van Wel, F., Linssen, H., & Abma, R. (2000). The parental bond and the well-being of adolescents and young adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 307-318.
- Veiga, F. (1987). Autoridade paterna, auto-conceito e rendimento escolar. In J. Cruz, R. Gonçalves, & P. Machado (Eds.), *Psicologia e Educação-Investigação e Intervenção*. Porto: APP, 257-266.
- Veiga, F. (1989). Escala de autoconceito: adaptação portuguesa do "Piers Harris Children's self-concept-scale. *Psicologia*, VII(3), 275-284.
- Veiga, F. (1995). *Transgressão e autoconceito dos jovens na escola*. Lisboa, Fim de Século. Margens

- Wada, K., & Fukui, S. (1994). Prevalence of tobacco smoking among junior high school students in Japan and background life styles of smokers. *Addiction, 89*, 331-343.
- Walker, C., E., & Roberts, M., C. (ed.).(2001). *Handbook of Clinical Child Psychology*, 3rd ed. New York: John Wiley & Sons.
- Wang, M., Fitzhugh, E., Eddy, J., Fu, Q. (1997). Social influences on adolescents' smoking progress: A longitudinal analysis. *American Journal of Health Behavior, 21*, 111-117.
- Wang, M., Fitzhugh, E., Westerfird, R., Eddy, J. (1995). Family and peer influences on smoking behavior among American adolescents: An age trend. *Journal of. Adolescence Health, 16*, 200-203.
- Webster, R., Hunter, M., Keats, J. (1994). Peer and parental influences on adolescents' substance use: A path analysis. *International Journal of the Addictions, 29(5)*, 647-657.
- Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*: 715-730.
- Webster-Stratton, C., Reid, J., & Hammond, M. (2001). Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*: 282-302.
- Wenk, D., Hardesty, C., Morgan, C., & Blair, S. (1994). The influence of parental involvement on the well-being of sons and daughters. *Journal of Marriage and the Family, 56*, 229-234.
- Wentzel, K., & Asher, S. (1995). The academic lives of neglected, rejected, popular, and controversial children, security in infancy

and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Development, 66*, 754-763.

Wentzel, K., & Caldwell, K. (1997). Friendships, peer acceptance, and group membership: Relations to academic achievement in middle school. *Child Development, 68*, 1198-1209.

Whitbeck, L., Conger, R., & Kao, M-Y. (1993). The influence of parental support, depressed affect, and peers on the sexual behaviors of adolescent girls. *Journal of Family Issues, 14*, 261-278.

Wills, T., DuHamel, K., & Vaccaro, D. (1995). Activity and mood temperament as predictors of adolescent substance use. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*, 901-916.

Wills, T., Sandy, J., & Yaeger, A. (2000). Temperament and early onset of substance use: An epigenetic approach to risk and protection. *Journal of Personality, 68*, 1127-1152.

Wills, T., Sandy, J., Shinar, O. & Yaeger, A. (1999). Contributions of positive and negative affect to adolescent substance use: Test of a bidimensional model in a longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors, 13*, 327-338.

Wills, T., Sandy, J., Yaeger, A., Cleary, S., & Shinar, O. (2001). Coping dimensions, life stress and adolescent substance use. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(2), 309-323.

Wills, T., Sandy, J., Yaeger, A., Shinar, O. (2001). Family risk factors and adolescent substance use: moderation effects for temperament dimensions. *Developmental Psychology, 37*(3), 283-297.

Wills, T., Windle, M. & Cleary, S. (1998). Temperament and novelty-seeking in adolescent substance use: Convergence of dimensions of temperament with constructs from Cloninger's

theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 387-406.

Windle, M. (1996). Effect of parental drinking on adolescents. *Alcohol Health and Research World*, 20(3), 181-184.

Windle, M., Miller-Tutzauer, C., Domenico, D. (1992). Alcohol use, suicidal behavior, and risky activities among adolescents, *Journal of Research on Adolescence*, 2(4), 317-330.

Yamaguchi, K., & Kandel, D. (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: II. Sequences of progression. *American Journal of Public Health*, 74, 688-762.

Zazzo, R. (1966). *La Psychologie Différentielle des Adolescents*. Paris: P.U.F.

Zhang, L. et al. (1997). Peer and parental influences on male adolescent drink. *Substance Use & Misuse*, 32(14), 2121-2136.

Zhang, Q., Loeber, R., & Southamer-Loeber, M, (1997). Developmental trends of delinquent attitudes and behaviors: Replications and synthesis across domains, time, and samples. *Journal of Quantitative Criminology*, 13, 181-215.

Zorich, S., & Reynolds, W. (1988). Convergent and discriminant validation of a measure of social concept. *Journal of Personality Assessment*, 52, 441-453.

Zucker, R., Fitzgerald, H. (1991). Early developmental factors and risk for alcohol problems. *Alcohol Health and Research World*, 15, 18-24.

**Disponível a partir de http:**

Adalbjarnardotir, S. (2002). Adolescent psychosocial maturity and alcohol use: Quantitative and qualitative analysis of longitudinal data. *Adolescence*, Spring. Disponível a partir de <http://www.findarticles.com>

Adelson, J. (1979). The generalization gap. *Psychology Today*, January: 33-37. Disponível a partir de <http://www.findarticles.com>

Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*. Disponível a partir de <http://www.findarticles.com>

Calafat, A. (coord.). (1999). *Night life in Europe and recreative drug use*. Sonar 98. Palma de Maiorca. IREFREA. Disponível a partir de <http://www.irefrea.org>

CDC – Centers for Disease Control and Prevention (2003). Tobacco use among middle and high school students. *MMRV Highlights*. Disponível a partir de <http://www.cdc.gov>

Dawes, M. (1999). Family and peer correlates of behavioral self-regulation in boys at risk for substance abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, May. Disponível a partir de <http://www.findarticles.com>

Forehand, R. (1998). Cumulative risk across family stressors: short-and long-term effects for adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, April. Disponível a partir de <http://www.findarticles.com>

Gillmore, M. (1998). Children's beliefs about drinking. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, Feb. Disponível a partir de <http://www.findarticles.com>

- Gossop, M. (1976) Drug dependence and self-esteem. *International Journal of Addictions*, 11. Disponível a partir de <http://www.findarticles.com>
- Izenwasser, S., Jacocks, H., Rosenberger, J., & Cox, B. (1991), Nicotine indirectly inhibits dopamine uptake at concentrations that do not directly promote dopamine release in rat striatum. *J. Neurochem.*, 56, 603-610. Disponível a partir de <http://www.findarticles.com>.
- Jones, D. (2000). Maternal and paternal parenting during adolescence: forecasting early adult psychosocial adjustment. *Adolescence*, Fall. Disponível a partir de <http://www.findarticles.com>.
- Keegan, A. (1987). Positive self-image – A cornerstone of success. *Guidepost*. February, 19. Disponível a partir de <http://www.findarticles.com>.
- Knox, M. (1998). Adolescents' possible selves and their relationship to global self-esteem. *Sex Roles: A Journal of Research*, July. Disponível a partir de <http://www.findarticles.com>.
- Krohn, M., & Massey, J. (1980). Social control and delinquent behavior: an examination of the elements of the social bond. *Soc. Q.*, 21(4): 529-543. Disponível a partir de <http://www.findarticles.com>.
- Laurence, W. (1999). Students' Perceived Needs as Identified by Students: perceptions and Implications. *Journal of Instructional Psychology*, March. Disponível a partir de <http://www.findarticles.com>.
- Loeber, R., Drinkwater., Yin, Y., Anderson, S., Schmidt, L., & Crawford, A. (2000). Stability of Family Interaction from Ages 6 to 18.

*Journal of Abnormal Child Psychology*, August. Disponível a partir de [http:// www.findarticles.com](http://www.findarticles.com).

Lopez, L. (1992). *Keeping Kids out of gangs*. Thrust for Educational Leadership, January. Disponível a partir de [http:// www.findarticles.com](http://www.findarticles.com).

Mackay, J. (1998). The global tobacco epidemic. The next 25 years. *Public Health Reports*, 16-21. Disponível a partir de [http:// www.findarticles.com](http://www.findarticles.com).

Marsh, H. (1992). The content specificity of relations between academic self-concept and achievement: An extension of the Marsh/Shavelson model. ERIC N°: ED 349315. Disponível a partir de [http:// www.findarticles.com](http://www.findarticles.com).

Mendes, F. (coord). (1999). *Family relationship and primary prevention of drug use in early adolescence*. Coimbra: IREFREA, edição electrónica em formato PDF: Disponível a partir de [http:// www.irefrea.org](http://www.irefrea.org)

Molina, L. A et al (2001) Apgar familiar y adolescencia. Disponível a partir de [http:// www.pediatria.org](http://www.pediatria.org)

Moolchan, Eric T. (2000). A Review of Tobacco Smoking in Adolescents: Treatment Implications. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. June. Disponível a partir de [http:// www.findarticles.com](http://www.findarticles.com).

Neff-Smith, M., et al. (2000). Child and adolescent smoking. An evolving international problem. *Journal of Multicultural Nursing and Health*. Winter. Disponível a partir de [http:// www.findarticles.com](http://www.findarticles.com).

NIAAA- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (1998). Age of drinking onset predicts future alcohol abuse and dependence  
Disponível a partir de [http:// www.niaaa.nih.gov](http://www.niaaa.nih.gov)

NIDA-National Institute on Drug Abuse (2003). Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide for Parents, Educators and community leaders. Second Edition.  
Disponível a partir de [http:// www. drugabuse.gov](http://www.drugabuse.gov)

Oxford, M. (2001). Preadolescent predictors of substance initiation: a test of both the direct and mediated effect of family social control factors on deviant peer associations and substance initiation. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, Nov. Available from [http:// www.findarticles.com](http://www.findarticles.com).

Ponton, L. (1998). The ROMANCE of risk (risk taking by teenagers). *Mothering Magazine*. Disponível a partir de [http:// www.findarticles.com](http://www.findarticles.com).

Purkey, W. (1988). An overview of self-concept theory for counselors. ERIC Clearinghouse on Counselling and Personnel Services. Ann Arbor, Mich. (An ERIC/CAPS Digest: ED304630).  
Disponível a partir de [http:// www. ed.gov](http://www.ed.gov)

Sahagan, L. (1991). Drugs not main cause for gangs. Sherif says. *Los Angeles Times*. September, 20. Disponível a partir de [http:// www.findarticles.com](http://www.findarticles.com).

Skager, R. (1987). *Prevention of drug and alcohol abuse*. California Attorney General's Office. Sacramento. California. Disponível a partir de [http:// www.findarticles.com](http://www.findarticles.com).

Steinberg, L. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, Disponível a partir de [http:// www.findarticles.com](http://www.findarticles.com).

- Stone S, Kristeller J (1992), Attitudes of adolescents toward smoking cessation. *Am J Prev Med*. Disponível a partir de <http://www.findarticles.com>.
- Sun, D. (1998). Early adolescents' perceptions of cigarette smoking: a cross-sectional survey in a junior high school. *Adolescence*, Winter. Disponível a partir de <http://www.findarticles.com>.
- Van Wel, F. (2002). Changes in the parental bond and the well-being of adolescents and young adults. *Adolescence*, Disponível a partir de <http://www.findarticles.com>.
- Walz, G. & Bleuer, J. (1992). Student self-esteem. A vital element of school success. *ERIC Counselling and Personnel Services, Inc., Greensboro, N. C.* Disponível a partir de <http://www.findarticles.com>.
- Weinberg, N. (1998). Adolescent substance abuse: a review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, March. Disponível a partir de <http://www.findarticles.com>.

## *COMPORJAMENTOS DE CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO*

### *NA POPULAÇÃO ADOLESCENTE*

*INVESTIGAÇÃO COM O APOIO DO ISLA - Leiria*

#### QUESTIONÁRIO

O questionário que se segue faz parte integrante dum projecto de investigação sobre *comportamentos de consumo na população adolescente*. Foi aplicado a mais de 1 000 alunos que frequentaram o 9º ano no ano lectivo de 2000-2001 em diferentes escolas.

Ao fazermos a aplicação deste questionário dois anos depois, pretendemos obter informações dos adolescentes mais velhos, incluindo os que já responderam ao primeiro questionário.

Assim pedimos-te que indiques a escola e o ano em que fizeste o 9º ano (2000-2001 caso não tenhas reprovado).

Os dados recolhidos, sejam de carácter pessoal e familiar, sejam sobre os hábitos de consumo e opiniões, só nos interessam para tratamento estatístico e nunca em termos individuais.

O que pretendemos é conhecer melhor os hábitos e opiniões dos adolescentes acerca do tabaco e das bebidas alcoólicas, pelo que solicitamos que preenchas todo o questionário **com rigor e sinceridade**, e sem qualquer tipo de receio uma vez que os dados individuais são **RIGOROSAMENTE CONFIDENCIAIS**.

Embora parecendo longo, o seu preenchimento não é demorado, pois queremos que respondas de forma espontânea, não havendo questões que te obriguem a pensar muito.

Para responder às questões basta: escolher uma das hipóteses de resposta apresentadas e preencher totalmente o círculo que se encontra à frente (ou por baixo) da opção escolhida; escrever um número (ocupando o rectângulo, mas não o ultrapassando), ou nalguns casos uma palavra.

**OBRIGADO PELA TUA COLABORAÇÃO**

Número de código \_\_\_\_\_

## DADOS PESSOAIS

1. Sexo: Masc. ; Fem.

2. Nascimento: dia \_\_\_\_\_, mês \_\_\_\_\_, ano \_\_\_\_\_; onde? (localidade) \_\_\_\_\_

Morada (localidade) \_\_\_\_\_

3. Até agora reprovaste algum ano? Sim..  Não..

### 3.1. Em que ano reprovaste e quantas vezes?

Ano de escolaridade	1º Ciclo (primária)				2º ciclo		3º ciclo			Observações
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	
<i>Nª de reprovações</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Saídas com os amigos

### 4. Há dois anos atrás

Habitualmente saía com os amigos à/s \_\_\_\_\_ 2ª ; 3ª ; 4ª ; 5ª ; 6ª ; sáb. ; dom.

Normalmente não saía

### 4.1. Este ano

Habitualmente saio com os amigos à/s \_\_\_\_\_ 2ª ; 3ª ; 4ª ; 5ª ; 6ª ; sáb. ; dom.

Normalmente não saio

## DADOS DO CONTEXTO FAMILIAR

5. Assinala com um X com quem vives actualmente	
Pai	<input type="checkbox"/>
Mãe	<input type="checkbox"/>
Padrastrô/companheiro da mãe	<input type="checkbox"/>
Madrastra/companheira do pai	<input type="checkbox"/>
Um irmão/ã	<input type="checkbox"/>
Dois irmãos/ãs	<input type="checkbox"/>
Três irmãos/ãs	<input type="checkbox"/>
Quatro irmãos/ãs ou mais	<input type="checkbox"/>
Avô/avó	<input type="checkbox"/>
Outro, <input type="checkbox"/> qual	

6. Não vivo com o pai ou a mãe porque	
Estão divorciados	<input type="checkbox"/> Há quanto tempo _____
Está emigrado/a	<input type="checkbox"/> Há quanto tempo _____
Faleceu	<input type="checkbox"/> Há quanto tempo _____
Outra razão, qual	

7. Se os teus pais foram/são emigrantes (vivem ou viveram fora de Portugal), onde? \_\_\_\_\_

Se são estrangeiros ou originários de outro país, qual? \_\_\_\_\_

8. O teu pai trabalha: Por conta própria

Por conta de outrém  Em que actividade \_\_\_\_\_

9. A tua mãe trabalha: Por conta própria

Por conta de outrém  Em que actividade \_\_\_\_\_

### 10. Indica o nível de escolaridade do teu pai e da tua mãe

PAI		MÃE
<input type="checkbox"/>	Primária/1º ciclo/4º ano de escolaridade	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2º ciclo/6º ano de escolaridade	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9º ano de escolaridade	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12º ano/equivalente (curso profissional)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Curso superior universitário/politécnico	<input type="checkbox"/>

## HÁBITOS FAMILIARES DE CONSUMO

	fuma	não fuma	deixou de fumar
<b>11. CONSUMO DE TABACO</b>			
Pai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irmão/ã	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	bebe	não bebe	deixou de beber
<b>12. BEBIDAS ALCOÓLICAS</b>			
Pai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irmão/ã	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Consome	não consome	já consumiu
<b>13. DROGAS (tranquilizantes, estimulantes, haxixe, cocaína, ecstasy...)</b>			
Pai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irmão/ã	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## HÁBITOS PESSOAIS DE CONSUMO

14. Tabaco		15. Bebidas alcoólicas	
Nunca fumei	<input type="radio"/>	Nunca bebi	<input type="radio"/>
Fumei apenas uma ou duas vezes	<input type="radio"/>	Bebi apenas uma ou duas vezes	<input type="radio"/>
Normalmente fumo todas as semanas	<input type="radio"/>	Normalmente bebo todas as semanas	<input type="radio"/>
Normalmente fumo todos os dias	<input type="radio"/>	Normalmente bebo todos os dias	<input type="radio"/>
Não penso deixar de fumar	<input type="radio"/>	Não penso deixar de beber	<input type="radio"/>
A primeira vez que fumei, tinha ( <i>idade</i> ) _____ anos		A primeira vez que bebi tinha ( <i>idade</i> ) _____ anos	
Nos últimos 8 dias fumei ( <i>quantos cigarros?</i> ) _____		Nos últimos 8 dias, bebi ( <i>quantidade de...</i> ) - vinho _____ copos; - cerveja _____ (garrafas/copos) - álcool forte _____ (copos)	
Assinala o/s dia/s em que normalmente fumas: <b>todos</b> <input type="checkbox"/>		Assinala o/s dia/s em que normalmente bebes: <b>todos</b> <input type="checkbox"/>	
Seg <input type="checkbox"/> ; Ter. <input type="checkbox"/> ; Quar. <input type="checkbox"/> ; Qui. <input type="checkbox"/> ; Sex. <input type="checkbox"/> ; Sáb. <input type="checkbox"/> ; Dom. <input type="checkbox"/>		Seg <input type="checkbox"/> ; Ter. <input type="checkbox"/> ; Quar. <input type="checkbox"/> ; Qui. <input type="checkbox"/> ; Sex. <input type="checkbox"/> ; Sáb. <input type="checkbox"/> ; Dom. <input type="checkbox"/>	
<b>16. Drogas (tranquilizantes, estimulantes, haxixe, cocaína, heroína, ecstasy)</b>			
Já usei drogas: NÃO <input type="checkbox"/> ; se SIM <input type="checkbox"/> : fumadas <input type="checkbox"/> ; inaladas <input type="checkbox"/> ; injectadas <input type="checkbox"/> ; ingeridas <input type="checkbox"/> ; só <input type="checkbox"/> ; Acompanhado <input type="checkbox"/>			
Continuo a usar: NÃO <input type="checkbox"/> ; se SIM <input type="checkbox"/> : fumadas <input type="checkbox"/> ; inaladas <input type="checkbox"/> ; injectadas <input type="checkbox"/> ; ingeridas <input type="checkbox"/>			
Sozinho? <input type="checkbox"/> ; acompanhado? <input type="checkbox"/>			
Assinala o/s dia/s em que consumiste ou consumes drogas habitualmente			
Seg <input type="checkbox"/> ; Ter. <input type="checkbox"/> ; Quar. <input type="checkbox"/> ; Qui. <input type="checkbox"/> ; Sex. <input type="checkbox"/> ; Sáb. <input type="checkbox"/> ; Dom. <input type="checkbox"/>			

Assinala agora em que circunstâncias, nos últimos 8 dias: - fumaste cigarros (1ª/ 2ª colunas);  
- bebeste bebidas alcoólicas (4ª/ 5ª colunas).  
(Se não consumiste nos últimos 8 dias passa à página seguinte)

17. Nos últimos 8 dias FUMEI		18. Nos últimos 8 dias BEBI	
SIM	NÃO	SIM	NÃO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

## OPINIÕES

A seguir são apresentadas afirmações mais ou menos comuns acerca do tabaco e do álcool.

Indica em que medida concordas com cada uma delas, fazendo uma cruz na coluna que melhor corresponde à tua opinião. (Ignora por agora a última coluna)

### 19. Tabaco

A = Concordo em absoluto	B = Concordo	C = Discordo	D = Discordo completamente			
			A	B	C	D
a) O tabaco pode provocar cancro do pulmão e doenças cardíacas b) O tabaco pode provocar dependência e ser difícil de largar c) Fumar mancha os dentes e os dedos d) O tabaco põe um cheiro desagradável na roupa, no cabelo e no hálito e) Fumar provoca problemas respiratórios e tosse f) Os fumadores ficam mais atractivos para o sexo oposto g) As pessoas que fumam são mais independentes h) Fumar é um acto anti-social i) Fumar ajuda a ser-se mais sociável j) Um jovem que fuma parece mais adulto k) Fumar é queimar dinheiro l) O cigarro ajuda a acalmar e a relaxar						

Assinala com um X, na última coluna, as 6 questões em que pensas mais ou que te parecem mais importantes independentemente da resposta que deste

### 20. Álcool

A = Concordo em absoluto	B = Concordo	C = Discordo	D = Discordo completamente			
			A	B	C	D
a) A bebida ajuda a ficar-se mais sociável b) Beber faz um indivíduo sentir-se mais homem/mulher c) As bebidas alcoólicas são um desperdício de dinheiro d) As bebidas alcoólicas ajudam a acalmar e) Quem bebe corre o risco de ficar dependente e de se tornar alcoólico f) As bebidas alcoólicas ajudam a ficar-se mais animado g) As bebidas alcoólicas ajudam a sentir-se mais confiante e seguro h) As bebidas alcoólicas podem prejudicar seriamente o fígado e o cérebro i) Quem bebe pode ficar mais agressivo e meter-se em brigas j) É bom/agradável o sabor das bebidas alcoólicas k) As bebidas alcoólicas levam uma pessoa a fazer e a dizer coisas que não queria l) As bebidas alcoólicas põem uma pessoa mal disposto e doente						

Assinala com um X, na última coluna, as 6 questões em que pensas mais ou que te parecem mais importantes, independentemente da resposta que deste

Em que circunstâncias achas que a tua MÃE aceita (ou aceitaria) que fumes ou que bebas.

21. A minha mãe aceita que eu FUME			22. A minha mãe aceita que eu BEBA		
SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI

Em que circunstâncias achas que o teu PAI aceita (ou aceitaria) que fumes ou que bebas.

23. O meu pai aceita que eu FUME			24. O meu pai aceita que eu BEBA		
SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI

2ª PARTE

1. No ano lectivo 2000-2001 frequentei o 9º ano na Escola

EBS Afonso Lopes Vieira <input type="checkbox"/>	Colégio de S. Mamede <input type="checkbox"/>	EB 2/3 Dr. Correia Mateus <input type="checkbox"/>
Centro de Estudos de Fátima <input type="checkbox"/>	Colégio N. Senhora de Fátima <input type="checkbox"/>	EB 2/2 D. Dinis <input type="checkbox"/>
Col.C. M Imaculada (Cruz d'Areia) <input type="checkbox"/>	Colégio S. Coração de Maria <input type="checkbox"/>	Externato da Benedita <input type="checkbox"/>
EB 2/3 José Saraiva <input type="checkbox"/>	EB 2/3 Marrazes <input type="checkbox"/>	EB 2/3 S. Catarina da Serra <input type="checkbox"/>
E respondi a um questionário como este: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Frequentei outra escola (nenhuma das indicadas) <input type="checkbox"/> Qual?		

2. Lê atentamente cada uma das afirmações e assinala à direita a resposta correcta para ti

	Quase sempre	Por vezes	Quase nunca
Agrada-me a ajuda que recebo dos meus pais quando tenho algum problema.			
Agrada-me a forma como os meus pais conversam comigo os assuntos de interesse comum e partilham comigo a resolução dos problemas.			
Os meus pais aceitam o meu desejo de fazer coisas novas e diferentes ou de fazer mudanças no meu estilo de vida.			
Agrada-me o modo como os meus pais expressam o afecto que têm por mim e como reagem aos meus sentimentos (irritação, tristeza e amor).			
Agrada-me o tempo que eu e os meus pais passamos juntos.			

3. Lê cada uma das frases e indica à esquerda (relativamente ao PAI) e à direita (relativamente à MÃE) o que melhor corresponde ao teu caso

					<i>tendo em conta que:</i>
1 = discordo totalmente	2 = discordo bastante	3 = nem concordo nem discordo	4 = concordo bastante	5 = concordo totalmente	

O meu PAI					A minha MÃE					
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
					1. Dialoga frequentemente comigo					
					2. Na minha educação, é mais compreensivo/a que rigoroso/a					
					3. Aceita a minha maneira de ser					
					4. Quando me proíbe alguma coisa explica-me a razão					
					5. Protege-me dos perigos					
					6. Aceita que eu lhe chame a atenção					
					7. É afectuoso/a comigo					
					8. Ama-me verdadeiramente					
					9. É capaz de todos os sacrifícios por mim					
					10. Dá-me liberdade					
					11. Respeita as minhas ideias					
					12. Tolerava as minhas fraquezas					
					13. Se fosse preciso estaria disposto/a a dar a vida por mim					
					14. É sincero/a comigo					
					15. Não tem o hábito de me mentir					
					16. Na minha educação, usa mais a razão do que a força					
					17. Encoraja-me frequentemente					
					18. Geralmente mostra-se alegre comigo					
					19. Estimula-me a vencer as dificuldades					
					20. Vem ao encontro das minhas necessidades					
					21. Brinca frequentemente comigo					
					22. É meu (minha) amigo(a)					
AT      AM					AT      AM					

**4. Responde a seguir às afirmações (apresentadas em separado) fazendo uma cruz na coluna do:**

- SIM se a afirmação está adequada a ti;
- NÃO se a afirmação não está adequada a ti

Responde a todas as perguntas, mesmo que te pareça difícil, mas nunca marques o SIM e o NÃO da mesma questão.

**Não há questões verdadeiras ou falsas. Só tu sabes o que pensas de ti mesmo; por isso esperamos que respondas de acordo com o que realmente pensas de ti próprio.**

	SIM	NAO		SIM	NAO		SIM	NAO		SIM	NAO		SIM	NAO		SIM	NAO		SIM	NAO			
1			11			21			31			41			51			61			71		
2			12			22			32			42			52			62			72		
3			13			23			33			43			53			63			73		
4			14			24			34			44			54			64			74		
5			15			25			35			45			55			65			75		
6			16			26			36			46			56			66			76		
7			17			27			37			47			57			67			77		
8			18			28			38			48			58			68			78		
9			19			29			39			49			59			69			79		
10			20			30			40			50			60			70			80		
COMP			ANS			EE			POP			AF			SAT			ACG					

*Caso já tivesses consumido qualquer das substância referidas (tabaco, álcool, ou outras drogas) achas que respondias com sinceridade a este questionário?*

Já disse que consumi ; Nunca usei, mas dizia ; Não dizia ; Não sei se dizia .

*OBRIGADO PELA TUA COLABORAÇÃO*

## AVALIAÇÃO DO ESTATUTO SÓCIO-ECONÓMICO

5. ALTO	
OCUPAÇÃO	FORMAÇÃO
Altos cargos do Estado ou da administração/direcção de grandes empresas; Profissões liberais exigindo formação superior; Industriais e Proprietários de grande dimensão.	Formação Superior dos dois, ou de um exercendo função altamente remunerada.  Secundário ou menos se proprietário de grandes dimensões
4. MÉDIO-ALTO	
Professores, engenheiros, arquitectos, técnicos com posições destacadas, notários, médicos; militar de carreira  Empresários; Funções directivas em empresas e instituições; Profissões liberais não manuais	Superior, 12º ano
3. MÉDIO	
Empresário/empreiteiro/constructor civil/comerciante, militar de carreira, Proprietário industrial/comercial/exploração agrícola/agropecuárias de média dimensão, Chefias médias, operários altamente especializados; Gerente de pequena empresa, Empregados de escritório e funcionários públicos com funções exigindo pelo menos o 3º ciclo; Trabalhadores especializados por conta própria	1º ciclo (empresários/comerciante com estabelecimento próprio)  2º/3º ciclo/secundário
2. MÉDIO-BAIXO	
Operários, empregados de pequeno comércio/balcão/ mesa/cozinha, bate-chapas, motorista de pequena empresa, trabalhador agrícola, trabalhador da c civil (não especializado), soldado das F.Segurança, canteiro, canalizador, electricista	2º ciclo, ou 3º (mas monoparental/desempregado)
1. BAIXO	
Profissões não especializadas; serviços de limpeza, auxiliares, desempregados, pensionistas	1º ciclo, 2ºciclo ( monoparental/desempregado)

Partindo do quadro apresentado, considerou-se sempre o elemento (pai ou mãe) com mais formação académica e o exercício de funções consideradas mais elevadas. Teve-se ainda em consideração o facto de os rendimentos familiares provirem dos dois pais, ou de um não trabalhar, não existir ou ter falecido.

## TABACO-ESTATUTO DE CONSUMO

1. NUNCA FUMO
Se assinalou <i>Nunca Fumei</i> e não assinalou à frente <i>dia em que habitualmente fuma</i> nem <i>quantos cigarros fumou nos últimos 8 dias</i> , ou <i>em que circunstância fumou</i> .
2. FUMO UMA OU DUAS VEZES
Se assinalou <i>Fumei apenas uma ou duas vezes</i> e não assinalou à frente <i>dia em que habitualmente fuma</i> nem <i>quantos cigarros fumou nos últimos 8 dias</i> , ou <i>em que circunstância fumou</i> .
3. FUMA OCASIONALMENTE
Se assinalou <i>Fumei apenas uma ou duas vezes</i> não indicou <i>dia/s em que habitualmente fuma</i> mas <i>fumou 1-2 cigarros nos últimos 8 dias, numa festa</i> , ou indicou <i>dia em que habitualmente fuma</i> , mas não fumou nos últimos 8 dias.
4. FUMA REGULARMENTE
Assinalou <i>Fumei apenas uma ou duas vezes</i> não indicou <i>dia/s em que habitualmente fuma</i> mas <i>fumou nos últimos 8 dias mais de 3 cigarros</i> , em <i>duas ou mais circunstâncias</i> .
5. FUMA SISTEMATICAMENTE
Assinalou <i>Normalmente fumo todas as semanas</i> , e indicou <i>2-3 dia/s em que habitualmente fuma e fumou nos últimos 8 dias</i>
6. FUMA DIARIAMENTE
Assinalou <i>Normalmente fumo todos os dias</i> ou tendo assinalado <i>Normalmente fumo todas as semanas</i> , consumiu mais de 10 cigarros/semana, assinala 5 ou mais dias de consumo habitual.

## ÁLCOOL-ESTATUTO DE CONSUMO

1. NUNCA BEBEU
Se assinalou <i>Nunca Bebi</i> e não assinalou à frente <i>dia em que habitualmente bebe</i> nem o <i>que bebeu nos últimos 8 dias, ou em que circunstância bebeu</i>
2. BEBEU UMA OU DUAS VEZES
Se assinalou <i>Bebi apenas uma ou duas vezes</i> e não assinalou à frente <i>dia em que habitualmente bebe</i> nem o <i>que bebeu nos últimos 8 dias, ou em que circunstância bebeu</i>
3. BEBEU OCASIONALMENTE
Se assinalou <i>Bebi apenas uma ou duas vezes</i> não indicou <i>dia/s em que habitualmente bebe</i> mas <i>bebeu nos últimos 8 dias, numa festa, ou indicou dia em que habitualmente bebe, mas não bebeu nos últimos 8 dias.</i>
4. BEBE REGULARMENTE
Assinalou <i>Bebi apenas uma ou duas vezes</i> não indicou <i>dia/s em que habitualmente bebe</i> mas <i>bebeu nos últimos 8 dias, em duas ou mais circunstâncias.</i>
5. BEBE SISTEMATICAMENTE
Assinalou <i>Normalmente bebo todas as semanas, e indicou 2-3 dia/s em que habitualmente bebe e bebeu nos últimos 8 dias</i>
6. BEBE DIARIAMENTE
Assinalou <i>Normalmente bebo todos os dias</i> ou tendo assinalado <i>Normalmente bebo todas as semanas</i> consumiu mais de 10 copos de vinho ou cerveja ou 4 ou 5 de álcool forte nos últimos 8 dias