

Luís de Oliveira Nabais

**COMPORTAMENTOS DE RISCO EM ADOLESCENTES
E JOVENS ADULTOS DA REGIÃO DE LISBOA.
PERSPECTIVAS DE PREVENÇÃO**



TESE DE DOUTORAMENTO EM PSICOLOGIA
ESPECIALIDADE DE PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

ORIENTADORA: Professora Doutora Natália Ramos

UNIVERSIDADE ABERTA

Lisboa, 2014

Na capa:

Fotografia do autor: s/ título (2013), pastel de óleo sobre papel (pormenor)

Para as minhas filhas,
Joana e Mariana, ainda crianças,
com fundo desejo de que possam ter
uma *vida boa*,
plena de sonhos e realizações.

“O que é bonito neste mundo, e alma,
É ver que na vindima
De cada sonho
Fica a cepa a sonhar outra aventura...
E que a doçura que se não prova
Se transfigura numa doçura
Muito mais pura
E muito mais nova...”

Miguel Torga, *Confiança*

“Neste mundo nu e indiferente, é somente
dos homens que os homens podem esperar
dedicação, calor de sentimentos e ajuda nas
dificuldades da vida”.

Norbert Elias *in*
A Condição Humana

Agradecimentos

Expresso o meu agradecimento a todos os que, de diferentes modos, contribuíram para a realização deste trabalho:

À Professora Doutora Natália Ramos, pela sua orientação atenta e dedicada, pelo seu incentivo, disponibilidade e interesse científico e humano;

Ao Dr. Mário Durval, à Dra. Júlia Mendes pela confiança e acolhimento que me dedicaram e pela amizade que entretanto nasceu; à Dra. Isabel Lopes, à Dra. Isabel Carrilho, à Dra. Maria Hermínia Madeira, pela prestimosa ajuda no terreno;

À Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e em particular à Prof^a Doutora Filomena Gaspar, pelo atento apoio concedido à realização deste trabalho;

À Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches e em particular à Dra. Adelina Motta da Cruz, pela sensibilidade profissional e colaboração dedicada ao estudo;

À Delegação Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, ao Dr. António Maia e ao Dr. Alfredo Frade, pelas facilidades concedidas à continuidade da investigação;

À Direcção Geral de Reinserção Social, ao Dr. João Agante, à Dra. Ana Jerónimo, à Dra. Maria Margarida Batista, à Dra. Paula Duarte, ao Dr. António Andrade e à Dra. Irene Silva, pelas facilidades concedidas e acolhimento profissional;

À Dra. Maria Tabita Almeida, ao Dr. Adelino Torres, ao Dr. António Mendes, à Dra. Guilda Correia e ao Dr. António Mateus, pelo acolhimento e colaboração dedicada;

Ao Dr. António Parra, ao Dr. Inácio Terrinca, ao Dr. Carlos Marques, ao Dr. António Ramos e à Dra. Luísa Ramos, pelas entrevistas concedidas como informantes qualificados;

Ao Prof. Doutor José Edmundo, ao Dr. Jordão Abreu e ao Dr. António Manuel Pereira pela preciosa ajuda técnica e disponibilidade para reflectir o trabalho;

A todos os colegas professores, aqui não mencionados, que gentilmente me acolheram nos seus espaços de aula e me possibilitaram um contacto amistoso com os seus estudantes;

A todos participantes do estudo, o meu reconhecido agradecimento pela generosidade e atenção que me dedicaram e pela íntima partilha das suas histórias de vida;

À minha família pela presença tranquila e securizante, compreensão e tolerância às minhas “ausências”.

Resumo

O presente trabalho é um estudo exploratório sobre os comportamentos de risco em adolescentes e jovens adultos entre os 16 e os 30 anos. Os objectivos compreendem a identificação e caracterização dos comportamentos de risco nestas etapas do desenvolvimento. É dada particular atenção ao consumo de bebidas alcoólicas e de outras substâncias e sua relação com outros factores de risco para a saúde, particularmente a presença de indicadores psicopatológicos como sejam a depressão e ideacção suicidária. A metodologia engloba métodos quantitativos e qualitativos. Foram constituídos dois grupos de participantes, um de 540 indivíduos entre os 16 e os 25 anos e outro grupo de onze indivíduos com idade entre os 25 e os 29 anos. Ao primeiro grupo foram aplicados quatro instrumentos, Questionário de Caracterização Sociodemográfica e de Consumos, Inventário de Intensões Comportamentais (MEV), Escala de Depressão de Beck (BDI-II) e Escala de Risco Suicidário de J. Stork. Ao segundo grupo foi realizada uma Entrevista semiestruturada aprofundada e aplicados os mesmos instrumentos. Os resultados revelam a presença de comportamentos protectores de saúde na maior parte dos participantes e valores não negligenciáveis de depressão e de ideacção suicidária. Os instrumentos revelam ainda consistência na articulação das variáveis e apresentam-se como bons predictores dos comportamentos de risco. A análise qualitativa das entrevistas coloca em evidência a inter-relação dinâmica entre factores de risco e factores protectores. Apontam-se novas linhas de investigação que possam captar os processos de mentalização subjacentes aos comportamentos de risco e promover a prevenção nesta área, bem como a saúde e o desenvolvimento destes jovens.

Palavras chave: adolescência, jovem adulto, identidade, comportamentos de risco, bebidas alcoólicas, resiliência, saúde e desenvolvimento.

Nota: A escrita do texto não seguiu o novo acordo ortográfico.

Abstract

The present work is an exploratory study on risk behavior in adolescents and young adults between 16 and 30 years. From a developmental framework, the main goals include the identification and characterization of these risk behaviors. Focus was given to specific risk behaviors like alcohol, drugs and tobacco and their relationship with other personality risk factors, particularly the presence of psychopathological indicators such as depression and suicidal ideation. The methodology includes quantitative and qualitative methods. The sample is constituted by two groups of participants, 540 individuals between 16 and 25 years (n1) and a group of eleven individuals aged between 25 and 29 years (n2). To the first group were administered four assessment instruments, Socio-demographic and Consumption Questionnaire, Inventory Behavioral Intentions (MEV), Beck Depression Scale (BDI-II) and Stork Suicidal Risk Scale. To the second group were administered a semi-structured interview and applied the same assessment instruments. Data analysis revealed the presence of protective health behaviors in most participants and non-neglectable values of depression and suicidal ideation. Assessment tools also revealed consistency in the joint variables and presented themselves as good predictors of risk behaviors. The qualitative analysis highlighted the dynamic interrelationship between risk factors and protective factors. The study suggests new lines of inquiry that may capture mentalization processes underlying risk behaviors and promote prevention in this area, as well as health and development of these young people.

Keywords: adolescence, young adulthood, identity, risk behaviors, alcohol, resilience, health and development.

Índice

INTRODUÇÃO 14

PARTE 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 – ADOLESCENCIA E IDADE JOVEM ADULTA: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS

1. Adolescência e Identidade 20
2. Adolescência e Família 23
3. Adolescência e Sociedade 29
 - 3.1. Grupo de Pares 33
 - 3.2. Integração e Rituais de Iniciação 34
4. Adolescência e Psicopatologia 34
 - 4.1 Depressão na Adolescência 39
 - 4.2 Suicídio na Adolescência 44
5. Jovem Adulto: Desenvolvimento, Transições e Mudanças 48
 - 5.1. Desenvolvimento Pessoal 49
 - 5.2. Transições e Mudanças 54

CAPÍTULO 2 – SAÚDE, COMPORTAMENTO E RISCO

1. Conceitos de Saúde, Doença e Desenvolvimento Humano 58
2. Sociedade, Saúde e Psicologia 63
3. Comportamentos de Risco e seus Determinantes 66
4. Risco e Resiliência 71

CAPÍTULO 3 – COMPORTAMENTOS DE RISCO, IMPLICAÇÕES E PREVENÇÃO

1. Comportamentos de Risco e Consumo de Substâncias 77
 - 1.1. O Consumo de Álcool 78
 - 1.2. O Consumo de Tabaco 82
 - 1.3. O Consumo de Substâncias Ilícitas 85
2. Condutas Alimentares de Risco 91
3. Condutas de Risco e Sexualidade 97
4. Risco e Condução Automóvel 101
5. Aspectos Preventivos 103

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA

1. Objecto de investigação	109
2. Questões e objectivos de investigação	109
3. Tipo de estudo	110
4. Instrumentos de Investigação	111
4.1. Questionário de Caracterização Sociodemográfica	112
4.2. O Meu Estilo de Vida	112
4.3. Inventário de Depressão de Beck (BDI- II)	113
4.4. Escala de Risco Suicidário de J. Stork	114
4.5. Entrevista Semiestruturada	115
4.6. Estudo de Fiabilidade dos Instrumentos	115
5. Participantes	116
5.1. Constituição dos grupos de participantes	116
5.2. Critérios de inclusão	117
5.3. Critérios de exclusão	117
6. Procedimentos	118
7. Inserção no Terreno e Dificuldades	118
8. Análise e Tratamento dos Dados	119

CAPÍTULO 5 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. Caracterização dos Participantes (Grupo n1)	120
1.1. Variáveis Sociodemográficas	120
1.2. Variáveis Familiares	125
2. Variáveis de Consumos	128
2.1. Consumo de Bebidas Alcoólicas	128
2.2. Consumo de Tabaco	137
2.3. Consumo de Substâncias Ilícitas	138
3. Comportamentos Protectores da Saúde	140
4. Sintomatologia Depressiva	143
5. Risco Suicidário	145
6. Factores de Risco	147
7. Caracterização dos Participantes Entrevistados (Grupo n2)	158

7.1 Análise do Material das Entrevistas 206

CONCLUSÃO 209
BIBLIOGRAFIA 215
FILMOGRAFIA 246
ENDEREÇOS ELECTRÓNICOS 247

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário de Caracterização Sociodemográfica 249
Anexo 2 – Inventário O Meu Estilo de Vida 254
Anexo 3 – Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) 257
Anexo 4 – Escala de Risco Suicidário de J. Stork 260
Anexo 5 – Guião de Entrevista Semiestruturada 265

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Fiabilidade Calculada pelo Coeficiente Alfa de Chronbach 116
Quadro 2 - Distribuição dos participantes pelo sexo e idade 121
Quadro 3 - Distribuição dos participantes pela escolaridade 122
Quadro 4 - Percentagem de estudantes com retenções globais e por sexo 123
Quadro 5 - Distribuição dos participantes pela nacionalidade e etnia/cultura 124
Quadro 6 - Distribuição dos participantes pela configuração da estrutura familiar 126
Quadro 7 - Distribuição dos participantes pela situação conjugal dos pais 126
Quadro 8 - Distribuição dos participantes pela escolaridade dos pais 127
Quadro 9 - Distribuição dos participantes pela actividade profissional (AP) dos pais
128
Quadro 10 - Distribuição dos participantes pelo consumo de bebidas alcoólicas e idade
do primeiro consumo 129

Quadro 11 - Consumo de bebidas alcoólicas dos participantes por sexo	130
Quadro 12 - Bebidas alcoólicas preferidas por sexo	131
Quadro 13 - Episódios de embriaguez por sexo	132
Quadro 14 - Número de bebidas por cada momento de consumo por sexo	133
Quadro 15 - Percentagem relativa da frequência de consumo por tipo de bebidas alcoólicas	133
Quadro 16 - Médias da frequência de consumo por bebidas alcoólicas por sexo	134
Quadro 17 - Local e modalidade de consumo de bebidas alcoólicas	135
Quadro 18 - Problemas com álcool na família	136
Quadro 19 - Problemas relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas para o próprio	136
Quadro 20 - Experiência de consumo de tabaco	137
Quadro 21 - Média da idade do primeiro consumo de tabaco e número de cigarros dia	137
Quadro 22 - Frequência de consumo de tabaco total e por género	138
Quadro 23 - Experiência de consumo de substâncias ilícitas	139
Quadro 24 - Número de experiências de consumo de <i>cannabis</i>	139
Quadro 25 - Frequência de consumo actual de <i>cannabis</i> total e por sexo	140
Quadro 26 - Resultados obtidos no questionário MEV, total e por subescalas	141
Quadro 27 - Distribuição da amostra pelo Inventário MEV	142
Quadro 28 - Resultados obtidos no questionário BDI-II	143
Quadro 29 - Distribuição da amostra pelos níveis de depressão do Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)	144
Quadro 30 - Resultados obtidos no questionário Escala de Risco Suicidário de J. Stork	145
Quadro 31 - Distribuição da amostra pelos níveis de risco da Escala de Risco Suicidário de J. Stork	146
Quadro 32 - Matriz de Correlações Momento Produto entre as variáveis, MEV, BDI-II,	

E.R.S. J. Storck, Idade, Idade do primeiro consumo de álcool, Número de bebidas no momento, Frequência de embriaguezes, Frequência do consumo de tabaco Frequência de consumo de *cannabis* 148

Quadro 33 - Matriz de Correlações Momento Produto entre as variáveis, MEV, BDI-II, E.R.S. J. Storck e as cinco subescalas do Inventário MEV 149

Quadro 34 - Matriz de Correlações Momento Produto entre as variáveis, MEV, BDI-II, E.R.S. J. Storck, Consumo de cerveja, Consumo de vinho, Consumo de destilados e Consumo de *alcoholpops* 150

Quadro 35 - Teste de comparação de médias entre o MEV, BDI-II e a E.R.S. J. Storck
151

Quadro 36 - Comparação de médias entre MEV BDI-II e a E.R.S. J. Storck em relação ao agregado familiar 152

Quadro 37 - Comparação de médias entre MEV BDI-II e a E.R.S. J. Storck em relação à situação conjugal dos pais 153

Quadro 38 - Análise do Qui Quadrado para o teste de diferenças das cotações obtidas no MEV, BDI-II e E.R.S. J. Storck para a Etnia/cultura 154

Quadro 39 - Análise do Qui Quadrado para o teste de diferenças das cotações obtidas na Idade do primeiro consumo, Embriaguez e Número de bebidas por momento para a Etnia/cultura 155

Quadro 40 - Comparação de médias entre MEV, BDI-II e a E.R.S. J. Storck em relação à Escolaridade 156

Quadro 41 - Comparação de médias entre a Idade do primeiro consumo, Frequência de embriaguezes, Número de bebidas por momento de consumo e a Escolaridade 157

Quadro 42 - Comparação de médias entre Idade do primeiro consumo de tabaco, Frequência de consumo de tabaco, Frequência de consumo de *cannabis* e a Escolaridade
158

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Caixa-de-bigodes do Inventário MEV 142

Gráfico 2: Caixa-de-bigodes da Escala BDI-II 144

Gráfico 3: Caixa-de-bigodes da Escala R.S. J. Stork 146

INTRODUÇÃO

Os comportamentos de saúde foram definidos por Matarazzo (1983) como compreendendo duas dimensões: 1) hábitos prejudiciais para a saúde, designados de “comportamentos patogénicos” (como fumar, ingerir muito sal ou ter um estilo de vida sedentário) e 2) comportamentos protectores da saúde, que designou de “comportamentos imunogénicos”, como tomar o pequeno-almoço todos os dias, não fumar ou praticar exercício físico com regularidade.

Já desde o século XVIII que as observações atentas da medicina, a par das da psicologia interessada pela medicina psicossomática, notavam que o temperamento pessoal e o comportamento dos indivíduos, influenciava a saúde física (Matarazzo, 1983). Com a descoberta dos antibióticos e melhor controladas as infecções, que foram a principal causa de mortalidade, os estudos constataam que são os hábitos pessoais e estilos de vida das sociedades modernas, os maiores responsáveis pela mortalidade e morbidade devido a doença. Ganha então sentido prático, a noção de risco em saúde que, como refere Ramos (2004, p. 119) *“implica 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”*.

Neste sentido, os factores de risco compreendem situações identificadas pela epidemiologia, que levam a um aumento das taxas de morbidade: nível socioeconómico, estrutura familiar (presença dos dois progenitores, ou perda de um deles por morte ou divórcio), doença física ou mental de um dos progenitores, entre outros. Estes factores de risco, encontram-se presentes em muitos adolescentes, como no comportamento toxicomaniaco, comportamento psicopático ou comportamento suicida (Marcelli & Braconnier, 2005). Os autores consideram ainda três níveis de factores, para uma compreensão mais precisa da relação entre o individuo e o meio ambiente: 1) factores psicopatológicos, internos e individuais, 2) factores de risco gerais, familiares e socioeconómicos e 3) factores de incitação, ambientais e actuais.

Os comportamentos relacionados com a saúde e os estilos de vida, são extremamente complexos e articulam-se em inúmeras redes de influências múltiplas, tornando muito difícil o estabelecimento de relações de causalidade. A adolescência, como período de transição por excelência, com importantes transformações físicas, psicológicas e sociais, introduz vulnerabilidade e complexidade, no movimento de compreensão entre factores

de risco e factores protectores para a saúde e para o desenvolvimento. O que os estudos nos mostram, são associações privilegiadas entre determinadas variáveis (pessoais, comportamentais, familiares ou ambientais) que possibilitam, através de organização de constelações mais ou menos invariantes, a elaboração de constructos teóricos, como sejam os determinantes de saúde.

Entre os determinantes de saúde relacionados com os estilos de vida destacam-se principalmente o consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas. A prevalência do consumo de tabaco parece apresentar uma ligeira tendência a descer (DGS, 2013a); o mesmo se passa com o álcool em que o número de consumidores tem vindo a diminuir em todas as faixas etárias e em ambos os sexos contudo, os indivíduos jovens bebem com maior intensidade, mais vezes, maiores quantidades e bebidas de teor alcoólico mais elevado (Feijão *et al* 2011). No que respeita aos comportamentos alimentares, em 2006, 15,2% da população com idade superior a 18 anos, era obesa, com a faixa etária entre os 45 e os 74 anos a apresentar valores superiores a 20% (DGS, 2013a).

Outros determinantes de saúde relacionados com comportamentos de risco revelam uma melhoria, registando-se um decréscimo nos internamentos exclusivamente atribuíveis ao álcool, assim como a proporção de vítimas mortais de acidentes de viação com taxa de álcool no sangue igual ou superior a 0,5 gr/litro. Também a mortalidade por acidentes com veículos a motor e por acidentes laborais têm apresentado, genericamente, tendência decrescente (DGS, 2013a).

A mortalidade prematura por doenças atribuíveis ao álcool e por suicídio apresentam, nos últimos anos, uma tendência de aumento, sendo que em 2009 a taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool, abaixo dos 65 anos, atingiu 12,9 óbitos por 100 mil habitantes e em que a taxa masculina foi cerca de seis vezes superior à taxa feminina, indicando que é um problema que condiciona essencialmente a saúde dos homens. No mesmo ano, a taxa padronizada por suicídio abaixo dos 65 anos, era de 5,9 óbitos por 100 mil habitantes, sendo a taxa masculina quatro vezes superior à taxa feminina. No contexto europeu, Portugal permanece ainda entre os países com menor mortalidade prematura por suicídio (DGS, 2013a).

A autopercepção do estado de saúde é um importante indicador preditivo da mortalidade e morbidade, junto com a utilização dos serviços de saúde. Entre 1999 e 2006, os indivíduos que avaliam positivamente (“bom” e “muito bom”), o seu estado de saúde subiu de 47% para 53%. Em todos os grupos etários, as mulheres evidenciam uma

autopercção menos positiva do seu estado de saúde. Este facto poderá estar relacionado com a sobrecarga de funções que recai sobre as mulheres na nossa sociedade, reflectindo-se no seu sentimento de bem-estar, níveis de desconforto e sofrimento; acresce o facto de muitas crianças e adolescentes viverem apenas com as suas mães, na sequência de separação ou divórcio.

A profunda crise económica e financeira que Portugal atravessa, não pode deixar de ter sérias repercussões na vida e na saúde das populações. Segundo a PORDATA (2013) entre 2007 e 2012 a taxa de desemprego passou de 8,0% para 16,9%, detendo Portugal a terceira maior taxa de desemprego, atrás da Espanha e da Grécia. Esta alarmante taxa de desemprego, é um elemento com forte repercussão na saúde mental dos indivíduos, sendo conhecida a relação entre depressão e suicídio, em momentos de crise económica (OPSS, 2013). Foi igualmente descrito, para estes períodos, um aumento considerável de perturbações do humor (19,4% na depressão major), de ansiedade (8,4%), perturbações somatoformes (7,3%) e relacionadas com o álcool (4,6%, na dependência) (Gilli *et al*, 2012 *in* OPSS, 2013). A investigação empírica também evidencia um aumento do consumo e venda de estupefacientes, particularmente entre os jovens, em períodos de “contração económica” (Arques, 2011; Bretteville-Jensen, 2011 *in* OPSS, 2013).

Nomeadamente no que respeita ao consumo de álcool, constata-se que nos países desenvolvidos, os consumidores “pesados” tendem a consumir menos e, inversamente, os consumidores “ligeiros” (particularmente os jovens) a consumir mais (Pacula, 2011). Portugal, ocupa o oitavo lugar mundial em termos de consumo de álcool (2003) e a prevalência do consumo tem vindo a aumentar (Balsa *et al*, 2011), pelo que se revela uma preocupação acrescida em termos de saúde pública.

Verifica-se assim que, em períodos de maior dificuldade económica, os comportamentos de risco entre a população adolescente aumentam, no que se refere ao consumo de álcool e estupefacientes. Catalano (2009) observou também que em situação de crise económica, se regista uma diminuição das actividades programadas, especialmente as associadas à prevenção da doença e à promoção da saúde, em favor da resposta a situações agudas de doença.

A despesa global com a saúde diminuiu de 10,2% do Produto Interno Bruto (PIB) em 2009 para 9,8% do PIB em 2011 (decréscimo de 4,6%); os gastos com medicamentos representaram 21,8% dos custos totais com a saúde; entre 2002 e 2009, os gastos com

medicamentos mais que duplicou (com crescimento anual superior a 10%). Os medicamentos ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos são os principais responsáveis por aquele aumento (superior a 40%, naquele período) (DGS, 2013a). Aparentemente, esboça-se um quadro de deterioração da saúde, incluindo aumento da expressão de doenças mentais e consumo de álcool e drogas ilícitas.

Em 2011 e de acordo com o *Eurostat Statistics in Focus* (López Vilaplana, 2013), Portugal estava entre os países em que o risco de pobreza e exclusão social nas crianças e idosos ultrapassava a média da União Europeia; 28,6% das crianças portuguesas no mesmo ano estavam em risco de pobreza e exclusão social (acima da média de 26,9% na União Europeia).

Neste contexto, estão particularmente vulneráveis as populações migrantes e de minorias étnicas que, além das dificuldades inerentes ao processo de migração, como as experiências de perda, ruptura e mudança em relação aos seus hábitos e tradições culturais, se deparam ainda com dificuldades acrescidas relacionadas com o emprego, a habitação e o acesso a cuidados de saúde e educação (Ramos, 2004, 2008a, 2008b).

Segundo o Relatório *Innocenti* - “As Crianças que Ficam para Trás” e relativamente à desigualdade no bem-estar nos 24 países mais ricos, as crianças portuguesas encontram-se em níveis de desigualdade superior à média no que respeita ao bem-estar material e, de modo inverso, situam-se na terceira posição relativamente ao bem-estar na saúde (UNICEF, 2010). Esta situação poderá dever-se, por um lado ao baixo nível de rendimentos da população portuguesa relativamente a outros países, por outro e de modo positivo, às reconhecidas qualidades de universalidade do Serviço Nacional de Saúde, implementado em 1978, e que transformou radicalmente o panorama da saúde em Portugal (Godinho, 2010).

Podemos questionar-nos sobre as razões pelas quais, apesar de as crianças portuguesas apresentarem níveis favoráveis de bem-estar na saúde, o período adolescente ser marcado por considerável variedade comportamentos de risco, como sejam o consumo de substâncias psicoactivas, particularmente álcool e tabaco. As dificuldades de desenvolvimento com que o adolescente se confronta, podem ter origem em desvantagens que se desenharam logo na infância, na sequência de desigualdades sociais e familiares. Durante a gravidez e nas primeiras semanas e meses de vida, sucedem-se etapas fundamentais para desenvolvimento mental e físico da criança; qualquer falha na primeira infância pode colocar em risco as etapas ulteriores de

crescimento e desenvolvimento, ou seja, as desvantagens nas primeiras fases da vida podem começar a definir a neurobiologia da criança em desenvolvimento, e desencadear um processo que tenderá a reforçar-se. As circunstâncias dos primeiros anos de vida têm um impacto profundo na vida actual e nas perspectivas futuras; crescer em situação de pobreza aumenta consideravelmente o risco de sofrer de problemas de saúde, desenvolvimento cognitivo, baixo aproveitamento escolar, menos aptidões e aspirações e, possivelmente menores rendimentos na idade adulta, ajudando assim a perpetuar a desvantagem de uma geração para a seguinte (UNICEF, 2010).

Na Declaração “*Health in all Policies*” do Conselho Europeu em 2007, reconhece-se que o estado de saúde das populações, é largamente determinado por factores externos ao sector da saúde, e que lacunas na protecção e promoção da saúde das populações, implicam severas consequências económicas. Neste sentido, investir na saúde significa investir no desenvolvimento dos países (CE, 2007). Poderíamos de igual modo, dizer que para intervir favoravelmente na área dos comportamentos de risco entre adolescentes e jovens adultos, deveríamos investir no seu desenvolvimento precoce, ou seja, na promoção condições sociofamiliares, para que a função parental possa ser exercida de forma saudável e gratificante, e para que as crianças nos primeiros anos de vida, possam consolidar a sua personalidade de forma estável e integrada, familiar e culturalmente.

No seguimento da atenção que temos vindo a dar à adolescência como fase do ciclo de vida, e sua relação com o consumo de substâncias, desenvolvemos o presente trabalho no sentido de melhor compreender o papel e função dos comportamentos de risco nesta fase do desenvolvimento, num território densamente povoado e enriquecido por marcado registo multicultural. Neste sentido, o estudo pretende caracterizar e analisar as condutas de risco entre uma população adolescente e jovem adulta; compreender a expressão dos comportamentos de risco no processo de desenvolvimento dos indivíduos, considerando o contexto pessoal, familiar e sociocultural; caracterizar o consumo de substâncias psicoactivas e sua relação com outros comportamentos de risco; identificar comportamentos protectores da saúde e identificar e caracterizar indicadores de sofrimento psicológico, particularmente depressão e risco suicidário, e sua relação com condutas de risco para a saúde.

O estudo encontra-se dividido em duas partes: enquadramento teórico e estudo empírico. A primeira parte encontra-se dividida em três capítulos; no primeiro capítulo

são abordados aspectos psicossociais da adolescência e do jovem adulto, como a identidade, a família e a sociedade, bem como aspectos psicopatológicos na adolescência e transição para a idade adulta. O segundo capítulo aborda as relações entre saúde e comportamentos de risco, aspectos psicológicos e resiliência. O terceiro capítulo enquadra alguns comportamentos de risco e aspectos preventivos envolvidos. Na segunda parte do trabalho, apresentam-se as opções metodológicas, os instrumentos de avaliação e os grupos de participantes; seguidamente procede-se à apresentação, análise e discussão dos resultados dos dois grupos de participantes, em função das variáveis em estudo. Por último apresentam-se as conclusões e sugestões de investigação, tendo em conta os resultados obtidos, bem como as referências bibliográficas. Em anexo, colocam-se os instrumentos de investigação utilizados no estudo.

CAPÍTULO 1 – ADOLESCENCIA: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS

“Quando era jovem, acreditava ser invencível.
(...) com aquela idade,
pensava que nada me poderia acontecer.”

Albert Cossery (2002)

“(...) e digam-me se o mais belo tempo não foi
aquele em que éramos jovens e andávamos no mar!
Jovens e sem nada...pois no mar nunca se apanha
nada, só pancada...e às vezes é uma ocasião para a
nossa força se fazer sentir...só isso...E se assim
mesmo não foi o que deixou mais saudades?
(...)...as rugas, a velhice; rostos marcados por
canseiras, decepções, êxitos e amor; os nossos olhos
fatigados que procuravam e, ansiosos, procuram
ainda essa qualquer coisa que desaparece enquanto
esperamos...que passa sem ser vista, num suspiro,
num relâmpago...com a mocidade, a força, o
romance das ilusões.”

Joseph Conrad (1902/2003)

1. Adolescência e Identidade

As palavras ‘adolescente’ e ‘jovem’ são frequentemente utilizadas para designar uma condição semelhante do desenvolvimento humano. Etimologicamente ‘jovem’, utilizado como substantivo ou adjetivo, vem do latim *juvene*, que significa em idade juvenil, moço, novo; ‘juventude’ deriva de *juventute*, que significa quadra da vida em que se é jovem, mocidade e adolescência. Por seu turno ‘adolescência’ tem étimo no latim *adolescencia* e designa o período final do desenvolvimento humano entre o início da puberdade e o estado adulto, e também mocidade, juventude. Adolescente, designa a pessoa que está na adolescência, jovem do latim *adolescere* que significa crescer (Costa & Sampaio, 1995).

A emergência do conceito de adolescência como um estágio particular e especial do desenvolvimento humano tem uma origem recente, já no Sec. XX, com as profundas transformações socio-económicas decorrentes da industrialização e do aumento da urbanização. Apesar das especificidades fisiológicas e psicológicas do indivíduo jovem terem sempre existido, independentemente do passado histórico e da cultura, as sociedades adultas nem sempre reconheceram as características distintas da

adolescência (Sprinthall & Collins, 2003). Situação idêntica verificou-se no Sec. XIX com o processo de reconhecimento da infância como um estágio especial de crescimento, em oposição ao constructo da criança como um adulto pequeno (Ariès, 1988).

A adolescência é frequentemente descrita como um período tumultuoso, instável e desconcertante. Stanley Hall (*in* Weiner, 1995, pp.3-4) descreve os adolescentes como “emocionalmente instáveis e mórbidos. É a idade do inebriamento natural sem necessidade de intoxicação que levou Platão a definir a juventude como *embriaguez espiritual*. É um impulso natural para experimentar estados psíquicos ardentes e inflamados e caracteriza-se pela emocionalidade (...) a instabilidade e as flutuações são características neste período”.

Também Anna Freud (1946/1986, pp.117-118) se refere aos adolescentes como “*excessivamente egoístas, considerando-se o centro do universo e o único objecto de interesse e, entretanto, em tempo algum da sua vida ulterior são capazes de tanta abnegação e dedicação (...) Atiram-se entusiasticamente à fruição da vida da comunidade e, por outro lado, possuem uma irresistível ânsia de solidão. (...) Oscilam entre a cega submissão a um líder autoeleito e a rebelião insolente contra toda e qualquer autoridade. (...) Seus estados de espírito variam entre o optimismo leviano e o mais sombrio pessimismo. Algumas vezes, dedicam-se ao trabalho com infatigável entusiasmo e, outras vezes, são preguiçosos, desleixados e apáticos*”. Aberastury (1988), refere contudo, a importância de não confundir este período de contradições, confusão, ambivalência e sofrimento, com estados patológicos alarmantes e equivocados.

Parece consensual entre os autores, a ideia de que a adolescência é um processo de transição, entre a puberdade e a adultícia, marcado por alguma inquietação. Neste processo ocorrem profundas transformações a nível fisiológico, psicológico, relacional e social, conducentes à consolidação da identidade e aquisição de autonomia.

Antonino Ferro, usa a curiosa expressão “crise de idade-dobradiça”, para designar os traços comuns presentes nos momentos de passagem entre idades significativas, como sejam a adolescência, a crise da meia-idade, a crise da terceira idade; invariante destas fases será a “mudança catastrófica”, que deve ser atravessada, e onde coexiste o luto pelo que se perde, a disponibilidade pelo novo e a capacidade de metabolização da dimensão emocional que emerge. Estas idades-dobradiça, colocam à prova a solidez da

personalidade e testam movimentos de defesa e adaptação, revelando o grau de sucesso ou de falência do processo; como exemplo de transições harmoniosas é referido filme de Bergman (1957/2014), *Morangos Silvestres* e, no polo oposto, a obra de Sternberg (1930), *O Anjo Azul*, em que a patologia se revela pela tentativa de fuga ao tempo e às suas consequências (Ferro, 2005).

Blos (1962) refere-se à adolescência como um processo identificatório relacionalmente intenso e caracterizado pela maturação sexual. Realça ainda a discrepância entre um crescimento biológico rápido e um crescimento psicológico que se opera lentamente. Para o autor este seria como que um segundo movimento no processo de individuação, semelhante ao processo de separação-indivuação (entre o “eu” e o “não eu”) descrito por Mahler (1979), mas agora mais complexo e visando o sentido da identidade.

Para Erikson (1968) a adolescência é considerada como uma fase final da infância, concluída no momento em que as identificações infantis se transformam numa outra identificação. Esta, é conseguida à custa da realização de uma série de tarefas, já não de natureza lúdica infantil ou pelo ensejo experimental pubertário, mas pela absorção da sociabilidade e partilha com o outro. A formação da identidade não é, no entanto, produto exclusivo da adolescência, mas consequência de uma multiplicidade de experiências do passado e do presente articuladas coerentemente.

Dias Cordeiro (1987) chama a atenção para a distinção entre a primeira e a segunda fase da adolescência, em termos de funcionamento mental. Refere que a primeira, *early adolescence*, é caracterizada por rápidas transformações a nível biológico e hormonal, da imagem corporal e psicológicas; trata-se de um “retorno a uma posição depressiva” com tendência ao isolamento ou à partilha com actores privilegiados, das vivências de “perplexidade e de estranheza” centradas no corpo”. Na segunda fase, *late adolescence*, o “investimento narcísico é progressivamente deslocado para o outro “investimento objectal”, culminando na escolha do objecto heterossexual da relação”, que o autor designa de “segundo organizador psíquico” da adolescência (pp. 151-152).

Vários são os autores que se pronunciam sobre o facto de a passagem a um estágio de identidade própria parecer exigir um movimento de desinvestimento e desidealização das figuras parentais, seguido ou acompanhado de um investimento progressivo no outro, externo ao meio familiar, (Anna Freud, 1946; Aberastury, 1988; Cordeiro, 1988 e Coimbra de Matos, 2002a). Contudo, Coimbra de Matos (2003) precisa que, em relação às figuras parentais, estas continuam investidas, só perdendo valor e significado como

objectos de necessidade, enquanto o objecto sexual surge como mais importante e mais necessário. O autor rejeita ainda a ideia de que a adolescência seja uma “sucessão de lutos”, ou que seja “uma crise” - só na patologia assim será; afirma que a adolescência é sim, uma sucessão de conquistas e um período fecundo, pleno de promessa e realização, de pensamento e de acção.

A tarefa fundamental do adolescente é pois abandonar o mundo infantil e integrar-se no mundo dos adultos; recusar os benefícios da infância e aceitar os desafios da adultícia. Este processo exige uma perda, “*a perda da vida infantil, familiar, protegida, dos pais, nem sempre compensada com o encontro de um objecto de amor sexual adequado e satisfatório*” (Coimbra de Matos, 2002a, p.185).

A construção e definição da identidade surge assim como o produto fundamental da adolescência, através de processos de identificação. Inicialmente, na infância, de forma mais captativa (características atribuídas pelos outros), posteriormente, em termos de auto reconhecimento (das qualidades físicas e psicológicas) e, finalmente, por identificação a modelos externos (personalidades, grupos, ideologias, etc.)

2. Adolescência e Família

[...]
“Cause when love is gone, there’s always justice.
And when justice is gone, there’s always force
And when force is gone, there’s always Mom

So hold me, Mom, in your long arms. So hold me,
Mom, in your long arms”.

[...]

Laurie Andersen (1982)

“não há pai em meio animal”

Désor & Kraff *in* Cyrulnik (1995, p. 93)

A problemática da autonomização do adolescente passa necessariamente pela sua interacção com as figuras parentais. Se por um lado os pais funcionam como figuras de identificação, por outro são alvo de um desinvestimento progressivo, em detrimento de elementos exteriores ao meio familiar. A dinâmica gerada é naturalmente marcada pela

conflituosidade que faz emergir, em ambas as partes, movimentos de resistência e ambivalência no que respeita ao processo de autonomia do adolescente.

Coimbra de Matos (2004), refere que a família tem origem na necessidade de protecção da prole, e sobretudo na densidade dos vínculos emocionais que se estabelecem, fortes e duradouros, pela riqueza afectiva dos parceiros e pelo impacte estético e de ternura que o recém-nascido desencadeia. A família nuclear, constitui o primeiro grupo humano e marca a nossa história, para o melhor ou para o pior; toda a importância dada à família será sempre pequena e insuficiente.

Até à relativamente pouco tempo, o estudo da adolescência centrou-se apenas no adolescente. Contudo, a dinâmica do processo será incompletamente compreendida se não se considerar uma outra face do problema: a própria ambivalência e resistência dos pais, e da sociedade, em aceitar a autonomização do adolescente (Aberastury, 1988).

Do mesmo modo que Winnicott (1987/2006), não concebia a existência de um bebé fora da díade com uma mãe, provavelmente também a adolescência não faça sentido sem a existência de uma interacção familiar, particularmente no que respeita à figura dos pais.

Como refere Ramos (2004) *“o sentimento de pertença a uma família, a uma comunidade, a uma cultura, dá o sentimento de segurança interna que favorece o desenvolvimento da criança e da resiliência”* (p.177). A autora refere ainda que nas famílias que proporcionam segurança e afecto, as crianças aprendem a lidar melhor com as emoções e com os afectos e a enfrentar os problemas quotidianos.

A situação de os pais necessitarem sempre de saber onde está o seu filho, difícil de suportar por este, revela por um lado a dificuldade dos pais em renunciar ao laço precoce da infância, por outro a necessidade de desfazer esse laço. Se o processo decorre sem dificuldades, autonomizam-se ambas as partes. De contrário, instalam-se tensões com atitudes de controlo e provocação, geradoras de sofrimento e perturbação, (Braconnier & Marcelli, 2000). Tal remete para a necessidade de os próprios pais realizarem de igual modo um processo semelhante a um luto. Terão de aceitar a rejeição ou recusa de projectos comuns, que agora passam a ser colocados em causa pelo adolescente. Este irá gradualmente, procurar no exterior da família novos modelos, novos ideais e novas figuras de identificação. Contrariamente ao que se verificava na infância, os pais já não podem ‘tudo’ e também já não são ‘tudo’ para o adolescente. Se

houver resistência à aquisição do estatuto a que o adolescente quer aceder, o progenitor pode sentir-se abandonado, esquecido ou inserir-se numa rivalidade agressiva, invejosa e possessiva. Esta situação, de sensibilidade e vulnerabilidade dos pais, é notória nas famílias reconstruídas, (Braconnier & Marcelli, 2000).

É importante a aceitação pelos pais, dos movimentos de progressão e regressão na adolescência como um processo conflitual. A atitude mais desadequada é a de um pai (ou a sociedade) *“empurrar ou deter, fomentar excessivamente ou reprimir com brutalidade os progressos do adolescente”* (Aberastury, 1988, p.26).

A tarefa da adolescência é permitir que o indivíduo aceda progressivamente ao estatuto de sujeito, no entanto a descoberta duma identificação de adulto só poderá surgir pela inserção do adolescente no seio da linha familiar, daí a sua procura desesperada de uma imagem de si pelas raízes culturais, no grupo social ou nas recordações familiares (os avós são frequentemente os únicos a serem poupados à contestação do adolescente); sem inscrição na linhagem familiar, o futuro não tem sustentação (Marcelli & Braconnier, 2005). Neste sentido, crescer pode ser visto como um acto simbolicamente agressivo, Winnicott (1975) falou mesmo de ‘homicídio simbólico dos pais’ para descrever esta substituição das imagens parentais interiorizadas na infância. Este processo de desidealização das figuras parentais pode ser sentido como ingrato ou injusto pelos progenitores. A “cura” da adolescência, refere Winnicott (1965/2005) *“vem do passar do tempo e do gradual desenrolar dos processos de amadurecimento”* (p.116); a adolescência precisa de ser vivida e é essencialmente uma fase de descoberta pessoal.

Na circunstância de primeiro alvo dos movimentos agressivos do adolescente, o papel parental enfrenta com regularidade tensões e conflitos relacionais, frequentemente vividos de forma dolorosa e/ou ambivalente. Que esperar então, de um papel adequado e maturativo das figuras parentais, no processo de crescimento dos filhos? A este respeito, os autores anteriormente referidos, apontam como função essencial dos pais, a necessidade de sobrevivência a esta tensão agressiva, não se deixando atingir em profundidade, a ponto de ficarem deprimidos ou renunciarem à sua função, tomando conduta de demissão e indiferença. Outra função essencial, talvez mais positiva, será a de fornecer segurança e protecção perante a vulnerabilidade do adolescente na exploração dos seus próprios limites. O papel de vigilância do ambiente de desenvolvimento do adolescente visa evitar, o melhor possível, o confronto com

experiências traumatizantes. Os pais devem permanecer assim, como um 'refúgio privilegiado' aquando dos movimentos de exploração exterior. A ausência deste refúgio pode despertar no adolescente atitudes de perda e desespero (Braconnier & Marcelli, 2000).

A este respeito parece-nos oportuno, referir a importância do comportamento parental, como variável de grande influência na qualidade da relação estabelecida entre pais e filhos na infância. O comportamento parental é entendido na literatura, como as respostas dos pais às necessidades específicas da criança (desconfortos, solicitações sociais, etc.). O modo de reagir nestas circunstâncias é designado por *sensitividade*, conceito chave no estudo da relação mãe-criança. Supostamente, o desenvolvimento da criança será tanto mais harmonioso, quanto maior for a sensitividade dos pais. Belsky (*in* Pires, 1990) desenvolveu um modelo das relações parentais em que identificou um conjunto de determinantes relacionados com a maior ou menor sensitividade: 1) factores relativos ao próprio sujeito, como a personalidade e a história de desenvolvimento; 2) características da própria criança como por exemplo o temperamento, ritmos de sono, comportamento alimentar e 3) factores do contexto social, que poderão actuar como apoiantes ou como geradores de stress, de que são exemplo a qualidade da relação conjugal, a rede de contextos sociais e a actividade laboral.

O comportamento parental através dos cuidados prestados à criança, deve promover um ambiente emocional e social facilitador do desenvolvimento afectivo, cognitivo e social da criança. As relações afectivas e sociais harmoniosas entre pais e filhos são fundamentais para o desenvolvimento saudável, e constituem as bases da futura saúde física e mental da criança e adolescente. Promovem a integração de regras e sentido de responsabilidade, indispensáveis a uma integração social e profissional equilibrada (Ramos, 2004).

A propósito da interacção pais-filhos e da possibilidade de transmissão, particularmente pela mãe, de distúrbios à criança, Tronick & Giannino conceptualizaram um modelo de regulação mútua (*Mutual Regulation Model*). Na perspectiva dos autores, a criança em idade precoce tem a dupla tarefa de regular, simultaneamente, o seu estado emocional interno e ajustar-se ao meio externo. A tarefa é dupla uma vez que as emoções produzem motivação e ajudam a organizar as acções da criança no ambiente exterior. Uma criança angustiada ou aflita é incapaz de manter um envolvimento organizado com uma pessoa ou com um objecto, devido à desorganização do seu estado emocional. Os

autores sustentam que uma mãe deprimida, devido ao seu estado emocional, falha na resposta aos estímulos reguladores do filho, ficando este privado de sinais reguladores adequados. Daqui resulta um empobrecimento das acções coordenadas, produzindo na criança uma experiência repetida de afecto negativo. Durante algum tempo a criança pode insistir, tentando reparar a interacção, mas a cada tentativa falhada, maior é a possibilidade de a criança adoptar comportamentos de auto-regulação de modo a lidar com o afecto negativo gerado na interacção. As consequências do processo poderão ser o estabelecimento de uma representação de 'si' e da 'mãe', em que a criança é ineficaz e a mãe não é securizante (Tronick & Giannino, 1986).

Também Ramos (2004) refere que os pais deprimidos e sobretudo as mães, conflituosidade conjugal, carências sociais e ambiente stressante podem influenciar negativamente a capacidade de cuidar da criança e promover uma vinculação insegura.

Numa revisão de estudos sobre a percepção das atitudes parentais, e baseando-se no modelo de Becker, Fleming (1995) refere que, de um modo geral as atitudes parentais se podem organizar em duas dimensões de pares antitéticos: Amor vs Hostilidade e Autonomia vs Controlo. A primeira remetendo para a “*qualidade afectiva da relação*” com os pais, em termos de aceitação, protecção, calor afectivo ou, em oposição, frieza emocional, rejeição total ou parcial; a segunda, remete para estilos educativos baseados no autoritarismo, na indução e na punição (p.151).

A mesma autora sustenta ainda que, na dimensão Afecto, uma intensidade excessiva pode impedir o desenvolvimento de uma identidade própria e separada. A dimensão Controlo pode tornar-se decisiva pelo modo como as normas são operacionalizadas: por negociação ou por imposição.

No que diz respeito a factores de risco associado a consumo de substâncias, aspecto particularmente importante tendo em conta o nosso objecto de estudo, o papel da família surge como fundamental na apreciação do risco. A qualidade afectiva das relações familiares, o estilo de exercício da autoridade parental e a influência exercida sobre o comportamento e a conduta do adolescente, parecem ser os vectores principais na apreciação do risco de consumo (Farate, 2000).

Em relação ao estilo de autoridade parental Baumrind (1971) identificou três estilos de organização familiar distintos: 1) um padrão autocrático, caracterizado por uma autoridade parental rígida e pouco calorosa e ausência de subtilidade na gestão dos

conflitos; 2) um padrão permissivo, designado por uma autoridade parental flexível e afectuosa, mas pouco específica e pouco firme na resolução dos conflitos e 3) um padrão autoritário, equilibrado e caloroso, baseado na diferenciação de papéis parentais e em que os conflitos familiares são negociados com firmeza e abertura. O mesmo autor estabeleceu uma relação causal entre os dois primeiros tipos de organização familiar e uma vulnerabilidade dos adolescentes, no que respeita ao consumo precoce (uso ou abuso) de álcool e drogas.

Ainda a propósito de modalidades de funcionamento familiar perturbadas e perturbadoras, do processo de separação dos adolescentes das suas famílias, referimos os modelos de Stierlin (*in* Fleming, 1995). Este autor conceptualiza dois modelos de separação que corresponderiam a particularidades extremas de padrões de interacção entre os membros de uma família: 1) um “modelo centrípeto”, característico de famílias muito captativas e aglutinadoras dos seus elementos, onde os comportamentos mais infantis dos adolescentes são gratificados e os movimentos de autonomia e afirmação não são estimulados. Esta constelação provoca no adolescente sentimentos de culpa face à separação e sentimentos de incapacidade e dependência; 2) um “modelo centrífugo”, caracterizado por tendência à rejeição dos seus elementos, inculcando-lhes precocemente comportamentos típicos dos adultos, e onde a realidade externa à família é apresentada como gratificante e securizante. O adolescente tem então tendência ao estabelecimento de relações afectivas precoces com elementos exteriores à família.

Um aspecto recorrente na família e na dinâmica familiar, e que tem implicações no desenvolvimento das crianças e dos adolescentes, é a constatação da frequente ausência física ou emocional da figura parental. Como referem Lebovici & Castarède (1996, p.157) “Desde que Bowlby se referia à teoria da ligação geral, o pai desaparecia de novo ou não era mais que o equivalente da mãe”. De modo idêntico, os estudos iniciais acerca da interacção precoce apenas se referiam à díade mãe-criança; outros personagens do contexto não eram mais que objectos semelhantes à mãe. Não obstante esta ‘ausência’ do pai como objecto de interesse entre os investigadores até à década de 70, surgiram entretanto um conjunto de estudos que procuram analisar esta nova paternalização como uma forma particular de parentalidade.

O pai é considerado como “*uma figura de vinculação importante para a criança, desempenhando e conciliando de forma competente os cuidados básicos, as exigências do desenvolvimento precoce e afectivo e as competências de incitação da criança à*

autonomia, à segurança e à socialização” (Ramos, 2004, p. 179).

Coimbra de Matos (2004), destaca o papel do pai na família contemporânea, referido que o que a caracteriza é: 1) o investimento por ambos os pais do feto, facilitado pelas rotinas dos exames ecográficos e 2) uma maior atenção aos cuidados psicológicos prestados ao bebé, pela mãe e pelo pai. Consequência desta mudança, em sentido positivo, é o maior e crescente relevo da função paterna; o pai torna-se cada vez mais um parceiro do filho, desde o nascimento, mas mais importante, o filho tem maior existência no interior do pai.

Pelo exposto, podemos deduzir a variabilidade e complexidade das atitudes e comportamentos parentais envolvidas na problemática das relações entre pais e filhos. É certo que os factores familiares não actuam isoladamente no processo de crescimento do adolescente, contudo, algumas modalidades relacionais parecem estar associadas a percursos de desenvolvimento menos harmoniosos ou mesmo perturbados, e com factores de risco associados ao consumo de substâncias.

3. Adolescência e Sociedade

Na era da globalização, os tempos que vivemos actualmente são palco de múltiplos acontecimentos, que ocorrem simultaneamente sem que possamos compreender o seu significado; tudo se passa a uma velocidade impossível de acompanhar. A sociedade vê-se invadida pelo risco; risco social, económico ou industrial (Beck, 2002) e que escapa cada vez mais ao controlo das instituições que até aqui protegiam os cidadãos. Esta instabilidade social reflecte-se por sua vez ao nível dos vínculos sociais que estabelecemos, nomeadamente na família e no trabalho. A um nível mais individual relacional, temos uma sociedade marcada pela metáfora da liquidez dos relacionamentos, voláteis e transitórios, que deixam os indivíduos ainda mais sós e desprotegidos (Bauman, 2006). Por outro lado, a moral actual é uma moral pós-moralista, uma nova ética do indivíduo moderno, com a busca desenfreada da satisfação individual, de êxito e de bem-estar. Já não importa o dever nem se trata de dar a vida pela família, a pátria ou ideais revolucionários. Estamos perante uma moral indolor, sem sacrifícios nem imposição colectiva de obrigações. O hedonismo individualista é o

motor desta nova moral de valores mínimos de democracia. O prazer substitui o dever (Lipovetsky, 1994).

Este é o pano de fundo onde os períodos da infância e da adolescência, que são por excelência períodos intensos de socialização, se vão desenvolver. Parece-nos, neste sentido, importante abordar aspectos relacionados com o papel da cultura na formação da personalidade e no condicionamento dos processos de aprendizagem social, como sejam a *imitação* e a *conformidade*.

O termo sociedade, apesar de ser um objecto real das ciências sociais, não é de modo algum, de fácil definição. A noção de sociedade engloba, genericamente, a existência de uma pluralidade de indivíduos em interacção (Thines & Lempereur, 1984).

A realidade social pode ser entendida como ‘acção social’ e definida como “*toda a maneira de pensar, de sentir e de agir cuja orientação se estrutura segundo modelos que são colectivos, quer dizer, que são partilhados pelos membros de uma qualquer colectividade de pessoas*” (Rocher, 1999, p.43). De facto, todo o acto de conduta humana (o que se faz, diz, pensa ou imagina) tem existência apenas em contexto de interacção. Rocher (1999, pp. 40-41) refere que “*A acção humana, mesmo a mais pessoal e a mais privada, até aos pensamentos e sentimentos mais secretos, obedece a regras exteriores, comuns, colectivas. (...) Até aos recantos mais escondidos do seu ser o homem é um produto das ‘tribos’ a que pertenceu e a que continua a pertencer: civilização, país, crença, etnia, classe social, religião (...)*”.

Um outro conceito que nos parece importante introduzir antes de abordar o processo de socialização é a noção de cultura. Mantendo ainda a linha de pensamento de Rocher, este refere que a noção de cultura e de civilização se assemelham e tem sido esta distinção, o objecto de controvérsia entre historiadores. Inspirado nos contributos de Tylor e de Durkheim, o autor propõe a definição de cultura como “*sendo um conjunto ligado de maneiras de pensar, de sentir e de agir mais ou menos formalizadas que, sendo apreendidas e partilhadas por uma pluralidade de pessoas, servem, de uma maneira simultaneamente objectiva e simbólica, para organizar essas pessoas numa colectividade particular e distinta*” (Rocher, 1999, p. 105). O autor realça as características principais da cultura no que respeita às maneiras de pensar, sentir e agir as quais podem ser ‘mais ou menos formalizadas’, ‘partilhadas por uma pluralidade de pessoas’ e ainda, na medida em que apresentam um modo específico de admissão ou transmissão.

A cultura apresenta então duas funções essenciais: uma social e outra psíquica. Social, na medida em que se apresenta como um universo mental, moral e simbólico, comum a um grupo de indivíduos onde é possível a comunicação e o reconhecimento de vínculos, interesses e opiniões e onde os indivíduos se podem rever, individual e colectivamente como pertencentes a um todo. Psíquica, uma vez que opera um efeito de moldagem da personalidade individual. Este efeito de molde não é contudo rígido, permitindo aos indivíduos, dentro de certos parâmetros de constrição e permissão, a flexibilidade suficiente para se reconstruir numa personalidade própria. O não respeito pelos limites balizados pela cultura, implica que o indivíduo se torne marginal à sociedade (Rocher, 1999).

No seguimento do que referimos anteriormente, podemos considerar a existência de três sistemas estruturantes - social, cultural e psíquico -, que funcionam em interpenetração, ou seja, dependendo uns dos outros para existir e constituindo a base de toda a acção social.

A relação da dimensão da personalidade (social e não do indivíduo como pessoa) com o sistema social e cultural, resultará no que se designa de processo de socialização. Este, é definido por Rocher (1999) como *“o processo pelo qual ao longo da vida a pessoa humana aprende e interioriza os elementos sócio-culturais do seu meio, os integra na estrutura da sua personalidade sob a influência de experiências de agentes sociais significativos e se adapta assim ao ambiente social em que se deve viver”* (p.126). Desta definição, segundo o mesmo autor, decorrem três ideias fundamentais: a aquisição da cultura, a integração da cultura na personalidade e a adaptação ao meio ambiente. Concretamente, a socialização será: (1) um processo de aquisição de conhecimentos, modelos, valores e símbolos, próprios do grupo e da sociedade em que o indivíduo vive; (2) um processo em que elementos da sociedade e da cultura integram a estrutura da personalidade psíquica do indivíduo, tornando-se parte constituinte de si próprio e (3) um processo de adaptação da pessoa ao meio social e que confere um carácter de pertença (à família, ao grupo, à religião, por exemplo).

Note-se que, apesar de a infância e a adolescência serem, por excelência, os períodos de maior intensidade da socialização, esta processa-se ao longo de toda a vida da pessoa. Poderão ser exemplos de socialização intensa na idade adulta, o primeiro emprego, o casamento, o nascimento de um primeiro filho ou os movimentos migratórios para outros países.

Particularmente o fenómeno migratório, é considerado um dos processos mais difíceis de ‘ressocialização’ do adulto e constituindo-se como uma experiência traumática aguda, envolvendo perdas, mudanças externas com repercussões psíquicas (Rocher, 1999; Grinberg & Grinberg, 2004).

Ainda no que respeita à socialização importa referir o papel da aprendizagem na aquisição de reflexos, hábitos e atitudes. Ao contrário do animal, que comporta no seu programa genético a informação para um extenso leque de comportamentos automatizados, o homem tem uma extensa capacidade de aprendizagem, mercê da complexidade do seu sistema nervoso central. Os principais processos de aprendizagem são a repetição, a imitação, a aplicação de recompensas e punições e a tentativa e o erro. Quanto ao carácter hereditário ou à influência do meio exterior no processo de aprendizagem não há consenso entre os investigadores. Uma outra componente dos mecanismos de socialização é a designada ‘interiorização de outrem’, desenvolvida por Cooley (citado por Rocher, 1999) que consiste na formação da consciência de si próprio através do olhar do outro, ou seja, a percepção de si por outrem.

Além de mecanismos de socialização existem os agentes de socialização, de que são considerados como principais, a ‘influência da família’ e o ‘grupo de pares’ (Negreiros, 1998; Rocher, 1999).

O adolescente é sujeito a uma aprendizagem de comportamentos e atitudes no estabelecimento de interações com os outros. Kandel (*in* Negreiros, 1998) refere dois processos básicos de socialização: (1) a imitação pelo adolescente, de comportamentos observados nos outros e (2) o reforço social, que justifica a razão de certos comportamentos prevalecerem se aprovados pelos actores significativos do cenário social do adolescente.

Consoante a cultura, variam as formas e as circunstâncias de interacção entre os indivíduos, sendo que o desenvolvimento social do adolescente depende do resultado da interacção entre o próprio e a rede social em que está inserido (família, escola, grupo) e tendo em conta o contexto sócio-cultural e histórico.

3.1. Grupo de Pares

Tradicionalmente o termo colegas (grupo de pares) é praticamente sinónimo de adolescentes; são comuns as expressões ‘pressão dos colegas’ ou ‘cultura dos colegas’. Apesar de, ao longo da vida todas as pessoas possuírem colegas, e mesmo sentirem a sua pressão, a adolescência parece ser o período do maior conflito entre a família e o grupo de pares (Sprinthal & Collins, 2003). Estes autores referem que o facto de os adolescentes passarem mais tempo sozinhos ou com os colegas, constitui o aspecto mais significativo da diferença entre a vivência infantil e as experiências da adolescência.

Nesta fase de alargamento do mundo social, o adolescente desenvolve interações de carácter mais horizontal com os pares, aspecto que as distingue das relações estabelecidas na família ou na escola, onde a presença e a autoridade dos adultos hierarquiza de modo claro os relacionamentos. Parece-nos assim, de interesse para este estudo abordar a relação entre identidade do grupo e identidade individual.

Como referem Braconnier & Marcelli (2000, p. 43) “*A participação de um adolescente num grupo de jovens da mesma idade é vulgar e poderíamos dizer que absolutamente necessária. A necessidade para o adolescente de estar ‘em grupo’ responde a necessidades educativas e sociais mas também a motivações intrapsíquicas pessoais*”. Os autores referem ainda a preocupação e até a inquietação que provoca nos adultos, ver um adolescente isolado, não inserido noutros grupos de jovens e que restringe o seu círculo de amigos e interações ao núcleo familiar.

Em relação ao modo como o grupo de pares influencia o funcionamento individual são apontadas duas modalidades: *informal* e *normativa*. “*Na influência informal, os colegas funcionam como fontes de conhecimento acerca de padrões comportamentais (...). Na influência normativa, os colegas exercem uma pressão social sobre os adolescentes, no sentido de estes se comportarem de acordo com os padrões seguidos pelos outros elementos do meio a que pertencem*” (Sprinthal & Collins, 2003, p. 376). Os autores adiantam ainda dois processos socio-psicológicos relevantes naquela influência: a comparação social e a conformidade, designados pela comparação de comportamentos e capacidades e consequentemente a adopção de certo comportamento ou atitude que outros adoptaram.

No grupo de amigos, as relações estabelecidas entre os seus elementos e entre outros grupos de jovens, têm a função de assegurar uma identificação entre os vários elementos (por exemplo, gostos semelhantes, actividades, música, modos de vestir) reforçando, deste modo, uma estruturação relativamente coesa da identidade do grupo (Machado Pais, 2003).

Este aspecto da identidade do grupo, como espelho das identidades individuais, e à qual está associado um conjunto de comportamentos e expectativas, parece-nos aplicar-se também aos grupos que integram, nas suas práticas de sociabilidade, o consumo de álcool ou outras substâncias.

3.2. Integração e Rituais de Iniciação

Como temos vindo a descrever, o processo adolescencial traduz-se num conjunto de movimentos complexos de desligamento da vida infantil e aquisição gradual de níveis de autonomia cada vez maiores. Este processo é acompanhado de importantes transformações (internas e externas) na vida do sujeito, que culminarão na aquisição de um outro estatuto. Ou seja, a integração no mundo dos adultos.

Esta integração, do ponto de vista sociológico, pode designar, num plano micro o modo como os diferentes actores se integram num espaço social comum, e num plano macro o modo como se articulam os diferentes subsistemas sociais (Pires, 1999). O mesmo autor refere que o conceito de integração pode ser entendido tendo em conta os modos de incorporação dos indivíduos em novas modalidades de interacção, na sequência de mudança social e deslocamentos intra-sistemas (ciclo de gerações ou mobilidade social) ou inter-sistemas (por exemplo migrações), e em que os sujeitos participam activa e motivadamente.

É neste contexto, em que o processo de integração se articula com a questão da ordem social e da padronização da vida social, que nos faz sentido integrar o conceito de rito de iniciação.

Do ponto de vista antropológico, os ritos têm a função de representar os mitos, de modo a que estes possam ser (re)vividos pela colectividade.

Existem ritos de passagem (também chamados de iniciação), como o nascimento ou a morte, e ritos recorrentes, como por exemplo a refeição, a purificação ou as festas de ano novo. O ritual de iniciação tem a função de introduzir o indivíduo num género e numa qualidade de vida diferentes, por exemplo, na vida adulta para o adolescente. Do ponto de vista simbólico, estes rituais remetem de modo invariável para três momentos: (1) a morte de uma vida anterior; (2) aquisição de conhecimentos relativos a uma nova vida e (3) renascimento nesta nova vida. Por esta razão, são também designados por ritos de passagem (Thines & Lempereur, 1984). Os autores referem ainda que os rituais de passagem têm a função de evitar a impureza contraída pelos indivíduos que passam de uma categoria para outra. Esta impureza designa tudo o que sai das categorias próprias atribuídas pelo grupo ou sociedade, sendo que é particularmente impuro, tudo o que se passa à margem de qualquer categoria.

Não é, de modo algum, propósito deste trabalho o aprofundamento da fenomenologia da iniciação, contudo, entendemos que este é um tema da maior importância para uma abordagem da compreensão do consumo excessivo de álcool e de outros comportamentos de risco, entre adolescentes e jovens adultos. O próprio processo adolescencial e as circunstâncias e contextos em que o consumo de álcool se pratica entre os jovens, podem ser considerados como práticas iniciáticas.

Para Eliade (1999) a iniciação comporta uma tripla revelação: o sagrado, a morte e a sexualidade, sendo que a criança ignora estas experiências. Mas o iniciado vai ter de as aprender, assumir e integrar na sua nova personalidade. De facto, o neófito morre para a sua vida infantil (profana), para renascer numa nova existência (sagrada), e renasce também com a possibilidade de aceder ao conhecimento.

Tal como o iniciado nas sociedades arcaicas é separado da família e se retira na selva, em muitas culturas, numa cabana iniciática, também o adolescente contemporâneo se desliga progressivamente da família e vai explorando os contextos do grupo, da noite, dos bares, da “selva urbana”. Tanto num cenário como noutro, as ameaças e os perigos são eminentes, e o desconhecido é constante.

A iniciação é equivalente à maturação espiritual, em que o iniciado é aquele que conheceu os mistérios, é *aquele que sabe*. O acesso à espiritualidade traduz-se por um simbolismo da Morte e por um novo nascimento. O esquema iniciático é constante e comporta sempre a ideia de sofrimento, morte e ressurreição resultando num renascimento (Eliade, 1999). O mesmo autor refere que a iniciação está de tal modo

ligada à existência humana que grande parte dos gestos e acções do homem moderno ainda repetem padrões iniciáticos - *“Inúmeras vezes, a «luta pela vida», as «provas» e as «dificuldades» que entravam uma vocação ou uma carreira repetem de algum modo as práticas iniciáticas: é, em consequência dos «golpes» que recebe do «sofrimento» e das «torturas» morais, ou mesmo físicas, que sofre, que um jovem se «experimenta» a si próprio, conhece as suas possibilidades, toma consciência das suas forças e acaba por tornar-se ele próprio, espiritualmente adulto e criador”* (p.215).

Curiosamente, verificamos que as palavras de Mircea Eliade, um historiador das religiões, se aproximam de um modo tão claro e surpreendente das abordagens sócio-psicológicas e clínicas que temos vindo a referenciar. Este aspecto remete-nos para a centralidade do processo iniciático, transversal a inúmeras disciplinas das chamadas ciências humanas. Talvez seja por isso que Eliade seja levado a dizer que *“a existência é fundada pela iniciação; quase poderia dizer-se que, na medida em que ela se realiza, a existência humana é ela própria uma iniciação”* (Eliade, 1999, p.215).

Na sociedade moderna, experiências como os exames escolares, os vários diplomas de ensino (secundário, bacharelato, licenciatura), o serviço militar ou as primeiras relações sexuais, que durante muito tempo tiveram uma significação iniciática como prova de passagem ao estatuto adulto, já não se constituem de modo tão significativo como mudança de estatuto e ruptura das dependências infantis - *“Já não têm o valor simbólico de transposição de uma fronteira e de renúncia às protecções anteriores, já não são portadores de limites”* (Morel et al, 1998, p. 57).

O mesmo autor refere ainda que os processos de maturação actuais são mais prolongados no tempo, e envolvem mecanismos mais complexos e mais difíceis de identificar, restando ao adolescente a necessidade de despender mais tempo como actor do seu próprio percurso e futuro. Se por um lado isto lhe proporciona maior capacidade de escolha e mais liberdade para se realizar, por outro, a responsabilidade individual acrescida coloca-o mais próximo da possibilidade da ocorrência de fracassos. O adolescente encontra-se então sozinho ou quase sozinho com o dever de suportar esta responsabilidade, num período em que está particularmente fragilizado e num contexto cada vez mais hostil.

A adolescência é assim, um período em que surgem ritualizações espontâneas, por vezes surpreendentes, desorientadoras e irritantes para os adultos, como tentativas de

ritualização da interação com os pares e criação de rituais de pequenos grupos (Erikson, 1998).

Por outro lado, os processos tecnológicos ampliam cada vez mais o intervalo de tempo entre o início da vida escolar e o acesso final do jovem ao mundo do trabalho especializado, tornando a adolescência um período ainda mais moroso e consciente (Erikson, 1968). A este propósito Amaral Dias (1979) refere que quanto mais uma sociedade deixa de ser coerente, no que diz respeito à facilitação da aquisição de conhecimentos para que o jovem se possa autonomizar, mais terá tendência para “criar” adolescentes, pelo prolongamento da indefinição que é o estatuto de adolescente.

Como refere Morel *et al* (1998), as crianças e os adolescentes são cada vez mais invadidos por um mundo de imagens, simultaneamente virtuais e realistas, que os confinam num universo de extraordinária expansão e criatividade, mas que lhe dificultam o encontro de referências para o seu próprio percurso. O sujeito tende assim, a ficar reduzido a um papel de receptor passivo, limitado na realização de aprendizagens que testem a sua capacidade de agir e apurar as consequências da sua acção.

Este autor refere ainda ser perante esta ansiedade face a um futuro incerto e na ausência (ou escassez) de marcos sólidos oferecidos pela sociedade, que os adolescentes são cada vez mais levados a fabricar eles próprios pseudo-rituais de passagem que, na manifestação do sentimento de existir e pela exploração de novos espaços e novas capacidades, pode levar à adopção de condutas de risco. Comportamentos típicos da idade adulta como o beber, o fumar e o conduzir, por exemplo, tornam-se então como que inevitáveis, mas também dinâmicos e geradores de conhecimento sobre si próprio.

Classicamente operava-se na adolescência, uma dupla transição: 1) da família de origem para a família de procriação e 2) da escola para a vida profissional. Esta situação não é hoje, na generalidade, possível. A duração dos estudos alongou-se e um número cada vez maior de jovens não tem possibilidades de aceder à autonomia. A esta situação junta-se um conjunto de factores de desintegração social, intrafamiliares, intracomunitárias e intraculturais, que aceleram fenómenos de afastamento entre os jovens (Morel *et al*, 2000).

Na sequência do que foi exposto, parece-nos fazer sentido que, para muitos adolescentes, envolvidos num processo de desenvolvimento menos harmonioso do ponto de vista psicológico, emocional, familiar e social, haja necessidade de

consubstanciar a sua existência como sujeitos, através da adopção de condutas que envolvam comportamentos de risco. Parafraseando Descartes acerca de como o pensamento é condição que viabiliza a existência (*cogito ergo sum*), poderíamos dizer que, para muitos adolescentes, beber viabiliza o seu processo existencial – “*bibo ergo sum*” (bebo logo existo).

Será portanto, entre o risco excessivo da exploração de novas tendências e comportamentos e a conduta inibida (com receio de destruir algo precário em si próprio), que o adolescente mais capacitado e talentoso, vai trilhar o seu percurso identitário e autonomizante, evitando que as suas vulnerabilidades se traduzam em sintomas.

4. Adolescência e Psicopatologia

As situações claramente patológicas na adolescência prendem-se com comportamento patológico como a depressão, as tentativas de suicídio, a anorexia mental, o consumo de drogas ou a presença de episódios psicóticos. Contudo, avaliar em relação a estes registos, o que está no território da normalidade e o que está no território da patologia, é uma tarefa de grande dificuldade. E esta dificuldade prende-se com o facto de a adolescência ser caracterizada pela multiplicidade de condutas, de movimentos experienciais de tentativa erro, próprios da aprendizagem social desta idade, pelas incertezas e oscilações que o adolescente sente quanto aos seus próprios limites e dos seus actos. Se por um lado é importante não cair na precipitação da etiquetagem patológica do comportamento por outro, é também nefasto deixar que se instalem situações patológicas que evoluam desfavoravelmente, bloqueando o trabalho psíquico do adolescente, com progressivo agravamento da desinserção em relação à família ou à escola (Bracconnier & Marcelli, 2000).

Esta situação, de dificuldade na distinção entre um percurso normal, mas pontuado por incessantes mudanças, rupturas múltiplas e paradoxos que animam o adolescente, constitui um desafio para a clínica na psicopatologia do adolescente. Para tal, o técnico de saúde deve possuir uma sólida formação nos modelos de compreensão dos quadros conceptuais, que permitem apreender sobre as alterações desta idade. Globalmente estas teorizações agrupam-se em quatro modelos principais: 1) o modelo fisiológico, com

base nas alterações da crise pubertária e subjacentes alterações somáticas, a emergência da maturidade genital e tensões decorrentes; 2) o modelo sociológico ambiental, que destaca o papel desempenhado pelo contexto no desenvolvimento do adolescente, a posição das diferentes culturas face à adolescência e as relações entre família e adolescente, são os elementos fundamentais; 3) o modelo psicanalítico, que aborda as alterações a nível da identidade, as alterações nos vínculos aos objectos edipianos e a integração na personalidade, da pulsão genital emergente e 4) o modelo cognitivo e educativo, que se interessa pelas modificações profundas da função cognitiva e pelo notável desenvolvimento intelectual, que se verifica quando não há impedimentos, através das múltiplas aprendizagens sociais realizadas. Na prática clínica, a interacção destes modelos de compreensão, é a regra, dada a insuficiência de cada um isolado, e não obstante o facto de um poder ter mais peso sobre o outro, na influência sobre algum comportamento em particular (Marcelli & Bracconnier, 2005).

Dada a frequência e a ênfase com que a depressão surge na literatura e particularmente associada ao fenómeno adolescente, bem como a sua coocorrência em variados quadros clínicos, parece-nos útil uma abordagem específica desta entidade nosológica.

4.1 Depressão na Adolescência

“A nossa necessidade de consolo
é impossível de satisfazer.”

Stig Dagerman (1955/1992)

“Why does my heart feel so bad?
Why does my soul feel so bad?”

Why does my heart feel so bad?
Why does my soul feel so bad?”
[...]

Moby *in* Play (1999)

A depressão apresenta-se como um quadro clínico de grande complexidade semiológica e heterogeneidade de critérios, o que a torna alvo de grandes discussões enquanto quadro específico. Integrada no campo das perturbações afectivas, a depressão tem sido considerada ao longo do tempo, o tipo de perturbação mais frequente no adulto (Coutinho, 2001).

Para Winnicott (1986/2005), o termo “depressão” tem um significado comum e também um significado psiquiátrico e que os dois significados são muito semelhantes. Para o autor, nem toda a gente, incluindo alguns técnicos, admite que há uma psicologia da depressão, parecendo haver uma crença quase religiosa em acreditar exclusivamente numa bioquímica da depressão, como uma espécie de *bilis negra* reatualizada da Idade Média; logo será de esperar encontrar fortes resistências à ideia de que existe uma organização mental inconsciente activa, e que confere significado psicológico ao humor.

Winnicott (1965/2005, p. 75) refere que a depressão “*é condição comum a todos os seres integrados*” e cita Keats, que descreveu o mundo como um lugar “*onde o mero pensar já nos enche de dor e amargo desespero*”. Winnicott coloca assim a possibilidade de a depressão nem sempre se apresentar como um quadro psicopatológico grave, como a designada depressão *major*, integrando-a no quotidiano dos indivíduos; refere que, “*na prática o que se vê é uma constante oscilação entre a preocupação e o desespero*” (Winnicott, 1965/2005, p. 76), sendo que a ajuda de alguém próximo, ou até de um técnico, possa afastar esse desespero.

Este autor refere ainda ter aprendido que, “*a depressão trás dentro de si mesmo o germe da recuperação*” (Winnicott, 1986/2005, p. 60), sendo este um ponto brilhante da psicopatologia, que vincula a depressão ao sentimento de culpa e ao processo de luto, já que a capacidade de sentir culpa é um sinal de desenvolvimento saudável. Devido a esta tendência para transportar consigo a reparação, o autor integra a depressão no processo maturaciona da infância dos indivíduos, processo este que, em ambientes facilitadores, conduz à maturidade pessoal, o que significa saúde.

Este conjunto de ideias, vai ao encontro do que Pires (2002), refere também a propósito da depressão, caracterizando-a globalmente através de três tipos de desilusão: 1) desilusão com a vida, em que a pessoa tem sentimentos de que a vida não vale a pena, como se de uma condenação se tratasse, 2) desilusão consigo próprio, que pode estar na base da desilusão com a vida, em que a pessoa acredita não ter valor que justifique viver, e que, de certa forma, não merecesse viver e 3) desilusão com os outros, podendo a pessoa pensar que os outros a abandonaram ou rejeitaram. O autor realça que estas desilusões, estão na base de consequências psicologicamente desastrosas, e chama a atenção para o carácter desorganizador da depressão, referindo que “*na medida em que existe uma mudança nos aspectos vivenciais e emocionais da pessoa que não lhe permitem viver satisfatoriamente, apesar de ser isso que ela deseja (ao contrário do*

que muitos (as) pensam, e por norma, a pessoa deprimida não desistiu inteiramente de querer viver”, dando conta da desordem que a depressão pode gerar, no quotidiano da vida (Pires, 2002, p. 26).

A propósito do que foi exposto e por ser um tema que raramente surge na literatura, não podemos deixar de considerar o problema da intervenção na depressão, no que respeita à sua medicalização, quantas vezes excessiva como nos mostra a nossa experiência, profissional e social. Por um lado devido ao facto de, inúmeras vezes, a farmacoterapia ser desnecessária, por outro, o facto que em muitas circunstâncias, ser até contraproducente uma vez que, artificializando quimicamente o humor, está a “mascarar-se” o verdadeiro problema, impedindo a pessoa de elaborar o seu sofrimento através da mediação humana (recurso privilegiado, sendo ele técnico ou “informal”). A referida questão da medicalização, frequentemente controversa em contexto profissional, mereceu fundamentada atenção por Pires (2002), em que o autor analisa crítica e detalhadamente, quer as propriedades dos designados “antidepressivos”, quer as consequências nefastas do seu uso indiscriminado, para a saúde física e mental dos indivíduos.

Também Coimbra de Matos (2002d) refere, num texto explicitamente intitulado *Desmedicalizar as “Doenças Mentais”*, que o contributo da psicoterapia está na demonstração de que a maior parte das perturbações mentais, são derivadas de factores relacionais e chama a atenção da importância da prevenção.

Coimbra de Matos (2001), no sentido de situar o estudo geral das depressões, propõe três noções que considera importantes de um ponto de vista dinâmico: 1) a existência de uma depressão, dita *reactiva*, que é a depressão normal ou fenómeno de luto, caracterizada pela reacção de uma personalidade de estrutura genital, à perda de um objecto privilegiado. Fala-se neste caso de *depressibilidade* – qualidade de se poder deprimir (ser depressível), de ser capaz de fazer um trabalho de luto – o que revela sinal de boa saúde mental; 2) a noção de Depressão patológica (e que nem sempre atinge a profundidade e o grau psicótico da melancolia), relacionada com uma natureza predominantemente narcísica dos laços objectais e manifestada por uma intolerância e susceptibilidade intensas, à perda do amor e protecção de um objecto fundamental e 3) a noção de *depressividade*, relacionada com a existência de duro e permanente conflito, de esmagamento do *Self* e esgotamento do Eu, manifestado por um vago sentimento de inferioridade e/ou um comportamento de relativa incapacidade.

Num outro momento, Coimbra de Matos (2002e, p. 453) refere que “*a depressão é fundamentalmente uma reacção à perda afectiva, ou ao que é sentido como tal*”; faz a distinção entre luto e depressão, em que o primeiro se refere à “*perda do objecto de amor*” e a segunda à “*perda do afecto do objecto de amor*”, seria para o autor, a diferença entre enfiar e ser abandonado. Estes processos internos, de luto, de luto não resolvido ou patológico e de depressão, tendem a ser mais frequentes e mais intensos “*num mundo afectivamente empobrecido, em que, nomeadamente a medicalização apressada e uma concepção mecânica da saúde, e do bem-estar tendem a substituir-se à presença afectiva efectiva*” (p. 454).

Relativamente à depressão na adolescência, o interesse pela temática inicia-se com Anna Freud (*in* Marcelli, 2002) quando a autora tenta estabelecer uma ligação entre situações de luto e manifestações patológicas na adolescência. Também Marcelli (2002), ao estudar as relações entre depressão e adolescência, propõe os conceitos de “depressão afectiva normal” e “depressão-episódio patológico”, dando conta da existência de fenómenos depressivos regulares e naturais neste período e de fenómenos depressivos de carácter mais pontual e particularmente intenso. O autor refere que em todos os estudos sobre a temática, a depressão sofre um incremento na adolescência, sendo que o período pubertário, com todas as alterações subjacentes, assume particular importância na relação com os processos depressivos. As diferenças de género também se evidenciam nas investigações, em que as formas mais graves de depressão se manifestam: 1) nos indivíduos do sexo masculino mais novos, através de manifestações perturbadas e externalizadas do comportamento e 2) nos indivíduos do sexo feminino mais velhos, com manifestações de carácter mais introspectivo, com capacidade de relacionar o estado interno com a realidade externa. Ainda relativamente às diferenças de género, a depressão nos rapazes manifesta-se mais através de inibição, retraimento e irritabilidade, enquanto que nas raparigas predominam os problemas alimentares, a imagem do corpo, a fadiga e a culpabilidade.

A propósito das manifestações da depressão nos indivíduos do sexo masculino, pelo facto de iniciarem mais cedo, e tenderem a manifestar-se de forma externalizada, frequentemente com passagem ao acto (*acting out*) (Marcelli, 2002; Tyrode & Bourcet, 2002; Marcelli & Bracconnier, 2005; Matos, 2005), referimos a dificuldade da regulação emocional que os rapazes vivem durante a infância, na interacção com as figuras parentais e também pela influência do ambiente social e cultural. No filme *The*

Smell of Burning Ants, Rosenblatt (1994), retrata o modo como a sociedade pode privar os rapazes da integridade emocional e, as agressões internas e externas que têm de praticar e suportar para sobreviver; o autor ilustra como os rapazes são socializados pelo medo, o poder e a vergonha e de como isso os pode vir a tornar adultos zangados, destrutivos e emocionalmente desligados. Também Kindlon & Thompson (2000) referem que “os rapazes, desde a mais tenra idade, são sistematicamente afastados da sua vida emocional em direcção ao silêncio, à solidão e à desconfiança” (p. 14) e quando chegam à adolescência, o isolamento emocional já se tornou um reflexo. Os autores referem ainda que o retraimento é um dos sinais mais frequentes de problemas emocionais nos rapazes, no início e meio da adolescência, que pode ser um indicador de tendência para a depressão e comportamentos auto-destrutivos, como o abuso de drogas ou o sexo irresponsável. Parece-nos assim que a dimensão emocional parece estar, a vários níveis, na base do pensar e do agir. Ferro (2011) refere a propósito que, a possibilidade de viver as emoções é uma das maiores dificuldades da nossa espécie em virtude de uma deficiência no nosso desenvolvimento mental.

A regulação emocional apresenta-se assim como um elemento chave do processo de desenvolvimento do *self*, através da função de mentalização, no sentido em que Fonagy *et al* (2004) a definiram: como um processo pelo qual constatamos que, por possuímos uma mente, podemos mediar a nossa relação com o mundo; a mentalização está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento do *self*, à elaboração da gradual organização interna e à sua participação na sociedade humana, uma rede relacionamentos humanos com outros seres que partilham esta capacidade única.

Podemos considerar, pelas implicações que comporta, que um dos aspectos mais significativos da depressão na adolescência, e ao contrário dos adultos, é o facto de mesmo em formas graves, não ser fácil a sua detecção. Apresenta-se sem sintomatologia franca, como uma depressão latente, mais ou menos encoberta por mecanismos antidepressores (depressão sem depressão), “mascarada” por outros sintomas (Coimbra de Matos, 2001). A queixa não é evidente, pela dificuldade do indivíduo em reconhecer e aceitar fragilidades emocionais que tenta, a todo o custo, ultrapassar. Nesta conjuntura, ansiedade e propensão para o agir, podem associar-se a sintomas depressivos, dando origem a quadros clínicos difíceis de clarificar (Matos, 2005; Marcelli & Braconnier, 2005). Uma das mais graves e dramáticas consequências desta

dificuldade em mentalizar o sofrimento, são as ideias e o comportamento suicida, que abordaremos de seguida.

4.2 Suicídio na Adolescência

“Não sou nada.
Nunca serei nada.
Não posso querer ser nada.
À parte isso, tenho em mim todos os sonhos
do mundo.”
(...)

Álvaro de Campos (1933/1986)

“In my dreams I'm dying all the time
As I wake its kaleidoscopic mind
(...)
So this is goodbye
This is goodbye
(...)
As I wake I'm going out of my mind
Going out of my mind”

Moby (1999), *Porcelain*

Em termos mundiais o suicídio é um relevante problema de saúde pública e estima-se que tenha representado em 1998, 1,8% do total da carga global das doenças. Embora a taxa de suicídio tradicionalmente seja maior entre os idosos, tem vindo a aumentar entre as populações mais jovens, de tal modo que estes representam agora o grupo de maior risco, em um terço dos países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento. No ano de 2012, o suicídio foi a segunda causa de morte na população entre os 15 e os 29 anos de idade (WHO, 2013).

Relativamente a Portugal e segundo os dados do Eurostat, a taxa de suicídio tem oscilado entre 4,5 por 100 mil habitantes em 1999 e 10,3 em 2010 (Eurostat, 2013). O número de suicidas variou entre 519 em 2000 e 1098 em 2010, ou seja, duplicou o número de suicídios numa década; a região de Lisboa e Vale do Tejo ocupa o terceiro lugar, para a ocorrência de suicídio, e o Alentejo é a região que regista maior número de ocorrências (DGS, 2013a).

A distribuição pelo país revela grande assimetria, com taxas baixas a Norte e altas a Sul, por exemplo a diferença entre o Baixo Alentejo e o Minho pode ser de 10 vezes mais, fenómeno intrigante para um país com uma dimensão pequena, à escala europeia. Para este facto têm sido apresentadas razões como: o isolamento (mais que a desertificação), população envelhecida, baixos níveis de instrução, baixa nupcialidade, divórcios, desemprego, pobreza, baixa religiosidade, alcoolismo, depressão, personalidade melancólica, falta de estruturas sociais e de saúde, entre outros (Saraiva, 2010).

Relativamente ao comportamento suicidário, dois conceitos surgem invariavelmente na literatura, o de *suicídio*, de *tentativa de suicídio* e de *parasuicídio*. Com étimo no latim, suicídio deriva de *sui* (de si) e *caedere* (matar), ou seja, a morte de si (ou do) próprio. Vaz Serra (*in* Oliveira *et al* 2001, p. 510) definiu suicídio como “*autodestruição por um acto deliberado realizado para conseguir este fim*”; a tentativa de suicídio é definida como sendo todo o acto ou gesto não fatal de auto-mutilação ou auto-envenenamento, definição em si imprecisa, já que a intensão de morrer, subjacente aos actos, é muito difícil de avaliar (Oliveira *et al*, 2001); quanto ao parasuicídio ou comportamento parasuicida, é definido como um acto ou comportamento não fatal, eventualmente não habitual num dado indivíduo e com o qual ele não tem clara intensão de morrer, mas no qual se arrisca a danos em si mesmo (mais ou menos graves) e que visa a obtenção de mudanças através das consequências físicas reais ou esperadas (Oliveira *et al*, 2001; Saraiva, 2010). O comportamento para-suicida pode englobar os designados comportamentos de risco como, o abuso de substâncias tóxicas, álcool ou psicoestimulantes, conduzir em excesso de velocidade, alcoolizado, comportamentos sexuais não controlados ou a prática de alguns desportos “perigosos” e a auto-mutilação.

Segundo Saraiva (2010), numa caracterização muito completa dos para-suicidas jovens, refere que a ocorrência deste fenómeno aumentou significativamente na última década, entre 200 a 600 casos anuais e, através dos dados de consulta de prevenção do suicídio em Coimbra, traça um perfil do jovem parasuicida (entre os 15 e os 24 anos). Numa amostra de cerca de 500 indivíduos: a idade média é de 19 anos; 80% são do sexo feminino; em 70% devido a intoxicação medicamentosa; 60% apresentam mau relacionamento familiar; 50% são fumadores excessivos; em 40% há suicídio ou tentativa de suicídio na família e pedem ajuda depois do acto; em 30% há presença de maus-tratos durante a infância, sem actividades de grupo ou confidente e deixam carta antes do acto; 20% são vítimas de abuso sexual e abusadores de bebidas alcoólicas e em

10% há intoxicação por pesticidas, são auto-mutiladores, com internamentos prévios em psiquiatria e educados em instituição. O autor refere a presença frequente de comorbilidade neste tipo de conduta, como seja: 1) depressão ou perturbação de adaptação, 2) perturbação da personalidade, 3) consumo de substâncias psicoactivas (álcool e drogas) e 4) perturbação do controlo do impulso. Relativamente à globalidade dos indivíduos, o autor propõe uma tripla patologia: do sentir, do tempo e do poder, ou seja, tendem a sentir tudo excessivamente; apresentam dificuldades com o tempo, por impaciência e intolerância, e a nível das relações de poder ficam desconfortáveis perante a desvalorização e marginalização, particularmente em ambiente familiar. Este aspecto, da desvalorização e rejeição no interior da família é uma constante na vida dos sujeitos, que nunca se sentiram verdadeiramente amados e levou o autor a propor o conceito de “rejeição sentencial familiar”.

Também Braconier & Marcelli (2000) referem um conjunto de características que envolvem os indivíduos jovens que tentam o suicídio e que poderão ser considerados factores de risco. Verifica-se que no período que antecede a tentativa de suicídio (ou o suicídio consumado), a frequência de mudanças de residência ou separações parentais; a presença de antecedentes familiares de alcoolismo ou de comportamento suicida, nos progenitores ou outros ascendentes; factores socioculturais como a condição migrante, tem igualmente sido considerado um elemento propiciador. Factores individuais do próprio adolescente, como o fracasso escolar, a dificuldade de inserção profissional e principalmente a toxicomania, podem estar envolvidos. Principalmente entre os consumidores de substâncias, evidencia-se a presença clara de dificuldades psicológicas, como a depressão; contudo, apesar de a taxa de depressão nos adolescentes que tentam o suicídio seja entre 50% e 60%, nem sempre esta patologia está francamente presente.

Laufer (2000) refere igualmente a presença de graves perturbações nos adolescentes que tentam o suicídio e que, se nada for feito, a evolução pode seguir o curso da estruturação de doença mental. Muitos adolescentes que se atacam a si próprios tentando o suicídio, sentem-se compelidos a fazê-lo, como se não houvesse alternativa a não ser alterar o presente estado de consciência, silenciando algo de atormentador que habita o seu corpo e mente; este facto leva a reconhecer as tentativas de suicídio como um sinal de grave ruptura mental e que pode levar a antever a evolução para a doença mental.

Marcelli & Braconnier (2005) referem um elemento que nos parece importante ter em conta, na avaliação dos comportamentos suicidários, que se refere a uma tensão pré-suicidária, frequente na semana anterior ao gesto suicidário. O adolescente apresenta frequentemente queixas somáticas ligeiras e difusas, sob a forma de dores ou fadiga, ou ainda um sentimento de mal-estar geral mas em que não evoca ideias suicidas, se não for directamente questionado. Não raras vezes, a medicação prescrita para estes quadros, é a que vai ser utilizada na tentativa de suicídio.

Na medida em que aumenta o conhecimento sobre a adolescência como um período de desenvolvimento físico, social e psicológico, mais nos apercebemos do papel que esta fase tem no desenvolvimento global da pessoa. A adolescência não é apenas um período de perturbação e de dificuldades, para o próprio e para o ambiente, que se deseja que passe depressa, como se acreditava no passado. Hoje sabemos que o que se passa entre os 14 e os 21 anos é crucial para a saúde mental e social dos indivíduos (Laufer, 2000a) e também que, como refere Santos (1982, p. 61) “*o bem-estar do homem, no plano individual depende da forma como a sua personalidade se estruturou durante a infância*”. Para Laufer (2000), o desenvolvimento que segue um curso normal, é de algum modo, o oposto do que se passa com o adolescente que tem ideias de suicídio, e que se evidencia em algumas características que, por nos parecerem bastante clarificadoras da dinâmica adolescente, registamos de seguida: 1) o adolescente sabe que tem modos de se sentir valorizado e admirado sem ter de estar dependente das pessoas; 2) por mais que se possa sentir culpado ou envergonhado por pensamentos ou sentimentos íntimos, provenientes do seu próprio corpo, consegue procurar relações que lhe permitam continuar em contacto com esses sentimentos; 3) apesar de haver momentos em que os pensamentos não só envergonhem, mas também preocupem (pela associação com ideias de anormalidade), está consciente que esses pensamentos não o esmagam; 4) por mais desespero e inutilidade que possa sentir, está consciente que pode confiar na admiração da sua própria consciência, para repor um sentimento de respeito próprio; 5) e um outro aspecto, que tem a ver com a imagem do adolescente de si próprio – como homem ou mulher, marido ou esposa, pai ou mãe: apesar dos sentimentos de vazio e de ansiedade experimentados no processo de separação dos pais da infância, existe amor interno por si suficiente, trazido da infância para enfrentar o futuro – um futuro a perpetuar o que é bom em si e bom nos pais do passado. Fica então implícito, que mesmo sem ter consciência disso, que pode encarar o futuro, como um

período em que pode corrigir ódios e frustrações, que pode ter a liberdade interna que lhe permita perdoar aos pais do passado que, inevitavelmente, de alguma forma o desiludiram. Estes elementos, pelo seu contraste com os percursos vinculados aos comportamentos suicidas, ajudam-nos a melhor compreender o que está em causa durante o processo de desenvolvimento na adolescência.

Como refere Fleming (2003a), o corpo inventa a linguagem da dor, usa códigos para ser reconhecida, e a sua tendência é ser dirigida ao Outro, um Outro real ou imaginário, presente ou ausente e que pode ir de uma figura não humana (divindades), às figuras cuidadoras; mas de um Outro, mais sábio e protector. E, na impossibilidade de acesso a este Outro, pela incapacidade de estar só e/ou pela falta de objectos internos securizantes (Winnicott, 1958/2008), o suicídio pode tornar-se a última e derradeira “solução”, que deduzimos das palavras de Coimbra de Matos (2002f, p.144) “...lá no fundo, o suicídio é resultante da não aceitação do sofrimento na impossibilidade da revolta – a revolta da não revolta, a revolta contra si próprio”.

5. Jovem Adulto: Desenvolvimento, Transições e Mudanças

Podemos entender esta fase do desenvolvimento humano, como um período de transição entre a adolescência e a idade adulta em que, desejavelmente, por um lado se consolidem conquistas, e por outro se abram novas perspectivas de desenvolvimento das potencialidades e capacidades humanas. Contudo, os processos de transição parecem ser, por excelência, períodos confusos, pouco claros, e regularmente acompanhados de ambivalência e dificuldade. Estes períodos de transição, integram movimentos de ruptura e movimentos de continuidade, em que a combinação específica entre ambos, produz grande diversidade de possibilidades, dadas as variáveis em contexto - individuais, familiares, socioculturais, entre outras. Daí que os autores, frequentemente designem estes períodos como de *crise*. Este fenómeno aplica-se a vários contextos, como sejam por exemplo o sociopolítico, com a conhecida definição de crise de Gramsci (2002, p. 184), em que esta ocorre justamente quando “o velho morre e o novo não pode nascer: neste interregno, verificam-se os fenómenos patológicos mais variados”, ou mais recentemente, e no contexto psicossocial, com

Erikson (1998), ao organizar o desenvolvimento humano, como uma sucessão de processos de crise específicos, ao longo do ciclo de vida. Paradoxalmente, é nas situações de crise que os indivíduos frequentemente, dão mostras das suas capacidades criativas e construtivas. E se por um lado é *“Inútil definir este animal aflito”*, como nos diz Gedeão (1956/2004) a propósito do Homem, a realidade é que *“Somos seres de relação e para a relação; e é na relação que criamos a esperança, a alegria de viver, o entusiasmo pela vida, a necessidade de produzir e o próprio desejo de criar – mais e melhor, para agora e para o futuro”* (Coimbra de Matos, 2011, p. 54).

5.1. Desenvolvimento Pessoal

Relativamente a esta dimensão, apresentamos alguns aspectos que nos parecem uteis para o enquadramento desenvolvimental da faixa etária em estudo, nomeadamente os modelos teóricos do desenvolvimento de Erickson e Baltes, algumas temáticas relacionadas com a frequência do ensino superior e a proposta de Kohlberg para o desenvolvimento do raciocínio moral.

Dada a complexidade do ser humano, naturalmente o estudo do seu desenvolvimento convoca uma vasta gama de áreas científicas, no sentido de compreender os processos que ocorrem ao longo do desenvolvimento da vida dos seres humanos. Das abordagens biológicas às filosóficas, passando por áreas como a antropologia, a sociologia e a psicologia, muitos são os enfoques dirigidos ao desenvolvimento humano.

Numa área de articulação entre a psicologia e a sociologia, a teoria psicossocial do desenvolvimento da personalidade de Erikson, apresenta um lugar de destaque, tendo sido ponte partida para outras abordagens, como as de George Vaillant e Daniel Levinson. A proposta de Erikson organiza-se em torno de oito estádios ou períodos de desenvolvimento, em que em cada um deles é marcado por uma crise particular, resultante de posições conflituais opostas. Assim, em cada período, o indivíduo deve dar resposta a exigências de natureza pessoal e social, procurando solucionar um conjunto de tarefas que, a serem conseguidas, permitem a aquisição de uma nova qualidade (virtude). As dificuldades extremas ou fracassos na resolução dessas tarefas, resultariam em perturbação e desarmonia no desenvolvimento dos indivíduos. Verifica-se que à

maior parte do percurso de vida, são dedicados três períodos (da idade adulta à velhice) enquanto que até à idade adulta são descritos cinco períodos. Para o período adolescente e de jovem adulto, enquadram-se os períodos designados pelos pares conflituais “identidade *versus* difusão/confusão da identidade” e “intimidade *versus* isolamento”, a que correspondem as qualidades de virtude a adquirir, “fidelidade” e “amor”, respectivamente (Erikson, 1963/1976; 1968/1976; 1998).

Uma outra proposta, mais recente, que nos parece relevante é a teoria do desenvolvimento do curso de vida de Paul Baltes, desenvolvida pela sua equipa do Instituto Max Planck para o Desenvolvimento Humano e Educação, de Berlin. O estudo dos processos psicológicos envolvidos no desenvolvimento e envelhecimento, conduziram à elaboração de um modelo que integra perspectivas teóricas e metateóricas do desenvolvimento do curso de vida, que integram o reconhecimento da multidireccionalidade das mudanças ontogénicas. O modelo enquadra então sete proposições estruturantes da vida psicológica: 1) Desenvolvimento ao longo da vida: o desenvolvimento ontogénico processa-se ao longo do curso de vida e nenhum período apresenta supremacia na regulação do desenvolvimento; durante o desenvolvimento todas as fases compreendem processos contínuos (cumulativos) e descontínuos (inovação), 2) Multidireccionalidade: considerável diversidade ou pluralismo existe na direccionalidade das mudanças que constituem a ontogénese; a direção da mudança varia por categorias de comportamento; durante um mesmo período de desenvolvimento, alguns sistemas de comportamento podem obter um incremento enquanto outros podem decrescer o seu nível de funcionalidade. 3) Ganhos e perdas como desenvolvimento: o processo de desenvolvimento não é um simples movimento em direção da maior eficácia, como um crescimento contínuo; as mudanças implicam ganhos nas capacidades adaptativas, mas também perdas nas capacidades existentes, 4) Plasticidade: o desenvolvimento psicológico possui muita plasticidade intrapessoal; dependendo das experiências e condições de vida, o curso do desenvolvimento pode tomar várias formas, a chave para o desenvolvimento é a procura de uma amplitude de plasticidade e dos seus constrangimentos, 5) Enraizamento na história: o desenvolvimento ontogénico varia de acordo com as condições histórico-culturais; a importância de como o desenvolvimento é fortemente marcado pela influência das condições socioculturais, 6) O contextualismo como paradigma: cada percurso individual de desenvolvimento, pode ser compreendido como resultado de interações

entre três sistemas de influência – gradação por idade, contexto histórico e acontecimentos não normativos e 7) desenvolvimento como área multidisciplinar: o desenvolvimento necessita de ser visto no contexto interdisciplinar, com o contributo de outras disciplinas (como a antropologia, a biologia e a sociologia), envolvidas com o desenvolvimento humano (Baltes, 1987).

No que respeita à fase do ciclo de vida em consideração, a transição de adolescente para jovem adulto, a entrada no ensino superior é sem dúvida um factor de grande importância para o desenvolvimento pessoal e social dos adolescentes/jovens adultos.

Verifica-se que, particularmente após a II Grande Guerra, um número cada vez maior de adolescentes frequenta o ensino superior, facto que tem possibilitado a estabilização de um grupo de indivíduos que partilham a mesma situação, neste caso, uma idade semelhante e um ambiente específico, onde desenvolvem um conjunto de actividades relacionadas com a vida académica, mas também sociais e de transição para o mundo do trabalho. Alguns autores pensam poder estar a formar-se um novo estágio no processo de desenvolvimento, semelhante ao que aconteceu com a adolescência na passagem do século XIX para o século XX (Sprinthall & Collins, 2003). Neste sentido, Keniston defende que, devido ao facto de uma grande faixa da população jovem frequentar o ensino superior, adiando conseqüentemente a entrada no mundo do trabalho, está a organizar um novo conceito, um período de juventude, um estágio intermédio entre a adolescência e a vida adulta, e que não se trata de uma simples extensão da adolescência ou de um processo de moratória (Keniston *in* Sprinthall & Collins, 2003). Muitos adolescentes prolongam a sua formação académica antes de entrar na vida adulta, o que tem originado o surgimento de um conjunto de temáticas psicológicas e sociológicas relacionadas com este novo período.

Uma das características que distinguem os jovens que frequentam o ensino superior, dos adolescentes propriamente ditos, é uma importante diminuição do contacto com os pais que, no ensino secundário estava relativamente mantido. A natureza e extensão do contacto com a família sofrem uma significativa alteração. Keniston (*in* Sprinthall & Collins, 2003) propôs três temáticas que distinguem a juventude do período adolescente, mais típico do ensino secundário: 1) Tensão e ambivalência entre o Eu e a sociedade, 2) Indiferença e onipotencialidade e 3) Recusa da socialização e da aculturação. Estes aspectos, constituem de algum modo, aquilo que se costuma designar por contra-cultura

juvenil, a qual é caracterizada pela presença de identidades específicas, de uma sobrevalorização dada à mudança e uma certa aversão à estagnação.

O desenvolvimento intelectual dos jovens no ensino superior, é o exemplo de uma dessas novas linhas de interesse. Perry *et al* (in Sprinthall & Collins, 2003) desenvolveram estudos no sentido de perceber como é que os estudantes do ensino superior compreendiam o que lhes era pedido, no âmbito do processo de estudo e da realização de provas de avaliação. Observaram que a forma como os indivíduos encaram as suas experiências, é quase totalmente determinada pelo seu nível de desenvolvimento, o qual se apresenta independente das médias das notas da avaliação das competências escolares; os estudantes revelam experiências e formas de compreensão muito diversificadas. Os autores identificaram, três níveis de desenvolvimento, de acordo com as modalidades de compreensão do processo de aprendizagem: 1) Dualismo, 2) Relativismo e 3) Compromisso no relativismo.

Relativamente ao dualismo, este é caracterizado pela percepção de uma aprendizagem em que os factos adoptam modalidade de verdadeiro ou de falso; nas várias áreas do conhecimento, as respostas são ou correctas ou incorrectas; o pensamento tende a ser absolutista e o conhecimento é transmitido pelas figuras de autoridade. Os estudantes nesta posição encaram o estudo, fundamentalmente como um processo de memorização de conteúdos e transcrição do que lhes é pedido; a aprendizagem é um processo de acumulação de factos em que o estudante tende a ser um elemento passivo.

A segunda modalidade de aprendizagem, relativismo, situa-se num nível de desenvolvimento mais avançado, em que os estudantes encaram o conhecimento como um conjunto de conceitos e abstracções; em vez de se limitarem a aceitar a informação, os estudantes ponderam e comparam pontos de vista alternativos; a aprendizagem envolve a reflexão, factos e teorias, no sentido de perceber quais explicam melhor os fenómenos. No que respeita ao desenvolvimento, a passagem de uma posição dualista para uma posição relativista, representa uma importante mudança, em que o estudante compreende com mais clareza as tarefas e funções do ensino superior; o estudo torna-se selectivo e o pensamento, agora mais baseado em conceitos, é capaz de estabelecer prioridades, de aprender a fazer generalizações e a evitar a informação irrelevante.

No estágio de compromisso com o relativismo, além de manter a capacidade de pensar em termos abstractos, o estudante é já capaz de assumir um ponto de vista ou uma posição moral; após ponderação cuidada das alternativas, é possível chegar a uma

conclusão ou julgamento moral, de fazer julgamentos informados. O pensamento, mantém-se no entanto, aberto a nova informação e novas teorias.

Podemos deduzir, pela sequência evolutiva da capacidade fina de pensar e aprender, os contributos que o ensino superior comporta, para a autonomia e desenvolvimento dos indivíduos, nos planos individual, social e cultural. Sabemos contudo, que as transições entre estádios de aprendizagem, não são fluidos nem pacíficos. Para muitos indivíduos passar de uma posição dualista, por vezes reforçada pela escola e pela sociedade, para posições de relativismo, implica capacidade de se envolver, mais em movimentos de desafio e fascínio pelo conhecimento, do que manifestar hesitação, insegurança e receio.

Neste sentido, os traços de personalidade, podem condicionar a postura face ao desafio de conhecer, tal como se pretende que seja desenvolvido ao nível do ensino superior.

Coimbra de Matos (2002c), refere dois conceitos apresentados por Balint, e que integram traços de personalidade: *filobatismo* e *ocnofilia*. Os filobatas seriam caracterizados pela autonomia do Eu, por sentimentos de autossegurança e independência e por assunção da liberdade própria, ou seja, o indivíduo apoia-se principalmente na autonomia de si próprio, em prejuízo da dependência das relações com os outros. Inversamente, os ocnofílicos, seriam caracterizados por uma maior dependência dos objectos e das relações; tendem a agarrar-se ao objecto (daí a designação de *ocnofilo*, amigo de agarrar-se), multiplicando-se, por necessidades de segurança, as relações de apoio.

O desenvolvimento moral é um processo racional que acompanha a maturação cognitiva. Os jovens desenvolvem o seu julgamento moral à medida que abandonam o pensamento egocêntrico e desenvolvem o pensamento abstracto. Na idade adulta os julgamentos morais parecem tornar-se mais complexos; a experiência e as emoções adquirem um papel progressivamente mais importante (Papalia & Olds, 2013).

Kohlberg (1969/1992) elaborou uma teoria do desenvolvimento do raciocínio moral, baseada na teoria dos estágios de Jean Piaget, considerando que esta teoria é um elemento central da posição cognitiva-evolutiva do desenvolvimento dos indivíduos. Pelo tipo de respostas dadas pelos indivíduos, a situações de dilema moral, o autor identificou três níveis de desenvolvimento moral, compreendendo cada um deles dois estágios; os estágios propostos enquadram as dimensões de raciocínio e de justiça, e não de emoções ou comportamentos, ou seja, é o raciocínio subjacente à resposta, e não a

resposta em si, que indica o estágio de desenvolvimento. O Nível I, é designado de “Moralidade pré-convencional” e está associado a indivíduos que, sob controlo externo, obedecem a regras para evitar punição ou obter recompensa, ou agem por interesse próprio; é típico de crianças entre os quatro e os dez anos de idade. Integra um 1º Estágio, de orientação para a punição e obediência, e um 2º Estágio de orientação para finalidade e troca instrumental. O Nível II, designado de “Moralidade de conformidade ao papel convencional”, refere-se a indivíduos que internalizam os padrões das figuras de autoridade; preocupam-se em manter a ordem social por obediência à norma; nível geralmente atingido após os dez anos de idade, e em que muitos indivíduos não chegam a superar, mesmo em idade adulta. Integra um 1º Estágio, relacionado com a tendência a manter relações mútuas, a aprovação dos outros e as regras em geral, e um 2º Estágio, referente à preocupação social e consciência. O Nível III, intitulado “Moralidade dos princípios morais”, em que os indivíduos já reconhecem conflitos entre os padrões morais e fazem os seus próprios julgamentos, com base em princípios de correcção, imparcialidade e justiça; este estágio geralmente não é atingido antes dos treze anos, podendo nunca ser atingido. Integra um 1º Estágio, relacionado com a moralidade de contrato, dos direitos individuais e da lei democraticamente aceite, e um 2º Estágio, que compreende uma moralidade dos princípios éticos universais (Kohlberg, 1969/1992).

5.2. Transições e Mudanças

A entrada no mundo do trabalho constitui um grande desafio para o jovem adulto, mas também pode ser fonte de importantes dificuldades e frustração. Particularmente na actual conjuntura socioeconómica, marcada por profundas alterações e repercussão internacional, a expectativa face a um primeiro emprego encontra-se seriamente comprometida. A escassa oferta de trabalho verifica-se frequentemente associada a situações de precaridade laboral e a muito baixos rendimentos salariais.

A vida profissional anuncia também a independência financeira e, para alguns sociólogos este é o critério que marca o final da adolescência. Para o adolescente é desejável que concretização de um emprego se adegue às suas aspirações e que permita

realizar a integração no ambiente social que procura adquirir. Serviços especializados de aconselhamento e orientação podem ser facilitadores da inserção dos jovens, numa altura em que o desemprego é importante. Contudo, mesmo quando o desemprego é ultrapassado, muitos adolescentes e jovens adultos apresentam dificuldades em se adaptar aos contextos laborais, cujas características diferem do ambiente escolar. Tal como para o percurso escolar, a escolha de uma actividade profissional está numa zona de convergência da motivação pessoal, das características do ambiente familiar e do contexto sociocultural (Bracconier & Marcelli, 2000).

A população de jovens licenciados confronta-se com uma nova situação, o subemprego, caracterizado por uma formação ou capacidades muito além do que é exigido pelo emprego, gerando o sentimento de que as suas capacidades não estão a ser valorizadas, ou não estão relacionadas com as funções desenvolvidas. Os novos modelos económicos, também deixam de contemplar a previsibilidade dos empregos e das carreiras profissionais, sendo os candidatos a terem de escolher o seu caminho e a fazer prova das suas habilidades empresariais e comunicativas. Por outro lado, a experiência começa a ter um peso superior em relação aos títulos académicos, o que leva muitos recém-formados a ter de trabalhar vários anos, até adquirirem outros níveis de responsabilidade nos empregos (Papalia & Olds, 2013).

Apesar de a legislação exigir oportunidades iguais de emprego, com o objectivo de proporcionar os mesmos direitos no que se refere a contratações e pagamento de salários, independentemente do sexo ou etnia, a realidade está longe desse propósito. As mulheres e indivíduos de minorias étnicas têm mais probabilidade de se encontrarem desempregados. Também os jovens migrantes que se encontram a estudar fora das suas culturas de origem, têm de gerir novas relações culturais e os sentimentos de abandono, angústia e perda de referências culturais, não obstante a expectativa de melhoria global das suas condições de vida, a nível social e económico (Ramos, 2004; 2008).

A mudança de comportamento face à sexualidade é uma das transformações mais significativas do desenvolvimento adolescente. A par das profundas alterações somáticas, decorre um processo psicológico identitário, mais ou menos silencioso, em longa tessitura, na relação consigo próprio e com os outros.

Partindo do próprio discurso dos jovens, Vieira (2012) identificou elementos estruturantes, temáticas sobre as quais os jovens contemporâneos constroem a sua sexualidade, como sejam, a comunicação com a família, a informação circulante no

espaço público, a iniciação e a sexualidade activa, o corpo, as modalidades de relacionamento e a orientação sexual.

Apesar de um abrandar dos constrangimentos na abordagem da sexualidade, tal como presente na nossa sociedade de há umas décadas atrás, continua a ser entre os pares que os jovens se sentem mais confortáveis na abordagem do tema, podendo exprimir-se de modo espontâneo nos seus próprios códigos de linguagem, onde até alguma intimidade física pode ter lugar (Vieira, 2012).

Na adolescência a identidade confirma-se e reforça-se, orientada na fantasia do estilo sexual amoroso, definitivo e maduro que o individuo quer adoptar ou adopta, ou seja, é um período de experiência afectivo-sexual com o par amoroso. Com a entrada na vida adulta, os jovens de ambos os sexos, ocupam-se em tarefas mentais e práticas, que conduzirão a uma conseqüente adequação das funções conjugais e parentais; é a transição da família de criação (onde foram criados) para a família de procriação (onde educarão novas crianças). Isto porque o objectivo central do adulto é a transmissão de herança cultural, formar novos homens e novas mulheres (Coimbra de Matos, 2002a).

Neste processo, a sequência lógica e natural, é a separação do adolescente dos seus progenitores, processo maturativo para pais e filhos, luto e renascimento para novas etapas do ciclo de vida (Fleming, 2005), este processo não é contudo isento de sofrimento, tal como Freud referiu: *“o desligar do individuo da autoridade dos pais é uma das mais necessárias mas também das mais penosas realizações do desenvolvimento. É inteiramente necessário que se realize e devemos supor que todo o ser humano normal consegue, em certa medida, consumir essa separação. Com efeito, o progresso da sociedade depende, em geral, da oposição das duas gerações”* (Freud, in Fleming, 2005, p. 75).

Os jovens adultos, na sua grande maioria e no curso do seu desenvolvimento, tende a procurar alguém com quem inicia e desenvolve uma relação de intimidade. Esta relação pode vir a dar origem à formação de um casal que, para Relvas (2004) será a primeira etapa do ciclo da família. Elemento transformador do desenvolvimento, na medida em que gera um novo sistema com normas e padrões próprios.

Mas será com o nascimento de um primeiro filho que se consolida e transforma, de modo irreversível, o sistema familiar. A passagem da conjugalidade à parentalidade, introduz complexidade no sistema e exige uma reorganização e reformulação dos papéis

e funções a três níveis: no próprio par, na relação conjugal e nas famílias de origem e na relação com o contexto envolvente (profissional, amigos e grupo de suporte social) (Relvas, 2004). Das qualidades parentais do casal, e de outros factores familiares e contextuais, dependerá a dinâmica que necessariamente se desenvolve com o nascimento de uma criança ou, para usar a metáfora de Naouri (2000), a viagem tanto pode ser realizada num frágil batel, construído no prazer efémero e apenas com navegação à vista, ou numa embarcação mais robusta e estável, permitindo lançar-se sem reservas, ao prazer da aventura e da descoberta.

Podemos considerar que, no contexto do desenvolvimento do jovem adulto, o início de actividade profissional e a eventual constituição de família, apresentam-se como dois importantes processos de transformação, escolhas que, mesmo não adquirindo carácter definitivo, não poderão deixar de influenciar todo o curso do desenvolvimento futuro.

1. Conceitos de Saúde, Doença e Desenvolvimento humano

Sanitas est pretiosissima.

(Nada é mais valioso que a saúde.)

Hipócrates

A saúde, como entidade valorizada, é algo que tem merecido atenção e investimento do ser humano ao longo de todo o seu percurso existencial. A tentativa de explicar os mistérios da doença e de controlar os processos de reparação (cura), com vista à manutenção da saúde, é ainda hoje, um desafio permanente e mobilizador, consoante o contexto cultural, das mais variadas formas de conhecimento – mágico/religioso, empírico, tecnológico e científico.

A prioridade que se inscreve na história de todos os seres vivos, desde o início da humanidade, é garantir a continuidade da vida do grupo e da espécie, atendendo ao que é fundamental para garantir as funções vitais: necessidades de energia (alimento), protecção (vestuário contra as intempéries) e abrigo (evoluindo para habitação) (Collière, 1989).

Garantir a sobrevivência, refere Collière (1989), continua a ser um facto do quotidiano, daí uma das mais velhas expressões da história do mundo: *tomar conta*. A necessidade de tomar conta das mulheres em trabalho de parto, de cuidar das crianças, dos vivos e dos mortos. Todos os procedimentos (cuidados) envolvidos visam garantir a manutenção e continuidade da vida, fazendo *recuar a morte*.

O facto de a condição precária da vida tornar a morte sempre presente e aterradora, levou aos primeiros discursos sobre o MAL e às primeiras conjurações sobre o medo (Attali *in* Collière, 1989). No pensamento ancestral, as forças maléficas (por oposição às forças benéficas) são assim portadoras de MAL, e portanto de doença e de morte.

A doença entra e sai do corpo humano como que por uma porta, e esta passagem é mediada por actores e procedimentos particulares; daí que a magia ofereça recursos

inomináveis para comunicar, através de drogas e rituais, toda a intensidade do desejo de cura (Canguilhem, 1966/2003).

Com a escola hipocrática foi possível um importante salto civilizacional, ao apresentar-se a doença e a cura como resultado de processos naturais, afastando-se das concepções mágicas e religiosas. Nega-se deste modo, a validade de qualquer cura baseada numa transferência simbólica do mal de alguém para outrem, rompendo-se assim com a instituição do bode expiatório. Em vez de utilizar algum *pharmakós* (ou bode expiatório) para absorver a impureza alheia, a nova medicina usará um *pharmakon*, ou droga adequada; como ilustração podemos conceber que, perante uma epidemia de cólera, será sensato usar um fármaco adstringente, como o ópio, e insensato sacrificar alguns jovens, acompanhado de alguma declaração do género - *pagai a culpa do povo* (Escohotado, 2004).

A doença (como fonte de sofrimento) parece-nos estar também ligada à ideia de *falta* referida por Paul Ricoeur: “*O medo do impuro e os ritos de purificação constituem o pano de fundo de todos os nossos sentimentos e dos nossos comportamentos relacionados com a falta*” (Ricoeur, 1960/2013, p.41). O autor assimila ainda o impuro à noção de *mancha*, referindo que esta, como representação, encontra-se “*mergulhada num medo específico que impede a reflexão: com a mancha entramos no reino do Terror*”, refere. Ainda nas palavras do mesmo autor, o “*mal de sofrimento [mal-pâtir] relaciona-se com o mal da acção [mal-agir]*”(idem, p.47).

Ainda que não mencione expressamente a palavra doença, Freud refere-se ao *sofrimento* humano como tendo três origens: 1) “*a força superior da natureza*”, 2) “*a fragilidade dos nossos corpos*” e 3) “*a inadequação das normas que regulam as relações mútuas dos seres humanos na família, no estado e na sociedade*” (Freud, 1930/1979, p. 288). Nesta formulação podemos subentender a vulnerabilidade do corpo ao processo de doença, ao próprio processo involutivo do organismo - envelhecimento - com perda de capacidades físicas e intelectuais e às dificuldades no relacionamento interpessoal nos vários contextos de vida. É o humano em conflito, exposto a forças externas, internas e relacionais.

Por outro lado, Susan Sontag destaca a dimensão *punitiva* da doença quando refere que: “*Ao nascer, todos nós adquirimos uma dupla cidadania: a do reino da saúde e a do reino da doença. E muito embora todos preferíssemos usar o bom passaporte, mais*

tarde ou mais cedo cada um de nós se vê obrigado, ainda que momentaneamente, a identificar-se como cidadão da outra zona” (Sontag, 1998, p. 11).

Daí que a proferição comumente usada “Haja saúde!...”, dê conta da ideia de que todas as contrariedades e obstáculos da vida são resolúveis, se o estado de saúde estiver assegurado; uma espécie de amuleto para adiar ou desmarcar a incursão na “outra zona” que Sontag refere.

A palavra *saúde* é usada no quotidiano especialmente quando somos nós que estamos em causa, refere Honoré; está presente nas saudações e comemorações, é uma palavra que não se desliga de nós, mesmo quando o corpo se arrasta e desfalece; é característica principal da vida e um domínio da acção que a todos diz respeito (Honoré, 2002).

Esta identificação da saúde ao humano é também realçada por Illich, ao referir que a espécie humana é a única em que os seus membros têm “*consciência de serem frágeis, parcialmente enfermos, sujeitos à dor e votados à cessação radical, isto é, à morte*”. A saúde é sobrevivência, num bem-estar que se entende como relativo e efémero, mas em que os indivíduos têm a capacidade de fazer face à sua fragilidade (Illich, 1977, p. 123).

Um outro aspecto a notar, é o facto de o conceito de *doença* ser frequentemente definido como o oposto qualitativo de *saúde*, reproduzindo assim a oposição entre *normal* e *patológico*; a saúde aproxima-se da normalidade e a doença da patologia. A doença refere (Canguilhem, 1966/2003), seria uma alteração quantitativa do estado normal; quando a doença se apresenta como um mal, a terapêutica é dada para uma revalorização; quando se apresenta como uma diminuição ou por um excesso, a terapia consiste numa compensação.

O mesmo autor refere ainda que a própria consciência de normalidade biológica, inclui relação com a doença, e isto porque, o homem normal não se reconhece como tal, senão num mundo em que nem todos os outros o são; reconhece-se conseqüentemente, como capaz de adoecer. “*A ameaça da doença é um dos constituintes da saúde*” (Canguilhem, 1966/2003, p. 217).

Neste movimento de tentativa de clarificação dos termos saúde, doença, normal e patológico, surge a ideia de *média*, contudo, “*não existe nenhuma linha de separação clara entre as variações inatas compatíveis com a saúde e as variações adquiridas que são os sintomas de uma doença*” (Canguilhem, 1966/2003, p.201). O conceito de *média* consistiria num conceito existencial empírico: *sadio* seria a *média*, e os desvios (dentro

de certa amplitude convencional) seriam *doença*. No entanto, este conflito conceptual fica apenas parcialmente resolvido, permanecendo algumas dificuldades: 1) certos fenómenos, como por exemplo a cárie dentária, embora medianos, designam-se de doença, 2) certos desvios à média, como a longevidade, a força física, a resistência invulgar, não se consideram doença e 3) é raro estabelecer-se a média na vida do corpo humano, ou seja, o que é *média*, quase nunca se sabe (Jaspers, 1911/1987).

Se por um lado o critério estatístico para a definição de normalidade parece beneficiar de alguma consensualidade, por outro e como foi referido, apresenta fragilidades importantes: nem sempre o comum e frequente tem relação com a normalidade, nem o que é raro se torna necessariamente anormal (ou patológico).

Também devido à sua riqueza polissémica, o uso comum das expressões *normal* e *patológico* (e também *saúde* e *doença*) presta-se a equívocos e imprecisões. Podemos enquadrá-las, metaforicamente, como “expressões proteicas”, juntamente com outros termos de difícil apreensão de significado como sejam: liberdade, amor, justiça, felicidade entre outros e que disciplinas como a filosofia, a psicologia e as ciências humanas em geral, têm dedicado importante reflexão. O termo proteico é aqui utilizado não no sentido de proteína (cadeia de aminoácidos) mas de Proteu, personagem da mitologia grega cuja capacidade de se metamorfosear em múltiplas aparências, não permitia ser definitivamente apreendido (Trindade, 1989).

Neste sentido, Bergeret (1974/1997) chama a atenção para os perigos do emprego da noção de *normalidade*, por figuras detentoras de autoridade: médica, política, social, cultural, económica, filosófica, moral, jurídica, estética e mesmo intelectual; aludindo aos cruéis exemplos que a História das comunidades e ideologias nos tem dado, sempre que representações muito selectivas são tomadas em função de opções pessoais.

O mesmo autor privilegia uma abordagem da noção de *normalidade*, que não formule juízos de valor em relação aos outros, mas que enfatize o *bom funcionamento interior*, tendo em conta as particularidades de cada individuo. A pessoa encontra-se num *estado normal* quando, apesar de eventuais problemas profundos, consegue fazer face ao desempenho dos seus papéis, adaptar-se a si próprio e aos outros, sem se fixar numa postura autocentrada nem se fazer rejeitar pelos outros, apesar das inevitáveis divergências relacionais. Partindo desta posição, elabora uma tentativa de definição de *normalidade*:

O verdadeiro “sadio” não é simplesmente alguém que se declare como tal, nem sobretudo um doente que se ignora, mas um sujeito que conserve em si tantas fixações conflituais como tantas outras pessoas, e que não tenha encontrado no seu caminho dificuldades internas ou externas superiores ao seu equipamento afectivo hereditário ou adquirido, às suas faculdades pessoais defensivas ou adaptativas, e que se permita um jogo suficientemente flexível das suas necessidades pulsionais, dos seus processos primário e secundário nos planos tanto pessoal, quanto sociais, tendo em justa conta a realidade, e reservando-se o direito de comportar-se de modo aparentemente aberrante em circunstâncias excepcionalmente “anormais” (Bergeret, 1974/1997, p. 21)

Não obstante a amplitude e particularidades do conceito, o autor refere insatisfação com esta definição. De facto, perpassa no texto, a tonalidade de um ideal adaptativo para o indivíduo, o que poderá eventualmente, comprometer uma definição mais universal do conceito.

Ainda na procura da caracterização da situação de *normalidade*, em associação a um estado de saúde, parece-nos significativa a resposta do neurologista Oliver Sacks a Jean-Claude Carrière, a propósito do que será um “homem normal”:

“Um homem normal é um homem capaz de contar a sua história, alguém que sabe de onde vem, que tem um passado, alguém capaz de se situar no tempo. Lembra-se da sua vida e de tudo o que aprendeu. Tem igualmente um presente. Não que, por esse facto, viva num tempo particular, mas porque tem uma identidade (...) finalmente, tem um futuro. Ou seja, tem projectos e espera não morrer antes de os ter realizado. Porque, como é óbvio, sabe que vai morrer” (in Gould, Delumeau, Carrière & Eco, 1999, p. 134).

Nesta proposta, Sacks introduz explicitamente o elemento temporal, o *ser* no tempo, a sua ontologia tornada consciente e projectada no futuro, inscrita numa genealogia que lhe confere uma identidade própria e distinta.

Ao longo dos tempos e do ponto de vista da medicina, a evolução dos conceitos de saúde e doença, tem sido a construção de significações sobre a natureza, funções e estrutura dos corpos, bem como das relações corpo-espírito e pessoa-ambiente (Reis, 1998). Das concepções mágico-religiosas ao estabelecimento do modelo biomédico no século XX, em que a pessoa tende a ser reduzida a estruturas e processos biológicos e físico-químicos, diversas visões surgiram e se transformaram, tendo particular

importância o período renascentista, que produziu profundas alterações na compreensão dos fenómenos da natureza e do humano.

A própria definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS): *a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade*, aponta já para a qualificação da saúde como algo de positivo em si, e não em relação à ausência de um outro qualquer elemento (doença ou enfermidade). Não obstante este aspecto, várias críticas têm sido colocadas à referida definição, particularmente o seu carácter vago e utópico que, como refere Reis (1998), não enfatiza os aspectos adaptativos da pessoa face às suas dificuldades, em que o confronto com situações problemáticas, a resolução de problemas, os erros e o sofrimento, são situações que caracterizam o quotidiano das pessoas.

No sentido de valorizar o carácter dinâmico do processo de adaptação da pessoa às ameaças do ambiente, Dubos propõe abordar a saúde como *“um estado físico e mental relativamente liberto de dor e de desconforto, e que permite à pessoa funcionar tão bem quanto possível e no maior período de tempo, no ambiente em que a casualidade ou a escolha a colocaram”* (Dubos in Reis 1998, p 41).

O mesmo autor realça que as definições de saúde e doença, parecem apenas fazer sentido quando enquadradas em termos da actividade dos indivíduos num determinado contexto físico, psicológico e social, ou seja, se compreenderem uma visão holística do individuo integrado em determinada cultura.

Podemos, neste sentido, melhor compreender a razão pela qual, nos últimos anos, a perspectiva biomédica e mecanicista, tem sido alvo de importantes críticas, relativamente à sua visão redutora dos conceitos de saúde e doença, verificando-se a emergência de novos modelos de compreensão e intervenção, em que a dimensão psicológica e social ganha progressivo interesse e que seguidamente iremos abordar.

2. Sociedade, Saúde e Psicologia

Actualmente, nos países desenvolvidos, a saúde é um bem relativamente ao qual os Estados liberais se sentem com direito a tomar uma atitude positiva, uma vez que

beneficia da autoridade científica (Skidelsky & Skidelsky, 2012). Os autores procuram conceptualizar a noção de “*vida boa*”, inspirando-se em aspectos culturais de várias épocas e lugares, de Aristóteles ao presente. Identificam sete “*bens básicos*”, que consideram necessários para se “*viver bem*”, os quais respeitam quatro critérios de inclusão: 1) são universais (pertencem a todos, e não a nenhum lugar em particular), 2) são finais (são bons em si e não um meio para outro bem), 3) são *sui generis* (não fazem parte de outro bem) e 4) são indispensáveis (a sua perda ou ausência de posse provoca dano importante). A “*saúde*”, encabeça o conjunto dos referidos bens básicos, dando conta da importância atribuída pelos autores a esta dimensão da vida; seguem-se a “*segurança*”, o “*respeito*”, a “*personalidade*”, a “*harmonia com a natureza*”, a “*amizade*” e o “*lazer*” (Skidelsky & Skidelsky, 2012, p.204).

Relativamente ao nosso país, a Constituição da República Portuguesa (2005), dedica à saúde especial atenção, particularmente no seu Artigo nº 64, respeitante à “Saúde”, onde se pode ler no Ponto 1 “*Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover*”, expressão que encerra carácter de universalidade e indispensabilidade, bem como valor moral, com o *dever* de defesa e promoção, que a todos assiste. No Ponto 2 do mesmo artigo, são referidos os instrumentos e condições de realização da promoção da saúde, respectivamente um Serviço Nacional de Saúde universal, geral e tendencialmente gratuito e a criação de um conjunto de condições económicas, sociais, culturais e ambientais, que garantam a protecção dos cidadãos nas várias fases do ciclo de vida.

Outros artigos da referida Constituição relevam directa ou indirectamente para implicações no domínio da saúde, nomeadamente: 1) o Artigo nº 63, relativo à “Segurança Social e Solidariedade”, onde são descritas as funções do Estado na protecção dos cidadãos, particularmente em situação de doença, velhice, invalidez, viuvez e orfandade, 2) o Artigo nº 66, relativo ao “Ambiente e Qualidade de Vida”, onde é enunciado o direito dos cidadãos a um ambiente de vida humano, sadio e ecologicamente equilibrado, bem como as funções do Estado para assegurar aquele direito, 3) o Artigo nº 67, relativo à “Família”, 4) o Artigo nº 68, relativo à “Paternidade e Maternidade”, 5) o Artigo nº 69, relativo à “Infância”, enunciando direitos da criança e respectivas funções do Estado, 6) o Artigo nº 70, relativo à “Juventude”, onde está expressa a protecção especial aos jovens em vários domínios, as orientações para as políticas da juventude bem como a integração expressa da família, escola, empresas e

outras organizações do contexto social e cultural em que os jovens se desenvolvem e 7) o Artigo nº 71, relativo aos “Cidadãos Portadores de Deficiência”.

O articulado referido, pela sua natureza e conteúdo, dá conta de uma profunda valorização da condição humana, do seu bem-estar e onde o valor Saúde merece destacada consideração ética e civilizacional. Nas palavras de Arnaut (2012) - autor da Lei 56/79 de 15 de Setembro, que criou o Serviço Nacional de Saúde (SNS) - este Serviço é designado como “*o pórtico identitário*” do Estado Social de direito (p. 10) e como “*um imperativo ético*” face às necessidades dos cidadãos (p. 23).

A expressão *psicologia da saúde* tem a sua introdução atribuída a Matarazzo, num texto em que este novo conceito emerge, por diferenciação dos territórios da *saúde comportamental* e da *medicina comportamental*. O autor define *psicologia da saúde* como “*um agregado de contribuições específicas educacionais, científicas e profissionais da disciplina psicológica para a prevenção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento da doença e, ainda, de identificação dos correlatos etiológicos e diagnósticos de saúde, doença e disfunções psicológicas relacionadas*” (Matarazzo, 1980, p. 815). A este texto é posteriormente acrescentado “*e para a análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde e formação de políticas de saúde*” (Matarazzo, 1982, p. 4).

Na década de 80 do século passado, emerge um consenso de que o comportamento dos indivíduos (como por exemplo o consumo de álcool, tabaco, sal; má higiene dentária; não uso do cinto de segurança, entre outros) são uma área inexplorada no estudo e compreensão da saúde. A Psicologia, como disciplina do conhecimento com mais de cem anos de experiência no estudo do comportamento dos indivíduos, incluindo a mudança de comportamento, apresenta-se com um potencial (académico, científico e profissional) para fazer o levantamento dos aspectos mais importantes desta nova fronteira – os comportamentos de saúde dos indivíduos (Matarazzo, 1982).

Uma nova atenção começa ser dada, ao modo como o comportamento individual e o ambiente físico influenciam a saúde. Nos Estados Unidos, metade da mortalidade é devida a estilos-de-vida ou comportamentos não saudáveis, acrescentando 20% devido a factores ambientais, particularmente a poluição (Michael, 1982). A consequência óbvia para este autor, é a de que os indivíduos devem assumir maior responsabilidade pessoal na manutenção do seu estado de saúde e que, para alcançar este propósito é necessário:

- 1) ajudar os indivíduos a reconhecer o seu próprio papel no cuidado da saúde (não

deixando de considerar que, alterar características individuais do comportamento, nem sempre é eficaz, uma vez que nenhum indivíduo possui controlo total sobre o seu comportamento – integra um sistema) e 2) proteger os indivíduos de práticas organizacionais e institucionais que afectam adversamente o comportamento saudável.

Tal como referimos anteriormente, no passado arcaico da humanidade, e de certo modo ainda no tempo presente, a doença como fenómeno causador de sofrimento, tinha uma origem espiritual maligna. Sontag (1998) refere que a visão da doença como uma punição, é a ideia mais antiga sobre a causa das doenças; realça a importância do combate a esta ideia e refere Hipócrates que, nos seus vários tratados sobre epidemias “*exclui expressamente a ‘cólera de Deus’ como causa da peste bubónica*” (p. 139).

3. Comportamentos de Risco e seus Determinantes

“Nunca saberás o que é o bastante
se não souberes antes o que é demais.”

William Blake (1793/1991)
in A União do Céu e do Inferno

A relação entre comportamento de risco e adolescência surge como uma constante na literatura, sugerindo que a experimentação dos limites nesta fase de desenvolvimento faz parte do processo de aquisições maturativas. Num espectro de experimentação entre a normalidade e a patologia, os comportamentos de risco, como seja o consumo de substâncias, podem perturbar a primeira e/ou agravar significativamente a segunda.

A Declaração sobre os Jovens e o Álcool (2001) chama a atenção para os custos dos problemas relacionados com o consumo de álcool entre os jovens, particularmente a nível social, económico e de saúde. Os jovens apresentam-se mais vulneráveis ao sofrimento de danos físicos, emocionais e sociais devido ao consumo (próprio ou de terceiros). É ainda realçada a relação entre o consumo de alto risco e a violência, os

comportamentos sexuais de risco, acidentes de viação, deficiências permanentes e a morte.

Também para os informantes qualificados consultados, os comportamentos de risco dos jovens associados ao álcool, prendem-se com a sexualidade, com episódios de violência e com acidentes de viação. No que respeita à sexualidade, é referida a existência de relações sexuais não protegidas ou não desejadas, o que poderá ter consequências importantes a nível da propagação de doenças sexualmente transmissíveis. A gravidez na adolescência, particularmente a gravidez não desejada é outro dos problemas cada vez mais frequentes nas sociedades contemporâneas, contrastando com a aparente facilidade de acesso à informação e aos métodos de planeamento familiar.

A violência em contexto nocturno, em bares e discotecas, parece estar igualmente relacionada com o consumo de álcool, tendendo a ocorrer após as quatro horas da madrugada. Os acidentes de viação são ainda outra importante consequência do risco de condução sob o efeito de álcool. Tendem a ocorrer entre as cinco e as sete horas da madrugada, frequentemente na sequência de consumos excessivos. Os acidentes de viação são a principal causa de morte e invalidez nos jovens entre os 16 e os 19 anos de idade (Matos, 2005) e em cerca de um terço daqueles, o álcool está envolvido.

Matos (2005) refere que os estudos sobre sinistralidade e prevenção rodoviária mostram que o factor humano é o mais responsável pela ocorrência de acidentes. O autor refere ainda que os acidentes de viação são muitas vezes de natureza auto-destrutiva e hetero-destrutiva, envolvendo dimensões inconscientes que devem ser estudadas. O condutor jovem, não sendo já criança nem ainda adulto, procura na condução sinais de reconhecimento do estatuto de adulto, de independência e autonomia relativamente à família.

A condução arriscada, a velocidade e o tipo de manobras devem-se a uma atracção irresistível pela *acção*, pelo *exibicionismo*, pela *procura e controlo do risco*. O risco torna-se aceitável quando a acção é mediada pelo pensamento e tendo em conta os custos e benefícios do uso do veículo. Inversamente, a condução sob o primado do impulso, implica riscos excessivos, onde os custos se tornam mais elevados que os benefícios. Esta acção impulsiva terá subjacente níveis de ansiedade e/ou depressão que não conseguem ser pensados (Matos, 2005). As rodovias modernas são “*um elemento novo da facilitação de certas formas de perturbação mental*” designadas de *acting-out*, ou comportamento agido, refere Soczka (1989, p. 306)

Encontramos na busca da vertigem pela velocidade, semelhança com uma das quatro categorias da classificação dos jogos proposta por Roger Caillois – *Ilinx*. O autor associa esta tipologia de jogos, precisamente aqueles que assentam na procura da vertigem e que consistem “*numa tentativa de destruir, por um instante, a estabilidade da percepção e infligir à consciência lúcida uma espécie de voluptuoso pânico*”; o objectivo seria “*atingir uma espécie de espasmo, de transe ou de estonteamento que desvanece a realidade com uma imensa brusquidão*” (Caillois, 1958/1990, p. 43).

As estratégias de risco adoptadas pelos indivíduos, poderão assim distinguir entre um desenvolvimento mais saudável e outro mais patológico, contudo, o próprio processo normal de adolescência, como referem Braconnier & Marcelli (2000, p. 59), pode distinguir-se em três grupos: (1) um grupo de “*crescimento contínuo*”, em que os sujeitos não manifestam períodos de ansiedade ou depressão nem conflitos importantes; (2) um grupo de “*crescimento por ondas*”, onde se verifica a tendência para a depressão e perda de auto-estima, bem como de conflitos e contradições importantes e (3) um grupo de “*crescimento tumultuoso*”, marcado por ansiedade e depressão significativas e onde os indivíduos apresentam falta de estima por si próprios e pelos outros, bem como uma maior dependência e frequência de problemas comportamentais e familiares. Estes aspectos revelam a existência de “*várias maneiras de viver a adolescência*”, sendo que alguns indivíduos carecem de atenção particular.

Para Matos (2005) a adolescência é entendida como um fenómeno evolutivo, onde se encontram problemáticas anteriores e actuais, gerando uma espécie de reevolução, com a possibilidade de eclosão de manifestações psicopatológicas, em que a psicopatologia no adolescente pode ser reflexo de uma “*paragem ou distorção da harmonia do desenvolvimento psíquico*” (p.125), que se manifesta através de comportamentos. O autor contrapõe assim uma forma de *acting evolutivo*, caracterizado por expressões agidas em busca da estabilidade e previsíveis do desenvolvimento, a um *acting patológico*, marcado por processos psíquicos primitivos.

Jeammet & Corcos (*in* Matos, 2005) referem que o agir, interno ou externo, constitui uma via de descarga que substitui a elaboração psíquica. Matos distingue então o *pôr em cena* enquanto exteriorização de conflito com valor simbólico, pelo que acessível à representação, do *acting evacuativo*, através do uso da motricidade marcada por conteúdos projectivos, afastando-se da representação e falho de significação. O autor

chama a atenção para o facto de os aspectos evolutivos e patológicos se confundirem e poderem mesmo coexistir.

Em relação a estas condutas, e numa perspectiva sociológica, Elias (1985/1992), refere que os impulsos humanos são considerados parte da natureza humana, contudo o seu controlo, como prática socialmente adquirida, opõe-se a essa mesma natureza. Para o autor, os indivíduos têm uma necessidade biológica de satisfação, uma satisfação agradável que lhes foi reprimida pelo processo civilizador. Nas sociedades industrializadas, em que o controlo dos impulsos foi sendo gradualmente padronizando, as actividades de lazer terão surgido como estímulos de satisfação do organismo.

Parece ser importante e mesmo desejável que os jovens corram riscos, uma vez que estes são fundamentais para um desenvolvimento psicossocial harmonioso e adaptativo à vida adulta. O importante é balizar e moderar o risco para níveis aceitáveis e, neste aspecto, a família tem desde logo um papel fundamental, não só como modelo mas também como modulador de atitudes e posturas reflectidas e responsáveis. A coexistência de movimentos evolutivos e patológicos revela a vulnerabilidade e complexidade deste período do desenvolvimento, o que conduz à necessidade de profissionais especializados, particularmente psicólogos, que estejam disponíveis aos indivíduos e famílias no apoio e intervenção nesta importante e conturbada fase de transição do ciclo de vida.

Um dos modelos mais completos de abordagem à compreensão dos comportamentos problemáticos, dos adolescentes e jovens adultos, é a teoria do comportamento-problema (Jessor, 1987; Jessor, Donovan & Costa, 1994). Para os autores, o conceito de comportamento-problema inclui os comportamentos que são considerados um problema, uma fonte de preocupação, indesejáveis pelas normas sociais ou legais da sociedade convencional, comportamentos que geralmente dão origem a sanções sociais negativas quando ocorrem. Esta conceptualização tem início na década de 70 e fundamenta-se nos conceitos básicos de *valor* e *expectativas* oriundos da Teoria da aprendizagem social de Rotter, e do conceito de *anomia* de Merton (Jessor, 1987), aplicados ao estudo sobre o abuso de álcool e outros problemas comportamentais, numa comunidade tri-étnica. Posteriormente, o modelo foi revisto de modo integrar um estudo longitudinal mais vasto, sobre comportamentos-problema e desenvolvimento psicossocial em grupos de adolescentes do ensino secundário e da universidade (Jessor & Jessor, 1974). Mais recentemente esta teoria, novamente reformulada e aplicada a

estudos de *follow-up* com população adolescente e jovens adultos, á medida que estes transitavam da adolescência para a idade adulta. A teoria enriqueceu-se alargando o seu espectro para a investigação sobre os comportamentos comprometedores da saúde e promotores da saúde (Jessor, Donovan & Costa, 1994). A estrutura conceptual deste modelo teórico visa a análise das relações entre três grandes sistemas de variáveis psicossociais: *Sistema de Personalidade*, *Sistema de Ambiente Percepcionado* e *Sistema Comportamental*. Os autores consideram que estes três sistemas como sendo causais e explicativos, e como sendo os que mais directamente influenciam e se aproximam da ocorrência ou não ocorrência de qualquer comportamento particular. No interior de cada um destes sistemas, as variáveis desempenham funções polarizadas, de “instigação” ou de “controlo” que, em conjunto, geram um resultado, um estado dinâmico denominado “propensão”, que indica a probabilidade de ocorrência de um comportamento problema. Assim, uma vez que a “propensão” se articula com o comportamento-problema, é teoricamente significativo utilizar a terminologia “propensão de personalidade”, “propensão do ambiente” e “propensão comportamental”. Quando a propensão nos três sistemas é tomada no seu conjunto fala-se de “propensão psicossocial geral”. Este é o conceito-chave para a predição e explicação da variação no comportamento-problema. A “propensão psicossocial” representa assim a intensidade da tendência para aderir a comportamentos-problema particulares e, assim, a sua probabilidade de ocorrência. Numa última fase desenvolvimento, este conceito chave foi articulado com sistemas mais distais de influência, nomeadamente o ambiente sócio-estrutural e sócio-cultural de normas e valores, evidenciado nas práticas socializadoras da família de referência e do grupo de pares.

Não obstante a adolescência ser um período propício à adoção de condutas de risco, e de a presença de comportamentos de saúde e de outros factores protectores, estar inversamente relacionada com comportamentos prejudiciais à saúde (Donovan & Jessor, 1985; Donovan, Jessor & Costa, 1991; Farrel *et al*, 1992; Schenker & Minayo, 2005), surgem limitações quanto à aplicação da noção de factores de risco à saúde (Ribeiro, 1998), por um lado, pelo facto de os factores de risco em si não provocarem doença, uma vez que estas resultam de processos multifactoriais, por outro, porque a investigação sobre factores de risco resulta da própria relação linear entre factor de risco e doença.

Neste sentido, novas linhas de abordagem parecem emergir, na tentativa de compreensão dos motivos que levam os adolescentes e jovens adultos, a assumir mais riscos do que indivíduos mais novos ou mais velhos. Para Steinberg (2007), e na perspectiva das neurociências do desenvolvimento, a propensão dos adolescentes para se envolverem em comportamentos de risco, não surge na sequência de irracionalidade, ilusão de invulnerabilidade ou desconhecimento; para a autora, o intervalo de tempo entre a puberdade, que impele os indivíduos para a procura de emoções, e a lenta maturação do sistema de controlo cognitivo, que regula estes impulsos, faz da adolescência um período de elevada vulnerabilidade aos comportamentos de risco. Este ponto de vista do risco na adolescência, ajuda a explicar as razões pelas quais as intervenções desenhadas para mudar o conhecimento, as crenças e as atitudes dos adolescentes, se revelarem de grande ineficácia (Steinberg, 2004 *in* Steinberg, 2007). A autora sugere que mudanças no contexto em que ocorrem os comportamentos de risco, podem ter mais sucesso, do que tentar alterar o pensamento dos adolescentes acerca do risco, aspecto que pode ter implicações para o delinear de estratégias prevenção.

Em relação aos comportamentos de risco e suas implicações na saúde dos adolescentes, independentemente dos modelos explicativos e estratégias de intervenção, o que parece importante, como refere Ramos (2004, p. 150) é *“analisar as interacções dos indivíduos nos seus contextos, o estudo do desenvolvimento e da saúde nas situações em que ocorrem, o que permite analisar factores de risco, factores protectores e factores que interferem no indivíduo e no ambiente”*; mais importante que opor risco a resiliência, é desenvolver uma abordagem complementar, associando os factores de risco e de protecção.

4. Risco e Resiliência

“O tempo presente e o tempo passado
Estão ambos talvez presentes no tempo futuro
E o tempo futuro contido no tempo passado.
Se todo o tempo é eternamente presente
Todo o tempo é irredimível”.

T. S. Eliot (1936/2011)

“Aos que dizem «perturbações precoces, efeitos duradouros», podemos responder que as perturbações precoces provocam efeitos precoces, que podem durar, se o meio familiar e social fizer delas narrativas permanentes”

B. Cyrulnik (2001).

Anthony Giddens define “risco”, distinguindo-o do conceito de perigo, como algo que constitui uma estimativa acerca do “perigo”, sendo este último algo que diz respeito a ameaças que rondam a busca de resultados desejados (Giddens, 1994). Também Ulrich Beck se refere aos “riscos” como dependendo de decisões que, em princípio, podem ser controladas, enquanto que os “perigos” terão escapado ou neutralizado os mecanismos de controlo da situação (Beck, 2002).

Esta tomada de decisão pode, no processo de exploração do adolescente, apresentar características semelhantes à situação de *jogo*, no sentido que Caillois (1958/1990, p. 11) lhe confere, em que a possibilidade de risco, dificulta a “*avaliação dos recursos disponíveis e o cálculo das eventualidades previstas*”, dando origem a “*uma espécie de aposta que supõe uma comparação entre o risco aceite e o resultado previsto*”. Daí o uso de expressões como, “*por em jogo*”, “*jogar forte*”, “*jogar a sua vida*”. Este autor refere ainda um outro aspecto que introduz complexidade ao jogo, a constatação do *acaso*, que pode transformar uma decisão num acto “favorável”, ou “deplorável”. No domínio do humano, todos os esforços que se desenvolvem, são precisamente no sentido de evitar o *acaso*, de modo a prever e controlar os efeitos do comportamento; tarefa hercúlea, que demasiadas vezes ultrapassa a espécie humana, e que a ciência se esforça por compreender e melhorar.

Podemos então considerar que o risco se compõe de estimativas acerca da realidade, que podem ser controladas através de decisões, enquanto o perigo se reveste de ameaças que escapam ou inibem os mecanismos de controlo das situações. As situações de risco estarão assim mais sobre o controlo da decisão humana, do que as situações de perigo.

E é neste contexto que faz sentido um discurso e uma acção de prevenção, sobre a ocorrência de algo que é prejudicial, neste caso à saúde dos indivíduos e comunidades.

Na área da saúde o risco é um conceito que envolve conhecimento e experiência acumulada sobre o perigo de alguém ou comunidade ser acometida por doenças e agravos. Definidas a partir de análises colectivas, os alertas trazidos à população pela epidemiologia, aplicam-se a cuidados de evitação. A expressão consagrada “factores de risco”, designa condições ou variáveis associadas à possibilidade de ocorrência de resultados negativos para a saúde, o bem-estar e o desempenho social (Jessor *et al*, 1991; Jessor *et al*, 1995).

Para Ramos (2004), a noção de risco compreende a possibilidade de sofrer uma perda ou dano, a possibilidade de ser submetido a um perigo ou a um traumatismo com consequências na adaptação e em doenças futuras.

Marcelli & Bracconnier (2005) referem que factores de risco gerais são todas as situações realçadas pelos inquéritos epidemiológicos que levam a um aumento das taxas de morbilidade, como sejam, o nível socioeconómico, a estrutura familiar (presença dos dois progenitores, morte de um deles, situação de divórcio, doença física ou mental de um dos pais, entre outros; muitos adolescentes encontram-se expostos a estes factores de risco. Os autores referem ainda a existência de factores de risco particulares, como sejam, factores psicopatológicos que, serão consequência das primeiras relações objectais na organização psíquica dos indivíduos, e que poderão estar relacionados com determinadas configurações comportamentais na adolescência, como o uso de substâncias, a conduta antissocial ou suicida.

Para Ribeiro (1998), o conceito de factor de risco, decorre do resultado matemático de relações entre variáveis consideradas num ou em vários estudos, e que fornecem alguma informação da probabilidade de se adquirir alguma doença; este autor realça que a noção de factor de risco não contribui para explicar a saúde, uma vez que, normalmente o que é identificado, são os indivíduos doentes. Segundo Antonovsky (1984) *in* Ribeiro (1998), seria preferível adoptar uma perspectiva salutogénica (ao invés da patogénica) e, em vez de colocar a questão “*o que é que os indivíduos fazem para adoecer?*”, se respondesse em alternativa a “*o que é que os indivíduos fazem para não adoecer?*”, resultados, com certeza diferentes, surgiriam.

Progressivamente, de uma abordagem essencialmente centrada nas insuficiências, na vulnerabilidade e nos factores de risco assistimos a uma transição progressiva para a tomada em consideração dos recursos e dos factores de protecção individuais ou familiares. Os estudos e as práticas clínicas e educativas começaram a desenvolver-se

em torno do conceito de resiliência. Entra-se assim num campo teórico de exploração da variabilidade das vulnerabilidades. Anthony (*in* Anaut, 2002) deu início nos anos 70 a pesquisas sobre crianças em risco e observou que as crianças não eram iguais perante o risco e apresentavam um estado de vulnerabilidade variável. A avaliação da vulnerabilidade apela à complementaridade da apreciação dos factores de risco, mas também dos factores de protecção, o que remete para um modelo a três dimensões: «risco-resistência-adaptação».

O termo resiliência está associado à mecânica e tem étimo no latim *resilientia*, isto é, à propriedade de um material resistir a efeitos de choque. A resiliência manifesta-se, na capacidade do individuo de resistir a efeitos adversos, mantendo um funcionamento positivo ou competência face a riscos e ameaças, externas ou internas, ou mesmo a capacidade de reconstrução após a ocorrência de situação traumática (Ramos, 2004).

Os primeiros estudos realizados sobre os resultados positivos em situações de adversidade, tornaram visíveis a presença de um comportamento adaptativo. Particularmente as investigações realizadas em torno de temáticas como a esquizofrenia, a pobreza extrema ou situações traumáticas podem ser considerados os antecessores dos estudos sobre resiliência, embora esta palavra não fosse ainda utilizada. Mas foram os estudos realizados com crianças filhas de mães diagnosticadas com esquizofrenia, que promoveram a emergência do conceito de resiliência infantil (Pessanha, 2008).

Na consolidação do conceito de resiliência, são considerados pioneiros os estudos de Emmy Werner em 1982 sobre crianças da ilha Kauai do arquipélago do Hawaii, estudo longitudinal incidindo num grupo multiétnico de 545 crianças seguidas durante um período de 32 anos desde o nascimento até à idade adulta, vivendo em condições de grande precariedade ambiental, do ponto de vista das condições sócio-afectivas (pobreza, violência, discórdia e psicopatologias paternas) dão início à observação de que algumas destas crianças se acomodavam a este ambiente precário, revelando uma adaptação social e uma capacidade de se erguerem psicologicamente após terem sofrido situações nefastas, característica de um funcionamento resiliente (Ramos, 2004).

Outras investigações, paralelamente aos trabalhos de Werner, foram desenvolvidas sobre as respostas adaptativas perante o *stress* acumulado, abrangendo a identificação dos factores de resiliência e dos factores de protecção. Relativamente aos factores de protecção, Garmezy (*in* Anaut, 2002) sugere que a tríade da força psicológica da resiliência é composta por: factores individuais (temperamento, reflexão e capacidades

cognitivas), factores familiares (o calor humano, a coesão e a atenção por parte dos pais ou do principal prestador de cuidados) e factores de suporte (o professor atento, o técnico de serviço social ou o organismo de serviços sociais).

Importantes contributos para o estudo da resiliência têm sido desenvolvidos por Cyrulnik (2001), que propõe a metáfora da pérola para ilustrar o *oximoro* (figura de estilo que combina palavras de sentido oposto) do “maravilhoso infortúnio” que a resiliência opera. Para o autor, o resiliente constrói um oximoro, cujo modelo seria o da *pérola fabricada pela ostra*, em resposta a uma agressão. Do ponto de vista psicológico e comportamental, o individuo resiliente, exposto a uma situação traumática, elabora um “trabalho” semelhante ao da ostra que, para se proteger do grão de areia que a invade, segrega nácar que o vai cobrindo e tornando cada vez menos áspero, dando assim origem a algo de precioso. A resiliência resultaria então de um processo paradoxal, em que do confronto com o traumatismo pode surgir criatividade. Contudo, refere Cyrulnik (2001, p. 21) apesar de oximoro descrever “*o universo íntimo desses vencedores feridos - o triunfo de um ferido nunca desculpa o agressor*”.

Neste processo, o tempo é um elemento importante, para que o sentido possa emergir,

“é a representação do tempo, o modo como evoco o meu passado para organizar as minhas lembranças e deleitar-me com os meus devaneios que impregnam de sentido aquilo que percebo” (Cyrulnik, 2006, p. 15).

Apresentando-se a qualidade resiliente como um processo facilitador do desenvolvimento, na presença de situações adversas, esta desempenha para para os indivíduos a função de um factor de protecção. Este tipo de factores pode incluir dimensões individuais, relacionais ou ambientais. Rutter *in* Ramos (2004) identificou quatro tipologias de processos que podem actuar como protectores em situação de risco: 1) processos promotores da auto-estima, da auto-confiança e da auto-eficácia, desenvolvidos na sequência de vinculações seguras e estáveis ou sucesso na realização de tarefas, 2) processos que reduzem o impacto do risco, quer por alterações na sua percepção, quer por diminuição da exposição ao risco, 3) processos que de algum modo reduzam a probabilidade de aumento de reacções negativas aquando da exposição ao risco e 4) processos promotores de novas situações e oportunidades de desenvolvimento pessoal. Aquele autor, destaca ainda a importância dos recursos internos dos indivíduos que reenviam para modalidades de comportamento associadas às qualidades de resiliência, como sejam: 1) a consciência da sua auto-estima e autoconfiança, 2) a

consciência da sua auto-eficácia e 3) a qualidade das abordagens de resolução de problemas sociais.

Também Garmezy *in* Ramos (2004) organizou três categorias de factores de protecção, a partir de estudos com famílias desorganizadas e carenciadas: 1) factores individuais, como o temperamento ou habilidades cognitivas, 2) factores familiares, relacionados com a afectividade e a coerência educativa e 3) factores de suporte social, como sejam profissionais ou organismos, que apresentem funções de acolhimento e disponibilidade.

Como podemos verificar, as situações de risco envolvem circunstâncias sobre as quais os indivíduos podem tomar decisões. Estas decisões, consoante o curso tomado, podem ser promotoras de desenvolvimento ou gerar prejuízo para saúde física ou psicológica dos indivíduos. A resiliência assume uma posição importante como elemento protector em situações adversas, e pode ser um revelador de capacidades internas. Na sua globalidade, os factores protectores envolvem invariavelmente, dimensões internas, interrelacionais e ambientais que, no seu conjunto e em articulação, podem auxiliar na predição do comportamento saudável.

1. Comportamentos de Risco e Consumo de Substâncias

[...]

“Passou então uma nuvem, e o lago ficou vazio.

Vai, disse a ave, pois as folhas estavam cheias de crianças,

Em excitação escondidas, restando o riso.

Vai, vai, vai, disse a ave: a espécie humana

Não pode suportar muita realidade”.

[...]

T. S. Eliot (1936/2011)

O consumo de substâncias é um dos comportamentos de risco mais problemáticos da adolescência. O consumo de substâncias como o tabaco, o álcool e substâncias ilícitas, está na base de graves problemas de saúde tanto a nível físico como mental. A situação assume particular importância, uma vez que aos consumos se associam outros comportamentos de risco, como a condução automóvel insegura e a delinquência. Alguns indivíduos tendem ainda apresentar estilos de vida, em que se manifesta a co-ocorrência de vários comportamentos de risco, o que leva a considerar a existência de factores em correlação.

As razões para o consumo são complexas, Olievenstein, (1970/ s/d) e relativamente às drogas, realça a necessidade de transgressão “*da lei da sociedade e da lei do Pai*”, num jogo com a morte e na procura de prazer, “*em que o utilizador aceita (definitiva ou transitoriamente) o imaginário como mais real e mais válido*” (p. 9). O autor destaca o desencontro entre as gerações e refere que “*já não se trata de crises de originalidade juvenil habituais que «passam», mas duma passagem ao lado de tudo o que dava um sentido à vida dos adultos*” (p. 115).

Se bem que o fenómeno do consumo de substâncias se tenha alterado significativamente no mundo ocidental, desde o seu início epidémico após a Segunda Guerra Mundial, os riscos associados ao consumo mantêm-se, contudo actuais, constituindo fonte de séria

preocupação para as famílias e uma ameaça ao desenvolvimento saudável dos adolescentes.

Relativamente ao nosso país, a prevalência do consumo de substâncias psicoactivas, particularmente as substâncias ilícitas, situa-se abaixo das médias registadas noutros países europeus. Na sua globalidade, as tendências da evolução dos consumos relativamente aos últimos dez anos, foi marcada num primeiro momento, por um aumento entre 2001 e 2007, enquanto num segundo momento, por uma ligeira redução ou estabilização dos consumos entre 2007 e 2012 (Balsa *et al*, 2013).

1.1. O Consumo de Álcool

O álcool é classificado como uma substância psicotrópica que perturba o funcionamento do sistema nervoso central (Schuckit, 2000; APA, 2002). Como o seu próprio nome indica, bebidas alcoólicas são aquelas que contêm álcool. O principal *álcool* destas bebidas é o *álcool etílico* ou *etanol* ($\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$), que existe nas bebidas em diferentes concentrações. O etanol é um líquido incolor, volátil, de cheiro agradável e característico, de sabor queimoso e densidade 0.8. É miscível com a água, entra em ebulição a 78,5°C e pode separar-se da água, por destilação (Melo *et al*, 2001).

O álcool é o produto da *fermentação* de açúcares de numerosos produtos de origem vegetal (frutos, mel, tubérculos, cereais) sob a influência de microorganismos ou leveduras. Também pode ser obtido através de *destilação* (alambique) do álcool produzido no decorrer da *fermentação*.

As bebidas alcoólicas apresentam algumas especificidades em relação a outras substâncias: 1) é a única “droga” que contém calorías; 2) é a substância tóxica mais antiga e de consumo mais generalizado no mundo; 3) é tomada oralmente e rapidamente absorvida por todas as células do organismo; 4) é metabolizado em dióxido de carbono em poucas horas; 5) consumido em doses baixas produz poucos efeitos na saúde, mas origina graves problemas de saúde, se consumido em doses elevadas e após consumo regular; 6) é simultaneamente o mais seguro e o mais nefasto intoxicante (Dupont, 2005). Uma outra característica particular é o facto de, apesar de ser classificado como

um depressor, produz efeitos centrais bifásicos, ou seja, em pequenas doses produz euforia e eventualmente agitação, e com o aumento da concentração no sangue, tem um efeito sedativo.

Em relação ao consumo de álcool entre adolescentes e jovens adultos têm particular interesse os conceitos de intoxicação aguda (a embriaguez), e o consumo abusivo, por serem estes os padrões mais frequentes de consumo. O fenómeno do alcoolismo crónico, constitui a clássica doença alcoólica e está relacionada com níveis de dependência da substância que, para a maioria dos indivíduos, se pode instalar entre 5 a 10 anos de consumo intensivo (Wagner & Anthony, 2002). Os efeitos tóxicos do álcool são particularmente nefastos para o feto, pelo que o seu consumo está consensualmente contraindicado durante a gravidez (Schuckit, 2000; Mello *et al* 2001; APA, 2002). Este aspecto tem particular importância dado que, não raramente, consumos “pesados” são mantidos durante uma gestação em curso, mas que é desconhecida pela consumidora.

Relativamente ao conceito de intoxicação aguda pelo álcool, a sua característica essencial é a presença de alterações a nível da consciência, da cognição, da percepção, do afecto e do comportamento, clinicamente significativas. Estas alterações são acompanhadas por evidência de discurso empastado, descoordenação, marcha instável, nistagmo, défices na atenção e na memória que poderão evoluir para estupor ou coma (Mello, 2001; APA, 2002).

Quanto aos critérios de abuso de álcool (APA, 2002), este só deve ser considerado na ausência de situação de dependência. O desempenho escolar e laboral pode sofrer os efeitos pós-consumo ou da intoxicação em si. Tarefas domésticas ou os cuidados os crianças podem ser negligenciados; pode ocorrer igualmente absentismo escolar ou laboral relacionado com os consumos de álcool. O indivíduo pode consumir álcool em circunstâncias fisicamente perigosas como por exemplo a condução automóvel ou o manuseamento de máquinas sob o efeito do álcool. Os sujeitos podem continuar a consumir álcool apesar de terem consciência que isso lhes pode provocar problemas interpessoais ou sociais significativos.

O conceito de tolerância ao álcool, prende-se com o fenómeno de adaptação do organismo à substância, de modo que, para um dado efeito, são progressivamente necessárias maiores quantidades do produto. Este efeito permite que os consumidores regulares “aguentem” progressivamente doses mais elevadas, agravando-se assim o

efeito de toxicidade no organismo, e uma aproximação gradual à situação de dependência (APA, 2002).

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (DGS, 2013a), determinantes relacionados com os comportamentos de risco mostram uma melhoria, registando-se um decréscimo de internamentos exclusivamente atribuíveis ao álcool, assim como na proporção de vítimas mortais de acidentes de viação com taxa de álcool no sangue igual ou superior a 0,5 g/l. Também a mortalidade por acidentes com veículos a motor e por acidentes laborais têm apresentado, genericamente, tendência decrescente. Contudo, a mortalidade prematura por doenças atribuíveis ao álcool e por suicídio, apresentam, nos últimos anos, uma tendência de aumento.

De acordo com o relatório ESPAD (2011), o consumo de álcool em adolescentes (15/16 anos) (consumo no último mês) em Portugal é de 52%, tendo diminuído desde 2007 e o consumo de 5 ou mais bebidas (no último mês) é de 22%, tendo mantido o valor desde 2007. Embora a maioria dos indivíduos não se embriague, a frequência dos que o fazem é preocupante, nos indivíduos de ambos os sexos, com consumos de risco elevados, acima de 20/gr/etanol/dia, considerado o valor a partir do qual aumenta o risco problemas relacionados com o álcool (Babor & Higgins-Biddle, 2001), e que seriam duas unidades de bebida alcoólica.

A Declaração sobre os Jovens e o Álcool (2001) refere que as principais tendências dos padrões de consumo dos jovens na Europa são uma maior experimentação de bebidas alcoólicas entre as crianças e o aumento dos padrões de beber de alto risco, tais como o *binge drinking* (consumo de 5 ou mais bebidas alcoólicas) a embriaguez, em especial entre adolescentes e jovens adultos, e a mistura de álcool com outras substâncias psicoactivas. Entre os jovens há uma evidente relação entre o consumo de bebidas alcoólicas, de tabaco e de drogas ilegais.

Em Portugal o consumo de bebidas alcoólicas destiladas tem aumentado significativamente, em especial nos jovens de 16 anos, e o seu consumo superou já o de cerveja (ESPAD, 2011; Matos *et al*, 2010), o que revela uma alteração do padrão de consumo, com maiores níveis de perigosidade.

Se bem que a legislação coloque restrições à venda e consumo de bebidas alcoólicas (Decreto-Lei nº 50/2013), a realidade é que os adolescentes menores têm grande facilidade em adquirir e consumir bebidas alcoólicas. Verifica-se uma importante falha

nos mecanismos de fiscalização dos estabelecimentos que comercializam e disponibilizam este tipo de bebidas. Presentemente é ilegal vender ou colocar à disposição bebidas alcoólicas espirituosas (destiladas) a indivíduos com idade inferior a 18 anos, e bebidas de qualquer tipo, a quem não tenha completado 16 anos de idade, deduzindo-se que entre os 16 e os 18 anos se possam consumir bebidas alcoólicas fermentadas, como a cerveja e o vinho. Refere-se que na generalidade dos países europeus, a idade mínima de consumo de álcool é de 18 anos e nos Estados Unidos da América é de 21 anos.

A adolescência é um período propício à experimentação e início do consumo de substâncias. A exploração e conquista progressiva de espaços exteriores ao contexto familiar, a intensificação de actividades recreativas com o grupo de pares, e a fácil acessibilidade às bebidas alcoólicas, podem potenciar vulnerabilidades existentes nos indivíduos. Alguns traços de personalidade como o carácter inibido e dificuldades de comunicação interpessoal, podem conferir ao álcool um papel facilitador daquelas limitações (Shanks, 1990). Entre os jovens as palavras álcool e festa têm um significado idêntico, não há festa sem álcool e a maior parte dos bebedores propõe esta ligação. O álcool liberta e liga tudo simultaneamente, é ao mesmo tempo imposto pelo grupo e aquilo que permite que cada um seja ele próprio (Freyssinet-Dominjon & Wagner, 2006), o que lhe confere uma função paradoxal, quase mágica, de integração do indivíduo no grupo.

Um dos mais graves efeitos do consumo de álcool durante a adolescência prende-se com as consequências para o desenvolvimento físico, psicológico e social dos indivíduos. As transformações globais de todo o organismo são mediadas em parte por alterações hormonais, e o cérebro encontra-se em franca expansão sináptica, elemento fundamental para o desenvolvimento (McAnarney, 2008; McQueeney *et al*, 2009). Como o cérebro das crianças e adolescentes se encontra em desenvolvimento, com aumento produção de substância cinzenta, como demonstram os estudos mais recentes de imagiologia cerebral (McAnarney, 2008), a exposição do cérebro ao álcool, pode estar a comprometer todo o processo de maturação a nível biológico, psicológico e relacional.

McMurrin (2011) observou que um dos principais motivos para o consumo de bebidas alcoólicas entre os jovens, é a diminuição da tensão; verificou que a diminuição da ansiedade social está relacionada com o consumo de álcool e com a depressão, e que problemas com o álcool, violência e depressão, estão relacionados. Para Jessor *et al*

(1991), o comportamento-problema de consumo de álcool define-se pelo consumo de álcool até ao ponto de embriaguez e pelas consequências negativas, sociais e interpessoais, associadas ao consumo. Foram considerados consumidores problema os que relataram embriaguez superior a seis vezes nos últimos seis meses ou que reportaram três ou mais consequências negativas devido aos consumos nos últimos seis meses (consequências em termos de saúde, escolar, familiar, judicial).

Podemos assim verificar algumas características singulares que as bebidas alcoólicas possuem, pelos seus efeitos e funções a nível individual, social e cultural; de como o seu consumo é contraindicado e revestido de perigosidade em crianças, adolescentes e grávidas. Se o seu consumo responsável pode apresentar funções benéficas de socialização e integração simbólica, o seu uso imoderado pode apresentar consequências graves a nível do indivíduo e da sociedade.

1.2. O Consumo de Tabaco

O consumo de tabaco, considerado como uma epidemia de expressão pandémica é um fenómeno recente, que teve início com a industrialização de produtos da folha do tabaco, nos princípios do século XX. Constitui seguramente o mais importante problema evitável de saúde pública. A comunidade científica é consensual, sobre os efeitos da inalação do fumo do tabaco como agente causal de doenças oncológicas, respiratórias, cérebro-cardiovasculares e em todos os sistemas do organismo. Além de cancro do pulmão, está na origem de vinte doenças graves (DGS, 2013b).

Em 2006, 20,8% da população residente em Portugal Continental era fumadora, entre estes, 10,6% fumava apenas ocasionalmente e 89,4% fazia-o diariamente. A proporção verifica-se mais elevada na população masculina (30,5%) contra 11,8% nas mulheres. O valor mais elevado de consumo manifesta-se no grupo entre os 35 e os 44 anos: 44,6% para os homens e 21,2% para as mulheres (DGS, 2013a).

Em relação à população adolescente, existe uma elevada prevalência de consumo de tabaco (WHO, 2002; Ogden, 2004; Dupont, 2005). Entre 1990 e 1992, Ogden (2004) refere uma redução do consumo de tabaco em indivíduos com idades superiores a

16 anos, de 30% para 28% respectivamente, e com tendência para descer; as mulheres fumam menos que os homens, mas menos indivíduos de ambos os sexos estão a deixar de fumar.

Segundo o *European School Survey Project on Alcohol and Other Drug* (ESPAD, 2011), a prevalência do consumo de tabaco na população escolar é de 29% (consumo no último mês), tendo-se registado um aumento em relação aos dados de 2007. Ferreira *et al* (2008) verificaram que o consumo de tabaco, em adolescentes do 6º, 8º e 10º anos, subiu entre 1998 e 2002, baixou de 2002 para 2006, e voltou a baixar de 2006 para 2010, tendo o número de fumadores diários baixado de 5% para 4,5%.

Balsa *et al* (2013) verificaram que o consumo de tabaco é mais expressivo na faixa etária entre os 25 e os 34 anos de idade, com prevalência de 38% (consumo no último ano) e 34% (consumo no último mês), e uma taxa de continuidade de consumo de 72%, para a mesma faixa etária.

Braconnier & Marcelli (2000) referem a existência de flutuações nos resultados dos estudos sobre o consumo de tabaco, apesar de os consumos de álcool e tabaco apresentarem sinais de estar a decrescer nas últimas duas décadas. O tabaco mostra ser a substância mais consumida entre os 11 e os 19 anos, com 14,5% de consumo regular contra 12,4% para o consumo de álcool. Mais recentemente Marcelli & Braconnier (2005) referem que um terço dos adolescentes entre os 11 e os 19 anos fuma e, entre estes, um terço fuma irregularmente, um terço fuma regularmente menos de 10 cigarros por dia, e um terço fuma pelo menos dois maços de cigarros por dia; o consumo aumenta significativamente (sete vezes mais) entre os 13 e os 18 anos; os autores referem ainda que, em relação ao tabagismo, a sintomatologia depressiva não deve ser subestimada, uma vez que 53% dos adolescentes dizem fumar em momentos de solidão, e 60% quando estão muito tristes.

O tabaco é, de todas as substâncias, a que tende a apresentar um padrão de consumo diário; são os rapazes e os adolescentes mais velhos e de descendência europeia, que referem maiores consumos de tabaco (Sells & Blum *in* Simões, 2007). Também Matos *et al* (2010) verificaram que são os indivíduos do sexo masculino e os estudantes mais velhos, os que mais referem consumir tabaco, diária ou semanalmente.

O consumo regular de tabaco apresenta consequências negativas para a saúde dos adolescentes. Os consumidores regulares tendem a um maior afastamento da família, da escola e de actividades que envolvam a escola e os amigos. São também os que apresentam outros comportamentos de risco, como consumo de álcool e de drogas ilícitas, bem como comportamentos disruptivos; referem ser menos felizes e apresentam sintomatologia somática e psicológica aumentada, em relação aos não consumidores; apresentam ainda maior ansiedade face ao convívio com os pares e receiam não ser aceites como são, aspectos que sugerem uma relação entre o tabaco e dificuldades no que respeita a integração social (Matos, Carvalhosa, Vitória *et al*, 2001).

Uma particularidade do tabaco em relação a outras substâncias, é o facto de a nicotina, apesar de produzir apenas um pequeno grau de compensação/gratificação, provoca dependência física difícil de ultrapassar, uma vez que este químico afecta os mesmos mecanismos cerebrais de dependência, que interferem no processo de dependência de álcool e de outras drogas; o efeito de tolerância à nicotina desenvolve-se rapidamente, após alguns dias apenas, de consumo regular. O fumo do cigarro também está altamente relacionado com o consumo de álcool e de substâncias ilegais, particularmente nos jovens, aspecto que coloca o consumo de tabaco como uma referência no que diz respeito ao risco de abuso ou dependência de álcool e de outras drogas (Dupont, 2005). Ao contrário do álcool e de outras drogas, a nicotina está relacionada com mortes de pessoas mais velhas, e não de adolescentes e jovens adultos. Pelo facto de não ter um efeito intoxicante, não produz os mesmos danos perigosos e perturbadores, que o álcool e outras drogas, na escola, no trabalho, na condução automóvel ou na família. Não obstante, é a mais fatal de todas as dependências, responsável por um significativo maior número de mortes (Dupont, 2005).

A dimensão psicológica dos fumadores, particularmente as características de personalidade, parecem condicionar os movimentos de cessação tabágica. A personalidade dos fumadores é marcada pelas dimensões de extroversão, neuroticismo e psicoticismo, menos presentes em não fumadores. Os fumadores têm assim, tendência a manifestar mais ansiedade, depressão, tensão e impulsividade (Rondina *et al*, 2007). A presença de níveis elevados de sintomas depressivos, parece também estar relacionada com uma maior sensibilidade à influência social, para o comportamento de fumar (Sakuma *et al* 2010; Weinstein & Mermelstein, 2013). A compreensão dos factores de natureza psicológica associados ao consumo de tabaco têm implicações para as

estratégias de intervenção terapêutica e para a elaboração de programas de prevenção para o consumo de tabaco.

Uma outra vertente da investigação na área do consumo de tabaco, que tem vindo a ser desenvolvida, refere-se ao fumo ambiental do tabaco, especialmente no que respeita ao domicílio e ao automóvel. As crianças são particularmente vulneráveis ao fumo passivo no carro, microambiente onde os passageiros podem ficar sujeitos a elevadas concentrações de fumo ambiental do tabaco (Sly *et al* 2007; Jones *et al* 2009 in Precioso *et al* 2012). A qualidade do ar dentro de um veículo onde alguém fumou, contém um nível de partículas perigosas semelhante a um bar típico, onde é permitido fumar (Edwards *et al* 2006). Em Portugal, (Precioso *et al* 2012) num estudo com 513 estudantes entre os 8 e os 11 anos de idade, verificaram que 27,5% dos indivíduos estão expostos diária ou ocasionalmente a fumo do tabaco, em consequência de pelo menos um dos progenitores ser fumador, e que os pais de classes sociais mais baixas são os que mais fumam em casa. Para os autores, a prevenção do consumo de tabaco no domicílio e no automóvel, deve ser objecto de programas preventivos específicos, de modo a proteger em particular as crianças.

Podemos concluir que o consumo de tabaco constitui a mais grave e nefasta das formas de dependência química. Sob uma aparência discreta, pela ausência de efeito intoxicante visível, e com grande aceitação social, os efeitos do fumo do tabaco vão-se instalando silenciosamente no organismo, manifestando as suas consequências numa fase mais avançada da vida. A sua forte associação a outras formas de consumos, potencia a perigosidade desta substância, nomeadamente entre os adolescentes e jovens adultos onde o seu consumo tem particular expressão.

1.3. O Consumo de Substâncias Ilícitas

O fenómeno do consumo de substâncias é uma das temáticas mais complexas, e também interessantes, no estudo do humano. Não sendo propósito deste trabalho o estudo aprofundado da história das substâncias psicoactivas, no processo de evolução humana, parece-nos no entanto importante referir alguns aspectos da sua presença,

função e valor cultural, no intuito de melhor compreender o que está subjacente, na relação entre as drogas e o seu consumo, na actualidade.

O cientista e explorador norte-americano Terence McKenna, refere que a influência da dieta na indução de mutações nos primeiros humanos e o eventual efeito de metabolitos exóticos na evolução da sua neuroquímica e da sua cultura, é um território identificado, mas ainda pouco estudado. Os nossos antepassados remotos, terão descoberto que certas plantas, quando autoadministradas, tinham a capacidade de suprimir o apetite, diminuir a dor, ocasionar explosões de energia, conferir imunidade contra patogénicos ou ampliar actividades cognitivas. A adopção de uma dieta omnívora pelos antigos hominídeos, bem como a descoberta do poder de certas plantas, foram factores decisivos para os afastar de uma linha de evolução semelhante à dos outros animais, encaminhando-os para um processo de desenvolvimento da língua e da cultura. Este período alterou o próprio curso evolutivo, passando de um processo lento de modificação da nossa forma física, para uma rápida definição de formas culturais através da elaboração de rituais, línguas, escrita, capacidades mnemónicas e tecnologia. Estas mudanças ocorreram, em grande medida, como resultado de sinergias entre os seres humanos e as diversas plantas com as quais eles interagiram e co-evoluíram (McKenna, 2004).

Sem pretensão de negar os imensos prejuízos da utilização indiscriminada de drogas na sociedade actual, McKenna (2004) refere existir um certo tabu, face ao efeito de *êxtase* das próprias drogas no sistema nervoso central; algo de semelhante ao que se passa em relação à sexualidade ou aos estados alterados de consciência, por se sentir, conscientemente ou não, que são áreas que se encontram ligadas aos mistérios da nossa existência – de onde viemos e como nos tornamos naquilo que somos.

Para Escotado (2004), o termo *droga* (psicoactiva ou não), continua a ter o mesmo significado de há milénios, com Hipócrates e Galeno, pais da medicina científica: “*uma substância que, em vez de «ser vencida» pelo corpo (e assimilada como simples nutriente), é capaz de «vencê-lo», provocando – em doses insignificamente pequenas quando comparadas com as de outros alimentos – grandes alterações orgânicas, anímicas ou de ambos os tipos*” (p. 9).

As culturas de caçadores-colectores, sem dúvida as mais antigas do planeta, têm em comum uma pluralidade interminável de deuses; actualmente sabemos que numa grande maioria dessas sociedades, os sujeitos aprendem e afirmam a sua identidade cultural através de experiências com alguma droga psicoactiva. Muito antes de a dimensão

sobrenatural se concentrar em dogmas escritos, e de elites de sacerdotes interpretarem a vontade de deuses únicos onnipotentes, o fulcro de inúmeros cultos era a vivência de estados de consciência alterados, que permitiam o acesso ao conhecimento *revelado*. “As primeiras hóstias ou formas sagradas eram substâncias psicoactivas, como o peyotl, o vinho ou certos cogumelos” (Escohotado, 2004, p. 11). O autor refere que, só o tempo irá destringer entre festa, medicina, magia ou religião; doença, castigo e impureza, ao princípio são a mesma coisa, um perigo ao qual se tenta escapar através de sacrifícios. Umhas culturas oferecem vítimas (animais ou humanas) às divindades, no sentido de aplacar iras ou de obter favores, enquanto outras, tomam (consomem) em comum alguma coisa que se considere divina. Esta segunda forma de sacrifício (menos cruento, pelo não recurso ao bode expiatório) – o ágape ou banquete sacramental, está quase infalivelmente relacionada com drogas. Desde a noite dos tempos, ingerir qualquer coisa que seja tida por «carne» (ou «sangue») de certo deus pode considerar-se uma característica religiosa cultural ou primitiva, também frequente em cerimónias de iniciação à maturidade e noutros ritos de passagem (Escohotado, 2004). O autor refere ainda que a palavra grega para droga é *pharmakon*, enquanto que *pharmakós* (mudando apenas a letra final e o acento), significa bode expiatório.

Daí que Olievenstein (1970/ s/d, p. 8) se refira ao consumo de drogas por parte dos adolescentes, inscrita numa necessidade de transgressão da lei da sociedade, como uma “*experiencia directa e imediata com a nova forma do Divino no interior deles próprios (e que não encontram no exterior)*”, e que justifica todos os riscos, particularmente quando sente (ou constata) que o seu futuro é incerto ou não existe.

Consoante os discurso disciplinar, a droga é ao mesmo tempo medicamento e tóxico, problema legal e meio de evasão, tranquilidade e dependência. O problema actual é o uso não controlado (não prescrito) de produtos psicotrópicos pelos jovens. Os estudos mostram que o consumo de drogas não é um fenómeno homogéneo; as designadas drogas “duras” são utilizadas por uma minoria de jovens. Por outro lado, é também importante realçar que, nem todos os consumidores se tornam dependentes, e é importante distinguir os consumos ocasionais dos utilizadores mais regulares, em que alguns deles arriscam-se, de facto, a tornar-se toxicodependentes. Os primeiros utilizam as drogas num contexto de experimentação, por curiosidade, ou como meio de evasão; prosseguem a vida escolar, familiar ou profissional sem intercorrências. Os toxicodependentes propriamente ditos, apresentam um perfil muito diferente, de

orientação/centração da vida na procura do tóxico e na utilização dos seus efeitos; a droga tornou-se um fim em si, e tudo o resto da vida fica em segundo plano. Os adolescentes que se tornam toxicómanos “*são adolescentes que não encontraram, na vida pessoal ou relacional, nas actividades quotidianas ou nas reflexões pessoais, os meios para se descontrárem de uma maneira diferente da que recorre a produtos cujos efeitos químicos lhes trarão o que deveriam esperar de actividades mais naturais*” (Braconnier & Marcelli, 2000, p. 197).

Do ponto de vista psicológico Olievenstein (1990), resumiu as características relacionais do toxicodependente: 1) a relação com a lei, relativamente à qual a única transgressão possível, acaba por ser a utilização e a transformação do seu próprio corpo, 2) a relação com o prazer, onde a introdução de um produto, determina, pelo menos na primeira vez, um prazer orgásmico, a maior parte das vezes sentido como de uma qualidade rara e superior ao orgasmo sexual, 3) uma relação com o corpo de carácter masoquista, em que a utilização da droga é a penetração de si por si próprio, na verificação da sua própria existência e 4) uma relação com a morte, já que, havendo risco ao consumir, há uma procura do risco, uma espécie de jogo com a morte.

Quanto ao significado das drogas, a sua função para o sujeito, Braconnier & Marcelli (2000), referem acordo entre os especialistas: será a função de proteger um Eu, demasiado frágil, contra sentimentos ansiosos ou depressivos demasiado fortes; em que esta ligação entre substâncias e sintomas, que culminam na toxicomania, mostra que não nos devemos concentrar no produto, mas ter em conta outras manifestações.

Apresentamos de seguida, uma tipologia para os consumos de substâncias propostas por Alain Braconnier e Daniel Marcelli: 1) Consumo recreativo – em que o que se procura é o efeito euforizante e desinibidor do produto; tende a ser realizado em pequenos grupos, no entanto, a diminuição do rendimento escolar e frequente, nunca isoladamente; o percurso escolar é mantido e são também conservados outros investimentos sociais e culturais. Neste tipo de consumo não se encontram necessariamente, factores de risco familiares e não existem factores de risco individuais, 2) Consumo Autoterapêutico – em que o que é pretendido é o efeito ansiolítico do produto; é um consumo frequentemente solitário, mais regular, e que tem lugar mais à noite, por exemplo no quarto; o consumo solitário pode alternar com consumo em grupo. Em reação à escola podem surgir sinais de desligamento, reprovações de ano, instalação gradual de um fracasso escolar; as actividades regulares (desportivas, culturais) começam a sofrer

alterações; a vida social empobrece-se, com um isolamento progressivo. Os factores de risco familiares não estão necessariamente presentes, contudo, existem frequentemente factores de risco individual, como perturbações do sono e perturbações da adolescência, mas que já vêm da primeira infância; existência de perturbações ansiosas ou depressivas, e 3) Consumo toxicomaniaco – em que o efeito pretendido é a anestesia; consumo tanto solitário como em grupo, regular e quase quotidiano; surge exclusão escolar constante, com várias rupturas (mudanças de estabelecimento, fracassos repetidos e consequente exclusão); socialmente o adolescente restringe os seus contactos a outros jovens em situação marginal ou de ruptura; são habituais os factores de risco familiares (conflito parental crónico, atmosfera asfixiante e hiperrígida, aliança patológica entre indivíduos de gerações diferentes, como um dos progenitores aliado com o adolescente contra o outro, dificuldades socioeconómicas, negligência e indiferença dos pais; há presença de factores de risco individuais contudo, encontram-se muitas vezes ocultos pelo carácter maciço dos consumos (Braconnier & Marcelli, 2000; Marcelli & Braconnier, 2005). Note-se que, no que respeita a substâncias ilícitas, a bem dizer não existe consumo recreativo legal, pelo que o seu consumo é desde logo, considerado abusivo.

Os factores associados à família apresentam regular destaque nos estudos com adolescentes consumidores de substâncias. Tavares *et al* (2004) verificaram que a prevalência do consumo de drogas, estava fortemente relacionada com uma má relação com os pais, particularmente em relação à mãe, situação em que o consumo aumenta em mais de três vezes. Também a percepção de um pai liberal, aumenta a probabilidade de consumo em relação à figura do pai percebido como moderado ou autoritário. Também Camacho, Matos & Diniz (2008) a respeito da influencia da família no consumo de substancias (álcool, tabaco e drogas) entre os jovens, concluíram que o menor índice de consumo de consumo daquelas substâncias está relacionado com: 1) uma maior facilidade de comunicar com os pais e 2) pais com mais informação sobre os amigos dos filhos, sobre o modo como gastam dinheiro, onde permanecem depois da escola, sobre as saídas à noite e ocupação dos tempos livres.

Os preditores mais importantes para o comportamento desviante na idade adulta, são traçados na infância precoce e estão relacionados com factores de risco familiar como sejam, o consumo de substâncias pelos pais, baixos níveis de vigilância parental e conflitos familiares (Moffitt, 1993; Moffitt & Caspi, 2001). Para Laub *et al* (1998) a

qualidade da relação com um parceiro íntimo, caracterizada pelo vínculo, envolvimento e suporte, constitui um papel importante para a protecção de comportamentos problema, como o abuso de substâncias, comportamentos sexuais de risco e actividade criminal.

No que respeita ao consumo de álcool e tabaco Epstein *et al* (2012) verificaram que tanto a família de origem como a família de coabitação na idade adulta, são importantes predictores para problemas de comportamento. A família de coabitação funciona apenas como um mediador parcial relativamente à influência da família de origem, e existe considerável continuidade entre a adolescência e o estado adulto, para o consumo de tabaco (mas não para o consumo de álcool);

De entre as substâncias ilícitas, a *cannabis* apresenta um lugar de destaque pela prevalência dos consumos entre os adolescentes. Os derivados da *cannabis* constituem a droga ilícita mais experimentada, mais utilizada na primeira experiência e no consumo regular (Braconnier & Marcelli, 2000; Marcelli & Braconnier, 2005; Nabais, 2005; Simões, 2007) e apresenta uma tendência ao aumento do seu consumo. No relatório ESPAD (2011), a prevalência do uso de *cannabis* ao longo da vida em Portugal, aumentou em relação a 2007, bem como o de outras drogas ilícitas.

Nos países europeus o consumo de *cannabis* ao longo da vida, entre os jovens de 15-16 anos, variou entre 5% na Noruega e 42% na República Checa; estima-se que 15,4 milhões de jovens europeus entre os 15-34 anos (11,7% desta faixa etária), 9,2 milhões com idades compreendidas entre os 15-24 anos (14,9%), consumiram *cannabis* no último ano; o consumo é, em geral, mais elevado nos indivíduos do sexo masculino; entre os efeitos para a saúde, contam-se os problemas respiratórios, os problemas de saúde mental e a dependência (OEDT, 2013).

Apesar de o seu consumo ser ilegal na maioria dos países europeus, o uso de *cannabis* é reivindicado por um número significativo de indivíduos. McKenna (2004) refere, a propósito da *cannabis*: “*Nenhuma outra droga pode competir com a cannabis na sua capacidade de satisfazer os desejos inatos da dissolução arcaica de fronteiras e contudo manter intactas as estruturas da sociedade comum*”. Com o estatuto de “droga leve”, os seus efeitos requerem um maior estudo, devido às complicações clínicas que não raramente se verificam, como alterações cardíacas, aumento da ansiedade e crises de pânico. Contudo, se atendermos às complicações epidemiológicas das substâncias psicoactivas, confrontamo-nos com paradoxos e contradições, como refere Olievenstein

(1970/ s/d, p. 113): “*Num contexto real, o álcool mata e enlouquece mais pessoas do que qualquer das drogas que tanto nos aterrorizam*”.

Se nos tempos remotos da humanidade, as substâncias psicoactivas eram utilizadas com carácter sagrado, para integrar o humano no mundo, e significar e operar formas arcaicas de conhecimento, nos dias de hoje, parecem ser consumidas de um modo mais “profano”, na dificuldade (ou impossibilidade) em atribuir sentido à realidade; já não como um alimento para o espírito, mas como um *pharmakon* (em dose excessiva e que por isso se torna “veneno”), não para dar sentido à realidade, mas para sair dela, quando sentida como insuportável. Gerir o valor simbólico das drogas, e não apenas a sua dimensão instrumental e bioquímica, é um desafio importante para as disciplinas do conhecimento, em particular na área da saúde e numa faixa etária, que busca o sentido e a maturidade.

2. Condutas Alimentares de Risco

A sociedade mudou e a alimentação e a cozinha, por arrastamento também, quebrando-se a maioria dos hábitos alimentares e surgindo novas práticas de alimentação. A multiplicação das refeições fora de casa, as diferenças de gostos entre as gerações e a disparidade de horários dos vários membros do agregado familiar, provocaram o desregramento das refeições. Se somos o que comemos, a nossa mesa é hoje, o reflexo de uma sociedade fragmentada, que procura menos comer do que encontrar a vida facilitada, no estrito cumprimento de uma função fisiológica (Saramago, 1992).

Presentemente, e no que respeita à alimentação, os conceitos de “ligeiro”, “saúde” e “bem-estar”, conquistaram os indivíduos e as famílias. A frescura e a qualidade dos alimentos foram substituídas pelo suposto carácter ligeiro, equilibrado e saudável da alimentação contudo, nunca as sociedades dos países desenvolvidos se confrontaram com níveis de perturbação alimentar como hoje, particularmente o aumento de obesidade e diabetes e em indivíduos cada vez mais jovens.

Ferreira (1983, p. 14) define alimentação como a “*acção de fornecer ao organismo os alimentos de que precisa, sob a forma de produtos alimentares naturais ou modificados ou ainda, em parte, sintéticos*”. O autor refere ainda quatro designativos específicos para a alimentação: 1) Colectiva, por oposição à alimentação individual ou familiar, quando se passa fora da família, 2) Dietética ou de regime, quando é orientada com o fim de obter resultados desejados pelo uso de determinados alimentos em combinação e quantidade calculada, 3) Normal, quando é utilizada sem preparação especial e deixada ao critério dos hábitos, capacidades de escolha e aquisição dos alimentos, gosto e apetite individuais e familiares e 4) Racional ou equilibrada, quando a sua composição e preparação obedecem aos conhecimentos técnicos e científicos de utilização dos alimentos.

Do ponto de vista social e antropológico, a alimentação envolve um conjunto de práticas profundamente enraizadas na cultura e identidade das populações; constitui um elemento identitário cultural e simbólico que integra crenças e atitudes face ao modo de manter e perpetuar a vida e envolve a produção, transformação e ingestão de alimentos, aspectos estes que variam de cultura para cultura e assumem formas notáveis de expressão. Nas sociedades desenvolvidas, a alimentação, tal como muitas outras áreas da vida, sofreu os efeitos da industrialização e massificação da produção, com intenso processamento e comercialização de produtos alimentares. Estes produtos, frequentemente de qualidade duvidosa (ou mesmo perigosa para a saúde), tendem a internacionalizar-se, ameaçando padronizar e empobrecer a diversidade alimentar.

Relativamente às perturbações do comportamento alimentar, estas surgem na literatura, associadas à problemática do corpo no adolescente, particularmente a sua imagem corporal. Se o corpo da criança tende a ser silencioso, subitamente, na adolescência, o corpo faz “barulho”. Estes barulhos aparecem sob a forma de queixas somáticas, como dores abdominais, dores dorsais, articulares, assumindo por vezes, um carácter quase hipocondríaco. O corpo está no centro da maioria dos conflitos, e é motivo de preocupação excessiva para um grande número de adolescentes, particularmente para o sexo feminino, com uma percentagem de mais do dobro, em relação ao sexo masculino. (Marcelli & Braconnier, 2005).

O corpo torna-se um objecto estranho e estrangeiro, que sofre importantes mutações num curto espaço de tempo. O adolescente tem de fazer um trabalho de reconhecimento, e posteriormente de apropriação deste corpo, pelo que, numerosas

condutas na adolescência passam por uma linguagem corporal, bem conhecida pelos técnicos de saúde, professores e pais. O adolescente reserva-se a momentos e espaços de íntima e minuciosa observação do seu corpo, e das transformações que ocorrem com a emergência dos caracteres sexuais secundários (Braconnier & Marcelli, 2000). Os mesmos autores referem ainda que, se na maior parte dos adolescentes existe um investimento no próprio corpo, acontece inversamente que outros, se desinteressam totalmente do seu corpo, assumindo uma relação com este de abandono: descuidos de higiene corporal, dentes mal tratados e um mau estado geral. Esta atitude pode ser devida a exigências parentais de limpeza, sentidas como intrusivas, mas na maior parte das situações, deve-se a vivências abandonicas pelo adolescente; abandonam o corpo, tal como foram eles próprios abandonados na primeira infância e infância.

A noção de esquema corporal possui uma conotação neurofisiológica e neuropsicológica, o que significa que se inscreve num registo sensorimotor (sensorialidade exteroceptiva e propioceptiva), correspondendo às diversas projecções corticais dessa sensorialidade; as modificações ocorridas na puberdade são conseqüentemente, acompanhadas por uma modificação do esquema corporal do adolescente. Já a noção de imagem corporal, pertence ao domínio do imaginário simbólico, a sua inscrição é do domínio do afectivo (Marcelli & Braconnier, 2005).

Também para Dolto (2007), a imagem do corpo não se refere a um dado anatómico natural e elabora-se na história do sujeito. A construção da imagem do corpo é realizada ao longo do desenvolvimento do indivíduo, e apresenta três modalidades diferentes de uma mesma imagem do corpo: 1) uma *Imagem de base*, que é o primeiro componente da imagem do corpo; é o que permite à criança sentir uma “mesmice de ser”, ou seja, numa continuidade narcísica ou numa continuidade espaço-temporal, que permanece e se vai preenchendo desde o nascimento; é desta “mesmice de ser”, intensa ou tenuamente perene, que vem a noção de existência; 2) uma *Imagem funcional*, que ao invés da imagem de base que é estática, é uma imagem esténica do sujeito, que visa realizar desejos; é graças à imagem funcional que as pulsões de vida podem, após subjectivadas pelo desejo, manifestar-se para alcançar prazer, objectivar-se na relação com o mundo e com o outro; e 3) uma *Imagem erótica*, que está associada a determinada imagem funcional do corpo, lugar onde se focaliza o prazer ou o desprazer erótico, na relação com o outro. Estas três imagens, no seu conjunto e em síntese viva, formam uma imagem dinâmica, que corresponde ao “desejo de ser”.

Os conceitos descritos, de esquema corporal e de imagem corporal, parecem-nos úteis para uma melhor compreensão dos problemas que envolvem as perturbações alimentares, em que as percepções do “corpo físico” e do “corpo psíquico”, se encontram em conflito ou em desarmonia. E também nos permitem prefigurar um funcionamento saudável dos indivíduos, em que “o desejo de ser” referido por Dolto, pode ter correspondência no termo “*entusiasmo*” de Philys Greenacre (in Coimbra de Matos, 2011), definido como “*o primeiro e melhor sinal de saúde mental*”, em todas as fases do ciclo de vida (p.55).

Durante a adolescência o comportamento alimentar tende a sofrer alterações em relação a um padrão que evoluía desde a infância. A tendência para colocar em causa aspectos como, o quadro das refeições, a natureza dos alimentos ou a sua quantidade, revelam o desejo do adolescente de se apropriar do seu corpo, assumindo o controlo das suas necessidades. Contudo, a contestação ou recusa de hábitos alimentares familiares, bem como o desejo de controlo do corpo sobre as necessidades fisiológicas, podem confrontar-se com dois movimentos de sentido inverso: por um lado, a regressão à pulsão oral da infância nas compensações alimentares, bem conhecida pelo jovem e de fácil obtenção, pode ser atractiva para muitos adolescentes, por outro, na sequência das alterações da puberdade, o apetite aumenta significativamente, o adolescente tem “fome”; esta fome, relacionada com as necessidades de crescimento, tem também um sentido simbólico, que se traduz no desejo de incorporar conhecimentos, experiências e relações (Braconnier & Marcelli, 2000). Estes autores referem ainda que, na complexidade dos elementos que se cruzam com a alimentação, alguns deles contraditórios, como a exacerbação do apetite ou a necessidade de controlo rigoroso das necessidades do corpo, alguns comportamentos podem fixar-se ou mesmo vir a tornar-se patológicos, quer pela sua persistência quer pela invasão da vida individual, familiar e social do adolescente. Estas perturbações podem organizar-se em torno das condições da refeição, da natureza dos alimentos ou da sua quantidade.

Abordaremos de seguida aspectos do comportamento alimentar que, pela sua organização na vida do adolescente, podem considerar-se condutas de risco e poderão vir a estruturar-se como doença, como sejam a obesidade, a bulimia e a anorexia mental.

Durante a adolescência podem ocorrer condutas fantasistas em relação à quantidade de alimentos absorvidos, que se manifestam pela alternância de períodos de bulimia e períodos de restrição alimentar quase completa. Uma sensação imperiosa de fome pode

assolar a adolescente durante o período pré-menstrual, levando a uma ingestão intensa de produtos do seu agrado; já os períodos de tédio e aborrecimento, podem envolver o comportamento de “petiscar” repetido de produtos normalmente embalados e de fácil deslocação (como batatas fritas, bolachas ou doces), que o adolescente ingere em actividades de lazer, como ver televisão ou ouvir música. Em situações mais extremas, podem surgir acessos de verdadeira bulimia, com ingestão indiscriminada de grandes quantidades de alimentos. Estes comportamentos, realizados de forma solitária e quase ritual, provocam um estado de mal-estar físico e psicológico no adolescente, com sentimentos de frustração e vergonha, que podem conduzir a um isolamento e fechamento sobre si próprio (Braconnier & Marcelli, 2000). Em oposição a estas condutas, referem os mesmos autores, por vezes no mesmo indivíduo, alternam períodos de procura da redução da quantidade de alimentos ingeridos. Esta redução de alimentos, não é em si patológica; pode iniciar-se apenas para perder algum peso, ou porque um dos pais também iniciou um regime alimentar (normalmente a mãe), e evoluir gradualmente para uma redução mais drástica de alimentos, que vai muito além dos objectivos iniciais. Alguns adolescentes recorrem mesmo a produtos anorexígenos, para controlar a sensação de fome, mas que também produzem um estado de excitação física, que acaba por agravar o estado de desnutrição. O quadro de anorexia mental, constitui a mais grave perturbação alimentar; apresenta uma distribuição muito assimétrica entre os sexos (cerca de dez raparigas para um rapaz) e surge geralmente após uma dieta em que a adolescente se sente “demasiado gorda”. Evolui para uma alteração muito importante do peso e do comportamento, com amenorreia, e um claro contraste entre a degradação do corpo, e a frequente hiperactividade física e intelectual. A propósito da assimetria da distribuição pelo sexo, da anorexia mental, autores como Bracinha Vieira, colocam a hipótese da existência de raízes filogenéticas, para a génese da doença: *“para uma doença envolvendo tão profunda e peculiarmente o corpo e as grandes funções instintivas, com uma repartição etária e sexual bem definida, e envolvendo alterações pulsionais e vitais graves e constantes, seria de admitir a possibilidade da existência de fatores filogenético implicados na sua causalidade”* (Bracinha Vieira, 1979, p.169). Outros estudos realçam a importância da relação parental, nos adolescentes com perturbações alimentares, particularmente na anorexia mental. Em especial a relação com a mãe, e as atitudes desta face ao controlo do peso e à imagem corporal, têm particular influência no comportamento alimentar (apenas) das filhas (Bäck, 2011; Linville *et al*, 2011; Bers *et al*, 2013).

Relativamente à obesidade, o critério mais utilizado para a sua avaliação é o índice de massa corporal (IMC), que consiste no quociente entre o peso e a altura. Um IMC com valor igual ou superior a 30, já integra a categoria de obesidade clínica; valores superiores a 40 de IMC configuram obesidade grave (Ogden, 2005). A obesidade não é um estado característico da adolescência; nos estudos que procuram definir o início da obesidade verifica-se que 25% das obesidades da criança mais crescida e do adolescente começam antes de um ano de idade, 50% antes dos quatro anos e 75% antes dos seis anos. Estes dados mostram que a maioria das obesidades não se instala durante a adolescência, mas evoluem de um processo iniciado na infância. Este aspecto distingue a obesidade da anorexia mental, que tende surgir após o início da adolescência (Marcelli & Braconnier, 2005).

A obesidade tem sido relacionada com doenças cardiovasculares, diabetes, lesões articulares, dorsalgias, cancro, hipertensão e mortalidade. As consequências variam consoante a região do corpo mais afectada, sendo que a deposição de gordura na parte superior do corpo, apresenta maior gravidade para a saúde; a obesidade grave é a que mais relacionada está com a mortalidade. Do ponto de vista psicológico, e nos dias de hoje, a obsessão com o emagrecimento, a aversão à gordura, tanto nos adultos como nas crianças e a censura aos indivíduos obesos, podem promover a diminuição da autoestima e uma autoimagem pobre, nos indivíduos que não se coadunam com o estereótipo social. Não há prova que a depressão seja prevalente na obesidade (Ogden, 2005). Contudo, em relação a este último aspecto, Rawana *et al* (2010) através de uma revisão de estudos com adolescentes, verificaram que a presença de perturbação alimentar é um factor de vulnerabilidade para a depressão, e que as duas variáveis estão relacionadas.

No que respeita às causas da obesidade, estas revelam-se de grande complexidade; a prevalência de obesidade tem aumentado a uma taxa, que não está relacionada com o decréscimo global de consumo de calorias; também não é claro que os obesos ingiram maior quantidade de alimentos que os não obesos. Os aspectos que se revelam mais sólidos na investigação são: 1) algumas pessoas têm uma tendência genética para a obesidade, 2) a obesidade está relacionada com a falta de exercício e 3) a obesidade está relacionada com o consumo relativamente maior de gordura e relativamente menor de hidratos de carbono (Ogden, 2005).

Relativamente à população portuguesa, e segundo dados do Plano Nacional de Saúde (DGS, 2013a), em 2006, 15,2% da população residente com mais de 18 anos, era obesa. A prevalência de mulheres com obesidade (15,9%) era ligeiramente superior à verificada para os homens (14,4%). O grupo etário entre os 45 e os 74 anos, é o que apresenta taxas mais elevadas, com valores acima dos 20%.

Podemos então sintetizar que, em relação à condutas alimentares de risco, que estas se inserem no processo de desenvolvimento dos indivíduos. O contexto familiar e sua dinâmica têm especial influência nos comportamentos alimentares dos adolescentes, que se começam a delinear na infância. A figura maternal revela-se de particular importância para a interiorização de atitudes face à alimentação. As alterações socioeconómicas recentes condicionaram os hábitos e práticas alimentares das famílias, tendo surgido uma grande diversidade de novos produtos alimentares processados, comercializados sob forte pressão publicitária. O curso regular do desenvolvimento da adolescência tende a afirmar condutas individuais face à alimentação e, da eventual fixação em comportamentos menos adaptativos, podem consolidar-se dificuldades que interferem com a estabilidade individual, familiar e social dos adolescentes. Estas dificuldades, em situações extremas, podem dar origem a quadros clínicos graves.

3. Condutas de Risco e Sexualidade

Na época em que vivemos a sexualidade libertou-se dos entraves de algumas décadas atrás. Na adolescência quase tudo gira em torno da sexualidade e as questões sexuais tendem a ser apresentadas de forma explícita, sem os constrangimentos de outrora. A comunicação mediática encontra-se saturada de referências eróticas e sexuais contudo, não é certo que este tipo de mensagens corresponda às necessidades informativas e formativas dos jovens. Pais e adolescentes, parecem ter consciência deste facto, pelo que importa promover um sentido crítico, de modo a não ceder face a uma indesejável banalização da sexualidade (Machado Pais, 2012).

Vieira (2012) verificou que, para os jovens, a aquisição de uma sexualidade activa surge como uma consequência lógica do próprio desenvolvimento e trajectória juvenil, e a ideia de aguardar pelo casamento para iniciar actividade sexual, revela-se como

ultrapassada. Os jovens conferem importância ao relacionamento sexual, como forma de dar continuidade ao relacionamento amoroso.

Os jovens de hoje dão sinais de afirmação de uma subjectividade própria no que respeita aos sentimentos que a sexualidade envolve, e reclamam a existência de espaços apropriados onde possam ouvir e ser ouvidos por especialistas, a propósito de aspectos da sua sexualidade e dos seus afectos. Na escola e na família, os modelos dominantes de educação sexual colocam ainda ênfase na reprodução, restringindo assim a abordagem da sexualidade a uma espécie de “sexo seguro”, excluindo de algum modo a dimensão afectiva. E se existe consenso sobre a necessidade de a escola se envolver na educação sexual dos jovens, já não existe acordo sobre a sua forma de concretização, particularmente sobre quem, na escola, se deve responsabilizar pela educação sexual e, se os docentes se encontram preparados para desempenhar essa tarefa (Machado Pais, 2012).

O comportamento sexual é sempre incluído na lista de “problemas de comportamento” e de “comportamentos de risco” da adolescência. À medida que o estudo do comportamento sexual do adolescente se estabeleceu nas disciplinas da ciência social, aplicam-se, no presente, as mesmas perspectivas que se aplicam a outros comportamentos de risco (Udry & Bearman, 1998).

A investigação sobre o desenvolvimento do adolescente centrou-se em grande medida nas transições que definem e modelam as experiências dos adolescentes. Relativamente à sexualidade do adolescente, Graber, Brooks-Gunn & Galen (1998) referem que esta não tem sido encarada como uma transição na maioria dos estudos sobre comportamentos de risco na adolescência, mas como uma série de comportamentos como a relação sexual ou o uso de contraceptivos, pelo que consideram que esta área tem sido uma área “não estudada” verdadeiramente nas investigações.

Se por um lado, experimentar e explorar, são tendências naturais do desenvolvimento do adolescente por outro, a ocorrência de comportamentos de risco não mediados pelo pensamento, inscrito nas condutas agidas, coloca o adolescente em risco de consequências negativas, a curto e longo prazo, para uma vida adulta saudável. Boruchovitch (1992), num artigo de revisão de literatura sobre os factores associados à não utilização de anticonceptivos na adolescência, apresenta estudos que oferecem contribuições que, embora distintas, se enriquecem e complementam. Assim, o conhecimento que o adolescente detém sobre fisiologia reprodutiva, gravidez e VIH; as

atitudes e crenças relativas ao uso de anticonceptivos; variáveis motivacionais e de personalidade; variáveis biológicas; o momento em que a puberdade começa; variáveis cognitivas; relações familiares e comunicação com parceiros, constituem factores que influenciam a decisão face ao comportamento de risco.

Nesta área estamos de acordo com Boruchovitch (1992) e com Graber, Brooks-Gunn & Galen (1998) na medida em que mais do que apurar o uso ou não uso de contraceptivos, é importante ajudar o adolescente a desenvolver formas de pensamento, de reflexão sobre o seu próprio processo de desenvolvimento, sensibilizando-o para os riscos reais que ele corre, sem contudo o censurar ou adoptar atitudes moralizadoras da sexualidade, permitindo-lhe a continuação de um processo de procura, de exploração de novas experiências, indispensável para a formação da sua identidade e autonomia.

Falar de comportamentos de risco sexuais na adolescência é inevitavelmente falar de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH). De acordo com dados da população brasileira, a incidência de DST entre adolescentes tem aumentando e pode ter como consequências imediatas uretrites, salpingites e, a longo prazo, infertilidade, gravidez ectópica ou neoplasia do colo do útero (Taquette *et al*, 2005). É difícil precisar os dados epidemiológicos da população brasileira e da portuguesa, quer pelo número de casos notificados ser baixo, por recurso a tratamento em farmácias, quer pelo facto de existirem estatísticas deficientes nas áreas dos comportamentos de risco sexuais nos adolescentes.

Para Kresevic (1995), os três principais métodos de transmissão do VIH são: 1) por contacto íntimo com secreções, particularmente sémen e secreções vaginais envolvidas na relação sexual, 2) o contacto com sangue infectado, através de transfusões de sangue ou partilha de agulhas e seringas durante o uso de drogas por via intravenosa e 3) transmissão mãe-filho através da placenta ou amamentação. Pelo que se deduz que as experiências sexuais não protegidas e o uso de drogas injectáveis, são os principais comportamentos de risco para a transmissão do VIH. Também Lucas (1993), refere que a melhor forma de combater a transmissão do VIH, é o conhecimento aprofundado da sexualidade humana, o que implica encarar a sexualidade não só como um factor de risco para a saúde, mas também como um elemento fundador da saúde. Este aspecto releva do facto de o maior risco de contaminação, estar fortemente associado ao comportamento sexual dos indivíduos. Para este autor, o grupo com risco significativamente maior, é o dos indivíduos solteiros sem parceiro regular. Lucas

(1993) encontrou uma forte associação com a idade; aos 18-19 anos, 34% dos rapazes e 12% das raparigas iniciados sexualmente, encontram-se na situação de solteiro sem parceiro regular; aos 20-24 anos, 27% dos indivíduos do sexo masculino e 14% do sexo feminino, passam pela mesma experiência.

A gravidez indesejada na adolescência pode constituir também um risco importante, para o processo de desenvolvimento da adolescente. No plano psicológico, a gravidez acidental traduz, de um modo geral, um profundo mal-estar na adolescente, perturbações na sua identidade sexual ou dificuldades nas suas relações com os pais (Braconnier & Marcelli, 2000). Para os autores, quanto mais jovens forem as adolescentes, maior é o risco que a gravidez representa, para a mãe e para o bebé, uma vez que as complicações ginecológicas e obstétricas, são tanto mais frequentes, quanto mais jovem for a mãe. De igual modo, também as anomalias genéticas parecem ser mais frequentes, em mães muito jovens.

Segundo (Marcelli & Braconnier, 2005), a frequência das gravidezes acidentais na adolescência, apresenta uma evolução variável consoante os países, sendo que na Europa se encontra em franca regressão; em França, a taxa de fecundidade (número de crianças nascidas por 100 mil mulheres da mesma idade) passou, aos 15 anos, de 43 em 1977 para 25 em 1986; aos 16 anos: de 134 em 1977 para 66 em 1986; aos 17 anos: de 314 em 1977 para 147 em 1986. Pode aceitar-se que a informação sobre a contraceção e a legislação relativa à interrupção voluntária da gravidez, permitiram essa diminuição.

O envolvimento em comportamentos de risco relacionados com a sexualidade, pode ser significativamente potenciado pelo uso de substâncias alteradoras do estado de consciência, particularmente no que respeita à transmissão de doenças infecto-contagiosas e gravidez acidental. McAloney *et al* (2010) num estudo com uma amostra de 2139 indivíduos entre os 17 e os 19 anos, verificaram que o facto de se ser sexualmente activo e participar em comportamentos sexuais de risco, está associado com o consumo de um conjunto de substâncias lícitas e ilícitas; 91,8% dos indivíduos consumiam álcool; 70,4% eram fumadores; 45,3% experimentaram *cannabis* e cerca de 20% usaram *ecstasy* ou cocaína (13,6% e 13,0% respectivamente). 52,9% referiram já ter tido relações sexuais pelo menos uma vez, os consumidores de álcool apresentaram uma probabilidade quatro vezes maior de serem sexualmente activos, em relação aos que não consumiam álcool, enquanto que os consumidores de tabaco, *cannabis* e

ecstasy apresentavam uma probabilidade duas vezes maior de serem sexualmente activos.

Mais libertos de controlo repressivo e moralista em relação à sexualidade, os adolescentes sentem-se hoje mais libertos para comunicar e exercer a sua procura e exploração da identidade sexual. A sociedade, e particularmente a comunidade educativa, esforçam-se por encontrar estratégias que permitam uma vivência saudável da sexualidade entre os jovens. O perigo de contágio de doenças infecciosas e a possibilidade de gravidez involuntária, potenciados pelo eventual consumo de substâncias, exercem um efeito de ameaça sobre a saúde dos adolescentes, e promove o sentido crítico face aos comportamentos relacionados com a sexualidade.

4. Risco e Condução Automóvel

A prática frequente de condução não defensiva entre os adolescentes, pode estar relacionada, por um lado, com deficiente formação, inexperiência e frequentemente ausência de habilitação legal, por outro, com o gosto pela procura e controlo do risco, a atitude de exibição face aos outros, a sobrevalorização das suas competências de condução (Rutter & Quine, 1996; Ulmer, Williams & Preusser, 1997; António, 2006).

No tipo de condução dos adolescentes, observa-se uma curiosa discrepância entre uma insuficiente percepção do risco e uma grande destreza motora para a condução. Aspecto que ilustra bem a fase do desenvolvimento em que o adolescente se encontra, de particular vulnerabilidade. Por um lado está consciente das suas habilidades e do desejo de autonomia, por outro confronta-se com incapacidades relacionadas com a sua imaturidade, e o impedem de viver com segurança e harmonia as relações com os outros. Deste modo, a sua forma de condução reflecte a dinâmica intrapsíquica, simultaneamente com ousadia e insegurança, ainda com dificuldade em lidar com a infância e puberdade recentemente deixadas e com a expectativa de ser adulto. O exercício da condução funciona assim, como um revelador do funcionamento psíquico nesta fase do desenvolvimento, em que o jovem se sente capaz de controlar a linha que separa o risco da segurança (Matos, 1995; Arnett, 2002; Clark *et al*, 2005).

A velocidade considerada como um risco tem implicações psicológicas importantes. Para Barjonet (1986) pode ser encarada como uma estratégia de poder ou como uma estratégia de fuga. A prática da velocidade é um meio de aumentar o nível de risco da condução e oferece um grande número de gratificações psicológicas em que a mais extrema é certamente o prazer de jogar com a morte. Encarada como uma estratégia de poder, “este poder tem, de facto, algo de mágico, algo de inebriante, e em certa medida, tem aspectos similares aos de, por exemplo, o consumo de álcool que também tem algo de mágico pois altera sensivelmente não só a percepção do mundo como de nós próprios: quebram-se as censuras, diminui a vigilância (Horta, 2005). Estando a velocidade associada à sensação de poder na utilização do automóvel, e sendo este, além de um instrumento de mobilidade, um diferenciador social, ao se intervir na limitação da velocidade, está-se a restringir o uso instrumental e social do automóvel, com todo o simbolismo que este comporta (Dias & Cordeiro, 2005).

Arriscar depende da conjunção dinâmica de uma complexidade de factores, onde as dimensões humanas assumem uma posição determinante. Arriscar na condução também contempla várias dimensões (Aragão, 2001): 1) *Uma dimensão exibicionista*, óbvia quando estão presentes espectadores externos, mas invisível quando nos deparamos com manifestações dirigidas a uma plateia interna de espectadores, exigentes e avaliadores implacáveis, 2) *Prazer associado à sensação de possuir o dom de controlar o risco*, de ir além dos limites e de os desafiar, 3) *Código da estrada sentido como uma imposição superegógica*, de um limite que “urge” pôr em causa e “ultrapassar”; o não permissível torna-se então o permissível; poder ir além de um limite imposto e definido por uma qualquer entidade, remete para a complexa relação com a autoridade que se personifica nos agentes da autoridade, 4) *Mecanismo psicológico que consiste em colocar fora de si partes incómodas* – as *fragilidades* (os outros é que são “tolos” e incompetentes); *sentimentos persecutórios* (“este tipo está-me a querer apanhar”, “os polícias andam sempre à espreita para me tramar”); a *culpabilidade e a responsabilidade* (“os outros é que conduzem de forma perigosa”, “as estradas estão mal construídas e sem condições”), 5) Perante algo que corre mal, como um acidente ou uma multa por embriaguez, facilmente se desenvolvem *sentimentos odiosos ou colocados noutras instâncias* como “o álcool que me deixa assim”, “o carro que sempre me deu problemas”, ou *depositados em partes suas mais frágeis*, como “esqueci-me dos máximos acesos e chamei a atenção da brigada de trânsito”.

Os traços de personalidade constituem-se como preditores do comportamento na condução automóvel (Britt & Garrity, 2006). Ulleberg & Rundmo (2003) verificaram que vários traços de personalidade estão significativamente correlacionados com a percepção do risco, a atitude face à segurança no tráfego e o comportamento de risco na condução. Os indivíduos altruístas e ansiosos, tendem a perceber o risco relacionado com o trânsito como alto e apresentam uma atitude positiva face à condução segura. De modo inverso, os indivíduos orientados para a procura de sensações e resistentes ao cumprimento de normas, percebem o risco de acidentes de trânsito como baixo e demonstram atitude negativa face a condução segura.

Relativamente ao comportamento de risco na condução automóvel, podemos considerar a natureza dos veículos motorizados como instrumentos de poder, extensões do indivíduo através das quais procura concretizar os desejos e fantasias. Podemos dizer que são objectos narcísicos, na medida são utilizados como forma de valorização e afirmação do *self*. No entanto, a forma como o indivíduo conduz, denuncia e reflecte a dinâmica conflitual interna, característica da fase de desenvolvimento em que se encontra.

5. Aspectos Preventivos

[...]

“O passado passou.

O presente agoniza.

Cubram de flores a única verdade

Que se eterniza!”

Miguel Torga

O consumo de drogas, legais e ilegais, representa um problema social e de saúde pública de contornos preocupantes no nosso país. As respostas interventivas têm incidido predominantemente em estratégias de redução da procura, nas quais se inscrevem as abordagens preventivas.

Assiste-se no entanto a uma situação paradoxal: por um lado multiplicam-se as iniciativas e projectos que se reclamam de prevenção do abuso de drogas, por outro, são recorrentes as posições críticas em relação à prevenção, baseadas na constatação de que não há indicadores de eficácia das intervenções, na diminuição da incidência e prevalência do uso de drogas. Esta desconfiança persiste, quer em círculos científicos, quer profissionais (Negreiros, 2001). Este autor reconhece que as intervenções preventivas na área das drogas, têm consistido em tentativas relativamente fracassadas de controlar o fenómeno do uso e abuso de drogas, muito em parte devido ao facto de as estratégias de intervenção se centrarem na transmissão de informação acerca das drogas.

Olievenstein (1970/ s/d) refere a propósito que, “ *uma campanha antidroga não deve por em relevo apenas os perigos dos produtos. Deve ter em conta o sentido da transgressão, o que representa no plano individual e colectivo querer tomar uma substancia que modifica não só a relação do individuo com o mundo, mas o próprio mundo*” (p. 116).

Também Morel *et al* (2000) realçam que a existencia de um fenómeno designado de “toxicomanias sem drogas” (jogo patológico, adicção sexual, anorexia-bulimia, entre outros) cuja proximidade clínica com o alcoolismo, tabagismo ou qualquer outra adicção, é cada vez mais reforçada, indica-nos que o cerne do problema não se encontra na substância, nem apenas no seu efeito bioquímico sobre o sistema nervoso. Para os autores, a prevenção da toxicomania levanta dificuldades acrescidas, relacionadas com a complexidade, a ausência de uma definição clara do fenómeno e das suas causas e também à mistificação de certas substâncias. A luta contra “A Droga” tem motivado medidas excepcionais, principalmente repressivas e curativas, enquanto que, para as substâncias licitas, foram sobretudo tomadas medidas de controlo.

Nas últimas três décadas, grande quantidade de recursos foram investidos em programas de prevenção do consumo de álcool e drogas, mas só recentemente se começaram a analisar os fracassos de tais medidas. Negreiros (2001), aponta alguns aspectos menos positivos, ou mesmo negativos, que caracterizam a situação dos últimos anos, no domínio da prevenção: 1) predominância das intervenções designadas de “inespecíficas”, as quais se prestam a uma multiplicidade de acções sem qualquer suporte científico, 2) recurso a acções pontuais, frequentemente em meio escolar, centradas na transmissão de informação e polarizadas no vector “medo”, 3) ausência generalizada de procedimentos de avaliação das acções desenvolvidas, 4) ausência de

coordenação e articulação de acções, levando à duplicação desnecessária de recursos, 5) claras deficiências na formação dos técnicos envolvidos nos projectos preventivos, 6) escassez de materiais preventivos adaptados à realidade sociocultural portuguesa e 7) insuficiente utilização das potencialidades do sistema educativo, no que respeita à inclusão de conteúdos e estratégias orientadas para a prevenção.

Os pressupostos destas estratégias e métodos preventivos eram os de que, se os adolescentes estivessem bem informados dos perigos e consequências do consumo de substâncias psicoactivas, evitariam experimentá-los ou consumi-los regularmente (Carvalho, 1990, 1991; Weiner, 1995; Farate, 2000). Contudo, não surgiram provas evidentes de que a participação em programas de prevenção, impedisse os adolescentes de consumir substâncias psicoactivas. Pelo contrário, autores como Bangert-Drowns, Fialkov & Goodstadt (*in* Weiner, 1995) mostraram que, proporcionar informação sobre drogas aos jovens, podia contribuir mais para um envolvimento do que para um afastamento em relação às mesmas.

Estes modelos tradicionais de prevenção tendem a partir do princípio de que a associação da substância (agente) com o indivíduo (hospedeiro) produz necessariamente um indivíduo doente, subentendendo uma etiologia monocausal para o consumo excessivo de substâncias psicoactivas. Daí que as estratégias preventivas assentassem na informação sobre as substâncias e na persuasão dos sujeitos a não as consumir (Carvalho, 1991).

De modo diferente, as concepções mais recentes de prevenção, enquadram-se em modelos de etiologia multicausal das perturbações relacionadas com o consumo excessivo de substâncias, em que o risco de condutas aditivas pelos adolescentes, se equaciona com vulnerabilidades desenvolvimentais e distorções sócio-afectivas identificadas (Farate, 2000).

Esta prevenção é, contudo, “*um tecido frágil, difícil de entretecer, dadas as diversas origens pessoais, familiares e sociais e, por isso, difícil de impedir que se esgace*” (Weiner, 1995, p.422). O autor refere ainda que, à semelhança de outras perturbações crónicas, a melhor maneira de tratar o abuso e a dependência de substâncias tóxicas é, primeiro que tudo, evitar que ocorram.

Neste sentido, Marzial (*in* Farate, 2000) sublinha que, nas sociedades contemporâneas, a maior parte dos problemas de saúde estão relacionados com o estilo de vida dos

indivíduos, pelo que a educação promotora de saúde deve substituir as abordagens educativas tradicionais, baseadas em interditos, pelo encorajamento de atitudes positivas auto-motivadas. Para a concretização destes objectivos, o autor aponta alguns critérios que os programas de prevenção para a saúde devem comportar: 1) serem desenvolvidos de forma positiva, evitando atitudes culpabilizantes e reforçando a auto-estima; 2) intervirem simultaneamente com as famílias e com a comunidade (grupos profissionais, formadores, órgãos de informação) e, particularmente, com os profissionais de saúde; 3) sejam apoiados por uma política preventiva global nas áreas da saúde, trabalho e lazeres. O mesmo autor refere ainda que a educação para a saúde, na área do consumo de substâncias psicoactivas, deve concentrar-se no problema da utilização judiciosa dos produtos psicoactivos, e não no aspecto qualitativo dos mesmos. Também Carvalho (1991, p.140) se refere à noção de “*uso responsável*” de substâncias psicoactivas, noção introduzida há alguns anos em programas de prevenção relativos ao consumo de álcool.

Os novos modelos preventivos emergentes, que Carvalho (1991) designa de abordagens humanistas, são caracterizados pela introdução de uma componente afectiva e psicológica, e entram em clara ruptura com as estratégias preventivas clássicas que consideravam os indivíduos como meros processadores de informação. O autor refere ainda que, subjacentes a esta concepção humanista, estão duas noções fundamentais: (1) de que a decisão de consumir (ou não) substâncias psicoactivas não tem por base apenas factores cognitivos, mas releva de atitudes, valores e necessidades e (2) de que as substâncias e os seus efeitos têm um significado: por um lado, o seu uso não é intrinsecamente negativo (pode ter um significado funcional), por outro, o consumo excessivo das mesmas, assume desde logo a forma de um sintoma social importante.

A componente afectiva referida incluída nos programas de prevenção, tem por objectivo facilitar a análise das atitudes dos adolescentes, com recurso a actividades que não os reduzam apenas a receptores de informação sobre drogas. Estas actividades devem permitir ao adolescente, a análise de como as atitudes e os valores pessoais podem influenciar o comportamento e a tomada de decisão, bem como a identificação das funções que o uso de substâncias pode desempenhar na sua vida (Carvalho, 1990).

Neste âmbito, a postura dos orientadores/professores, deve pautar-se pela flexibilidade e pelo não autoritarismo, uma vez que a sua função é a de clarificar e aprofundar os temas que vão sendo abordados, e não a produção de juízos de valor sobre as condutas dos indivíduos. Tal, releva uma componente social que pode traduzir-se fundamentalmente,

na aprendizagem de competências que visem, por um lado a recusa de oferta gratuita de substâncias em determinados contextos, por outro a promoção do desenvolvimento interpessoal dos adolescentes (Carvalho, 1990). Este autor destaca, a propósito, a importância do treino de um estilo de comunicação assertivo, caracterizado pela possibilidade da expressão aberta e directa de preferências e opiniões, de direitos pessoais e capacidade de dizer ‘não’, e ainda pela capacidade de exprimir sentimentos positivos e negativos.

Os programas específicos de desenvolvimento emocional, têm sido também introduzidos nas estratégias e programas de prevenção de abuso de álcool e drogas. Visam influenciar emoções e sentimentos, na tentativa de provocar mudanças duradouras no comportamento (Van der Stel, 1998).

Goleman (1997) utilizou o termo ‘inteligência emocional’, para descrever a capacidade dos indivíduos para lidar de forma eficaz com as emoções e os sentimentos. A relação com a prevenção, prende-se com o facto de a inteligência emocional competir com a necessidade que os indivíduos possam ter de consumir substâncias psicoactivas. De facto, não raramente o consumo de álcool ou drogas, parece estar relacionado com uma necessidade de compensar a incapacidade de lidar, de forma adequada, com sentimentos de dependência e de desespero. Este autor refere ainda que, os componentes activos dos programas de prevenção devem incluir competências emocionais, cognitivas e comportamentais. Consequentemente, os resultados destas acções deverão traduzir-se em auto-confiança emocional, capacidade de regular e aplicar as emoções de forma mais produtiva, interpretar melhor as emoções (empatia) e lidar melhor com as relações interpessoais.

Laventure *et al* (2010), numa extensa avaliação de programas de prevenção, verificaram que os programas de prevenção da toxicodependência oferecidos aos adolescentes, são frequentemente intuitivos e raramente baseados em critérios científicos; referem a importância de recapitular os diferentes factores preditivos da eficácia dos programas de prevenção, e apresentam um conjunto de considerações, que nos parecem organizadoras dos conceitos subjacentes à prevenção: 1) os programas devem ser multimodais; devem dirigir-se aos adolescentes e simultaneamente a outros elementos do seu ambiente relacional, 2) os programas de prevenção devem ser preferencialmente co-animados por profissionais da área psicossocial e pares mais velhos, do contexto social; aqui o profissional pode agir como responsável/recurso, enquanto os pares permitem assegurar

a credibilidade da mensagem; é importante avaliar as capacidades relacionais dos animadores, os seus conhecimentos sobre a população alvo, a sua formação inicial e contínua em programas de prevenção e as suas técnicas de intervenção, 3) do ponto de vista estrutural, é difícil delimitar a duração ideal de um programa; lamentavelmente e devido a dificuldades financeiras, muitos programas têm como objectivo apenas sensibilizar e informar os jovens de maneira pontual, prática que se revela pouco eficaz. Os autores referem ainda que, do ponto de vista do desenvolvimento, as dificuldades ligadas ao consumo de substâncias na adolescência, são uma problemática entre os pares, pelo que os adolescentes que estão em risco de desenvolver consumos problemáticos, são também os que estão em risco de apresentar outras dificuldades. Partindo do princípio sistémico que prevenir o aparecimento de dificuldades específicas pode ter impactos indirectos noutras esferas problemáticas dos adolescentes, os programas de prevenção do abuso de substâncias, beneficiam em se associar a outras práticas preventivas oferecidas, a fim de aumentar a sua eficácia (Laventure *et al*, 2010).

Da evolução dos modelos de prevenção de substâncias psicoactivas, podemos pois constatar que as estratégias baseadas na informação/formação dos adolescentes, em que são sublinhados os perigos do uso de drogas, foram substituídas por outras que dão ênfase ao treino de competências sócias, à resolução de problemas e à intervenção em actividades sociais e comunitárias. De uma perspectiva centrada na substância, seus efeitos e malefícios, passou-se a uma perspectiva valorizadora do desenvolvimento pessoal e de condutas activas e responsáveis dos indivíduos em relação às várias substâncias. As abordagens mais recentes preconizam também a participação de outros actores do contexto social e ambientam dos adolescentes.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

“Sendo assim, eu acredito na importância das pressuposições científicas, na noção que existem maneiras melhores e piores para a construção de teorias científicas e na insistência sobre a afirmação articulada dos pressupostos de modo a poderem ser aperfeiçoados.”

[...]

“Diremos que a verdade significaria uma correspondência precisa entre a nossa descrição e aquilo que descrevemos, ou entre o nosso entrecruzamento total de abstrações e deduções, e uma compreensão absoluta do mundo exterior. A verdade, tomada neste sentido, não é atingível. E mesmo ignorando as barreiras de qualquer código, o facto de a nossa descrição ser em palavras, números ou imagens, enquanto o que descrevemos é carne, sangue e acção – mesmo ignorando essa barreira da tradução, nunca seremos capazes de reivindicar um conhecimento final de seja o que for.”

Bateson, G. (1979/1987, p. 34-35)

4. METODOLOGIA

1. Objecto de Investigação

O objecto de investigação são os comportamentos de risco entre adolescentes e jovens adultos - contexto e variáveis individuais, familiares e sócio-culturais envolvidas.

2. Questões e Objectivos da Investigação

A problemática deste estudo prende-se com o fenómeno do alcoolismo/consumo excessivo de bebidas alcoólicas na juventude e outros comportamentos de risco. Os padrões de consumo, locais de consumo, tipos de bebida e contexto social, sofreram nos

últimos anos alterações importantes em consequência de transformações sociais, familiares, económicas e culturais.

Entre os jovens, o consumo de álcool está frequentemente associado ao consumo de outras substâncias psicoactivas e a comportamentos de risco de ordem vária.

Assim, o presente estudo tem como objectivo geral:

Compreender as relações existentes entre o consumo de bebidas alcoólicas e os comportamentos de risco nos adolescentes e jovens adultos, atendendo ao contexto pessoal, familiar, social e cultural de modo a fornecer contributos para programas de intervenção que visem prevenir e enfrentar as condutas de risco, promovendo uma melhor resposta aos problemas de saúde e bem-estar da população.

Os objectivos específicos compreendem:

- Caracterizar os hábitos de consumo de álcool e de substâncias psicoactivas;
- Caracterizar os comportamentos de risco associados aos consumos;
- Identificar os comportamentos promotores de saúde dos sujeitos;
- Identificar factores predisponentes da realização de comportamentos de risco;
- Identificar e caracterizar indicadores de sofrimento psicológico, particularmente depressão e risco suicidário;
- Compreender a influência da dinâmica familiar e sócio-educacional nas condutas dos sujeitos.

3. Tipo de Estudo

O presente estudo tem um carácter exploratório com vista a caracterizar e analisar os comportamentos de risco entre adolescentes e jovens adultos. Foi utilizada metodologia quantitativa e qualitativa no sentido de dar resposta à identificação e análise das variáveis, bem como à tentativa de compreensão da existência de comportamentos de risco em determinados indivíduos e suas correlações com a dimensão individual, familiar, escolar e sociocultural.

De entre as variáveis envolvidas destacam-se: 1) Consumo excessivo de bebidas

alcoólicas, definido por unidades alcoólicas por episódio de consumo; 2) Variáveis de caracterização da amostra como o sexo, a idade, a escolaridade, profissão, situação familiar, escolar e profissional, o estado civil, zona residencial, a idade de início de consumo de bebidas alcoólicas e ainda, a existência de outros tipos de consumos (tabaco, drogas, fármacos); 3) Comportamento de risco relacionados com a sexualidade; 4) Comportamentos de risco relacionados com a condução automóvel; 5) Impulsividade e comportamento agressivo e 6) Outro tipo de variáveis que constituem as “unidades de análise, provenientes da análise das entrevistas que se relacionam com desconforto/perturbação ao nível individual (físico e psicológico), familiar e social.

4. Instrumentos de Investigação

Dada a utilização de metodologia quantitativa e qualitativa, como anteriormente referimos, foram aplicadas duas formas de inquérito: por questionário e por entrevista.

Entendemos “inquérito”, no sentido em que Carmo & Ferreira (1998, p.123) o enunciam, isto é, como uma “*recolha sistemática de dados para responder a um determinado problema*”, e não apenas como um processo de colheita de dados para posterior análise quantitativa. Assim, e no sentido de dar resposta aos objectivos do estudo foram utilizados os seguintes instrumentos de recolha de informação: 1) Questionário de Caracterização Sociodemográfica e de Consumos, 2) Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS)/ O Meu Estilo de Vida (MEV), 3) Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), 4) Escala de Risco Suicidário de J. Stork (E.R.S. J. Stork) e 5) Entrevista Semiestruturada.

No seu conjunto, os instrumentos pretendem caracterizar o grupo de participantes do ponto de vista sociodemográfico, dos hábitos de consumo de substâncias, das intensões comportamentais face à saúde e prevenção da doença, da presença de indicadores psicopatológicos (depressão e risco suicidário) bem como a identificação de comportamentos de risco e sua representação/significação no percurso de vida dos indivíduos.

Relativamente ao uso de questionários de autopreenchimento para o estudo do

comportamento humano, não podemos deixar de considerar a possibilidade de efeitos de enviesamento, particularmente por desejabilidade social, com eventual compromisso da veracidade das respostas; este é contudo, um problema metodológico transversal ao uso de inquérito por questionário e consensualmente aceite na comunidade científica, para investigações desta natureza (Deshaies, 1997; Ribeiro, 2004). No sentido do controlo desta dificuldade metodológica, Quivy & Campelhoudt (1998, p. 190) referem a necessidade de respeitar algumas condições, como sejam: *“rigor na escolha da amostra, formulação clara e unívoca das perguntas, correspondência entre o universo de referência das perguntas e o universo de referência do entrevistado, atmosfera de confiança no momento da administração do questionário, honestidade e consciência profissional dos entrevistadores”*. Aspectos que procurámos tomar em consideração no presente estudo, particularmente no processo de aplicação presencial dos instrumentos.

4.1. Questionário de Caracterização Sociodemográfica e de Consumos (Anexo 1)

Questionário de Caracterização - elaborado a fim de permitir uma caracterização sociodemográfica dos participantes, bem como a especificação dos consumos de álcool e outras substâncias. São particularmente consideradas dimensões relativas à configuração sócio-familiar, escolar e profissional, aos padrões de consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e drogas ilícitas.

4.2. Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS) - O Meu Estilo de Vida (MEV) (Anexo 2)

O Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS), designado de O Meu Estilo de Vida (MEV) no formato de aplicação, é um inventário de auto-resposta em que as perguntas remetem para o modo como as pessoas se costumam comportar, e tem como objectivo avaliar comportamentos de saúde e de risco. É um inventário reconstruído e adaptado por Ribeiro (2004), a partir do *Life-Style Assessment*

Questionnaire (LAQ) de Hettler (1982); este questionário de Hettler, composto por quatro secções (Inventário de *Wellness*, Crescimento Pessoal, Risco de Morte e Alerta), cada uma dividida em várias categorias, num total de 289 itens, tinha como objectivo, além de avaliar o Estilo de Vida dos Estudantes, educar para comportamentos relacionados com a saúde. A presente versão de Ribeiro (2004) foi desenvolvida e inspirada, principalmente nos 61 itens das cinco primeiras categorias da secção *Wellness* de Hettler; resultou um inventário constituído por 28 itens distribuídos por cinco categorias: Exercício Físico (3 itens) – empenho em manter boa condição física; Nutrição (5 itens) – escolha de alimentos consistente com os objectivos definidos cientificamente, Auto-cuidado (11 itens) – comportamentos que facilitam a prevenção ou a detecção precoce de doenças, Segurança Motorizada (3 itens) – capacidade de minimizar as probabilidades de lesão ou morte em acidente com veículos e Uso de Drogas ou Similares (6 itens) – capacidade para funcionar sem necessidade de substâncias químicas. A resposta a cada item é dada numa escala ordinal de cinco posições, em que a acção expressa pelo item, oscila entre “quase sempre” (90% ou mais das vezes) e “quase nunca” (menos de 10% das vezes); a nota dos comportamentos protectores de saúde varia entre 28 e 140.

4.3. Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) (Anexo 3)

O Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) é um dos mais utilizados instrumentos de auto-aplicação na deteção e medição de sintomas depressivos. A primeira versão foi desenvolvida por Beck *et al* (1961) tendo sido administrada a adolescentes e adultos por vários autores (Kaplan *et al*, 1980; Teri *et al*, 1993). O inventário foi recentemente modificado e melhorado, adoptando a nova versão a designação de BDI-II que, segundo Beck *et al* (1996) está em conformidade com os critérios de Depressão Maior do Manual de Diagnóstico de Perturbações Mentais, DSM IV (*American Psychological Association*, 1994) e pode ser aplicado em populações adolescentes. Em Portugal temos como exemplo da aplicação do BDI-II os estudos de Campos & Gonçalves (2004) em estudantes universitários, e Coelho *et al* (2002) e Oliveira-Brochado & Oliveira-Brochado (2008) em população adolescente. O inventário é constituído por um conjunto

de 21 itens, em que o respondente, para cada um, escolhe uma de entre quatro alternativas (0, 1, 2, 3), a que melhor designe a situação em que se encontra, num período compreendido entre as duas últimas semanas. A cotação do BDI-II (entre 0 e 63) compreende quatro níveis de depressão: Depressão Mínima (de 0 a 13), Depressão Ligeira (de 14 a 19), Depressão Média (de 20 a 28) e Depressão Severa (de 29 a 63).

4.4. Escala de Risco Suicidário de J. Stork (E.R.S. J. Stork) (Anexo 4)

Escala de Risco Suicidário de J. Stork, versão aferida para a população portuguesa por Eufrásio *et al* (1987), em que foi utilizada uma amostra de 484 sujeitos (209 do sexo masculino e 275 do sexo feminino) com idades compreendidas entre os 14 e 24 anos. Nesta versão a escala foi reduzida de 175 para 76 itens, com formato de resposta dicotómica (Verdadeiro ou Falso), e mantendo as 10 temáticas originais: Perda Objectal (6 itens), Angústia (17 itens), Culpabilidade (8 itens), Agressividade (4 itens), Ideais do Eu (15 itens), Situação Familiar (11 itens), Relação com a Mãe (9 itens), Relação com o Pai (4 itens), Toxicodependência (1 item) e Psicossomática (1 item). Cada item da escala tem uma cotação pré-definida, que varia entre 1,2 ou 3; a nota final é resultado do somatório de todos os itens.

A escala apresenta cinco níveis de risco em função do número de pontos obtidos nas respostas: Estado Normal (entre 0 e 63), Estado Intermédio ou Duvidoso (entre 64 e 79), Fraco Risco (entre 80 e 97), Risco Suicidário Importante (entre 98 e 107) e Risco Suicidário Extremamente Importante (> 107).

A primeira versão da Escala de Risco Suicidário de J. Stork data de 1972 e resulta de um estudo empírico com uma amostra de 3086 jovens franceses e alemães, de ambos os sexos; este estudo permitiu demonstrar que as diversas formas do comportamento suicidário, caracterizam-se fundamentalmente por uma personalidade depressiva, configurando um perfil caracterizado por sentimentos de tristeza profunda, de desencorajamento, de desespero, e sensação de estar num impasse; ao sentimento de insucesso associam-se a resignação, um estado de angústia, sentimentos de culpabilidade e impulsos de agressão (Stork, 1977).

4.5. Entrevista Semiestruturada (Anexo 5)

Entrevista aprofundada, iniciada por uma questão aberta, em que o sujeito é convidado a narrar a sua trajetória de vida de um modo livre e espontâneo. Esta questão aberta tem como objectivo implicar o sujeito na entrevista, permitindo assim a análise da organização das várias etapas da vida, tipo de relações estabelecidas e emoções e sentimentos envolvidos; a relação com bebidas alcoólicas e outras substâncias, bem como padrões de comportamento e atitudes face à condução de veículos motorizados e comportamentos relacionados com a sexualidade.

Esta tipologia de entrevista pode inscrever-se nos conceitos de “entrevista livre” e “entrevista centrada” da classificação de Grawitz (*in* Carmo & Ferreira, 1998), adequadas a estudos de natureza exploratória, uma vez que compreendem um grau intermédio de informalidade.

Na prática, a narrativa dos sujeitos durante a entrevista, assume forma semelhante a uma *história de vida* e, como refere Poirier *et al* (1999), é o carácter de realidade intimista e de confiança dos testemunhos que confere valor particular e único ao processo, em contraste com a despersonalização das abordagens estatísticas.

As entrevistas realizadas foram audiogravadas, após consentimento informado pelos participantes, a fim de se poder aceder aos conteúdos de forma mais fidedigna e organizada.

4.6. Estudo da Fiabilidade dos Instrumentos

Globalmente, a utilização de questionários e escalas em investigação, constitui um método fiável, desde que se respeitem rigorosamente os procedimentos metodológicos relativamente à sua concepção, selecção dos participantes e administração no terreno (Carmo & Ferreira, 1998). No sentido de explicitar a fiabilidade dos instrumentos utilizados, apresentamos no Quadro 1 a fiabilidade calculada pelo coeficiente alfa de Chronbach, dos instrumentos utilizados. No caso da E.R.S. de J. Stork, o seu autor não apresenta o referido valor original da escala; também o valor obtido nas aplicações é

desconhecido, uma vez que foram tratados apenas os valores totais da escala, e não os parciais de cada item.

Quadro 1
Fiabilidade Calculada pelo Coeficiente Alfa de Chronbach

Escalas	Nº de itens	Alfa de Cronbach obtido	Alfa de Cronbach “teórico”
MEV	28	0,796	0,760
BDI-II	21	0,855	0,86
E.R.S. de J. Stork	76	(1)	(2)
Questionário de caracterização	41	0,726	(3)

(1) Trabalhadas apenas as notas finais da escala; (2) Não referido; (3) Não aplicável

5. Participantes

Os participantes são indivíduos adolescentes e jovens adultos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 16 e os 30 anos de idade, selecionados através de processo intencional, não probabilístico.

5.1 Constituição dos Grupos de Participantes

Foram constituídos dois grupos de participantes, Grupo n1 e Grupo n2. O Grupo n1 é constituído por 540 indivíduos estudantes, com idades compreendidas entre os 16 e os 25 anos de idade, residentes na região de Lisboa (concelhos de Loures, Almada, Seixal e Barreiro), que frequentam o ensino básico e secundário em estabelecimentos de ensino

público, e o ensino superior, do Curso de Licenciatura em Enfermagem, em dois estabelecimentos de ensino de Lisboa, um público e outro privado. O Grupo n2 é constituído por onze indivíduos entre os 25 e os 30 anos de idade, que se encontram sinalizados e em acompanhamento institucional em consequência de comportamentos de risco relacionados com a saúde e/ou com situações infracionais/jurídicas graves; pretende-se, neste segundo grupo, e como refere Guerra (2008) a propósito das metodologias qualitativas, uma representatividade social e não uma representatividade estatística.

Ao Grupo n1 foram aplicados os instrumentos acima referidos: Questionário de Caracterização Sociodemográfica e de Consumos, Inventário MEV, Escala de Depressão de Beck (BDI-II) e Escala de Risco Suicidário de J. Stork. Ao Grupo n2 foi realizada entrevista semiestruturada aprofundada, bem como a aplicação dos mesmos instrumentos de avaliação e medida aplicados ao Grupo n1.

5.2 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão compreendem os seguintes elementos: idades compreendidas entre os 16 e os 25 anos para o Grupo n1, limite superior que se estende até aos 30 anos para o Grupo n2; ausência de dificuldades cognitivas ou outras que comprometam a compreensão das questões colocadas nos instrumentos de recolha de dados; residir na região de Lisboa.

5.3 Critérios de Exclusão

Constituem critérios de exclusão: idades inferiores a 16 anos ou superiores a 25 anos para o Grupo n1, e idades inferiores a 16 anos ou superiores a 30 anos para o Grupo n2; presença de dificuldades cognitivas ou outras que comprometam a compreensão dos instrumentos de recolha de dados, como por exemplo dificuldades na compreensão da língua portuguesa.

6. Procedimentos

Foi solicitada a colaboração de estabelecimentos de ensino da região de Lisboa, incluindo margem sul do Tejo através de pedido formal escrito. Após consentimento, dirigimo-nos a essas instituições onde, em articulação com o corpo docente nos foi facultada a aplicação presencial dos instrumentos de colheita de dados. Em cada turma foi explicada a natureza do estudo e dadas as instruções para preenchimento dos instrumentos. Durante a aplicação surgiram pontualmente questões que foram, individual ou coletivamente esclarecidas. Todos os questionários foram aplicados pelo investigador, excepto num dos estabelecimentos de ensino superior em que, por razões éticas relacionadas com a situação profissional do investigador, os questionários foram aplicados por docentes da instituição. Observou-se que indivíduos de algumas etnias, a frequentar estabelecimentos de ensino básico e secundário, apresentaram dificuldades no entendimento da língua portuguesa; nestas situações foi dado acompanhamento particular no sentido de nos assegurarmos que as questões eram compreendidas. Contudo, alguns participantes, em número de sete, foram posteriormente excluídos dada a manifesta probabilidade de distorção das respostas, por incompreensão das questões.

Dada a dificuldade em identificar junto dos participantes do Grupo n1, indivíduos com manifestos comportamentos de risco, recorremos a pedido de colaboração de instituições da área da saúde e da justiça, no sentido de possibilitar o acesso a informantes acompanhados nas respectivas áreas. Estes participantes constituíram um segundo grupo de indivíduos (Grupo n2), aos quais tivemos acesso através dos profissionais que realizavam os respectivos acompanhamentos, e que solicitavam a colaboração dos sujeitos no estudo.

7. Inserção no Terreno e Dificuldades

Globalmente a inserção no terreno foi facilitada pela franca colaboração dos profissionais das instituições, particularmente professores. Referimos contudo, algumas dificuldades na resposta atempada de autorização para a recolha de dados. Também o

processo de aplicação dos instrumentos se revelou muito moroso em algumas instituições, com alterações dos dias de aplicação por falta de condições no dia e hora marcados. O facto de, frequentemente, só ser possível a aplicação dos instrumentos a um número reduzido de participantes, obrigou a inúmeras deslocações ao terreno para a constituição da amostra. Relativamente à realização das entrevistas aprofundadas, revelou-se de grande dificuldade a efectivação dos encontros, quer pelas limitações encontradas em conjugar critérios de inclusão e de disponibilidade dos participantes, quer pelas frequentes desmarcações ou ausência de comparência no dia e hora marcada, apesar da intensão manifestada de disponibilidade em participar.

8. Análise e Tratamentos dos Dados

Os dados relativos ao Grupo n1 foram objecto de análise, através de estatística descritiva e inferencial, mediante o recurso ao programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS para Windows, versão 20.0). As entrevistas aprofundadas realizadas ao Grupo n2, foram objecto de análise qualitativa inspirada nas técnicas descritas por Bardin (2008) e Quivy & Campenhoudt (1998), particularmente a análise categorial para identificação de temáticas, a análise de avaliação em que se procura medir as atitudes dos participantes face ao objecto de estudo, e a análise da expressão que procura dar conta de elementos relativos à dimensão identitária e de personalidade dos sujeitos; trata-se de uma análise de carácter indutivo em que se tenta compreender um fenómeno através de padrões, invariâncias ou especificidades observadas.

CAPÍTULO 5 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são abordados em primeiro lugar, os dados relativos ao Grupo n1 de participantes, tendo-se optado por apresentar os resultados da estatística descritiva e inferencial relativa às variáveis em estudo, com recurso ao formato de quadros e gráficos para a organização da informação; os dados foram obtidos a partir da análise dos questionários de recolha de dados, auto preenchidos pelos participantes, bem como da avaliação de intenções comportamentais face à promoção da saúde e proteção de doença; este grupo foi ainda avaliado no que respeita à existência de sintomatologia depressiva e indicadores de risco de suicídio. Posteriormente são apresentados e analisados os dados relativos ao Grupo n2 de participantes, através de uma apresentação individualizada dos sujeitos, de forma semelhante a vinhetas clínicas, e onde se procura colocar em evidência informação relevante para a compreensão da problemática em estudo.

1. Caracterização dos Participantes (Grupo n1)

Num primeiro momento Grupo n1 é caracterizado relativamente a variáveis sociodemográficas e familiares.

1.1 Variáveis Sociodemográficas

A caracterização dos participantes considera as variáveis sexo, idade, escolaridade, retenções no percurso escolar, nacionalidade e etnia a que os sujeitos pertencem.

O Quadro 2 apresenta os resultados da distribuição das variáveis pelo sexo e idade. Relativamente à variável Sexo, verifica-se que a maioria dos sujeitos é do sexo feminino (359) ou seja, 66,5% e 181 sujeitos são do sexo masculino (33,5%). No que respeita à idade os sujeitos, estes encontram-se entre os 16 e os 25 anos inclusive, com uma média de idades de 18,45, para um desvio padrão de 2,25. A maioria dos sujeitos tem 16, 17 e 18 anos, idades que no seu conjunto, compreendem 63,2% dos participantes; a idade

menos representada é a de 24 anos, com 1,7% dos sujeitos.

Quadro 2

Distribuição dos participantes pelo sexo e idade

Variável	<i>N</i>	Categorias	<i>f</i>	%
Género	540	Masculino	181	33,5
		Feminino	359	66,5
Idade <i>M</i> = 18,45 <i>DP</i> = 2,25 <i>Mínimo</i> = 16 <i>Máximo</i> = 25	540	16	104	19,3
		17	115	21,3
		18	122	22,6
		19	69	12,8
		20	35	6,5
		21	30	5,6
		22	24	4,4
		23	18	3,3
		24	9	1,7
		25	14	2,6

No que respeita ao nível de escolaridade dos participantes, e como se pode verificar no Quadro 3, a maioria dos participantes integra os estudantes do 9º, 10º e 11º ano de escolaridade (64%), enquanto 36% integram ensino superior (Curso de Licenciatura em Enfermagem); o nível de escolaridade está em sintonia com as idades dos sujeitos.

Quadro 3
Distribuição dos participantes pela escolaridade

Variável	<i>n</i>	Categorias	<i>f</i>	%
Escolaridade	540	9º Ano	88	16,3
		10º Ano	160	29,6
		11º Ano	98	18,1
		1º Ano E. Sup.	137	25,4
		3º Ano E. Sup.	20	3,7
		4º Ano E. Sup.	37	6,9

No que respeita à presença de retenções (reprovações de ano escolar), podemos verificar através da leitura do Quadro 4, que 44,4% dos participantes apresenta retenções, dando conta de eventuais irregularidades do percurso escolar. A variável retenções de ano é diferente entre o sexo masculino e feminino, com maior expressão para o sexo masculino (58,5%), e 37,3% para o sexo feminino, diferença esta que é estatisticamente significativa, como revelado pelo teste Qui quadrado ($\chi^2 = 21,98$; $gl = 1$; $p < .05$). Esta percentagem de retenções é superior à apresentada no estudo do CIES-IUL (2011) em que o total de reprovações é de 36,4%, a nível nacional, e em que o ano de maior ocorrência de retenções é o 10º ano. O facto de o sexo masculino apresentar maior índice de retenções (58,5%) poderá estar relacionado com uma maior dificuldade de integração no meio escolar, em relação ao sexo feminino. Segundo o relatório HBSC de 2010 (Matos *et al* 2010), as raparigas e os adolescentes mais novos são os que referem mais gostar da escola, os rapazes são os que mais vezes percebem que os professores consideram a sua capacidade académica inferior à média e, em comparação com estudantes de outros países da Europa, são também os rapazes que se sentem mais stressados com os trabalhos de casa e sentem que os professores os acham pouco competentes; nos sucessivos relatórios deste estudo, é consistente uma falta de autoestima académica por parte dos jovens portugueses. Reforça este aspecto, o relatório europeu *Eurydice* sobre diferenças de género na educação, em que os rapazes são maioritários no insucesso escolar e em que Portugal é um dos países europeus, onde a diferença entre rapazes e raparigas é mais pronunciada, no que se refere a retenções e a abandono escolar (European Commission/ Eurydice, 2010).

Quadro 4
Percentagem de estudantes com retenções globais e por sexo

Variáveis	<i>n</i>	Categorias	<i>f</i>	%
Retenções globais	540	Sim	240	44,4
		Não	300	55,6
Retenções por sexo*	540		Masculino	Feminino
		Sim	106 (58,5%)	134 (37,3%)
		Não	75 (41,5%)	225 (62,7%)

*($\chi^2 = 21,98$; $gl = 1$; $p < .05$)

Relativamente à nacionalidade dos participantes verifica-se pela consulta do Quadro 5, a presença de 18 nacionalidades, em a maioria é portuguesa (83,7%). Destacamos as etnias/cultura cabo-verdiana (4,1%), guineenses (3%), angolana (2,6%), brasileira (2%) e santomense (1,1%) que, no seu conjunto totalizam 17,8% dos sujeitos, valor que decresce para 1,4% a nível nacional (Matos *et al*, 2010). Outras nacionalidades apresentam frequências pouco significativas. No que respeita à variável Etnia/cultura, podemos observar um padrão semelhante à nacionalidade, com 74,8% dos participantes pertencentes à cultura autóctone. Deduzimos, pela diferença de frequências entre indivíduos de “nacionalidade” e “etnia/cultura” portuguesa, que 48 participantes (8,8%), de outra etnia que não a autóctone, terão já nascido em Portugal.

Quadro 5

Distribuição dos participantes pela nacionalidade e etnia/cultura

N	Nacionalidade	f	%	Etnia/Cultura	f	%
540	Portuguesa	452	83,7	Portuguesa	404	74,8
	Cabo-verdiana	22	4,1	Cabo-verdiana	33	6,1
	Angolana	14	2,6	Angolana	23	4,3
	Santomense	6	1,1	Santomense	7	1,3
	Guineense	16	3,0	Guineense	27	5,0
	Brasileira	11	2,0	Brasileira	11	2,0
	Indiana	2	,4	Indiana	15	2,8
	Arménia	1	,2	Arménia	1	,2
	Inglesa	1	,2			
	Ucraniana	4	,7	Ucraniana	4	,7
	Alemã	1	,2			
	Paquistanesa	1	,2	Paquistanesa	1	,2
	Suíça	3	,6			
	Romena	1	,2	Romena	1	,2
	Moldava	1	,2	Moldava	1	,2
	Venezuela	1	,2	Venezuelana	1	,2
	Francesa	2	,4			
	Chines	1	,2	Chinesa	1	,2
				Moçambicana	6	1,1
				Cigana	2	,4
			Missing	2		

A significativa diversidade cultural na região de Lisboa, é um aspecto que se evidencia da observação dos resultados. Para Ramos (2008), a escola constitui para muitas famílias migrantes ou de minorias étnico-culturais, um espaço de integração social que desempenha um papel fundamental na organização individual e familiar. Com frequência, as famílias depositam na escola a esperança de um êxito social não conseguido nos países de origem. Ramos (2003a) refere que os países industrializados e as cidades são hoje e cada vez mais, confrontados com múltiplas culturas, famílias e crianças migrantes; daí a necessidade de facultar formação psico/cultural e comunicacional em contexto intercultural, aos diferentes grupos profissionais, particularmente professores e psicólogos. Neste sentido, a comunicação intercultural,

pela complexidade dos processos de interação, verbal e não-verbal, necessita de uma pedagogia da relação intercultural baseada na compreensão e na tolerância, de modo a que os intervenientes possam descobrir e compreender, as qualidades da alteridade individual e cultural em presença (Ramos, 2003b).

1.2 Variáveis Familiares

Relativamente à estrutura familiar optámos por considerar cinco categorias que frequentemente surgem designadas na literatura como: família nuclear ou tradicional (agregado constituído por pai, mãe e filhos); família monoparental (agregado normalmente resultante de separação ou divórcio); família recombinaada ou reconstruída, que autores como Gameiro (1998) designam de *nova família* e outras situações familiares, como sejam a integração de agregados em que os indivíduos de referência, são familiares próximos ou com relação de vizinhança/amizade. Esta última circunstância verificou-se em alguns agregados de famílias migrantes, particularmente de etnia africana.

Pela observação do Quadro 6, verifica-se que a maioria dos participantes (63,7%) integra uma estrutura familiar tradicional. A família monoparental de referência à mãe é a segunda mais frequente (21,1%), seguida das famílias recombinaadas (8%). De destacar o reduzido número de participantes a viver exclusivamente com o pai (1,8%). Os dados sugerem uma sobrecarga da figura parental materna, quando esta vive só com os filhos, aspecto que se verifica num número significativo de agregados.

Quadro 6**Distribuição dos participantes pela configuração da estrutura familiar**

Variável	<i>n</i>	Categorias	<i>f</i>	%
Estrutura Familiar	540	Família tradicional	344	63,7
		Família monoparental (referência Mãe)	114	21,1
		Família monoparental (referência Pai)	10	1,8
		Família recombinada	43	8,0
		Outras situações	29	5,4

Outro dado importante relativamente à composição familiar, diz respeito à situação conjugal dos pais dos participantes que, como se pode observar no Quadro 7, nos mostra que 66,7% dos pais vivem juntos, enquanto 27,2% encontram-se separados ou divorciados. Relativamente ao falecimento das figuras parentais, temos que em 4,8% dos participantes o pai já faleceu, enquanto a percentagem de falecimento materno é de 1,3%. Parecem reflectir-se aqui os dados epidemiológicos que revelam a esperança de vida menor para os homens. Segundo os dados de PORDATA (2013), o número de divórcios em Portugal aumentou de modo significativo entre 1960 e 2012, de 749 para 25380, respectivamente, ou seja, a taxa de divórcios (por 100 casamentos) passou de 1,1% para 73,7%, no mesmo período; estes indicadores dão conta das profundas transformações na estrutura familiar, ocorridas nas últimas décadas; relativamente às famílias monoparentais de referência à mãe, os dados revelam-se estáveis entre 1992 e 2012, com valores de 85,5% e 85,0%, respectivamente.

Quadro 7**Distribuição dos participantes pela situação conjugal dos pais**

Variável	<i>n</i>	Categorias	<i>f</i>	%
Conjugalidade parental	540	Vivem Juntos	360	66,7
		Divorciados/Separados	147	27,2
		Pai falecido	26	4,8
		Mãe falecida	7	1,3
		Pai e Mãe falecidos	0	0

No que respeita ao nível de escolaridade dos pais, podemos observar no Quadro 8, que a diferença entre a escolaridade do grupo de pais e a do grupo de mães, não é estatisticamente significativa, como demonstra o teste do Qui quadrado ($\chi^2 = 0,13$; $gl = 1$; $p > .05$). Verifica-se que a maior parte dos pais e mães estudou até ao secundário; as mães tendem, contudo, níveis de escolaridade superiores como se pode ver pelas percentagens, que sobem à medida que sobe o nível de ensino: 30% das mães tem o ensino secundário, em relação a 26,9% dos pais; 15,9% das mães tem nível de ensino superior, em relação a 14,3% dos pais. Inversamente ao grupo dos pais, não existe ausência de escolaridade entre o grupo de mães.

Outro dado interessante, é o facto de uma percentagem significativa de participantes não saber a escolaridade do pai e da mãe, respectivamente 11,9% e 5,6%. Este valor poderá dar conta de um maior distanciamento, físico e/ou emocional da figura paterna na dinâmica familiar.

Quadro 8
Distribuição dos participantes pela escolaridade dos pais

Variável	<i>n</i>	Categorias	<i>f</i>	%
Escolaridade Pai*	540	Sem Escolaridade	2	,4
		1º Ciclo	87	16,1
		2º Ciclo	51	9,4
		3º Ciclo	114	21,1
		Secundário	145	26,9
		Superior	77	14,3
		Não sabe	64	11,9
Escolaridade Mãe*		1º Ciclo	76	14,1
		2º Ciclo	40	7,4
		3º Ciclo	146	27,0
		Secundário	162	30,0
		Superior	86	15,9
		Não sabe	30	5,6

*($\chi^2 = 0,13$; $gl = 1$; $p > .05$)

O Quadro 9 resume informação sobre a actividade profissional dos pais dos participantes. Podemos observar que 82,8% dos pais e 78,3% das mães têm actividade

profissional. Também em relação a esta variável, existe desconhecimento dos participantes em relação à actividade laboral dos pais, em que 8,9% dos participantes desconhece se o pai tem actividade profissional, e 3% relativamente à mãe. No estudo HBSC de 2010, a nível nacional, este desconhecimento é de 2,2% para o pai e de 1,1% para a mãe (Matos *et al*, 2010), o que nos leva a considerar que regiões densamente povoadas como a região de Lisboa, potenciam este fenómeno.

Quadro 9

Distribuição dos participantes pela actividade profissional (AP) dos pais

Variável	<i>n</i>	Categorias	<i>f</i>	%
AP Pai	540	Sim	447	82,8
		Não	45	8,3
		Não sabe	48	8,9
AP Mãe	540	Sim	423	78,3
		Não	101	18,7
		Não sabe	16	3,0

2. Variáveis de Consumos

Seguidamente apresentamos dados relativos aos principais consumos verificados no que respeita a bebidas alcoólicas, tabaco e substâncias ilegais.

2.1. Consumo de Bebidas Alcoólicas

No que respeita ao consumo de bebidas alcoólicas, Quadro 10, podemos observar que 90,2% dos participantes já experimentou bebidas alcoólicas. A idade média do primeiro consumo é de 14,28 anos, com um mínimo de 3 e máximo de 23 anos. Os primeiros consumos de álcool ocorrem na maioria dos indivíduos aos 14, 15 e 16 anos, com percentagens de 19,6%, 18,9% e 17%, respectivamente. Verifica-se que 61 participantes, não responderam relativamente à idade do primeiro consumo.

A ocorrência desta expressão de consumo, em idades em que os jovens não devem consumir bebidas alcoólicas, quer do ponto de vista da saúde quer do ponto de vista legal, remete para a existência de uma certa permissividade legislativa e uma tolerância social ao consumo de bebidas alcoólicas. Vários estudos no nosso país mostram que uma percentagem significativa de jovens inicia consumos antes dos 16 anos de idade (Breda, 1996; Nabais & Correia, 2002; Nabais, 2005; Matos *et al*, 2010; Barroso, 2012).

Quadro 10

Distribuição dos participantes pelo consumo de bebidas alcoólicas e idade do primeiro consumo

Variável	<i>n</i>	Categorias		<i>f</i>	<i>%</i>		
Consumo bebidas alcoólicas	540	Sim		487	90,2		
		Não		53	9,8		
Idade do primeiro consumo	479*	Idade	<i>f</i>	<i>%</i>	Idade	<i>f</i>	<i>%</i>
		3	1	,2	13	58	10,7
		4	1	,2	14	106	19,6
		5	3	,6	15	102	18,9
		6	6	1,1	16	92	17,0
		7	3	,6	17	37	6,9
		8	2	,4	18	11	2,0
		9	2	,4	19	3	,6
		10	17	3,1	21	1	,2
		11	8	1,5	23	1	,2
		12	25	4,6			

M = 14,28
DP = 2,40
Minimo = 3
Máximo = 23
 *61 missing

Relativamente à distribuição do consumo de bebidas alcoólicas por sexo, verifica-se que 90,6% dos indivíduos do sexo feminino e 89,5% do sexo masculino, consomem bebidas alcoólicas, como se pode observar no Quadro 11. A pequena diferença observada não é estatisticamente significativa. Também o facto de uma percentagem superior de indivíduos do sexo feminino referir que consome bebidas alcoólicas, não significa a ingestão de maiores quantidades de álcool, como vemos adiante; os estudos realizados têm vindo a mostrar, invariavelmente, que os indivíduos do sexo masculino bebem mais que os do sexo feminino.

Quadro 11

Consumo de bebidas alcoólicas dos participantes por sexo

Consumo de álcool	Masculino			Feminino		
	<i>n</i>	<i>f</i>	%	<i>n</i>	<i>f</i>	%
Sim	181	162	89,5	359	325	90,6
Não		19	10,5		34	9,4

($\chi^2 = 0,143$; gl = 1; $p > .05$)

No Quadro 12, é apresentada uma relação completa das bebidas alcoólicas preferidas, por sexo. Verifica-se que, das 62 variedades de bebidas preferidas, 33 são destiladas (como a *vodka*, *cachaça* ou *whisky*) ou bebidas compostas por destilados (como o *Baileys*, *Carolanes* ou *Licor Beirão*). Podemos observar que as bebidas preferidas são a cerveja, a vodka e a sangria. Note-se a clara preferência de destilados pelo sexo feminino, que pode ser observada nas frequências registadas para as várias apresentações da vodka. A versão “Black” de algumas bebidas destiladas, como a *vodka* e a *caipirinha*, tem particular preferência pelo sexo feminino; note-se que a “Vodka Black” é a bebida preferida pelo sexo feminino (15,59%), só ultrapassada pela cerveja, com maior preferência pelo sexo masculino (17,67%). A apresentação de coloração negra desta bebida, é dada pela adição de um pigmento vegetal rico em taninos, o *catechu*, assim designado por ser extraído de uma espécie de acácia (*Acacia catechu*), e utilizado com fins medicinais nas culturas asiáticas; esta substância parece “amaciá” as bebidas destiladas com elevado teor alcoólico. A característica *cor*, introduzida na bebida, foi rapidamente aproveitada pelos jovens, particularmente do sexo feminino, como um jogo comunicacional entre grupos em ambiente de consumo, que consiste em “mostrar a língua” uns aos outros, de modo ostensivo, como comprovação do acto de ter bebido. Não podemos deixar de notar o simbolismo desta prática, no sentido da importância que a imagem visual tem para o adolescente, tal como refere Le Breton (2004, p. 20), o corpo é lugar da afirmação da sua presença, para si próprio e para os outros, daí a procura de originalidade pelo adolescente, através do vestuário, do penteado ou da atitude; tudo passa pelo corpo, numa “*necessidade interior de dar sentido e relevo à sua existência*”. Por outro lado, e numa perspectiva etológica, a conotação sexual do “mostrar a língua”, considerado um gesto indecente e provocatório no Ocidente, e provavelmente derivado de rituais ligados à alimentação (Eibl-Eibesfeldt, 1970/1998).

Quadro 12

Bebidas alcoólicas preferidas por sexo

Tipo de bebida	Masculino			Feminino			Tipo de bebida	Masculino			Feminino		
	n	f	%	n	f	%		n	f	%	n	f	%
Absinto		1	0,55		2	0,55	Catembo		7	3,86		0	0,00
Alcoolpops		0	0,00		3	0,83	Cerveja		32	17,67		16	4,45
Amendoa amarg		0	0,00		1	0,27	Champanhe		1	0,55		5	1,39
Anís		1	0,55		0	0,00	Destilados		1	0,55		1	0,27
Bacardi		2	1,10		0	0,00	Drambuie		1	0,55		3	0,83
Bacardi Lemon		1	0,55		0	0,00	Eristof Black		1	0,55		5	1,39
Baileys		2	1,10		5	1,39	Smirnof Black		0	0,00		1	0,27
Batida de coco		0	0,00		1	0,27	Espumante		1	0,55		1	0,27
Blue Corazon		0	0,00		1	0,27	Ginja		1	0,55		0	0,00
Cachaça		1	0,55		1	0,27	Ginjinha		0	0,00		1	0,27
Caipiblack		0	0,00		7	1,94	Gold Strike		4	2,20		3	0,83
Caipirinha		4	2,20		12	3,34	Licor		0	0,00		2	0,55
Caipiroska		0	0,00		1	0,27	Licor Beirão		2	1,10		10	2,78
Caiprinha		0	0,00		1	0,27	Licor de ginja		0	0,00		1	0,27
Carolanes		2	1,10		5	1,39	Licores		0	0,00		1	0,27
Malibu		3	1,65		10	2,78	Smirnof		0	0,00		2	0,55
Martini	181	2	1,10	359	5	1,39	Tequilha	181	1	0,55	359	2	0,55
Martini Rose		0	0,00		1	0,27	Vermute Rosso		1	0,55		0	0,00
Medronho		1	0,55		0	0,00	Vinho		3	1,65		6	1,67
Morangoska		0	0,00		1	0,27	Vinho do Porto		3	1,65		1	0,27
Moscatel		2	1,10		6	1,67	Vinho rosé		0	0,00		1	0,27
Não tem		57	31,4		89	24,7	Vinho verde		0	0,00		3	0,83
Old Fashioned		1	0,55		0	0,00	Vodka		15	8,28		26	7,24
Panaché		1	0,55		2	0,55	Vodka Black		7	3,86		56	15,59
Pina colada		0	0,00		1	0,27	Vodka c RedBul		1	0,55		3	0,83
Pisangambom		1	0,55		4	1,11	Vodka cola		1	0,55		0	0,00
Poncha maracuj	0	0,00	1	0,27	Vodka de melão	0	0,00	2	0,55				
Redbull	0	0,00	2	0,55	Vodka laranja	2	1,10	4	1,11				
Redbull e Burn	1	0,55	0	0,00	Vodka limão	0	0,00	2	0,55				
Safari	0	0,00	3	0,83	Whisky	3	1,65	6	1,67				
Safari cola	1	0,55	5	1,39	Whisky cola	1	0,55	1	0,27				
Sangria	7	3,86	21	5,84									
Shots	1	0,55	3	0,83									

No Quadro 13 podemos observar a frequência de episódios de embriaguez, em distribuição pelo sexo dos participantes. Verifica-se que a maioria dos participantes refere nunca se ter embriagado (53% para o sexo masculino e 54% para o sexo feminino), enquanto 28,4% dos rapazes e 18,9% das raparigas já se embriagaram três ou mais vezes; contudo, no que se refere a uma ou duas embriaguezes, o sexo feminino apresenta maior percentagem, 26,1% e 22%, respectivamente. A diferença entre grupos, masculino e feminino, não é estatisticamente significativa, como revelou o teste do Qui quadrado. Entre a população em idade escolar, o consumo de álcool e a frequência de embriaguezes aumentou de 1998 a 2002, tendo-se mantido estável até 2006 (Mafalda, Matos & Diniz, 2008). Verificou-se contudo, um aumento destes valores em 2010

(Matos *et al*, 2010). Ainda em relação a esta variável, Feijão (2010), com amostra a nível nacional, verificou que dos 12% de estudantes do 3º Ciclo que declararam ter-se embriagado nos últimos 12 meses, 8% tê-lo-ão feito “só uma vez por outra”, 2% em “algumas semanas” e 2% em “muitas semanas”; em relação ao Secundário, dos 30% que se embriagaram, 20% terá sido “só uma vez por outra”, 6% em “algumas semanas” e 4% em “muitas semanas”. O mesmo estudo revela que os principais locais de consumo excessivo são as discotecas e os bares, e que o Alentejo é a região com níveis mais elevados de consumos; a região Norte do país tem os níveis mais baixos, logo seguida da região de Lisboa e Vale do Tejo.

De acordo com o Relatório ESPAD (2011) a percentagem de episódios de consumo intensivo (cinco ou mais bebidas) entre os jovens, referentes aos últimos 30 dias, é de 22%, valor que se mantém estável em relação ao apurado em 2007. Constatamos assim que, embora a maioria dos indivíduos não se embriague, a frequência dos que o fazem é preocupante, nos indivíduos de ambos os sexos, com consumos de risco elevados, acima de 20/gr/etanol/dia, considerado o valor a partir do qual aumenta o risco problemas relacionados com o álcool (Babor & Higgins-Biddle, 2001), e que seriam duas unidades de bebida alcoólica.

Quadro 13
Episódios de embriaguez por sexo

Número de embriaguez	Masculino			Feminino		
	<i>n</i>	<i>f</i>	%	<i>n</i>	<i>f</i>	%
Nunca		96	53,0		197	54,8
1 a 2 vezes	181	40	22,0	359	94	26,1
3 vezes ou mais		45	24,8		68	18,9

($\chi^2 = 2,89$; $gl = 2$; $p > .05$)

No Quadro 14, podemos verificar que o número de bebidas por episódio de consumo, é superior para o sexo masculino (3,28 bebidas) em relação ao feminino (2,51 bebidas). Observa-se um valor máximo de 12 bebidas para o sexo feminino e de 15 para o masculino. Estas diferenças são estatisticamente muito significativas, como verificado pelo teste de comparação de médias, Mann-Whitney ($U=27332$; $Z=-2,864$; $p < 0,01$). Apesar da frequência de embriaguezes ser elevada, como verificámos, o número médio

de bebidas por episódio de consumo, situa-se entre duas a três unidades de bebida, apesar de os valores máximos serem muito elevados. Parece-nos que esta variável pode conter imprecisões, quando avaliada por questionário autopreenchido, uma vez que sabemos da dificuldade clínica em avaliar, com rigor, os consumos dos indivíduos.

Quadro 14

Número de bebidas por cada momento de consumo por sexo

	Número de bebidas por episódio de consumo				
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Total	538**	2,77	2,23	0	15
Masculino*	179	3,28	2,71	0	15
Feminino*	359	2,51	1,90	0	12

*(U=27332; Z=-2,864; p < 0,01) **Dois *missing*

O Quadro 15 apresenta as frequências de consumo pelos vários tipos de bebidas, onde podemos verificar que a maior parte dos participantes bebe “raramente ou nunca” e, uma percentagem diminuta bebe diariamente bebidas alcoólicas. Se considerarmos o consumo semanal, temos as bebidas destiladas (23,5%) e a cerveja (20,9%) como as mais consumidas.

Também Feijão (2010), apurou que, para um padrão de bebida de cerca de uma vez por semana, os destilados são mais consumidos (31,5%) em comparação com a cerveja (27,4%), valores que são, no entanto, superiores aos do presente estudo. A mesma autora refere ainda que, entre 2001 e 2006, o consumo de cerveja aumentou 93% e os destilados 88%. Os locais mais frequentes para o consumo são discotecas, bares e festas privadas.

Quadro 15

Percentagem relativa da frequência de consumo por tipo de bebidas alcoólicas

Frequência de consumo	Cerveja		Vinho		Destilados		<i>Alcoolpops</i>		Outras	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Raramente ou nunca	424	78,5	490	90,7	412	76,3	452	83,7	503	93,2
Todas as semanas	113	20,9	50	9,3	127	23,5	87	16,1	33	6,1
Todos os dias	3	0,6	0	0	1	0,2	1	0,2	4	0,7

Relativamente ao consumo dos vários tipos de bebida, Quadro 16, podemos observar que os destilados são as bebidas mais consumidas ($M=1,24$), que o sexo masculino prefere mais cerveja ($M=1,37$) e o feminino prefere mais destilados ($M=1,22$). Verifica-se também que o sexo masculino consome mais bebidas alcoólicas que o feminino, o que vai ao encontro dos resultados de outros estudos.

Quadro 16

Médias da frequência de consumo por bebidas alcoólicas por sexo

Tipo de bebida	Total			Masculino*			Feminino*			p^*
	n	M	DP	n	M	DP	n	M	DP	
Cerveja	540	1,22	,428	181	1,37	,507	359	1,14	,360	<,001
Vinho	540	1,09	,290	181	1,12	,321	359	1,08	,273	>,005
Destilados	540	1,24	,431	181	1,28	,448	359	1,22	,416	>,005
<i>Alcoolpops</i>	540	1,16	,376	181	1,22	,416	359	1,14	,352	<,005
Outras	540	1,08	,292	181	1,10	,318	359	1,06	,277	>,005

Em média, a frequência de consumo (todos os dias - 3, todas as semanas - 2, raramente ou nunca - 1) global é maior para os destilados ($M=1,24$; $DP=,431$; $n=540$). Os participantes do sexo masculino, apresentam um consumo médio mais elevado na cerveja ($M=1,37$). Os participantes do sexo feminino apresentam uma frequência de consumo médio superior para os destilados ($M=1,22$). Utilizando o teste de comparação de médias, Mann-Whitney, verificaram-se diferenças, estatisticamente significativas ao nível *alfa* ,005, no consumo de cerveja ($U=25419,000$, $Z=-5,803$; $p < ,001$) e no consumo de *alcoolpops* ($U=29673,500$; $Z=-2,571$; $p < ,005$) entre homens e mulheres.

Relativamente ao perfil de consumo dos participantes, e como podemos observar no Quadro 17, este é caracterizado por um consumo fora de casa e durante o fim-de-semana no período nocturno. Também Nabais (2005), em estudo com participantes entre os 16 e os 25 anos, verificou um padrão semelhante, com 80% dos sujeitos beberem fora de casa, 61,9% acompanhados e 39% ao fim-de-semana à noite.

Estes dados vão ao encontro dos padrões de consumo mais recentes entre os jovens que parecem beber menos frequentemente, mas com maior intensidade; relativamente abstinente durante a semana e bebedores empenhados nas festas de

Sexta-feira ou Sábado, frequentemente em grupo que, por vezes, ocupam também o espaço exterior aos locais de consumo (Le Breton, 2013).

Quadro 17

Local e modalidade de consumo de bebidas alcoólicas

Local/modalidade	n	Sim		Não	
		f	%	f	%
Fora casa		383	70,9	157	29,1
Em casa		167	30,9	373	69,1
Sozinho		19	3,5	521	96,5
Acompanhado	540	389	72,0	151	28,0
Semana de dia		30	5,6	510	94,4
Semana à noite		72	13,3	468	86,7
Fim-semana dia		66	12,2	474	87,8
Fim-semana noite		342	63,3	198	36,7

Relativamente à presença de problemas com álcool na família dos participantes, podemos verificar no Quadro 18, a existência de problemas com o pai (7,8%), com avós (4,4%) e com outros elementos da família (9,1%). Globalmente registam-se 118 ocorrências (21,85%); realça-se que se trata de ocorrências na família, e não do número de participantes com problemas na família, isto porque um mesmo participante, pode registar mais que uma situação na sua família (por exemplo o pai e um avô).

A relação entre disfunção familiar e consumo de bebidas alcoólicas tem sido continuamente estudada, particularmente quando um dos progenitores sofre de alcoolismo. Estas famílias tendem a apresentar maiores níveis de inconsistência, baixa coesão, menos organização, padrões alterados de comunicação e conflito (Becker *et al*, 1959; Peterson *et al*, 1961; DiClemente *et al*, 2001; Hawkins *et al*, 2012). Se bem que em famílias com pai alcoólico, possa ocorrer divórcio, com frequência esta decisão é continuamente adiada, expondo os seus elementos a um estado crónico de incerteza, de caos e inconsistência (Jarmas & Kazak, 1992).

Quadro 18
Problemas com álcool na família

Familiares	n	Sim		Não	
		f	%	f	%
Pai	540	42	7,8	498	92,2
Mãe		3	0,6	537	99,4
Avós		24	4,4	516	95,6
Outros		49	9,1	491	90,9

O consumo de bebidas alcoólicas está frequentemente associado a consequências a vários níveis da vida dos indivíduos. O Quadro 19 apresenta a frequência de problemas em cinco dimensões, em que se observa que a família (4,8%), a saúde (1,9%) e a escola (1,5%) são as dimensões mais afectadas pelos consumos. Note-se a presença de quatro participantes com problemas a nível judicial.

Os problemas resultantes do consumo de bebidas alcoólicas, dependem do tipo de relação que os indivíduos estabelecem com o álcool, particularmente o seu padrão de consumo. (Matos, Carvalhosa, Reis & Dias, 2001) referem que o consumo regular e abusivo de álcool está relacionado com uma maior distanciamento face à família, escola e com os pares do meio escolar. Entre os adolescentes, o consumo excessivo, surge também associado a morte violenta, diminuição do desempenho escolar, dificuldades de aprendizagem e perturbações do desenvolvimento, comprometendo a estruturação de habilidades cognitivas e emocionais (Pechansky *et al*, 2004).

Quadro 19
Problemas relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas para o próprio

Problemas	n	Sim		Não	
		f	%	f	%
Saúde	540	10	1,9	530	98,1
Escolar		8	1,5	532	98,5
Familiar		26	4,8	513	95,0
Laboral		2	0,4	538	99,6
Judicial		4	0,7	536	99,3

2.2. Consumo de Tabaco

Relativamente à experiência de consumo de tabaco, Quadro 20, podemos observar que 56,3% dos participantes já experimentou tabaco. Estes dados estão de acordo com outros estudos que revelam semelhanças, apesar de algumas variações consoante a faixa etária dos estudos. Verifica-se uma tendência a diminuir o número de indivíduos que experimenta tabaco, desde 1998 até 2010 (com um pico de crescimento em 2002 (Matos *et al*, 2010).

Quadro 20
Experiência de consumo de tabaco

Tabaco	n	Sim		Não	
		f	%	f	%
Experiência de consumo de tabaco	540	304	56,3	236	43,7

Relativamente à idade do primeiro consumo e ao número de cigarros por dia, podemos verificar, pelo Quadro 21, que a média de idade é de 14,71 e que os participantes fumam, em média, 1,29 cigarros por dia. Os dados são consonantes com outros estudos, com faixa etária semelhante.

Quadro 21
Média da idade do primeiro consumo de tabaco e número de cigarros dia

Experiência de consumo	Total				
	n	M	DP	Min.	Max.
Idade do primeiro consumo	540	14,71	2,51	5	22
Número cigarros/dia	540	1,29	3,56	0	20

No que respeita à frequência de consumo de tabaco, podemos observar no Quadro 22, que a grande maioria dos participantes de ambos os sexos não fuma; que 12,2% dos participantes fuma diariamente, 5,7%, fuma pelo menos uma vez por semana e outros 5,7% fumam menos de uma vez por semana. Considerando os vários tipos de consumo (diário, pelo menos uma vez/semana e menos de uma vez/semana), o sexo feminino

tende a fumar mais que o sexo masculino, embora esta tendência não seja estatisticamente significativa, como mostrou o teste de Qui quadrado.

Num estudo para a população portuguesa e para uma faixa etária entre 25 e 34 anos, (Balsa, Vital & Urbano, 2013) identificaram prevalências de consumo de tabaco, relativas ao último mês, de 33% para o sexo masculino e de 16% para o sexo feminino. Estes valores sugerem que, em faixas etárias mais baixas, os indivíduos do sexo feminino fumam mais que os do sexo masculino, invertendo-se este padrão para faixas etárias superiores, em que o sexo masculino duplica a percentagem de consumo, face ao feminino. Ainda relativamente ao consumo de tabaco, e segundo o Relatório ESPAD (2011), o consumo de tabaco sofreu um agravamento do consumo para a população adolescente portuguesa, com 29% dos indivíduos a consumir tabaco nos últimos 30 dias.

Quadro 22

Frequência de consumo de tabaco total e por sexo

Frequência de consumo	Total			Masculino*			Feminino*		
	<i>n</i>	<i>f</i>	%	<i>n</i>	<i>f</i>	%	<i>n</i>	<i>f</i>	%
Não fumo		412	76,3		149	82,3		263	73,2
Menos de uma vez/semana	540	31	5,7	181	6	3,3	359	25	6,9
Pelo menos uma vez/semana		31	5,7		7	3,8		24	6,6
Todos os dias		66	12,2		19	10,4		47	13,0

*($\chi^2 = 6,41$; $gl = 3$; $p > .05$)

2.3. Consumo de Substâncias Ilícitas

Apresentamos seguidamente, através do Quadro 23, as frequências de consumo dos vários tipos de substâncias. Verificamos que, a *cannabis* é a substância ilícita mais consumida pelos participantes do estudo (26,3%), seguida dos estimulantes e da cocaína, mas em percentagens muito inferiores, de 1,3% e 1,1%, respectivamente. Atendendo ao consumo de *cannabis* ao longo da vida, este apresenta uma maior prevalência em idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos, com uma percentagem

de cerca de 16% e grande assimetria de entre sexos, cerca de 12 pontos percentuais de diferença, com maior consumo para o sexo masculino (Balsa, Vital & Urbano, 2013).

Quadro 23
Experiência de consumo de substâncias ilícitas

Tipo de substância	n	Sim		Não	
		f	%	f	%
<i>Cannabis</i>	540	142	26,3	398	73,7
Estimulantes		7	1,3	533	98,7
LSD		2	0,4	538	99,6
Cocaína		6	1,1	534	98,9
<i>Ecstasy</i>		2	0,4	538	99,6
Medicamentos		5	0,9	535	99,1
Heroína		1	0,2	539	99,8
Outros		5	0,9	535	99,1

Através da observação do Quadro 24, podemos caracterizar melhor os consumos de *cannabis* dos participantes, onde verificamos que: 1) a maioria, 73,9% não experimentou, 2) 16,3% experimentou uma ou duas vezes e 9,8% experimentou três vezes ou mais. Relativamente à diferença entre sexos confirma-se que o sexo masculino experimentou mais *cannabis* que o sexo feminino, e que essa diferença é estatisticamente significativa, tal como verificado por outros estudos.

Quadro 24
Número de experiências de consumo de *cannabis*

Número de experiências	Total			Masculino*			Feminino*		
	n	f	%	n	f	%	n	f	%
Não experimentou		399	73,9		124	68,5		275	76,6
Uma ou duas vezes	540	88	16,3	181	31	17,1	359	57	15,8
Três vezes ou mais		53	9,8		26	14,3		27	7,5

*($\chi^2 = 6,92$; $gl = 2$; $p < .05$)

O Quadro 25, resume a frequência do consumo actual de *cannabis* pelos participantes (ao momento do inquérito). Se o sexo feminino tende a consumir mais tabaco, como verificámos, os indivíduos do sexo masculino consomem mais *cannabis*, sendo as diferenças entre grupos estatisticamente significativa, como se verifica pelo teste Qui quadrado. Se considerarmos a frequência de consumos semanal e diária, encontramos nove participantes nesta situação e, se do ponto de vista epidemiológico constitui uma percentagem diminuta, do ponto de vista clínico parece-nos um valor significativo.

Um outro aspecto a considerar, é o facto de a *cannabis* ter efeito antiemético, inibindo o vómito; como muitos fumadores de *cannabis* também bebem muito álcool, e como o vómito após ingestão de grande quantidade álcool pode minorar significativamente os efeitos da intoxicação aguda, eliminando-o do estomago, o consumo de *cannabis* pode aumentar o risco de *overdose* alcoólica, por vezes fatal (Dupont, 2005).

Quadro 25

Frequência de consumo actual de *cannabis* total e por sexo

Frequência de consumo	Total			Masculino*			Feminino*		
	<i>n</i>	<i>f</i>	%	<i>n</i>	<i>f</i>	%	<i>n</i>	<i>f</i>	%
Não fumo		505	93,5		164	90,6		341	94,9
Menos de uma vez/semana		26	4,8		10	5,5		16	4,4
	540			181			359		
Pelo menos uma vez/semana		5	0,9		5	2,7		0	0
Todos os dias		4	0,7		2	1,1		2	0,5

*($\chi^2 = 10,93$; $gl = 3$; $p < .05$)

3. Comportamentos Protectores de Saúde

Relativamente aos comportamentos protectores da saúde e de risco, medidos pelo inventário MEV, conforme Quadro 26, podemos concluir que os participantes apresentam globalmente bons níveis de comportamentos protectores face à saúde, em que a média para os participantes ($M=101,87$), está claramente acima de uma nota média do inventário (84). Também as subescalas apresentam valores acima do intermédio (que seria de 2,5 - entre a pontuação 1 e 5), e em que as subescalas melhor cotadas são a segurança motorizada e o uso de drogas/similares, cuja tradução de

resposta nos respectivos comportamentos, será entre “Com muita frequência” e “Quase sempre”. A subescala Nutrição é a que apresenta o valor mais baixo (2,76), sugerindo uma menor preocupação e investimento nos comportamentos relacionados com uma alimentação saudável. Dada a importância dos hábitos alimentares para a saúde global dos indivíduos, e da relação destes com um conjunto de doenças graves do foro endócrino e cardiovascular, parece-nos importante não desvalorizar a intervenção na população adolescente.

Nesta fase do desenvolvimento podem ser exploradas, a nível afectivo, cognitivo e comportamental, as associações entre a alimentação e o estado de saúde actual e futuro, bem como entre as práticas alimentares e o ambiente sociofamiliar. Este aspecto ganha particular importância no contexto do nosso país, que parece não favorecer comportamentos de práticas alimentares saudáveis, e mesmo incentivar, muito por via dos meios de comunicação social, o consumo de produtos pobres e até impróprios para a saúde (Loureiro, 1999).

As subescalas Autocuidado e Exercício físico apresentam valores intermédios em relação ao conjunto.

Quadro 26

Resultados obtidos no questionário MEV, total e por subescalas

MEV	Nota comportamentos protectores				
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
MEV - total		101,87	14,07	43	138
Exercício físico		3,22	1,19	1	5
Nutrição	540	2,76	0,99	1	5
Autocuidado		3,77	0,61	1	5
Segurança motorizada		4,30	0,89	1	5
Uso de drogas/similares		4,00	0,72	1	5

Pela observação do Quadro 27, podemos verificar que 89,4% dos participantes apresenta níveis elevados de comportamentos protectores da saúde, reforçando os dados anteriores. Apenas 57 dos participantes (10,6%) regista notas abaixo da linha média; destes, oito destacam-se particularmente do conjunto da amostra por apresentarem notas

muito baixas de comportamentos protectores, ou seja, serão indivíduos que apresentam comportamentos de risco face à saúde.

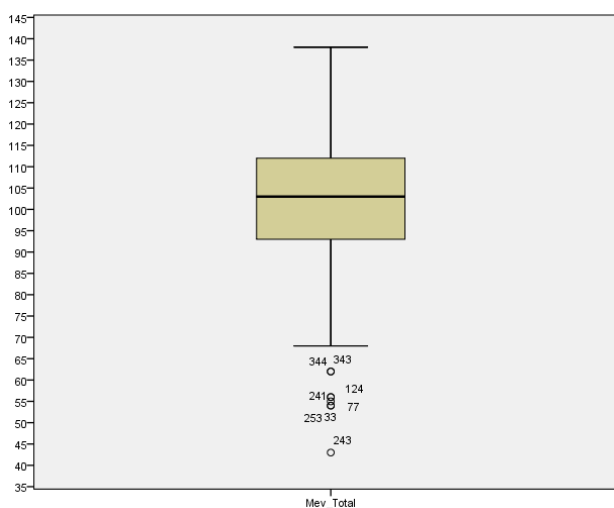
Quadro 27
Distribuição da amostra pelo Inventário MEV

Escala	<i>n</i>	Scores	<i>f</i>	%
MEV	540	28 - 84	57*	10,6
		85 -140	483	89,4

*8 são *outliers*

No Gráfico 1, podemos observar a distribuição dos participantes pelo Inventário MEV, onde se registam a mediana, os Quartis 1 e 3, e os limites da amplitude da variável, em SPSS, bem como a identificação de oito “cotações extravagantes” (*outliers*), ou valores atípicos, por apresentarem um grande afastamento dos demais da série.

Gráfico 1
Caixa-de-bigodes da variável Inventário MEV



4. Sintomatologia Depressiva

A sintomatologia depressiva entre adolescentes e jovens adultos (e na população em geral), é relativamente frequente e pode estar relacionada com importantes dificuldades a nível pessoal, familiar, na relação com a escola, com o trabalho e com o meio social, daí o benefício inequívoco da sua avaliação.

No presente estudo, a depressão é medida através do Inventário de Depressão de Beck, versão II. O Quadro 28 resume a globalidade dos resultados para os participantes em estudo; pode observar-se que a nota média é de 10,24, para um desvio padrão de 7,16; as cotações variaram entre um mínimo de zero e um máximo de 43. A não pontuação em nenhum dos 21 itens, pode estar relacionada com atitude defensiva por parte do respondente. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre sexos, apesar de ligeira tendência para os indivíduos do sexo feminino pontuarem mais na escala (ver Quadro 35, p.151): sexo masculino com média de 9,55 e sexo feminino com média de 10,58.

Quadro 28
Resultados obtidos no questionário BDI-II

Escala	Resultados				
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
BDI-II	540	10,24	7,16	0	43

De forma mais discriminada, o Quadro 29 apresenta os valores da escala nas suas quatro categorias identificativas de depressão. Verifica-se que 72,2% dos indivíduos não apresenta sinais de depressão; 16,9% apresentam depressão ligeira; 8,3% depressão moderada e 2,6% depressão severa (14 participantes). A escala revela assim, a presença de sintomatologia depressiva importante e não negligenciável nos participantes. Oliveira-Brochado & Oliveira-Brochado (2008), com uma amostra de 340 adolescentes entre os 13 e os 16 anos e com o mesmo instrumento, observou valores semelhantes: média total de 11,44; depressão mínima (71%); depressão ligeira (15%); depressão moderada (8%) e depressão severa (6%), valores muito semelhantes aos do presente estudo, excepto para a depressão severa, que apresenta percentagem superior. O estudo de Campos & Gonçalves (2011), com amostra de 547 estudantes do ensino superior

entre os 18 e os 55 anos de idade, e com o mesmo inventário, apurou valores ligeiramente mais baixos: média total de 8,88, para o sexo masculino (7,64) e para o feminino (9,72); e diferença significativa entre sexos. Os dados sugerem decréscimo da depressão com o aumento da idade.

Quadro 29

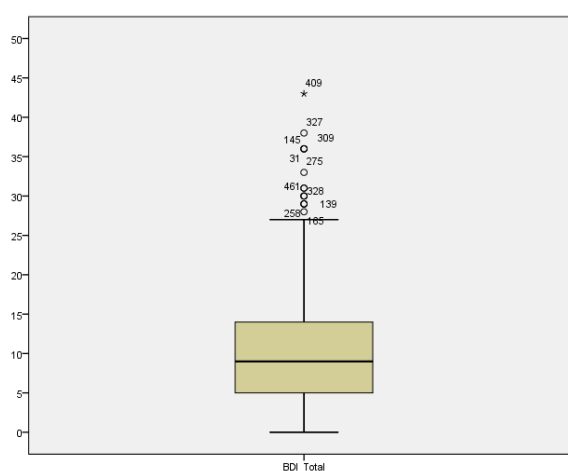
Distribuição da amostra pelos níveis de depressão do Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)

Escala	<i>n</i>	Scores	<i>f</i>	%
BDI-II	540	[0 - 13] Depressão mínima	390	72,2
		[14 - 19] Depressão ligeira	91	16,9
		[20 - 28] Depressão moderada	45	8,3
		[29 - 63] Depressão severa	14*	2,6

*11 são *outliers*

No Gráfico 2, podemos observar a distribuição dos participantes pelo Inventário BDI-II, onde se registam a mediana, os Quartis 1 e 3, e os limites da amplitude da variável, em SPSS, bem como a identificação de onze *outliers*; neste caso os elementos que se afastam da série, são onze dos que enquadram a categoria de depressão severa (14 indivíduos), e que apresentam os valores mais elevados de depressão.

Gráfico 2: Caixa-de-bigodes da variável BDI-II



5. Risco Suicidário

A adolescência apresenta-se como uma fase do desenvolvimento que envolve grande susceptibilidade ao surgimento de comportamentos suicidários. A presença de um conjunto de profundas e complexas transformações, a nível biológico, psicológico e social, não será alheia a este fenómeno. Nesta fase de transição para a idade adulta, o adolescente deve realizar um conjunto de processos progredientes (de luto, integração e adaptação) que, nem sempre decorrem de modo fluido e regular, dependendo quer de condições próprias, quer ambientais, nomeadamente ambiente familiar e contexto social.

Marcelli & Bracconier (2005), referem que a tentativa de suicídio é um dos comportamentos mais significativos da adolescência. Outrora raro na pré-adolescência, o comportamento suicidário, desde há cerca de duas décadas, passou a surgir em crianças de nove e dez anos de idade (Bracconier, 2012). Aspectos estes, que nos levam a considerar a importância da identificação e caracterização deste tipo de comportamentos, que mantêm relação com outras constelações sintomáticas, não raramente pouco claras e difusas.

Relativamente ao risco de suicídio medido pela Escala de Risco Suicidário de J. Stork, podemos observar no Quadro 30, que a globalidade dos participantes apresenta níveis não preocupantes de risco, ou seja, uma nota média de 46,21, que se enquadra na categoria de “Estado normal” (entre 0 e 63).

Quadro 30

Resultados obtidos no questionário Escala de Risco Suicidário de J. Stork

Escala	Resultados				
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
E.R.S. J. Stork	540	46,21	22,41	5	125

A distribuição dos participantes pelos níveis de risco da Escala, apresentada no Quadro 31, revela que 78,7% dos indivíduos se encontra num nível de normalidade, 13,5% encontra-se em valores intermédios e duvidosos, 5,2% apresentam fraco risco, 2% apresenta risco importante e 0,6% (dois participantes) apresenta risco suicidário

extremamente importante. Tal como no caso da depressão, encontramos valores muito importantes do ponto de vista clínico.

Quadro 31

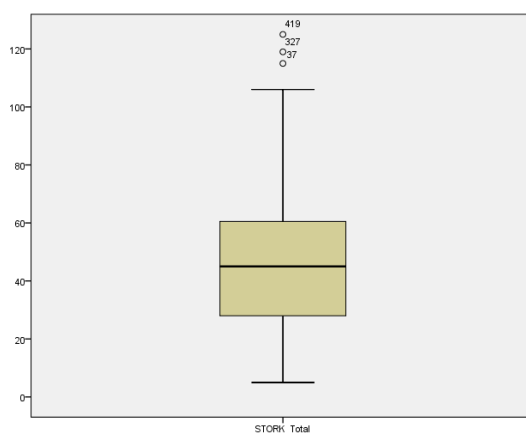
Distribuição da amostra pelos níveis de risco da Escala de Risco Suicidário de J. Stork

Escola	<i>n</i>	Scores	<i>f</i>	%
E.R.S. Stork	540	[0 - 63] Estado normal	425	78,7
		[64 - 79] Estado intermédio ou duvidoso	73	13,5
		[80 - 97] Fraco risco	28	5,2
		[98 - 107] Risco suicidário importante	11	2,0
		>107 Risco suicidário extremamente importante	3*	0,6

*3 outliers

No Gráfico 3, podemos observar a distribuição dos participantes pela Escala de Risco Suicidário de J. Stork, onde se registam a mediana, os Quartis 1 e 3, e os limites da amplitude da variável, em SPSS, bem como a identificação de três *outliers*; neste caso os elementos que se afastam da série, enquadram a categoria de “Risco suicidário extremamente importante” (3 indivíduos), e que apresentam os valores mais elevados de risco suicidário.

Gráfico 3: Caixa-de-bigodes da variável E.R.S. de J. Stork



6. Factores de Risco

Relativamente aos factores de risco e através de análise correlacional, Quadro 32, é possível constatar que a presença de comportamentos protectores da saúde, medidos pelo Inventário MEV, estão inversa e fortemente correlacionados de modo muito significativo, com os indicadores de depressão e de risco de suicídio, com o número de bebidas por episódio de consumo, com a frequência de embriaguezes, com o consumo de tabaco e de *cannabis*, ou seja, quanto menor a presença de comportamentos saudáveis, maiores são os indicadores psicopatológicos e o consumo de substâncias.

A depressão encontra-se correlacionada de modo muito significativo com o risco suicidário, e de modo significativo com a idade e o consumo de tabaco, ou seja, os indivíduos mais deprimidos são os mais novos e os que mais fumam.

O risco de suicídio apresenta-se correlacionado de modo muito significativo com, a idade, com a idade do primeiro consumo de álcool e com a frequência do consumo de tabaco (mas não de *cannabis*), ou seja, estão em maior risco de suicídio, os sujeitos mais novos, que começaram a beber mais cedo, que consomem mais álcool e tabaco.

A frequência do consumo de *cannabis* encontra-se correlacionada de modo muito significativo, com o número de bebidas por episódio com a frequência de embriaguezes e com o consumo de tabaco, identificando-se assim uma forte associação entre o consumo de álcool, tabaco e *cannabis*.

Quanto à idade do primeiro consumo de álcool, verifica-se que esta variável está inversamente correlacionada, de modo muito significativo, com todos os tipos de consumos e indicadores psicopatológicos, pelo que se apresenta como um importante preditor para o risco de desenvolver problemas com o consumo de substâncias e perturbações psicopatológicas (Shanks, 1990; Lewinsohn *et al*, 1996; Pritchard & Martin, 1996).

A presença de indicadores de comportamento de risco positivamente associados, remete para a existência de uma constelação de variáveis que estarão na base dos problemas de comportamento na adolescência (Jessor, 1991; Farrel, Danish & Howard, 1992). Neste contexto a depressão, como causa ou como efeito, parece desempenhar um papel importante na manutenção ou agravamento dos sintomas (Natsuaki, Biehl & Ge, 2009; Lomb, Yu, Nebbitt & Earl, 2011; Hetrick, Parker, Robinson, Hall & Vance, 2012).

Quando 32

Matriz de Correlações Momento Produto entre as variáveis, MEV, BDI-II, E.R.S. J. Storck, Idade, Idade do primeiro consumo de álcool, Número de bebidas no momento, Frequência de embriaguezes, Frequência do consumo de tabaco e Frequência de consumo de *cannabis*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 –MEV	1,000								
2 – BDI-II	-,136**	1,000							
3 – E.R.S.J. Stork	-,188**	,671**	1,000						
4 – Idade	-,032	-,097*	-,168**	1,000					
5 – Idade primeiro consumo de álcool	,137**	-,046	-,135**	,355**	1,000				
6 – Número de bebidas no momento	-,275**	,036	,121**	,140**	-,109*	1,000			
7 – Frequência de embriaguezes	-,214**	,025	,060	,314**	-,096*	,645**	1,000		
8 – Frequência do consumo de tabaco	-,244**	,097*	,116**	,239**	-,080	,433**	,426**	1,000	
9 – Frequência de consumo de <i>cannabis</i>	-,232**	-,013	,068	,084	-,096*	,232**	,301**	,232**	1,000

** correlação é significativa ao nível alfa ,001 (bicaudal)

*correlação é significativa ao nível alfa ,005(bicaudal)

No Quadro 33, podemos observar que o Inventário MEV, e no mesmo sentido dos dados anteriores, está correlacionado de modo muito significativo com as subescalas respectivas (Exercício, Nutrição, Autocuidado, Segurança motorizada e Drogas/similares) e em correlação inversa, de modo significativo, com os indicadores de depressão e de risco de suicídio. Os dados revelam homogeneidade de comportamentos protectores de saúde entre as dimensões das subescalas do Inventário MEV. À presença de depressão ou de risco de suicídio, corresponde uma diminuição de comportamentos saudáveis em todas as respectivas subescalas.

Quadro 33

Matriz de Correlações Momento Produto entre as variáveis, MEV, BDI-II, E.R.S. J. Storck e as cinco subescalas do Inventário MEV

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 –MEV	1,000							
2 – BDI-II	-,136**	1,000						
3 – E.R.S. J. Storck	-,188**	,671**	1,000					
4 – MEV – Exercício	,328**	-,075	,043	1,000				
5 – MEV – Nutrição	,659**	-,114**	-,147**	,114**	1,000			
6 – MEV – Autocuidado	,807**	-,115**	-,217**	,039	,395**	1,000		
7 – MEV – Segurança Motor.	,500**	-,031	-,069	,000	,163**	,306**	1,000	
8 – MEV – Drogas/similares	,646**	-,053	-,095*	,062	,183**	,395**	,333**	1,000

** correlação é significativa ao nível alfa ,001 (bicaudal)

*correlação é significativa ao nível alfa ,005 (bicaudal)

Pela análise do Quadro 34, podemos observar que o consumo dos vários tipos de bebidas alcoólicas apresenta-se também correlacionado inversamente, de modo muito significativo com o Inventário MEV, ou seja, o consumo de qualquer bebida alcoólica é um bom preditor para comportamentos menos saudáveis. De igual modo, qualquer tipo de bebida é um bom preditor para o consumo de outras.

Podemos observar também que, o risco de suicídio não apresenta correlação com nenhum tipo de bebida, apesar de ser sensível à idade do primeiro consumo de álcool e ao número de bebidas por episódio, como vimos anteriormente.

Quadro 34

Matriz de Correlações Momento Produto entre as variáveis, MEV, BDI-II, E.R.S. J. Stork, Consumo de cerveja, Consumo de vinho, Consumo de destilados e Consumo de *alcoolpops*

	1	2	3	4	5	6	7
1 –MEV	1,000						
2 – BDI-II	-,136**	1,000					
3 – E.R.S. Stork	-,188**	,671**	1,000				
4 – Consumo cerveja	-,197**	-,012	,054	1,000			
5 – Consumo vinho	-,157**	-,063	-,001	,224**	1,000		
6 – Consumo destilados	-,183**	-,038	,033	,398**	,238**	1,000	
7 – Consumo <i>alcoolpops</i>	-,125**	,000	,062	,304**	,166**	,420**	1,000

** correlação é significativa ao nível alfa ,001 (bicaudal)

*correlação é significativa ao nível alfa ,005 (bicaudal)

Apresentamos de seguida alguns dados estatísticos de comparação de médias entre grupos. Assim, no Quadro 35, podemos verificar que as escalas BDI-II e E.R.S de J.Stork, não revelam diferenças em relação aos dois sexos. O Inventário MEV, contudo, revela que o sexo feminino apresenta médias de comportamentos de saúde superiores ao sexo masculino. Este dado está de acordo com Ribeiro & Sousa (2002), que verificaram que indivíduos do sexo feminino revelavam mais cuidado com a alimentação, com a protecção sexual, com o uso de drogas e medicamentos e com a protecção da saúde.

Contudo, Mahalik *et al* (2013), identificaram grupos de jovens, em que os indivíduos do sexo feminino, apresentavam condutas de risco mais precoces que o sexo masculino, em áreas como o consumo de tabaco, o número de parceiros sexuais e a idade da primeira experiência sexual; sugerem que a clássica diferença de comportamento entre os sexos, possa oscilar com o curso do desenvolvimento.

Quadro 35

Teste de comparação de médias entre o MEV, BDI-II e a E.R.S. J. Stork para a variável sexo

Escalas	Masculino			Feminino			U	Z	sig
	n	M	DP	n	M	DP			
MEV		99,29	14,40		103,17	13,74	26813	-3,31	<,005
BDI-II	181	9,55	6,36	359	10,58	7,51	30557	-1,13	>,005
E.R.S. J. Stork		47,80	20,98		45,41	23,09	29841	-1,547	>,005

U: Mann-Whitney Teste

O Quadro 36, coloca em evidência a comparação de médias entre o Inventário MEV, e as escalas BDI-II e E.R.S. de J.Stork, em relação à estrutura familiar dos participantes. Verifica-se que na E.R.S.J. Stork, existem diferenças estatisticamente significativas entre a Família tradicional e a Família monoparental com referência à mãe, facto que nos leva a considerar que os indivíduos que vivem apenas com a mãe, têm mais propensão a ideias de suicídio ($\chi^2 = 10,07$; $gl = 4$; $p < .05$). Este aspecto deve ser tomado em consideração uma vez que, como verificámos anteriormente, 20,1% dos agregados familiares dos participantes deste estudo, enquadram-se nesta situação. Acresce a esta circunstância o facto de, como refere Relvas (2004, p.101) quando a triangulação familiar se constrói “*com base numa relação muito intensa entre a criança e o outro progenitor (mãe). Temos então uma família nuclear intacta, mas funcionalmente equivalente a uma família monoparental*”. Também Cyrulnik (1995, p. 123) refere que, “*Quando o pai está ausente, a mãe beneficia de uma relação intensa que, na adolescência, se transformará em prisão afectiva*”. Num estudo com adolescentes infractores, relativamente à condução de ciclomotores, e com a utilização da Escala de Risco Suicidário de J. Stork, Santos (2003) verificou que os indivíduos que apresentavam maior risco de suicídio, eram aqueles que viviam apenas com a mãe. Relativamente aos indicadores de depressão em adolescentes, Cardoso *et al* (2004) verificaram que os jovens que vivem apenas com a mãe, revelam incidência de depressão significativamente superior, em relação aos que vivem com ambos os progenitores. Também em relação aos comportamentos de risco na adolescência, Jessor & Jessor (1974), constataram que a ideologia materna, em associação com aqueles comportamentos de risco, é mais significativa para as filhas.

A figura parental materna, na ausência da figura paterna, física ou emocionalmente, parece influenciar o surgimento de indicadores de sofrimento psicológico. A presença de ansiedade materna, poderá influenciar a ocorrência destes sintomas, quer por motivos sociofamiliares, pela necessidade de dar resposta a um conjunto de papéis e funções (frequentemente não partilhados), quer por razões psicológicas, como o carácter possessivo de algumas mães, como refere Matos (2002, p. 107). Para este autor, o traço de carácter das designadas “*mães possessivas*” é o facto de se apoderarem do filho “*como um objecto de propriedade privada*” (...) “*como uma peça fundamental e imprescindível do seu equilíbrio dinâmico*”; o filho funcionará então, como o suporte de “*um equilíbrio instável, um pilar da sua inserção social*”. Cyrulnik (2007) realça que os rapazes são mais vulneráveis ao divórcio dos pais, passam por dificuldades de identificação quando não têm pai, e procuram situações onde o risco lhes sirva de prova iniciática; enquanto as raparigas, física e emocionalmente mais avançadas, suportam melhor o divórcio, embora se sintam entravadas quando ficam sozinhas com as mães.

Quadro 36

Comparação de médias entre MEV BDI-II e a E.R.S. J. Stork em relação ao agregado familiar

Agregado	MEV			BDI-II			E.R.S. Stork		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
F. tradicional	344	101,69	13,75	344	9,92	6,90	344	44,49*	22,15
F. Mono/Mãe	114	103,51	14,69	114	11,07	7,57	114	51,48*	22,18
F. Mono/Pai	10	101,10	20,83	10	9,60	9,30	10	43,30	25,53
F. Recombinada	43	98,95	12,99	43	10,77	8,45	43	48,74	25,54
Outra	29	102,07	14,45	29	10,17	5,59	29	43,17	17,72
<i>Teste de Kruskal-Wallis: $\chi^2 = 3,55; gl = 4; p > .05$</i>				<i>$\chi^2 = 2,96; gl = 4; p > .05$</i>			<i>$\chi^2 = 10,07; gl = 4; p < .05$</i>		

**Pos Hoc Test Dunnett C* identifica a diferença na família tradicional e na família monoparental por referência à mãe.

A observação do Quadro 37, reforça os aspectos referidos, partindo do princípio de que a grande maioria das famílias monoparentais de referência à mãe, resultam de divórcio/separação. Considerando as mesmas escalas, mas comparando agora com a situação conjugal dos pais, verifica-se que os filhos de pais separados/divorciados apresentam, de modo estatisticamente significativo, cotação superior de risco suicidário. Curiosamente não se verificam diferenças para as outras escalas em relação à situação

conjugal dos pais, particularmente as situações de morte da mãe ou do pai. Questionamo-nos se, factores organizadores da dinâmica familiar, não funcionarão de modo mais eficaz em situação de morte parental, do que em situação de divórcio ou separação; se a reorganização psicológica dos adolescentes/jovens adultos face a uma perda “evitável” (divórcio/separação), não será mais dolorosa, que perante uma perda “inevitável” (morte).

Quadro 37

Comparação de médias entre MEV BDI-II e a E.R.S.J. Stork em relação à situação conjugal dos pais

Situação conjugal dos pais	MEV			BDI-II			E.R.S. J. Stork		
	N	M	DP	N	M	DP	N	M	DP
Vivem juntos	360	101,41	13,82	360	10,02	6,97	360	44,71*	22,04
Divorciados/sep.	147	103,26	14,82	147	10,89	7,86	147	50,60*	23,44
Mãe falecida	7	103,57	12,97	7	7,43	6,60	7	34,71	19,93
Pai falecido	26	99,85	13,55	26	10,31	5,49	26	45,31	19,12
<i>Teste de Kruskal-Wallis: $\chi^2 = 1,90$; $gl = 3$; $p > .05$</i>				<i>$\chi^2 = 2,42$; $gl = 3$; $p > .05$</i>			<i>$\chi^2 = 8,92$; $gl = 3$; $p < .05$</i>		

**Pos Hoc Test Dunnett C* identifica a diferença entre o viver juntos e o estar separado/divorciado, sendo a nota da E.R.S. J.Stork mais elevada nesta última situação conjugal dos pais.

Relativamente à comparação entre as várias etnias a que os indivíduos pertencem e as escalas MEV, BDI-II e E.R.S. de J. Stork, Quadro 38, podemos verificar que existem diferenças significativas para os comportamentos de saúde ($\chi^2 = 1078,0$; $gl = 1035$ $p < .05$) e para o risco suicidário ($\chi^2 = 1252,8$; $gl = 1470$ $p < .05$). No que respeita à sintomatologia depressiva não se registam diferenças significativas entre as várias etnias. No que respeita aos comportamentos de protecção da saúde, e considerando o número de representantes das respectivas culturas/etnias, verificamos que os portugueses apresentam bons níveis de comportamentos de saúde (média de 103,05), enquanto que os indivíduos de cultura/etnia africana, apresentam valores tendencialmente mais baixos, à excepção dos representantes da cultura moçambicana (seis participantes), que regista uma média de 110,17.

Aspectos de ordem cultural, como os valores do grupo, podem actuar contra a doença e o stresse, reforçando a coesão social e familiar, o que facilita o enfrentar de dificuldades da vida. A mundividência de uma cultura, pode também ter o efeito de uma inclusão do

sofrimento individual, num contexto mais vasto dos infortúnios da vida (Ramos, 2008b). Por outro lado, a migração de uma cultura para outra região ou país, envolve rupturas importantes no espaço social dos indivíduos. Viver, nascer e crescer em situação de migração ou exílio, pode ser fonte de risco, e mesmo de trauma, para as famílias e, em especial para as mães e crianças (Ramos, 2004).

Quadro 38

Análise do Qui Quadrado para o teste de diferenças das cotações obtidas no MEV, BDI-II e E.R.S. de J.Stork para a Etnia/cultura

Etnia/Cultura	MEV			BDI-II		E.R.S. de Stork	
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Portuguesa	405	103,05	13,41	10,11	7,40	44,69	22,74
Cabo-verdiana	33	96,67	12,37	12,27	7,35	52,48	19,05
Angolana	23	101,35	18,44	9,39	5,70	43,48	19,58
Moçambicana	6	110,17	18,21	9,67	5,85	36,33	12,72
Santomense	7	96,43	13,36	9,43	5,99	45,71	22,46
Guineense	27	97,44	16,60	9,93	6,01	55,33	20,96
Brasileira	11	92,36	17,85	11,09	7,44	53,64	24,22
Indiana	15	99,13	14,16	12,00	5,43	58,00	25,58
Chinesa	1	105,00	.	12,00	.	65,00	.
Arménia	1	98,00	.	16,00	.	74,00	.
Cigana	2	93,50	4,95	9,50	2,12	41,00	7,07
Ucraniana	4	97,75	21,83	12,00	9,48	57,50	15,33
Paquistanesa	1	90,00	.	3,00	.	33,00	.
Romena	1	94,00	.	8,00	.	29,00	.
Moldava	1	106,00	.	10,00	.	26,00	.
Venezuelana	1	114,00	.	3,00	.	34,00	.
Total	539	101,88	14,08	10,25	7,15	46,19	22,43
Teste do Qui Quadrado	$\chi^2 = 1078,0; gl = 1035$ $p < .05$			$\chi^2 = 412,761; gl = 525$ $p > .05$		$\chi^2 = 1252,8; gl = 1470$ $p < .05$	

Realizando o teste do Qui Quadrado verificámos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a etnia/cultura e a idade do primeiro consumo de álcool ($\chi^2 = 359,84; gl = 234 p < .05$), o número de embriaguezes ($\chi^2 = 29,74; gl = 30$

$p < .05$) e o número de bebidas por momento ($\chi^2 = 171,50$; $gl = 180$ $p < .05$), como podemos verificar no Quadro 39. Não encontramos diferenças estatisticamente significativas em relação à etnia/cultura com a frequência de consumo de tabaco, e com a frequência do consumo de *cannabis* (não apresentado no Quadro).

Quadro 39

Análise do Qui Quadrado para o teste de diferenças das cotações obtidas na Idade do primeiro consumo, Embriaguez e Número de bebidas por momento para a Etnia/cultura

Etnia/Cultura	Idade primeiro consumo álcool			Embriaguez			Número de bebidas por momento		
	N	M	DP	N	M	DP	N	M	DP
Portuguesa	379	14,41	2,24	405	,73	,81	404	3,04	2,26
Cabo-verdiana	23	14,17	2,91	33	,42	,66	33	2,18	2,21
Angolana	18	13,72	3,06	23	,52	,79	23	1,91	1,85
Moçambicana	5	14,20	2,16	6	,33	,81	6	1,00	,89
Santomense	6	14,50	4,08	7	,29	,75	7	1,14	,90
Guineense	15	13,33	3,97	27	,44	,75	26	1,46	2,0
Brasileira	11	13,82	1,94	11	,73	,90	11	2,64	1,96
Indiana	13	13,08	1,93	15	,33	,61	15	1,93	1,48
Chinesa	1	17,00	.	1	,00	.	1	1,00	.
Arménia	1	15,00	.	1	,00	.	1	3,00	.
Cigana	1	14,00	.	2	1,00	1,41	2	1,50	2,12
Ucraniana	3	12,00	4,35	4	,75	,95	4	2,75	2,06
Paquistanesa	0	.	.	1	,00	.	1	,00	.
Romena	1	14,00	.	1	1,00	.	1	6,00	.
Moldava	1	16,00	.	1	1,00	.	1	6,00	.
Venezuelana	0	.	.	1	,00	.	1	,00	.
Total	478	14,28	2,40	539	,66	,80	537	2,77	2,23
Teste do Qui Quadrado $\chi^2 = 359,84$; $gl = 234$ $p < .05$				$\chi^2 = 29,74$; $gl = 30$ $p < .05$			$\chi^2 = 171,50$; $gl = 180$ $p < .05$		

No que respeita à idade do primeiro consumo de álcool, esta varia entre os 12 e os 17 anos; os participantes autóctones iniciam o consumo entre os 14 e os 15 anos de idade e os indivíduos de culturas africanas apresentam um padrão semelhante, excepto o grupo

de guineenses que tende a iniciar os consumos de álcool mais cedo (média de 13,33); também a etnia brasileira inicia consumos em média pelos 13,82 anos; um pequeno grupo de três participantes ucranianos apresenta o início de consumos mais precoces, pelos 12 anos de idade. Aspectos culturais que influenciam a relação com o álcool ou dificuldades nos processos de aculturação, particularmente nos adolescentes com origem africana, podem favorecer a ocorrência de fenómenos de separação e marginalização, como refere Machado Pais (1999), aos quais frequentemente se associam comportamentos de risco, como o consumo de substâncias e condutas antissociais.

Relativamente ao Quadro 40, na comparação de médias das três escalas que temos vindo a analisar e a escolaridade dos participantes, foi encontrada diferença muito significativa na escolaridade comparada com os scores das escalas do Inventário MEV ($\chi^2 = 16,15$; $gl = 5$; $p < .01$) e da E.R.S. de J. Stork ($\chi^2 = 30,00$; $gl = 5$; $p < .01$). Verifica-se que os indivíduos com maior nível de escolaridade, apresentam notas mais elevadas de comportamentos saudáveis. São também os indivíduos mais escolarizados, e portanto mais velhos, os apresentam nota mais baixa para o risco de suicídio, tal como verificámos anteriormente. O BDI-II não revelou diferenças significativas com a escolaridade.

Quadro 40
Comparação de médias entre o MEV, a BDI-II e a E.R.S.J. Stork em relação à
Escolaridade

Escolaridade	MEV			BDI-II			E.R.S. de J. Stork		
	N	M	DP	N	M	DP	N	M	DP
1º Ano E.Sup	137	105,02	12,64	137	9,08	6,62	137	41,97	22,66
3º Ano E.Sup	20	104,30	13,05	20	9,85	5,41	20	38,85	21,36
4º Ano E.Sup	37	101,14	10,15	37	7,92	5,38	37	33,81	16,67
9º Ano	88	97,91	16,59	88	11,33	7,94	88	51,14	24,52
10º Ano	160	102,59	14,120	160	10,54	7,13	160	47,74	21,32
11º Ano	98	99,62	13,99	98	11,34	7,77	98	51,42	21,13
<i>Teste de Kruskal-Wallis: $\chi^2 = 16,15$; $gl = 5$; $p < .01$</i>				<i>$\chi^2 = 10,58$; $gl = 5$; $p > .05$</i>			<i>$\chi^2 = 30,00$; $gl = 5$; $p < .01$</i>		

No que respeita ao Quadro 41, podemos observar, através do teste *Kruskal-Wallis*, que a Idade do primeiro consumo, a Frequência de embriaguez, e o Número de bebidas por

momento, variam de modo muito significativo com a Escolaridade, ($\chi^2 = 72,7$; $gl = 5$; $p < .01$), ($\chi^2 = 46,37$; $gl = 5$; $p < .01$) e ($\chi^2 = 30,61$; $gl = 5$; $p < .01$), respectivamente. Verifica-se que a idade do primeiro consumo aumenta gradualmente, à medida que o nível de escolaridade aumenta, ou seja, os indivíduos mais escolarizados iniciam consumos de álcool mais tardiamente. No que respeita à frequência de embriaguezes, e ao número de bebidas por momento de consumo, estas variáveis tendem de igual modo, a aumentar com o nível de escolaridade; sendo que os indivíduos mais escolarizados, são os que mais bebem e se embriagam. Um dado interessante, é o facto de, no 3º ano do ensino superior, tanto a frequência de embriaguezes como o número de bebidas por momento, baixarem as respectivas médias (em relação ano anterior, 1º ano), para no 4º ano voltarem de novo a subir. É provável que esta variação esteja relacionada, com o facto de o 3º ano do curso de licenciatura em enfermagem, ser tradicionalmente um período com exigências acrescidas, pela natureza das unidades curriculares que incluem ensinamentos clínicos em meio hospitalar; os estudantes estariam neste período, mais solicitados cognitivamente e emocionalmente, com prejuízo de actividades recreativas, que frequentemente envolvem o consumo de bebidas alcoólicas. A ser esta a razão, seria também um indicador da atitude de veracidade de resposta dos participantes aos questionários.

Quadro 41

Comparação de médias entre a Idade do primeiro consumo, Frequência de embriaguezes, Número de bebidas por momento de consumo e a Escolaridade

Escolaridade	Idade primeiro consumo			Frequência embriaguez			Número de bebidas por momento		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
1º Ano E.Sup	134	14,98	1,544	137	,91	,818	137	3,12	2,16
3º Ano E.Sup	19	15,84	1,259	20	,55	,759	20	2,40	1,81
4º Ano E.Sup	37	15,95	1,840	37	1,22	,854	37	3,62	1,63
9º Ano	64	13,45	2,203	88	,53	,787	88	2,00	2,07
10º Ano	135	13,53	2,620	160	,44	,689	160	2,71	2,50
11º Ano	90	13,93	2,859	98	,63	,778	96	2,81	2,09
<i>Teste de Kruskal-Wallis: $\chi^2 = 72,7$; $gl = 5$; $p < .01$</i>				<i>$\chi^2 = 46,37$; $gl = 5$; $p < .01$</i>			<i>$\chi^2 = 30,61$; $gl = 5$; $p < .01$</i>		

Relativamente ao Quadro 42, observam-se diferenças muito significativas na Idade do primeiro consumo de tabaco ($\chi^2 = 38,85$; $gl = 5$; $p < .01$) e Frequência do consumo de tabaco ($\chi^2 = 37,32$; $gl = 5$; $p < .01$), face à Escolaridade. Verifica-se que, à semelhança do início do consumo de álcool, também os indivíduos do ensino superior iniciaram consumos de tabaco mais tardiamente; no que respeita à frequência do consumo de tabaco, verifica-se um padrão de crescimento global do consumo, acompanhando os níveis de escolaridade. O consumo de *cannabis*, não apresenta diferenças significativas em relação à escolaridade, sugerindo uma prevalência mais estável do seu consumo, ao longo do tempo e idade dos participantes.

Quadro 42

Comparação de médias entre Idade do primeiro consumo de tabaco, Frequência de consumo de tabaco, Frequência de consumo de *cannabis* e a Escolaridade

Escolaridade	Idade do primeiro consumo tabaco			Frequência do consumo de tabaco			Frequência do consumo de <i>cannabis</i>		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
1º Ano Sup	91	15,42	2,087	137	,66	,474	137	1,10	,442
3º Ano Sup	9	15,11	3,140	20	,45	,510	20	1,05	,224
4º Ano Sup	32	16,47	2,652	37	,86	,347	37	1,11	,315
9º Ano	42	14,10	2,218	88	,48	,502	88	1,11	,440
10º Ano	69	13,90	2,045	160	,43	,496	160	1,04	,272
11º Ano	63	14,05	2,910	98	,63	,485	98	1,13	,422
<i>Teste de Kruskal-Wallis: $\chi^2 = 38,85$; $gl = 5$; $p < .01$</i>				<i>$\chi^2 = 37,32$; $gl = 5$; $p < .01$</i>			<i>$\chi^2 = 7,85$; $gl = 5$; $p > .05$</i>		

7. Caracterização dos Participantes Entrevistados (Grupo n2)

Para uma melhor compreensão dos percursos de vida dos participantes entrevistados, optámos por apresentar uma síntese de caracterização de cada sujeito. A extensão dos registos de cada participante, varia consoante as características das entrevistas, particularmente no que respeita à natureza e pertinência dos testemunhos, para a compreensão dos percursos de vida. Os resultados das escalas aplicadas constam no final da descrição, sendo acompanhados de uma análise sucinta, tendo em conta os respectivos valores normativos para cada escala. Tal poder-nos-á elucidar sobre

indicadores psicopatológicos como a depressão (BDI-II) ou o risco suicidário (E.R.S. J.Stork), de cada participante. De modo a preservar a confidencialidade, foram atribuídos nomes fictícios aos indivíduos, bem como a familiares, seguidos da indicação do número da entrevista. A sequência dos testemunhos respeita a ordem cronológica da realização das entrevistas. A síntese contempla ainda aspectos como comportamentos, episódios de vida significativos, factos da história de vida dos sujeitos tal como estes são descritos pelo próprio, ou seja, contempla aspectos da história e da estória da narrativa construída pelos sujeitos ao longo da entrevista.

Ramiro (E1)

Indivíduo do sexo masculino, caucasiano, 27 anos de idade, vive em união de facto e tem uma filha de quatro anos. De nacionalidade portuguesa, é natural de Lisboa e reside em Alvalade com companheira e filha. No que respeita aos estudos, completou o 9º ano de escolaridade. É o segundo de uma fratria de três (todos do sexo masculino). O pai está desempregado e a mãe era funcionária administrativa, ambos com o 4º ano de escolaridade. A mãe faleceu há quatro anos (três meses antes da filha nascer) na sequência de neoplasia da mama: “...foi mau...fui-me abaixo...era o meu único apoio...”, diz. Já desempenhou várias actividades profissionais (fiel de armazém, segurança e ajudante de electricista) e presentemente é serralheiro.

Relativamente à infância, refere que viveu sempre com os pais até aos oito anos, depois os pais divorciaram-se e ficou com a mãe: “*ele bebia muito...a minha mãe deixou-o*” (...) “*metia-se na cama e ficava a dormir...não nos ligava nenhum*”, diz. Revela dificuldade em evocar este período da sua vida apresentando elevado tempo de latência às questões colocadas: “*a infância?...é complicado agora [lembrar-se] ...andei sempre com más companhias, não é...*” (sorri). Não fala com o pai desde a separação e não se recorda bem da relação que tinha com ele: “ [após o divórcio] *de vez em quando vinha ter connosco...no Natal e assim...depois...*”, diz em tom de voz baixo. Terminou os estudos no 9º ano e depois foi trabalhar: “*era o obrigatório...*”(…) “*a minha mãe não queria...*”(…) “*vivia entre dois bairros complicados, e logo ali em Alcântara...as companhias...*”, justifica; relativamente ao seu percurso, diz “*o mais velho [irmão] não bebe...o mais novo também não... eu é que fui a ovelha negra...*” (sorri).

No que respeita a consumos refere ter iniciado consumo de bebidas alcoólicas aos 15 anos. Refere período de agravamento dos consumos após morte da mãe: “...os primeiros meses depois da morte...bebia bastante!”, diz. Bebe cerveja diariamente, vinho e destilados e *RedBull* todas as semanas; refere inúmeras embriaguezes; consome fora de casa, acompanhado, durante a semana de dia e durante o fim-de-semana de dia e à noite; a bebida preferida é cerveja e refere beber 6 a 7 bebidas alcoólicas por episódio de consumo. O consumo de bebidas alcoólicas já lhe trouxe problemas aos níveis: da saúde, escolares, familiares, laborais e judiciais. Comenta que “é o que a minha mulher diz... ‘tu gostas de tudo o que tenha álcool’...e que qualquer dia me deixa”. Quanto aos efeitos do álcool refere, “...fico mais solto...fala-se mais...leva-se as coisas mais na brincadeira...”. Fumou pela primeira vez aos 15 anos e fuma 20 cigarros por dia. Quanto a consumo de substâncias ilícitas já experimentou estimulantes, *ecstasy* e cocaína; consome *cannabis* pelo menos uma vez por semana.

Encontra-se em acompanhamento (pela segunda vez) há cerca de um ano, por técnico de reinserção social, integrado no “Programa Stop” da Direcção Geral de Reinserção Social de Lisboa (DGRS) por ordem do tribunal, na sequência de episódio de condução automóvel sob efeito de bebidas alcoólicas (1,75 gr/etanol/l). Este Programa visa, em alternativa a penas mais gravosas e de carácter tendencialmente punitivo, permitir aos condutores infractores, por um lado reflectir e avaliar o seu comportamento, em acompanhamento psicológico de grupo, por outro, a observação e acompanhamento por uma equipa de saúde especializada.

Em relação a este episódio diz: “desta vez foi sozinho, despistei-me...fui contra a rotunda e fiquei lá metido dentro do carro, encarcerado...a perna ficou lá metida” (...) “fiquei um dia e meio em coma...não me lembro de nada...no tribunal a polícia é que me contou o que aconteceu”; refere ainda que “tinha estado numa almoçarada com um amigo...a mulher dele tinha ido a um almoço do serviço e ele convidou-me” (...) “bebemos duas garrafas de vinho...depois fomos para o café e foi mais whisky e ... e cervejas...toda a tarde, e toda a tarde...” (...) “depois ele foi para casa e eu...não me lembro, mas devo ter pegado no carro e queria vir para casa...digo eu”. Relativamente ao primeiro episódio de condenação por condução sob efeito de álcool, apresentava taxa de alcoolemia de 1,24 gr/etanol/l. A este respeito refere que vinha de uma festa de Natal da empresa: “bateram-me por trás e despistei-me... ela vinha a abrir...limpou-me” (...) “não tinha carta, na altura...estava com álcool...”; fracturou uma clavícula.

Questionado sobre a condução sem habilitação diz, sorrindo “...comprei um carro novo...foi o meu pensar...tenho um bom carro, a mim não me mandam parar...vamos lá a andar...”. Em ambos os acidentes os veículos sofreram perda total, o que dá conta da violência dos embates.

Relata também acidente de moto aos 14 anos, embora sem intervenção de bebidas alcoólicas: “foi num cruzamento mesmo próximo de casa...a mulher [condutora] vinha com as luzes apagadas...eu meto-me... e ela limpou-me...” (...) “tinha tirado a moto ao meu irmão, sem ele saber...ia-me matando [o irmão] ...ele ouviu o estrondo e disse logo ‘é a minha moto!’”.

Relativamente aos seus comportamentos de risco, o participante aceita responsabilidade pelos seus actos. Pelas expressões utilizadas no discurso, evidencia contudo, deslocamento da responsabilidade pelo ocorrido, no exterior. Particularmente no segundo acidente relatado, lamenta que o amigo não tenha insistido mais, para que não conduzisse naquela situação. Durante a entrevista apresenta-se colaborante e comunicativo; discurso pausado, pontuado por sorrisos discretos ao relatar episódios que agora lhe parecem francamente evitáveis; tonalidade depressiva do humor e algo ansioso, mexendo frequentemente folhas de papel na mesa.

Resultados dos instrumentos aplicados:

MEV: 71	Observação: Nota de comportamentos protectores de saúde abaixo de valor médio (84).
BDI-II: 14	Observação: Depressão ligeira.
E.R.S. de J. Stork: 89	Observação: Fraco risco.

Verifica-se, pela análise dos resultados dos instrumentos, a presença de comportamentos protectores de saúde abaixo de valor médio, a presença de depressão ligeira e fraco risco suicidário.

Américo (E2)

Indivíduo do sexo masculino, caucasiano, 28 anos de idade, solteiro e sem filhos. De nacionalidade portuguesa, é natural do Porto, onde residia com a mãe. Vive sozinho em Lisboa à cerca de dez meses e trabalha como cozinheiro num restaurante japonês. Mantém relação amorosa recente, desde que veio para Lisboa.

Os pais são da região do Porto, enfermeiros de profissão; tem cinco irmãos, três da primeira relação do pai e dois da primeira relação da mãe; é o único filho do mesmo casal. O pai faleceu há 11 anos (Américo tinha 17 anos), vítima de acidente de moto; ele e a mãe seguiam noutra moto e assistiram ao acidente em que o pai ficou sob um veículo todo-o-terreno, com fracturas múltiplas. Refere que foi uma situação *“muito complicada”*, tendo recorrido a acompanhamento psiquiátrico: *“teve mesmo de ser sabe...eu e a minha mãe é que fizemos reanimação...que não...”* diz.

No que respeita à infância refere ter vivido sempre com os pais; foi *“perfeitamente normal, nunca me faltou nada...de todos, sempre fui o mais mimado... mais mimado pelo pai”*, refere. Aparentemente sem dificuldades de adaptação à escola, sociável e *“...com muitos amigos...mas não são a melhor companhia...”*, refere. O percurso escolar decorreu sem intercorrências até ao falecimento do pai (tinha 17 anos), altura em que abandonou os estudos. Aos 18 anos iniciou actividade profissional em bares, durante a noite. Posteriormente reinicia os estudos e entra no ensino superior, frequenta dois anos curriculares do curso de enfermagem mas abandona, refere não ter gostado *“da teoria”*; mudou para engenharia do ambiente mas também não gostou e desiste. Após período de trabalho no Dubai apercebe-se que a cozinha é o seu futuro; tem intenção de estudar cozinha profissional.

No que respeita a consumos refere ter experimentado bebidas alcoólicas com início aos 14 anos: *“...mais com shots, como é evidente...a ver quem é que aguentava mais”*, refere; houve um claro agravamento de consumos aos 17/18 anos, após a morte do pai; *“...comecei a sair mais, a beber muito mais...era uma escapatória (...) só queria era sair à noite com os amigos e beber copos, esquecer-me de tudo (...) eu tenho dois anos da minha vida que quase não me lembro deles, tão apagados da minha memória (...) tava dias a dormir...”*, diz. Consome cerveja e vinho semanalmente e raramente bebidas destiladas; refere inúmeras embriaguezes; consome fora de casa, durante o fim-de-semana à noite; a bebida preferida é cerveja e bebe entre 4 a 6 bebidas alcoólicas por episódio de consumo. Existiram problemas com a família e com a justiça devido ao

consumo de álcool. Quando bebe, “...*fico mais bem-disposto (...) como a minha mãe diz,... fico mais dócil*”, diz. No que respeita ao consumo de tabaco, fumou o primeiro cigarro aos 23 anos e presentemente fuma cerca de 15 cigarros por dia; já experimentou *ecstasy*.

Encontra-se em acompanhamento desde há um ano, por técnico de reinserção social, integrado no Programa Stop da Direcção Geral de Reinserção Social de Lisboa (DGRS) por ordem do tribunal, na sequência de um (terceiro) episódio de condução automóvel sob efeito de bebidas alcoólicas (1,5 gr/etanol/l), tinha bebido cerveja, vinho e champanhe; foi condenado a nove meses de inibição de condução. Em relação a este episódio diz: “*achava que estava normal, mais alegre, mas achava que estava normal (...) a pessoa tem sempre consciência...diz é sempre que não vai acontecer nada, não vai ter nenhum acidente...que a polícia não vai aparecer...(...) já arrisquei muito...agora não...esta é a última vez, garanto-lhe*”.

Relativamente ao primeiro episódio, apresentava uma alcoolemia de 1,8 gr/etanol/l e foi condenado a três meses de inibição de condução: “*foi uma estupidez...tinha o carro há dois dias...a policia viu o carro novo e mandou-me logo parar*”, diz. No segundo episódio, acusou taxa de alcoolemia de 1,3 gr/etanol/l, com condenação a quatro meses de inibição de condução: refere que estava em casa de amigos em confraternização quando a mãe lhe telefona porque não se sente bem e se a pode levar ao hospital; no trajecto para casa é abordado pela polícia: “*expliquei a situação, mas já não me deixaram conduzir (...) não houve compreensão... acabou [a mãe] por ir de ambulância... (...) e se fosse hoje voltava a fazer o mesmo, pela minha mãe...*” refere, inconformado. Ainda sobre os aspectos da condução, diz que gosta de velocidade, “*tenho o pé um bocado pesado...*” e que já teve “*vários pequenos acidentes*” (refere em tom de desvalorização). Os incidentes referidos ocorreram nos últimos anos, no Porto, em ambiente que contextualiza: “*na altura não estava a trabalhar...vivia em casa da mãe, a mãe dava dinheiro...era só festa com os amigos e... fez com que isto acontecesse, não é...*” e acrescenta, “*de todos os meus amigos... lá no Porto, que devem ser uns vinte e tal, só um é que ainda não foi apanhado a conduzir com álcool*”.

Relativamente aos seus comportamentos de risco nota-se que, do ponto de vista cognitivo, tem noção da sua responsabilidade nos factos contudo, emocionalmente, tende a colocar no exterior a justificação para o ocorrido. Durante a entrevista apresenta-se disponível e comunicativo, com discurso fluido e espontâneo; algo ansioso

No que respeita a consumos refere ter experimentado bebidas alcoólicas com início aos 14 anos e agravamento de consumos aos 17/18 anos. Consome cerveja e vinho semanalmente e raramente bebidas destiladas; já se embriagou mais de três vezes, consome fora de casa, durante o fim-de-semana à noite; a bebida preferida é cerveja e bebe entre 8 e 10 bebidas alcoólicas por episódio de consumo. Não refere problemas de álcool na família e já teve problemas judiciais devido ao consumo de álcool. Fumou o primeiro cigarro aos 14 anos; presentemente não fuma. Já experimentou *cannabis*, cocaína e *ecstasy*. Os pais tiveram conhecimento do seu consumo de *cannabis*, por episódio de consumo na escola reportado por professor. Consome *cannabis* cerca de uma vez por semana.

Encontra-se em acompanhamento (consulta de Psicologia), por ordem do tribunal, em unidade especializada em alcoologia em Lisboa desde há dois anos, integrado no “Programa Stop” da Direcção Geral de Reinserção Social de Lisboa (DGRS) por ordem do tribunal, na sequência de condução de veículo automóvel sob efeito de bebidas alcoólicas (1,2 gr/etanol/l). Tinha saído à noite com amigos a discoteca e foi abordado em “operação stop”. Diz já ter conduzido várias vezes sob o efeito de álcool. Apresenta crítica para a situação e diz: *“já tinha arriscado mais vezes...esta não foi a primeira, de maneira nenhuma...”*, *“por incrível que pareça, sentia-me bem...sabia que não estava em condições para conduzir,... mas sentia que não ia colocar ninguém em perigo”*. Vê o episódio como positivo, *“pode ser importante para não haver mais gravidade...”*, refere. Recentemente teve acidente de viação grave (capotamento), em que não estava sob efeito de bebidas alcoólicas; não respeitou sinal de Stop e chocou com outro veículo.

Durante a entrevista, realizada na instituição, apresenta-se disponível e colaborante embora muito reservado e com discurso pouco espontâneo, monocórdico; dificuldade em falar de aspectos mais pessoais e familiares; frequentemente com tempos de latência elevados nas respostas sendo necessário o uso regular da técnica de facilitação facilitação.

Resultados dos instrumentos aplicados:

MEV: 118

Observação: Nota elevada de comportamentos protectores de saúde.

BDI-II: 0 Observação: Depressão mínima; atitude defensiva?

E.R.S. de J. Stork: 46 Observação: Estado normal.

Verifica-se, pela análise dos resultados dos instrumentos presença significativa de comportamentos protectores de saúde, a ausência de depressão bem como de risco suicidário.

Vasco (E4)

Indivíduo do sexo masculino, etnia cabo-verdiana, 28 anos de idade, solteiro e com uma filha de 8 anos. De nacionalidade portuguesa, é natural de Torres Vedras e residente em Oeiras; vive sozinho (filha vive com a mãe na Suíça desde há dois anos). Tem o 11º ano de escolaridade e trabalha na área da restauração (já trabalhou na construção civil e em supermercados). É o mais velho de uma fratria de três (irmã com 26 anos que vive em Inglaterra e meio irmão com 21 que está nos EUA). Pais Cabo-verdianos; desconhece a escolaridade e profissão do pai que faleceu há três anos; a mãe tem o 4º ano de escolaridade, é doméstica e vive presentemente em França com companheiro de uma segunda relação.

Relativamente à infância, viveu com os pais até aos 10 meses de idade em Torres Vedras, depois em Algés onde esteve até aos 7/8 anos e posteriormente na região de Oeiras. Os pais separaram-se quando tinha três anos, na sequência de problemas de alcoolismo do pai: “(...) *há um episódio que eu não me esqueço nunca...antes de eles se separarem...aconteceu duas vezes, eu com os meus três anos lembro-me desses dois episódios, ele chegar bêbado a casa, agredir-me a mim e à minha irmã e a minha mãe a agredi-lo a ele e pô-lo fora de casa (...) ele ficava um mês fora de casa...e depois voltava, fez o mesmo duas vezes...a minha mãe à segunda já...foi quando eles se separaram*”, refere. Relativamente ao pai diz, “*não me lembro de ter tido um diálogo com o meu pai*” (...) “*...ele procurou-nos três, quatro, cinco vezes, mas a minha mãe nunca o permitiu, nunca*” (...) “*lembro-me de ele tentar ir lá a casa...já em Oeiras...a minha mãe pegou num martelo qualquer e...não deixou que ele...[visse os filhos]*”; “*lembro-me dele, mais ou menos... mas não tenho aquela imagem certa*”(…) “*soube através de uma tia que ele morreu...parece que ele tinha outra família, que eu tenho um meio irmão que até é parecido comigo...mas não sei, nunca o vi...*”

No que respeita à adolescência refere ter convivido com muitos amigos; o percurso escolar foi regular, tendo repetido apenas o 12º ano que acabou por não concluir, “*ia ser pai aos 19 anos...tive que sair*”, diz; iniciou então actividade laboral na construção civil onde esteve durante cinco anos. Viveu dois anos com a mãe da filha: “*não conseguíamos manter a casa...tinha comprado o carro...com o stresse das despesas...qualquer coisa discutíamos*” (...) “*falamos...pouco ou nada. Falo mais é com a minha filha...falo com ela duas ou três vezes por semana*”, refere.

No que respeita a consumos refere ter iniciado consumo de bebidas alcoólicas aos 17 anos; relata episódio de consumo de “Martini” aos oito anos tendo ficado etilizado; houve agravamentos dos consumos de bebidas alcoólicas quando trabalhou na construção civil com o tio, após o nascimento da filha, “*acho que foi a partir daí... que apanhei mais o hábito de beber, com ele [o tio materno]*”, refere. Bebe cerveja todos os dias e bebidas destiladas todas as semanas (*Whisky, Drambuie, Licor Beirão*); ocasionalmente bebe *RedBull*.; refere inúmeras embriaguezes; consome fora de casa, acompanhado, durante a semana, de dia e de noite, durante o fim-de-semana; a bebida preferida é *whisky* e refere beber 4 a 5 bebidas alcoólicas por episódio de consumo. O consumo de bebidas alcoólicas já lhe trouxe problemas a nível judicial.

Quanto aos efeitos do álcool refere “*gosto de me divertir, gosto de sair*” (...) “*tolero bem o álcool...não me transformo muito... fico mais alegre, só...já consigo dançar mais desinibido...*”, diz sorrindo. Fumou pela primeira vez aos 17 anos e fuma 4 a 5 cigarros por dia. Quanto a consumo de substâncias ilícitas já consumiu *cannabis* mais de três vezes, mas sem consumos actuais.

Encontra-se em acompanhamento, consulta de Psicologia, integrado no “Programa Stop” da Direcção Geral de Reinserção Social de Lisboa (DGRS) por ordem do tribunal, na sequência de episódio de condução automóvel sob efeito de bebidas alcoólicas (1,3 gr/etanol/l); foi condenado a nove meses de prisão com pena suspensa (dois incidentes anteriores). Em relação a este episódio diz “*estava a voltar de Lisboa, das docas...*” (...) “*no meu grupo, acham assim... que eu era o mais responsável...apesar de eu também beber*”(“...”)“*na minha cabeça não tinha a noção que estava tão alterado...eu sinto-me normal...os policia também achavam estranho, como é que eu estava assim[sem sinais evidentes de consumo]...com tanto álcool*”. Relativamente ao primeiro episódio antecedente, apresentava alcoolémia de 1,2 gr/etanol/l: “*vinha de um jantar em casa de uma amiga...tínhamos estado todos a*

beber,... mas eu é que vinha a conduzir...”, diz. No segundo episódio acusou 1,4 gr/etanol/l: “também vinha de um jantar...íamos a casa mudar de roupa, depois íamos para a discoteca...já não chegamos a ir...”. Questionado sobre o seu comportamento refere “eu sempre tive um bocado a noção do que é que estava a fazer” (...) “nunca fui de beber e ficar assim...de esquecer o que fiz” (...) “já conduzi muitas vezes sob o efeito do álcool...os outros ficavam sempre mais alterados do que eu...e tomava a iniciativa” (...) “tenho a noção que arrisquei...mas também não tinha assim tanto a noção que estava a arriscar muito porque eu...sentia-me sempre bem...via os outros em estado muito pior...não sei, o álcool nunca me afectou assim tanto” (...)“por arriscar tanto é que tive estes azares...”(...) “...já tenho uma coisa muito clara, é...não conduzir se beber, eu já não conduzo...já tentaram...já me pediram...”. Relata ainda um acidente, embora sem estar sob efeito de álcool: “...o meu carro andava muito e eu, com os meus colegas...a tentar-me exhibir...fui buscá-los...viram o carro...eeiii pá então o carro como é que anda...’pera aí que já vais ver’...e comecei a esticá-lo...eeiii isto é uma pedrada....pumba; nem chegámos à discoteca; tinha o carro há oito meses, estava a pagar a ultima mensalidade” (...) “foi perda total...fui contra uma árvore, na descida de Monsanto”.

Apuramos ainda o envolvimento em vários episódios de agressão física em contexto de divertimento nocturno: *“já tive vários episódios de tentativa de agressão...nas discotecas...mas eu...ainda não houve um que fosse eu que começasse...”. Questionado sobre a sua maneira de ser, responde “eu sei bem aquilo que eu sou [sorri]...sou uma pessoa...muito calma, amigo dos amigos, leal, mas tenho um temperamento...um bocado...curto, digamos...dou uma oportunidade ou duas...três já não consigo...dá-me um nó na garganta e ...”.*

Durante a entrevista mostrou-se muito colaborante, comunicativo, com discurso fluido e espontâneo. Aparentemente evidencia consciência da responsabilidade do seu comportamento, muito embora com dificuldade em admitir as consequências do efeito do álcool no seu organismo. Desvalorizando os níveis de alcoolemia apresentados em relação ao seu sentimento de controlo da situação. Pareceu-nos haver momento de *insight*, ao dar-se conta que o agravamento dos consumos se deu após o nascimento da filha (altura em que começou a trabalhar na tentativa de assumir as novas responsabilidades).

Resultados dos instrumentos aplicados:

MEV: 85	Observação: Nota de comportamentos protectores de saúde de valor médio (84).
BDI-II: 3	Observação: Depressão mínima.
E.R.S. de J. Stork: 37	Observação: Estado normal.

Verifica-se, pela análise dos resultados dos instrumentos, a presença de um nível médio de comportamentos protectores de saúde, a ausência de depressão bem como de risco suicidário.

Paulo (E5)

Indivíduo do sexo masculino, caucasiano, 29 anos de idade. De nacionalidade portuguesa, nasceu na margem-sul do Tejo e foi, logo em criança, viver com os avós paternos na região de Cascais. Vive em união de facto, desde há um ano, e reside com a companheira em casa do avô paterno (avó já falecida); não tem filhos. O pai, tipógrafo de profissão faleceu aos 43 anos, quando Paulo tinha 13 anos de idade, devido a “*cirrose hepática*” por alcoolismo crónico. Só conheceu a mãe quando tinha 21 anos: “*...é muito complicado..., eu não conhecia a minha mãe...só tinha imagens da minha mãe quando era pequenino, quando me vinha visitar, já aqui em Cascais...sempre tive informações que a minha mãe era toxicod dependente...que já tinha morrido, já tinha sido presa...sempre fui alimentado dessas coisas quando era pequeno*”, “*a minha mãe foi renegada pelo meu avô*”, refere. Presentemente não tem qualquer contacto com a mãe; esta viveu em Inglaterra, onde teve outra relação conjugal, mas tendo acabado por se separar; presume que esteja na Suíça. É o primeiro de uma fratria de três: tem uma irmã com 28 anos (sabe que tem dois filhos e que vive no norte do país) e um irmão com 27 anos. “*Tenho dois irmãos, mas também não sei o paradeiro deles...desde pequeninos que foram entregues a casas de acolhimento. Sei que a minha irmã estava em Braga e o meu irmão está preso, lá para o norte...não o que é que ele fez...*”. Paulo tem o 4º ano de escolaridade e presentemente trabalha na montagem de equipamentos hoteleiros. Não tem carta de condução automóvel (reprovou duas vezes no exame de código).

Relata uma infância conturbada; foi criado pelos avós paternos e, posteriormente, também com a presença do pai (após este se ter separado): *“Fui cuidado pelo meu avô...a minha avó acabou por morrer...o meu pai acabou por morrer...fiquei só com o meu avô. O meu avô sempre teve uma personalidade muito difícil, era muito ruim...batia-me com o cinto, batia-me com a mangueira...batia na minha avó, batia no meu pai, batia em mim...(...) hoje não tem nada a ver com o que era”*; *“...não tinha afecto em casa nem tinha carinho...então acabava por procurar o afecto e o carinho noutros paradiços...era uma pessoa discriminada, ...no meu bairro era o único que morava numa casa mais velha (...) e fui crescendo, fui vivendo com isso...eu era uma pessoa muito rebelde na escola...eu era um bocado violento...toda a gente me queria molhar a sopa [bater] e roubar-me...então batia eu neles”*. Refere que só passou para o 5º ano, porque não podia permanecer mais “na primária”, e que *“depois os mais velhos eram muito agressivos...acabei por ter medo de ir p’ra a escola (...) eu não gostava de estudar...ia para a escola para levar porrada...e depois ainda tinha que estudar...chegava a casa e levava porrada”*.

Durante a adolescência tem períodos de errância (Algarve, Caldas da Rainha, ...), sem regras ou horários, refere: *“cheguei a dormir na rua...nunca consegui achar aconchego em lado nenhum...hoje parava ali, amanhã parava acolá...(...) fiz amizades que não foram as melhores...fiz amizades com pessoas que me acolheram, e hoje...”*(...) *“a gente tem que sofrer...eu acho que nasci para isso...”*.

Diz que não quer morrer como o pai, aos 43 anos, *“sem ter construído nada”*. Na sua narrativa, Paulo dá conta da necessidade de estabelecer ligações, de dar continuidade e sentido ao seu percurso de vida: *“os meus pais nunca chegaram a casar...tiveram filhos sem terem condições...gostava de saber o que aconteceu...é uma questão que eu tenho dentro de mim...o meu pai faleceu, e não tive oportunidade de ter uma conversa, assim...deste tipo [referindo-se à entrevista], com ele [emociona-se e chora] ”*.

Relativamente a consumos, iniciou consumo de álcool aos 12 anos de idade. Bebe semanalmente cerveja e *RedBull*. Refere inúmeros episódios de embriaguez; bebe em casa e fora de casa, preferencialmente acompanhado e durante o fim-de-semana. A bebida preferida é a cerveja e refere beber cerca de 4 bebidas por episódio de consumo. O consumo de álcool já lhe trouxe problemas de saúde, com necessidade de assistência hospitalar. No que respeita ao consumo de tabaco, refere ter fumado pela primeira vez aos 12 anos e fuma cerca de 10 cigarros por dia. Relativamente ao consumo de

substâncias ilícitas, iniciou-se pelos 14 anos com haxixe tendo progressivamente começado a consumir estimulantes, cocaína, LSD, *ecstasy* e cogumelos alucinogênicos; houve períodos de consumo mais longos e predominantes de haxixe e cocaína. Ao referir esta fase da sua vida, identifica perdas significativas decorrentes do seu comportamento: “...*não precisava de comprar [drogas]...eu andava com eles, e eles davam-me ... (...) perdi tudo, amigos, trabalhos, ...um período muito complicado, nem sei bem o que me aconteceu...cheguei a perder a prótese dentária...não sei como foi... [pelo estado alterado de consciência]*”. Refere abstinência de substâncias ilícitas desde há dois anos.

Apresenta crítica face à sua conduta passada, desvalorizando a gravidade dos comportamentos: “*eu não via mal, nem neles nem naquilo que eles faziam, naquilo que eu fazia*”, diz; tentando distanciar-se da conduta do grupo: “...*mas eu nunca roubei...eu sempre fui diferente deles...*”.

Encontra-se em acompanhamento em equipa da Direcção Geral de Reinserção Social (DGRS), tendo sido condenado a 5 anos de prisão com pena suspensa, por posse de substâncias ilícitas (cocaína e haxixe). “*Foram encontradas coisas...não muito boas...na minha casa...estupefacientes, cocaína...*”. Foi surpreendido pela polícia a consumir, junto a um centro comercial: “*tinha porcaria comigo*” refere, “*depois perguntaram-me se eu tinha mais em casa, eu disse que tinha...foram lá e apanharam-me tudo...deram-me porrada, ficaram raivosos por eu não dizer ...mas não fui capaz de dizer de quem era aquilo...eu olho por eles, não são do meu sangue, mas mataram-me a fome muitas vezes*”; refere-se a elementos de uma família vizinha que o acolhia por longos períodos, quando sofria maus tratos do avô. As substâncias seriam desses companheiros que usavam a casa onde vivia, para dividir e preparar as doses que posteriormente vendiam em festas de *transe*, festas onde “*se consumia de tudo...LSD, tudo o que é porcaria, tudo o que é químico, cocaína, cannabis, álcool...tou a falar disso e arrepio-me...*”. “*Agora eles nem olham para mim... pensam que eu me chibei... mas eu juro que nunca disse o nome deles na polícia...*”, refere, emocionado, pelo abandono dos amigos; “...*o que eu não comia em casa, comia na casa deles...podiam ser maus...mas eram os meus salvadores*”. Durante este relato apresenta-se assustado e ansioso, gesticulando, como se estivesse a reviver o momento: “...*fiquei mal...ganhei uma gastrite nervosa desde o tribunal...tive que sair ajudado pela minha advogada, porque os policia queriam-me bater, porque eles ficaram com muita raiva de mim,*

casa...já tinha cometido mais crimes desse género, e já tinha matado mais pessoas assim...(...) o meu irmão era o meu ídolo...quando o perdi foi...foi, não sei explicar.”, refere, com dificuldade em falar do sucedido, discurso escasso, entrecortado. Precisamente seis meses depois da morte do irmão, e no dia do próprio aniversário, o pai morre “com um ataque de coração...e uma trombose”. A família vende os bens e volta para a Madeira; nesta altura Martim tem oito anos e concluiu o 3º ano de escolaridade na terra natal; na Madeira, “atrasaram-me para o 3º outra vez”, diz; “penso que foi normal [o regresso à Madeira] entrei num clube de futebol, jogava a bola”. Relativamente à infância refere que “era uma criança feliz “ [sorri], “era o mais novo, na minha idade era só mesmo na escola que eu convivia...onde estavam os meus primos (...) e gostava bastante de ir para a escola porque em casa estava sempre sozinho...sem ninguém da minha idade para brincar”. Discurso mais vago ao falar da adolescência, “...eu faltava bastante...reprovei no 10º ano por faltas”, refere. Quando tinha 17 anos, a mãe casou de novo, na Madeira, e a família veio viver para Cascais; viviam de rendimentos. Relativamente à sua relação com o padrasto, refere que “foi estranho...esta nova relação...depois aceitei...mas não falamos, ele não gosta de mim... não temos uma relação saudável”. Fez novos amigos “más companhias... eu devia ter-me afastado logo mas,...”, diz.

No que respeita a consumos refere ter iniciado consumo de bebidas alcoólicas pelos 15 anos; bebe com regularidade semanal, cerveja, destilados e *RedBull*; a bebida preferida é *whisky*; bebe normalmente fora de casa, acompanhado e ao fim-de-semana; refere beber cerca de três bebidas por episódio de consumo e já se embriagou várias vezes. Relativamente ao consumo de tabaco, refere ter fumado pela primeira vez pelos 15 anos e fuma um a dois cigarros por dia. No que respeita ao consumo de drogas refere que “não há nada que me chame a atenção...”, mas já experimentou *cannabis* (haxixe) uma a duas vezes.

Encontra-se em acompanhamento, em equipa da Direcção Geral de Reinserção Social de Lisboa (DGRS) por ordem do tribunal, na sequência de episódio de atentado/ofensa ao património (o Martim e mais dois companheiros) ocorrido há dois anos (tinha 18 anos): “foi um assalto a uma casa...e, e fui apanhado, eu mais duas pessoas e ...fui apanhado duas semanas depois...e fui a tribunal; apanhei três anos e 10 meses (...) tive em prisão preventiva duas noites, nos calabouços...tive de me apresentar na esquadra durante alguns meses...” (...) “apanharam primeiro só um, o outro fugiu para outro

maternos desde os 12 anos; tem o 10º ano de escolaridade, presentemente encontra-se desempregado mas já exerceu várias actividades profissionais (como vendedor, em empresa de publicidade, em revista de motos, entre outras); mantém relação afectiva com companheira desde há quatro anos. Os pais separaram-se após o nascimento de Brito; tem um irmão mais velho, de 32 anos e uma meia-irmã de 18 anos, fruto de uma segunda relação da mãe; refere que, ele e o irmão, “relacionam-se mal” com o padrasto; relativamente ao pai, nunca manteve contacto, “*sei que é vivo e que tem dois filhos...mas não nos damos*”, diz. Desconhece a escolaridade do pai, “*era tenente de cavalaria, na tropa...*” e “*geria um posto de combustível*”, diz; a mãe tinha o 9º ano de escolaridade e trabalhava como “ajudante de cozinha”. A mãe morre quando Brito tem 12 anos (a irmã tinha 1 ano de idade), na sequência de acidente de automóvel, “*...ia com um amigo...e tiveram um acidente...não era ela que ia a conduzir...a minha mãe nunca teve carta, nunca conduziu...*”.

Relativamente à infância refere: “*os meus pais separaram-se quando eu nasci, mais ou menos...*” (...)“*...tive uma infância feliz...não eramos pobres, mas também não tínhamos muito...tipo classe média, ou assim...*” e “*fiz uma vida normal...até aos meus 17 anos*”; contudo, após a morte da mãe, refere que “*fiquei a viver com os meus avós maternos, são os meus tutores legais*”(“*quando a minha mãe morreu optámos [Brito e o irmão] por ficar com os avós...também nunca tínhamos morado com o meu pai...*” (...) “*...foi mau... foi mau, depois andei em psicólogos...eu na altura era muito ligado à minha mãe...foi muito complicado...*” (...) “*eu já era muito hiperactivo...um feitio muito extrovertido...na altura as coisas acentuaram-se...não, não criei problemas por causa disso... na escola era bom aluno...e continuei a ser bom aluno, depois é que deixei...*”.

Discurso vago ao falar do período adolescente, centrando-se no seu gosto por motos e nos acidentes que lhe perturbaram o período escolar: “*...deixei a escola, deixei o liceu, fiz o 10º ano e deixei o liceu, tava em desporto [área escolar] e tive um acidente de mota, foi quando comprei a primeira mota [aos 16 anos]...tava quase no fim do ano e parti a perna...leveei ferros na perna...mudei de área*” (...) “*despistei-me para não bater num carro; uma senhora que pôs o carro à frente e eu para não lhe bater pus o pé no chão...pus mal o pé no chão e parti o osso ... parti o tornozelo e tive que levar ferros*” (...) “*perdi esse ano e a seguir entrei para a parte de ciências...no ano a*

seguir” (...) “...e sempre tive paixão por motos...então sempre tive motos...um bocadinho acima da minha idade; conduzia motos de cilindrada para a qual não estava habilitado” (...) “ os únicos problemas legais que tive, que constavam no cadastro...era por condução ilegal” (...) “passado mais ou menos um ano, voltei a ter outro acidente de moto...voltei a partir a perna, a mesma, ou seja...tive mais quase um ano parado...esse foi pior, parti a tibia e o perónio...quase sete meses de muletas...perdi o ano, completamente” (...) “gosto de motos de velocidade...tive várias motos de velocidade...tenho algum à-vontade com motos e gosto de andar depressa...gosto da sensação de liberdade...”. Pelos 18 anos desistiu de estudar e foi viver para o Entroncamento, onde trabalha numa Associação de apoio à recuperação de toxicodependentes que pertencia um tio (ele próprio ex-toxicodependente); inicia relação afectiva com companheira que também está ligada à Associação: “arranjei uma namorada...acabei por namorar com ela durante três anos...fui morar lá para cima. Já tinha tido namoradas...mas foi a minha primeira namorada a sério...foi ali que as coisas se desenvolveram... cresci muito...aprendi muito, com as vidas daquelas pessoas...” (...) “depois as coisas não correram bem...e vim p´ra baixo...foi uma fase da minha vida boa...”. Trabalhou em revista de motos onde “fazia trabalho de jornalista”, diz, e mais recentemente, numa empresa de publicidade para a área farmacêutica: “...larguei a empresa de publicidade para os laboratórios, tava lá há quatro anos...também a recibos verdes...chateei-me com a patroa agora...já tive uma altura em que tive seis meses fora da empresa, porque me tinha chateado com ela e e e ...agora chateámo-nos mesmo de vez...não chegámos a acordo”, refere.

Relativamente a consumos, refere ter iniciado consumo de álcool aos 15 anos de idade; bebe semanalmente cerveja, vinho tinto e destilados (*whisky*); refere inúmeros episódios de embriaguez, “*ohh...se contar só os casamentos e baptizados... foram mais de vinte ou trinta...*”; bebe em casa e fora de casa, preferencialmente acompanhado e durante o fim-de-semana. A bebida preferida é a cerveja e também vinho tinto; por episódio de consumo, refere beber cerca de 8 a 10 bebidas. O consumo de álcool já lhe trouxe problemas ao nível da relação com a namorada. Relativamente ao consumo de tabaco, fumou o primeiro cigarro pelos 15 anos e fuma diariamente cerca de 8 a 10 cigarros. No que respeita ao consumo de substâncias ilícitas, refere já ter experimentado haxixe, estimulantes, cocaína, LSD, *ecstasy* e cogumelos alucinogénios; particularmente em relação ao haxixe, refere consumo muito frequente (diário) entre os 16 e os 21 anos;

presentemente refere não consumir. Ainda no que respeita ao consumo de substâncias, diz: *“sempre fui um bocado mente-aberta com os meus avós...disse-lhes ‘consumo isto’...os meus avós...havia aquele medo, como tinha tios toxicodependentes...que passasse...nunca passou para nada p’ra mim; ... eu cheguei aos 19/20 anos foi quando experimentei o resto das drogas, nas festas e nas saídas à noite e coiso...mas sempre tive uma experiencia com os meus tios [maternos] e vi o que eles passaram...e tive na Associação...”* (...) *“agora o resto das drogas...sempre achei que não vim ao mundo p’ra ser drogado...experimentei porque tinha curiosidade e assim...”*(...) *“não censuro ninguém por fumar uma ganzinha ao fim do dia de trabalho...aquelas pessoas que fumam todos os dias e que de manhã à noite não fazem nada na vida, censuro, acho que é mau, porque também já fumei e sei que aquilo cria um bocado de inércia...”*.

Encontra-se em acompanhamento em equipa da Direcção Geral de Reinserção Social (DGRS), tendo sido condenado a 5 anos de prisão com pena suspensa, por dano qualificado ao património (colaborou, com um amigo, no incendio de um automóvel). Relativamente a este episódio, refere: *“este foi o problema legal que tive a sério, infelizmente...isto foi uma situação através de um amigo meu...isto foi mandado fazer por um solicitador que tinha um problema legal que quis resolver...sem ser legalmente e contactou esse meu amigo para danificar o carro da pessoa...ele disse que precisava de resolver uma situação e ...na qual estava disposto a pagar-me 200 euros...eu não sabia o que era, na altura”* (...) *“ao inicio neguei-me, neguei-me, neguei-me...depois lá fui pedir o carro ao meu avô...o meu carro tinha sido assaltado e tinha os vidros partidos, estava na garagem”* (...) *“à partida não sabia o que era para fazer...os 200 euros eram sempre aliciantes...nunca me falou de pegar fogo a carro nenhum...a ideia era danificar o carro da outra pessoa e que ele ia receber 500 euros para esse efeito...ao principio neguei-me, tivemos uma hora a discutir...que não, que não, que não...e a conversa ficou que eu não tinha que fazer nada, só tinha que lhe dar boleia...acabei por aceitar...tinha conhecimento das consequências que podiam acatar daquilo...”*. Após terem vandalizado o veículo, foram surpreendidos pela polícia numa operação de rotina: *“...sei que ele passados...dois ou três minutos...apareceu junto do carro, queimado...queimado e exaltado ‘vamos embora, vamos embora’...meti-me no carro e fomos embora”* (...) *“azar dos azares...eu como tava no carro do meu avô...fiquei com receio de verem o carro do meu avô...tapei as matriculas do carro...ao sair de lá devia ter destapado as matriculas e... não destapei...”* (...) *“...por*

coincidência...porque isto é assim, o karma é assim...ou o mundo é redondo...e por azar de quem não tem experiência neste tipo de actividades...no momento em que eu saio da rua vem o carro patrulha fazer a ronda...vê as matriculas tapadas e vem atrás de nós...eu não parei logo...ele tava aos berros 'não pares, não pares'...ainda fugi mais ou menos um quilómetro...até que aquilo começou a tomar umas proporções...parecia um filme americano...e pensei, daqui a bocado começam aos tiros...e eu não quero levar um tiro por causa disto..." (...) "parei o carro...a polícia veio, levámos no focinho da polícia...a polícia foi agressiva...fomos agredidos logo, fomos algemados..." (...) "estavam três polícias em cima de mim, algemado...eu até ca caçadeira levei na cara...saí dali fui para o hospital...levei pontos na cara, levei pontos na boca..." (...) "entretanto...no rádio da policia começa a haver um alerta porque estava um carro a arder na rua donde a gente saiu...eles juntaram um mais um, e começaram a perguntar se nós tínhamos feito alguma coisa...e nisto vêm que ele está queimado no braço, cheirava a gasolina... 'o que é que vocês fizeram, o que é que vocês fizeram'...e ele começa a contar a história do solicitador e ... fomos para a esquadra" (...) "...depois, como era fogo veio a judiciária... foi uma confusão...isto depois foram três anos de julgamento... meteu outras pessoas..." (...) "...não conseguimos prova que o solicitador e que tinha mandado...era a palavra dele contra a nossa..." (...) "...depois nem recorri...já estava tão farto de julgamentos...". As consequências do seu comportamento são importantes e prolongadas no tempo: pena de cinco anos de prisão com pena suspensa, para ambos os autores; indemnização pendente de trinta mil euros à companhia de seguros pela destruição do automóvel; teve de comprar um carro para o avô uma vez que o que foi utilizado no crime foi apreendido; dificuldades acrescidas na procura de emprego, "as coisas estão mais difíceis...porque tenho isto no cadastro...por exemplo, já não pude entrar agora... para uma empresa de segurança...", diz. Sente-se injustiçado pela decisão do tribunal, "isto foi completamente ridículo...desde a pena ao julgamento...a justiça é para os ricos" (...) "o senhor do ministério público disse que achava demasiado...a nossa pena" (...) "basicamente o que aprendi com esta situação é que, se algum dia tiver um problema judicial não digo nada a ninguém, não falo na polícia, não falo no tribunal, não digo nada...chamo um advogado e o advogado é que há-de dizer..."

Durante o encontro Brito apresentou-se colaborante muito disponível e com atitude confiante; veio propositadamente ao Serviço onde é acompanhado, apenas para a

entrevista solicitada. Apresenta discurso algo acelerado, prolixo, com grande detalhe nas descrições, por vezes com desvios em relação à ideia central.

Aparentemente consciente do risco e consequências do seu comportamento, embora com alguma desvalorização de actos como o consumo regular de haxixe, a condução de motociclos em situação de ilegalidade e atracção pela velocidade, e alguma desresponsabilização em relação ao crime em que se envolveu.

Resultados dos instrumentos aplicados:

MEV: 83 Observação: Nota de comportamentos protectores de saúde ligeiramente abaixo de valor médio (84).

BDI-II: 14 Observação: Depressão ligeira.

E.R.S. de J. Stork: 41 Observação: Estado normal.

Verifica-se, pela análise dos resultados dos instrumentos, a presença de comportamentos protectores de saúde abaixo de valor médio, a presença de depressão ligeira e a ausência de risco suicidário.

Luísa (E8)

Participante do sexo feminino, caucasiana, 29 anos de idade, solteira e com três filhos do sexo masculino (um de 9 anos de uma primeira relação e dois, de 4 e 1 anos de idade, de uma segunda união de facto). De nacionalidade portuguesa, natural de Lisboa, residente no Barreiro; completou o 6º ano de escolaridade; vive com a mãe, o padrasto e os dois filhos mais novos (o filho mais velho vive com o pai). Luísa tem um meio-irmão, com 25 anos de idade, de uma segunda relação da mãe; quando este irmão nasce, Luísa tinha 4 anos. O pai, “*cortador de carnes*”(sic) de profissão e com o 5º ano de escolaridade, morre quando Luísa tinha 9 anos de idade, “*o meu pai morreu com uma infecção pulmonar derivado a HIV...ele também metia-se nas drogas...foi contágio sexual...não sei...*”, diz. A mãe é cabeleireira (presentemente não trabalha), tem o 5º ano de escolaridade; “*a minha mãe também tem uma doença crónica...a minha mãe é bipolar...mas ela está bem...há muito tempo que não tem sintomas...*”, refere. Luísa está reformada por invalidez desde há três anos, tendo trabalhado na área da restauração.

Relativamente ao período da infância, Luísa descreve elementos que nos ajudam a contextualizar a sua história de vida: “...a minha mãe separou-se do meu pai tinha eu seis meses...” (...) “...ficava sempre com a minha avó [materna] a minha mãe morava na Parede...então a minha infância foi sempre Olivais-Parede, Parede-Olivais...tão depressa tava na minha mãe como tava na minha avó...”. O período escolar foi marcado por algumas irregularidades: “...a escola...a 2^a 3^a 4^a, fiz sempre com a minha mãe, na Parede...depois passei para o 5^o ano e mudei de escola...não correu nada bem...ainda por cima...fui parar a uma turma de repetentes, logo pra inicio...não foi nada bom, depois...das minhas amigas, ninguém ficou na minha turma...aquilo foi um choque pra mim (...) e depois, um dos repetentes chateava-me a cabeça...o dia todo na escola...ela era de cor...porque queria dinheiro...então não ia à escola com medo...o meu padrinho punha-me lá em cima, no portão da escola...mas a Luísa dava a volta...bzzz... e não ia...com medo, é lógico...” (...) “...a primeira vez, no 5^o ano, chumbei por faltas...então a minha mãe mudou-me de escola...aquilo era uma mistura de coisas...muita gente...mas o problema não era a escola, o problema era mesmo eu, que já queria era...prontos, não sei...”; note-se que, Luísa perdeu o pai aos nove anos de idade, na altura de transição do primeiro para o segundo ciclo, como já referimos.

No que respeita à adolescência refere que: “era uma pessoa comunicativa...tive muitas desilusões [sorri] isso era o prato do dia...mas correu bem...muitas desilusões em termos de...gostar do rapaz e o rapaz não gostar da gente...ou já ter namorada...eram coisas que passavam” (...) “gostava muito de bailariques...gosto muito de bailariques...pareço a minha mãe a falar [sorri] e pronto...o que me estragou assim um bocadinho...foi mesmo quando comecei as saídas p^{as} discotecas...aqui era ir pra Expo...lá na linha era ir p^{ró} Bauhaus” (...) “eu adorava ir para a Parede, porque a Parede era a praia, era as discotecas...e tinha aqueles meus amigos, os amigos betinhos como eu lhes chamava...que eram os amigos da linha...que eu adorava muito...eles diziam ‘vens dos Olivais...nota-se logo que vens dos Olivais’...vinha com os tiques daqui...mas eu gostava”. A narrativa dá conta da sua autoimagem como pessoa “comunicativa” e com capacidades relacionais, embora emocionalmente tocada pela frustração, sendo disso exemplo as “muitas desilusões” como “prato do dia” e ainda, “o que me estragou assim um bocadinho...”, como se algo tivesse maculado o seu *Self*.

Por outro lado, expressa também as suas aspirações, “...eu gostava muito de ter sido veterinária...e uma vez, em miúda, no veterinário...porque nós tínhamos seis cães...disse que gostava de ser veterinária...’então porquê?’...perguntou ela [a veterinária] ‘para salvar os animais’...foi assim que eu me saí ... e ela disse ‘sabes que às vezes temos que matar os animais?’...eh pá...quando ela me disse aquilo, eu fiquei duma maneira...mas é que ela não me explicou porquê...”.

Ainda em relação ao período da adolescência, houve uma tentativa de suicídio por auto mutilação; Luísa refere-se a este episódio quase no final da entrevista, e a propósito de comportamentos da mesma natureza, que adiante descrevemos. Refere que foi “...aos 15/16 anos, se não me engano...cortei os pulsos” (...)”essa foi porque eu perdi o meu pai muito cedo...tinha nove anos...a causa foi a rebeldia...foi, foi o nunca ter aquela...como é que hei-de explicar...aquela revolta de ele ter partido tão cedo ...eu queria era ir para o pé dele, queria era estar com ele...” (...) “ era a adolescência...eu senti sempre uma grande revolta dentro de mim...”. Também mais tarde, na entrevista, refere-se a memórias de criança relativamente ao pai, de modo terno e nostálgico: “...o meu pai chegou a estar preso...lembro-me de o ir visitar à cadeia, a Caxias... à penitenciária de Lisboa...” (...) “...lembro-me dele tar a pedir os trocozinhos ao meu avô, para ser ele a pagar o gelado, na altura era o Calipo...p’ra ser ele a pagar o gelado...lembro-me, mas lembro-me tão bem...eu vejo estas imagens de estar ele a pedir o dinheiro ‘oh pai oh pai...dá cá um euro’, na altura era o escudo...que era para ser ele a pagar...’oh Luísa, qual é o gelado que queres...que o pai paga o geladinho’...e eu sabia perfeitamente que era o meu avô...lembro-me tão bem dessas situações...”. Neste registo que dá conta de uma memória, parece evidenciar a necessidade de preservar internamente, a imagem de uma figura paternal protectora e afectuosa, apesar da consciência das fragilidades, económicas e de autonomia, do pai real.

Foi também na adolescência intermédia que iniciou actividade laboral: “comecei a trabalhar aos 16 anos...o meu primeiro emprego foi publicidade...na altura toda a gente foi para a publicidade...depois foi sempre restauração, restauração, restauração...”.

O consumo de bebidas alcoólicas será adiante referido, uma vez que este é um importante problema de saúde de Luísa. Relativamente ao consumo de tabaco, refere ter fumado pela primeira vez aos 13 anos; fuma presentemente cerca de 20 cigarros por dia.

Relativamente ao consumo de drogas refere consumir *cannabis* (haxixe) pelo menos uma vez por semana. Nega ter experimentado e/ou consumir outro tipo de substâncias.

Encontra-se internada há cerca de uma semana em unidade especializada de tratamento de dependências, devido a problema de dependência alcoólica. Refere ter consumido álcool pela primeira vez aos 13 anos de idade e beber cerveja diariamente; consumo de destilados e *RedBull*, apenas ocasionalmente. Refere que, desde à vários anos, bebe fora de casa e em casa, sozinha e acompanhada, todos o dias da semana, durante o dia ou noite. A sua bebida preferida é cerveja e refere já ter ficado etilizada inúmeras vezes; bebia, por episódio de consumo, cerca de 15 unidades alcoólicas (“imperiais”), que podia ir até 30 unidades. A propósito do seu consumo de álcool refere, “...há dez anos que...comecei nas bebidas...comecei nas bebidas com...com os amigos e discotecas, bares...começou assim...só que entretanto as coisas foram-se agravando...lentamente na minha vida...depois comecei a beber...só porque...por problemas né?... para espaiarecer...depois comecei a entrar muito rapidamente em depressões...”. Verificámos que o agravamento do consumo de bebidas alcoólicas de Luísa se encontra em estreita relação com perdas significativas (ruptura amorosa ou luto por morte), conflitualidade conjugal e dificuldade em manter autonomia emocional e económica; “...tive o meu primeiro relacionamento [união de facto, aos 19 anos], no qual tive o meu primeiro filho...no qual sofria de violência doméstica (...) quando ele [o filho] tinha três meses, levei o primeiro estalo...isso também me levou mais à bebida” (...) “ele não se importava de ir buscar cerveja à rua para eu beber em casa...só que agente acabava por discutir...acabávamos sempre por nos chatear...acabava sempre por me bater e eu acabava sempre por me virar a ele...andei assim durante três anos...cheguei a um ponto que saí de casa da minha sogra [onde viviam] ” (...) “...cheguei a um ponto em que tive que dar um murro na porta...e fiquei com o dedo...tive de levar pontos... porque ele até fechou tudo...´e daqui não sais e daqui não sais´...e só assim é que consegui a separação”. Luísa vai viver com o filho para casa da avó materna, onde vive também um tio (alcoólico) que reage negativamente à sua presença. Esta avó materna, entretanto adoece, “...foi quando a minha avó esteve internada no hospital, foi operada ao coração...tava-me a ver a ficar sem ela...foi ela que me criou”. Apesar de manter actividade profissional, ao fim de dois meses entra em depressão e tenta (pela segunda vez) o suicídio, por ingestão de medicamentos: “...era o meu tio a criticar...porque era o miúdo...e agora voltou pra casa outra vez...e eu tava a

trabalhar e ... também não tinha saído bem da relação, não tava bem comigo mesma...e tava em depressão...e não consegui aguentar... e fui para uma clínica". Esteve internada cerca de dois meses e refere que, "saí bem, voltei à minha vida normal...onde entretanto conheci outro rapaz...onde, pronto ...a gente...envolvi-me com ele e entretanto tive o meu filho, o Bernardo...tem agora quatro anos...e...há pouco tempo tive outro, com um ano e quatro meses...". O adoecimento grave do companheiro e a conflituosidade conjugal agravam de novo os consumos de álcool e a saúde mental de Luísa: "... durante quatro anos não tocava em álcool...e agora ao fim de seis meses...tive uma recaída...porque...tava grávida de seis meses [do terceiro filho], agora deste último companheiro...quando lhe deu o primeiro AVC...deu-lhe um AVC e eu andava com ele p´ra cima e p´ra baixo...hospitais p´ra cima hospitais p´ra baixo...tive o meu filho dia 14, no dia 15 deu-lhe o segundo AVC [sorri] e eu p´ra cima e p´ra baixo...". No último ano, o filho Bernardo entra para um colégio e desencadeia gastroenterites de repetição com longos períodos de convalescença, "...o primeiro ano do Bernardo foi muito difícil, a adaptação ao colégio foi muito difícil...ficava muito mal...vomitava, febres...tudo assim...", diz; o filho mais novo, com dois meses de idade, tem internamento de 10 dias na sequência de bronquiolite: "...aquilo foi mesmo...ele é preguiçoso...o médico dizia 'não se preocupe que ele é preguiçoso...pensa que ainda está dentro da sua barriga'...", diz; refere ainda não se encontrar recuperada da última cesariana, "...ambos os três [referindo-se aos três filhos] foi cesariana, não foi partos normais...e ambos os três sofri bastante nas cesarianas...e a ultima cesariana foi muito complicada...tive que levar com máscara...porque a epidural não pegou de maneira nenhuma e então eu sentia tudo...senti abrirem-me a barriga, sentia a meterem-me as mãos [suspira] ...senti as dores todas" (...) "o menino não subia, a glicémia não subia...então o menino teve que ir p´ra uma incubadora, ao lado daqueles bebés que nascem prematuros...". Nesta altura, perde a sua avó, "...um mês depois do nascimento do meu filho, morre a minha avó... [pausa longa]". Desdobrando-se em cuidados de saúde aos filhos e ao companheiro, com necessidade de deslocações frequentes para tratamento, constata que este, no seu processo de recuperação e reabilitação, apresenta comportamentos de infidelidade. Confrontando-o, o companheiro revela o seu desinvestimento na relação, "...ele disse que eu para ele era apenas a mãe dos filhos dele...(...) a partir daí a nossa relação tinha terminado". E refere, "...eu é que fui perdendo as forças...e tava-me a ver a ir abaixo...(...) comecei a beber as minhas primeiras imperiais...primeiro comecei por beber sem álcool...fazia

aquele 'aahhh'...já aliviava um bocadinho...depois comecei a beber os panachés...era um, dois, ficava por ali...com medo sempre de haver alguma recaída...coisa assim...mas depois lá começava a beber uma mini, duas minis...prontos..." (...) "ele [o companheiro] *dizia-me 'ah vê lá se te aguentas...não arranjes problemas'...o problema dele não era eu que estava a ir-me abaixo, a precisar de ajuda...e tinha que estoirar por algum lado...e estoirou". Inicia processo de etilizações intensas, "...teve que ser, teve que ser...tive de apanhar umas bebedeiras daquelas bem grandes...para eles me porem na rua..." (...)* "...já me estava a sentir fracassar...começaram-me a vir aqueles pensamentos...e eu vou acabar comigo...já não presto, já não presto pra nada...o que é que eu vou fazer à minha vida..." (...) "...três dias antes de fazer anos, tentei o suicídio". Nesta terceira tentativa de suicídio, mais grave, Luísa ingere uma quantidade significativa de medicamentos da mãe (tranquilizantes, antipsicóticos, ansiolíticos e antidepressivos), tendo ficado inconsciente. Descreve o momento, *"...fui sozinha, fui beber as minhas cervejinhas...cheguei a casa ainda fui ca cadela à rua...parece que me estava a despedir de todos...ainda fiz uma sandes de chouriço, comi...a minha mãe tinha lá umas caixas de comprimidos...diazepans, montes de diazepans...um frasco de Tercian...bebi o frasco todo... e mais Mutabom...não sei quantos comprimidos tomei...fui dar um beijo ao meu filho, ao Bernardo, dei um beijo ao António [filho mais novo] ...e deitei-me...simplesmente deitei-me" (...)* "quando acordei...acordei no SO na psiquiatria do Hospital do Barreiro..."; em vésperas do seu aniversário, exige alta clínica, *"...já que não morri...não quero passar aqui os meus anos..."*; contudo, dois dias depois contacta o Hospital para pedir ajuda, *"...para ver se me ajudavam...que eu não queria estar outra vez nesta vida...dia sim, dia não..."*, diz. É na sequência deste contacto que inicia processo de recuperação na unidade onde se encontra de momento.

Durante a entrevista Luísa apresentou-se muito disponível e com atitude de clara colaboração; apresenta discurso fluido e em tom animado, contrastando por vezes, com a gravidade dos episódios que relata. Sentimos alguma dificuldade na reconstituição cronológica dos acontecimentos, pelos movimentos frequentes da participante entre o passado (*flashbacks*) e o presente, procurando completar e clarificar factos ou acontecimentos. Do seu percurso de vida, destaca-se a separação dos pais em idade precoce, a morte do pai durante a infância, a ocorrência de três tentativas de suicídio e dois internamentos por episódios de depressão; estes momentos de maior desorganização psicológica ocorrem na sequência de rupturas amorosas (separações) ou

perda por morte (pai e avó materna), dando conta da importante angústia de separação e consequente vulnerabilidade emocional e familiar. Não obstante o percurso de vida e a gravidade dos sintomas, os resultados dos instrumentos de avaliação aplicados apresentam valores razoavelmente positivos, exceptuando a identificação de depressão ligeira, como verificamos de seguida.

Resultados dos instrumentos aplicados:

MEV: 100 Observação: Nota de comportamentos protectores de saúde acima de valor médio (84).

BDI-II: 15 Observação: Depressão ligeira.

E.R.S. de J. Stork: 56 Observação: Estado normal.

Verifica-se, pela análise dos resultados dos instrumentos, a presença de comportamentos protectores de saúde acima de valor médio, a presença de depressão ligeira e a ausência de risco suicidário.

Tomás (E9)

Indivíduo do sexo masculino, caucasiano, 30 anos de idade, solteiro (união de facto), tem 2 filhos (um filho com três anos e uma filha com dois anos de idade); o filho mais velho, que sofre de paralisia cerebral congénita, nasceu de uma gravidez gemelar, tendo o irmão falecido com um mês e meio de idade. É de nacionalidade portuguesa, natural de Lisboa e residente em bairro desta cidade. Presentemente vive sozinho, em quarto alugado; Tomás tem o 6º ano de escolaridade e exerce actividade profissional como jardineiro. Os pais são naturais da região norte do país, tendo migrado para Lisboa após casamento. Pai e mãe possuem o 4º ano de escolaridade; o pai, que se encontra em processo de recuperação alcoólica, é motorista; a mãe desempenha funções em área de serviços administrativos; ambos trabalham em instituição ligada à Igreja. Tomás tem um irmão gémeo, monozigótico (idêntico), o qual se encontra a cumprir pena de cinco anos e meio de prisão por tráfico de droga (é o terceiro episódio de prisão).

Relativamente à infância, Tomás apresenta-se lacónico, evidenciando dificuldade em evocar elementos deste período de vida; refere que “...fui criado em Campolide...na Serafina...vivi com os meus pais até...até dois mil e...dois mil e nove [tinha 16 anos] ” (...). “...tenho um irmão gémeo...tive alguns problemas de droga...desde pequeno

comecei a fumar haxixe...na escola...". No que respeita à adolescência, e após incentivo facilitador do discurso, refere que "...não tínhamos trabalho [ele e o irmão] ...andávamos com más companhias...arranjávamos problemas em casa...a vida levou-nos pra essas coisas...acabámos por ser presos...por andar com más companhias...".

A relação com a actividade laboral tem sido dispersa e conturbada, em grande parte devido ao significativo consumo de substâncias: *"...já tive efectivo em vários trabalhos...já tive mais ou menos bem na vida...já tive em electricidade...nas obras...ah, já tive também no Hospital de Santa Maria, de S. José...andava nas carrinhas a distribuir os almoços nos hospitais...nos correios...também nos CTT...mas lá tá...pelas companhias, pelos consumos...era haxixe, cocaína...à noite não dormia bem...passava a noite a consumir cocaína...depois não me levantava a horas pra vir trabalhar...chegava atrasado ao trabalho...faltava ao trabalho..."; e refere ainda, com aparente orgulho, "...eu nunca fui despedido de lado nenhum...eu é que acabava por abandonar os trabalhos...depois dedicava-me ao tráfico de droga...e andar a roubar...essas coisas...eu graças a Deus nunca fui despedido de nenhum trabalho...e era trabalhador, nessa altura...e sou trabalhador...ah, aconteceu assim...". Presentemente trabalha como jardineiro numa cooperativa de reinserção social, *"...há mais de dez anos que não tinha trabalho...andava praí a saltar...de um lado para o outro...(...)...agora arranjei este trabalho...tive seis meses a tirar o curso..."*.*

Relativamente a consumos, refere ser fumador habitual e fumar cerca de 20 cigarros por dia; fumou o primeiro cigarro aos 14 anos de idade. Iniciou consumo de bebidas alcoólicas aos 14 anos, referindo agravamento importante dos consumos a partir dos 17 anos: *"...fui prá tropa...deixei de fumar haxixe...deixei de fumar cocaína...comecei a beber, a beber, a beber...até agora, não parei mais...viciiei-me totalmente no álcool..."*, diz; bebe diariamente cerveja (bebida preferida), vinho pelo menos uma vez por semana; raramente bebe bebidas destiladas; inúmeras embriaguezes, com padrão de consumo diário, durante o dia e à noite, só e/ou acompanhado, em casa e/ou fora de casa; refere que chega a beber oito, nove ou dez litros de cerveja durante um dia. Como consequência do seu consumo de álcool, já teve problemas aos níveis da saúde, da família, do trabalho e da justiça. Quanto a consumo de outras substâncias, refere já ter consumido haxixe, estimulantes, cocaína (fumada) e medicamentos (usados como droga); o consumo de cocaína alterna frequentemente com o consumo excessivo de álcool, contrariando o efeito de sedativo deste último: *"...a cocaína era depois de beber*

muito...era um despertador...senão não conseguia fazer nada...nem trabalhar...vinha para aí e... a vomitar-me todo, às vezes...”; nega experiência com LSD, Ecstasy e Heroína. Refere consumo diário de haxixe: “...o haxixe é o meu remédio pra dormir...é mais à noite...e também pra relaxar...”.

Encontra-se internado há cerca de quatro semanas (pré-alta clínica) em unidade especializada de tratamento de dependências, devido ao seu problema de dependência alcoólica; o internamento foi programado em articulação com entidade empregadora, “...agora...o meu patrão sabia que eu tinha um problema de álcool... falei com ele...pronto, deu-me oportunidade de eu vir pra aqui pra me tratar...e quando sair daqui continuo a trabalhar...eu não quero é perder o meu trabalho...não quero perder esta oportunidade...”, refere. A companheira de Tomás também se encontra internada, desde há seis meses, em unidade de tratamento de dependências, em Coimbra; neste período, os filhos têm estado aos cuidados da Santa Casa, em Lisboa, com visitas regulares.

No que respeita a problemas com a justiça, destacam-se dois períodos de pena de prisão efectiva por tráfico de droga, seis meses em 2001 e oito meses em 2010: “...já tive preso no estrangeiro, também...já tive preso em Marrocos...agora em 2010...tráfico também...(...)...o meu irmão já é a terceira vez que está preso...eu já é a segunda vez...isto não dá...para andarmos assi toda a vida...espero bem na minha vida nunca mais meter-me em problemas desses...já chega”, refere. Regista-se ainda, uma condenação (que se encontra em curso) de pena de prisão com pena suspensa, por violência doméstica: “...tive uma vez um problema com ela [companheira] por isso é que a gente separámo-nos...entretanto ela foi viver pró pé dos pais dela...porque, pronto, chateámo-nos...tava alcoolizado...depois bati nela...(...)...tava a dormir...tinha adormecido...ela tinha ido a uma consulta com o menino...não me lembro de nada...só me lembro dela estar ali a tocar à campainha, a tocar...ela conseguiu entrar pela janela...e quando me viu a dormir tratou-me mal e...chamou-me isto e aquilo...e eu não pensei em nada...fui direito a ela e agredi-a (...) pronto...aí é que eu fiz mal né?...não devia ter feito aquilo que fiz...depois...mais tarde...pedi-lhes desculpas...só que depois já não havia nada a fazer... ela tava com o menino ao colo...depois ela chamou a policia...depois é que fui viver para um quarto alugado, na Praça do Chile...tive lá oito meses...(...)... fui condenado e tive que vir fazer um tratamento...” (...) “...tudo o que se passou foi sempre derivado aos consumos...porque a gente nunca se demos

Tibério (E10)

Indivíduo do sexo masculino, caucasiano, 30 anos de idade, solteiro e sem filhos. De nacionalidade portuguesa, natural de Lisboa e residente em Rio de Mouro; é o mais novo de uma fratria de dois (tem irmão com 34 anos, divorciado e sem filhos); presentemente vive sozinho (separado de união de facto desde há quatro anos), tem o 9º ano de escolaridade, concluiu *curso de empregado de mesa e bar*, mas exerce actividade profissional como fiel de armazém.

Os pais são naturais da região norte do país (Minho e Trás-os-Montes), e migraram para Lisboa após matrimónio. O pai é bancário, já reformado, possui o 4º ano de escolaridade; a mãe, funcionária administrativa, também reformada, possui o 5º ano de escolaridade. Os avós paternos e o avô materno são falecidos, a avó materna vive em Mirandela.

Relativamente ao período da infância, foi criado pelos pais na região do Cacém (morada única); o período escolar foi atribulado no 1º e 2º ciclo do ensino obrigatório. Do seu discurso regista-se: “...*desde pequenino que vou lá [a Mirandela] passar os três meses da escola...o meu pai metia-me na camioneta, eu ia sozinho...entregava-me ao motorista...nesse tempo ainda se podia fazer isso...hoje em dia não...*” (...) “*sempre vivi no Cacém...tive uma ama...depois fui para a escola...fui expulso a meio da 4ª classe...andava lá um rapazinho...eu não gostava dele, andava sempre a querer-me bater...e então fiz lá umas traquinices, já nem me recordo muito bem...e então fui expulso...depois fui para outra [escola] que lá havia...e acabei a 4ª classe...(...)depois fui para o 5º ano, sempre no Cacém...fiz o 5º, 6º, 7º...depois chumbei no 7º e 8º...e vi que tinha de sair dali...senão, nem o 9º ano tirava...faltei os últimos três meses à escola...(...)foi aí que começou né?...[o consumo de substâncias]” (...) “...foi quando decidi ir fazer um curso de empregado de mesa e bar...e fui pra Pontinha...pra me afastar daquela...(...)... o curso era de três anos...tive que voltar pra trás...voltei a fazer o 7º, apesar de já o ter... 7º, 8º, e 9º...acabei...eram mais rígidos, mas era uma coisa que eu gostava...(...)...saí de lá...antes de acabar o curso já trabalhava, aos fins-de-semana, assim pra dar uma ajudinha... num café dum primo do meu pai...”. Tendo terminado o curso com 17 anos, Tibério começa a trabalhar formalmente aos 18 anos: “...já tirava 210 contos no restaurante, na altura...abria a pastelaria às sete da manhã... chegava a casa às dez da noite...era chegar a casa, tomar banho...e ir pra rua...chegava a casa às cinco da manhã...tomar banho e apanhar o comboio pro*

trabalho...”. É neste contexto laboral, que altera e intensifica o seu consumos de substâncias, como adiante abordaremos.

A propósito da sua adolescência, refere que “...*sempre tive muitos amigos...no Cacém, fosse onde fosse, conhecia toda a gente...cafés, bares, conhecia toda a gente...*” e, em relação à sua vida amorosa, “...*eu até hoje, sempre disse, só namorei com três raparigas, posso já ter andado com cem ou mais...mas pra mim isso não é namorar...foi só com três...podia era curtir...para elas era namorar... pra mim era curtir...e depois aparecia sempre outra e outra e outra...não é pra estar aqui a gabar-me, mas nunca tive problemas com as miúdas...*”. Contudo, o ambiente familiar de Tibério, apresentava sinais de preocupação e perturbação, tal como nos diz: “...*andava em psicólogos...desde os meus 14 anos, 15 vá...que a minha mãe me anda a puxar...para falar com psicólogos, por causa do álcool...desde os meus 14 anos sempre viu que eu aos fins-de-semana vinha bêbado para casa...(...)...ia lá uma vez, mas depois nunca mais lá punha os pés...por isso é que eu digo que os meus pais sempre tentaram de tudo...cheguei a ir à psicologia do Júlio de Matos e a outros lados também...aos SAMS [serviços de saúde dos empregados bancários]...e a uns particulares, também andei...*”.

Dado a diversidade de substâncias consumidas por Tibério, apresentamos em primeiro lugar uma identificação global dos consumos e posteriormente procuramos caracterizar e contextualizar o consumo de substâncias, de modo mais específico. Assim, e relativamente ao consumo de tabaco, refere ter fumado pela primeira vez aos 14 anos de idade e fuma cerca de 20 a 30 cigarros por dia. Iniciou consumo de bebidas alcoólicas também pelos 14 anos; bebe cerveja e bebidas destiladas diariamente, vinho pelo menos uma vez por semana; a sua bebida preferida é *Whisky* e bebe 8 a 10 unidades alcoólicas por episódio de consumo; refere inúmeras “bebedeiras”; padrão de consumo dentro e/ou fora de casa, sozinho e/ou acompanhado, durante o dia e/ou noite, durante todos os dias da semana. No que respeita a substâncias ilícitas, refere consumos de haxixe, estimulantes, LSD, cocaína (1,5gr/ dia), *Ecstasy* e “cogumelos mágicos” (alucinogénio); nega consumos de heroína e de medicamentos usados como droga.

O consumo de álcool iniciado em idade precoce foi-se progressivamente consolidando e agravando, tal como refere: “...*o álcool foi logo desde os meu 14 anos ...a gente saía da escola...íamos para ali para o clube, que era uma colectividade recreativa...clube de futebol de cinco...havia lá muita malta, desde os infantis, juvenis, juniores,*

seniores...eu sempre me dei com pessoal mais novo e pessoal mais velho...(...)...ao fim-de-semana faziam lá uns bailes e era ali que agente parava...tar lá até à noite...era convívio...fumar, beber...e divertir pronto, uma palhaçada...” (...)“...entrava em casa...às vezes iam à janela [os pais] viam-me lá no fim da rua...viam logo como eu estava...nem havia como disfarçar...isso do álcool sempre souberam...” (...) “...em casa tinha uma gaveta, que só eu é que tinha a chave e escondia [bebidas alcoólicas]...às vezes ia ao frigorífico e tirava de lá vinho, que era do meu pai...misturava com sumo...”.

Em relação a outros consumos, refere que os pais levaram algum tempo a ter conhecimento:“...vê lá o que é que andas a misturar no tabaco...` - sabiam que andava ali qualquer coisa...mas eles não percebiam muito disso...era capaz de ir para a mesa acabado de fumar um charro...e eles não davam por nada...” (...) ”depois comecei a ser apanhado em casa com haxixe...pelos meus pais...o meu irmão também consumia...comprávamos juntos...”.

Ao consumo de álcool e de haxixe, junta-se o consumo de cocaína:“...por volta dos 16 anos comecei a experimentar cocaína...mas era uma coisa...que não era como o haxixe...o haxixe era de manhã à noite...de manhã quando saía...já ia para ir apanhar o comboio...já ia a fumar uma...(...)...a cocaína era uma coisa de fim-de-semana...às vezes podia tar até três semanas ou um mês sem fumar...depende das pessoas...depende da festa...não era uma coisa que eu andasse sempre a pensar...enquanto o haxixe não!...tinha que ter sempre comigo”. Questionado sobre as circunstâncias em que iniciou o consumo de cocaína, refere “...também na brincadeira...como se costuma dizer...a pedrada é outra...também depende do sítio onde estava...primeiro foi em grupo...depois vem o gosto né? começou a ser sozinho, também...era capaz de estar à tarde no quarto, a ver um filme e...consumir...”. Aquando do início da actividade laboral, os consumos agravaram-se de forma significativa: “...andei ali uns mezinhos e...e cada vez comecei...era directas atrás de directas...era capaz de entrar ao trabalho e começar logo a beber gin...logo de manhã...tinha quatro horas à tarde [livres] ...depois comecei a consumir cada vez mais cocaína, nessas quatro horas...acordava-me...não me dava o sono...” (...) “acabei com isso [trabalhar na restauração] ...ganhava bem mas não...não tinha tempo pra mim...”.

Em relação à motivação para os consumos, podemos identificar modificações ao longo do tempo; se numa fase inicial o contexto recreativo parece ser predominante:

“...depende das situações...normalmente bebo para ficar divertido, alegre...a rir...extrovertido...tudo tranquilo...sempre na palhaçada...” (...) “...o álcool era...eu sempre fui tímido...sempre tive raparigas à minha volta mas nunca...sempre fui tímido...o álcool dava-me pra falar...nunca fui de falar muito...ficava desinibido...o haxixe dava-me pra rir...o álcool desinibia-me...(...)...sóbrio não conseguia ir dançar...não me consegui meter com as raparigas...não falava muito...quando só tinha, já fazia isso tudo...(...)...desde os 14 anos sempre foi assim...” (...) “...nessa altura o haxixe só tinha dois efeitos...dava pra rir e dava fome...tou a falar 14, 15, 16 anos...nesse tempo...” ; posteriormente, necessidades mais internas, parecem condicionar o comportamento de consumo: “...dantes...se calhar era mais inconsciente [o consumo], não é tanto é tanto pelo vício...como é hoje em dia né?...naquele tempo a gente nem dava por isso...a gente queria era divertir-se...beber uns copos...hoje em dia já se tornou mais um vício...às vezes a gente faz isso pra ficar com a cabeça cheia...às vezes nem é pra divertir...a gente tá em casa...fuma-se uns charros...e dá-se uns snifs [cocaína inalada]...bebe-se uns copos só pra encher a cabeça né?...naquele tempo não...” (...) “...hoje nem já nem me dá pra rir [o haxixe]... nem me dá fome...nem uma coisa nem outra...”.

A severidade dos consumos pode também ser atestada pelo montante de dinheiro envolvido no consumo habitual, como refere Tibério: “...pra tar a beber não tou ali a contar [dinheiro] ...tenho que ter cinquenta ou cem euros, pelo menos...(...)...também já tou num grau, assim que eu entro...já tou num grau de alcoolémia que não dá vontade de beber cerveja...bebo logo whisky ou vodka...logo aí é mais caro...eu com vinte euros bebo duas bebidas...duas bebidas nem vale a pena lá por os pés!...” (...) “...oito ou dez bebidas...para aí ...depois, também chego a uma altura que apago...tou bem, na altura tou bem...depois no dia a seguir é que depois não me recordo...”.

O testemunho de Tibério, dá conta dos processos que podem estar envolvidos na obtenção de dinheiro para os consumos: “...pedia aos meus pais...havia o que as amigas davam também...havia sempre onde ir buscar...quando isso tudo falhava...era os roubos (...) nos supermercados, à noite...chegava a ir pró Monsanto às...às prostitutas, aos paneiros...roubar-lhes o ouro e a carteira...(...)...era sempre em grupo...em carros roubados também...servia para os roubos de dia e ir prá discotecas à noite...depois abandonávamos os carros, como é evidente...”.

O relacionamento conjugal - união de facto durante quatro anos - acaba também por não resistir ao comportamento de Tibério, tendo-se separado à cerca de dois anos, como nos diz: “...comprei uma casa co ela...depois chateámo-nos, como é obvio...e pronto ela saiu e fiquei eu...ela em relação à cocaína...sempre lhe escondi...ela nunca soube...mas, chegava todos os dias bêbedo a casa...não há ninguém que aguente né?...mas falamos...hoje em dia somos amigos...dividimos as coisinhas...nada de agressões...”.

Do seu percurso de vida, importa igualmente registar episódio ocorrido aos 28 anos de idade que, pelos factos descritos e pela tonalidade emocional do relato, podemos considerar como uma manifestação de ideacção suicida: “...também não me lembro de tudo, tava bêbedo...já tinha bebido e já tinha tado a dar na branca [cocaína] ...acho que nesse dia não tinha tado a fumar nada [haxixe] ...saí de casa...cheguei a um ponto que já tava farto...de fazer sofrer os meus pais...a mim, aos amigos...cheguei a um ponto rebentei...(...)..fui direito à estação [caminho de ferro de Rio de Mouro]...nem comprei bilhete nem nada...há lá uma parte que dá para [saltar]...que dá logo pra linha...e fiquei ali...ainda fumei um cigarro e fiquei ali sentado na linha [do comboio]...entretanto recebo um telefonema de uma amiga [antiga namorada]...assim que eu disse onde estava ela percebeu logo...quando eu tava sozinho...quando não tava nos cafés com os amigos...ou ia para algum sítio isolado, ela já sabia...ela já me conhece desde os meus catorze anos...(...)..foi lá ter comigo...lá falámos...lá me explicou...lá me conseguiu convencer...no dia a seguir é que caí em mim e é que percebi que não era, que não era a saída...”. Curiosamente, não se tinha apercebido que este episódio ocorrera após a separação da companheira, aspecto de que toma consciência, na sequência de movimento de clarificação durante a entrevista.

Ao momento da entrevista, e relativamente ao seu problema actual, encontra-se internado em unidade especializada de tratamento de dependências, devido ao seu problema de dependência de álcool e de cocaína; aguarda ainda julgamento, na sequência de crime por condução automóvel sob o efeito de álcool; é o quinto episódio de crime, por condução sob o efeito de álcool, como nos relata: “...já tenho cinco crimes...tudo por álcool...(...)..da primeira vez...ainda nem tinha carta, multa!...da segunda vez...sem carta e multa...foi três meses, depois foi seis meses...isto com menos de dois anos de carta, ainda...depois a terceira vez já levei pena suspensa...um ano de pena suspensa...com quatro meses de efectiva, se acontecesse alguma coisa...(...)..da

quarta vez...tava na Reboleira...foi depois de almoço...um belo dum cozido à portuguesa...muito vinho tinto...umas aguardentes...por acaso ia-me deslocar ao bairro...pra ir buscar branca [cocaína]...mandaram-me parar, assim do nada...por causa do carro também, tá rebaixado...puseram-se atrás de mim e mandaram-me encostar...(...)...agora tou outra vez...um ano de pena suspensa...tou à espera de ir a julgamento, pelo quinto crime...que este ainda foi pior...foi sempre [nos outros crimes] 1,5...1,7 [gr/etanol/litro de sangue]...a ultima foi pior...foi 2,3 ou 2,4...e despistei-me mesmo em frente à esquadra da polícia, às oito da manhã...fuga à polícia...e pronto...eles já andavam atrás de mim à muito tempo...”

A condução em excesso de velocidade, constitui outro importante factor de risco da sua relação com o automóvel: “...sempre andei em excesso de velocidade...sempre!, sempre!, sempre!...mas quando bebo, é mais ainda...é a adrenalina...é levar o carro aos limites...” (...) “...às vezes ia prá ponte [Vasco da Gama] e tal...mesmo alcoolizado...não dá pra explicar...até falta o ar...mas chega-se a dar 270, 280 [Km/hora] na ponte...às vezes agente vai ali...e sente só o ar a passar por baixo...o carro parece que vai no ar...mas também tem que se ter mãozinhas, como é evidente...(...)...mas depois é tudo junto...é a adrenalina, é as apostas...ganhei muito e perdi muito...havia dias...” (...) “...a gente não pensa nisso [no perigo] é a euforia...é pela adrenalina...o êxtase de tar ali...nem se pensa...agora, aqui sentado e sóbrio...penso no que podia ter acontecido...(...)...agora olhando pra trás...arrependo-me, por um lado não me arrependo, porque nunca aconteceu nada...mas por outro lado...sinto-me um irresponsável né?...” (...) “...ah...também já mandei um carro pá sucata...ali na segunda circular...”

Outro exemplo da conduta de risco que Tibério apresenta, é o envolvimento em confrontos físicos, entre grupos, com presença de violência significativa; é disso exemplo o relato que apresenta: “...isso foi no Cacém...távamos no café...aparecem lá dois ucranianos...queriam comprar, começaram a morder e a querer levar a placa [de haxixe]...nós saltámos em cima deles, eles foram-se embora...depois quando apareceram já eram dezasseis...depois veio a polícia à paisana...também levaram por tabela...e depois é que veio a polícia mesmo...e havia muita droga, mesmo...os ucranianos pensavam que os polícias à paisana estavam connosco e nós pensávamos que os polícias à paisana estavam com eles...quando eles vieram [os ucranianos] já vinham com pés-de-cabra e garrafas partidas... na altura não dei por nada(...)...deve

ter sido um deles...não dei por nada...uma amiga minha é que me disse que eu estava cheio de sangue...foi uma facada e tive que ir ao hospital... [fez pneumotórax, por perfuração com arma branca]”.

No que respeita à percepção do risco do seu comportamento, Tibério refere que “...sempre admiti que estava a arriscar...quer nas relações sexuais ...quando estava embebedado...às vezes não me protegia...quer quando entrava no carro...sempre admiti, mesmo ao juiz, que sabia que estava a arriscar...(...)...e tamos a falar só em álcool...que eles nem sabem...se fizessem testes...ia acusar tudo!...eu também não vou entrar no tribunal e dizer - `olhem que eu não tava só com álcool...´ [sorri].

Assume a responsabilidade pelo seu comportamento e desvaloriza o papel dos pais relativamente à sua conduta: “...eu no lugar deles...eles sentem-se impotentes...eu sempre lhes disse que eles não criaram mal os filhos...mas não valia a pena...(...)...eles sempre deram tudo...a mim e ao meu irmão, nunca nos faltou nada...sempre nos deram educação...(...)... quando ouço as pessoas dizerem - ´ai os pais falharam aqui...` - não, não me venham cá com conversas...nós próprios é que... a gente decide o destino que...que quer ir...eles não foram maus pais, muito até pelo contrário...por mais que aconselhem, por mais que queiram ajudar...se é só por aquele caminho que quer ir...não há como!” (...) “...eu não me arrependo, daquilo que eu fiz...foram bons tempos...”.

Durante a entrevista apresentou-se disponível e com atitude colaborante; discurso pausado e com boa legibilidade; emocionalmente distante ao relatar aspectos sensíveis do seu percurso de vida. Aparentemente apresenta consciência dos comportamentos de risco, embora se mostre ambivalente em relação ao seu juízo crítico face aos mesmos. Apesar da gravidade de muitos dos comportamentos apresentados, de natureza claramente marginal, parece haver atitude de banalização e desvalorização do seu significado. Identifica-se ainda, dificuldade em aceder à dimensão do seu desconforto/sofrimento, subjacente à conduta desregrada.

Resultados dos instrumentos aplicados:

MEV: 61	Observação: Nota de comportamentos protectores de saúde abaixo de valor médio.
BDI-II: 10	Observação: Depressão mínima.

Verifica-se, pela análise dos resultados dos instrumentos, a presença de comportamentos protectores de saúde abaixo de valor médio, a presença de depressão ligeira e a ausência de risco suicidário.

Fátima (E11)

Indivíduo do sexo feminino, etnia africana, 28 anos de idade, solteira (actualmente separada de uma união de facto) e com uma filha de catorze meses de idade. De nacionalidade angolana, natural da região de Bié - Angola, residente em Santarém; possui o 9º ano de escolaridade; vive com a madраста, a filha e três meios-irmãos; não tem actividade profissional. Fátima é a mais velha de uma fratria de dois (tem irmão com 25 anos), de uma primeira relação do pai, e tem mais cinco meios-irmãos (três do sexo feminino e dois do sexo masculino), de uma segunda relação do pai. A mãe, de etnia angolana, com escolaridade desconhecida, e sem actividade profissional, faleceu (hipótese de suicídio) quando Fátima tinha cerca de três meses de idade, por síndrome de dependência alcoólica; o pai, caucasiano, tinha o 4º ano de escolaridade, comerciante de profissão, faleceu em 2006, também na sequência de síndrome de dependência alcoólica; há referencia a sintomas de *stress* pós-traumático de guerra; Fátima refere que ambos sofriam de “*cirrose hepática*”.

A sua infância foi marcada por episódios traumáticos, particularmente a morte da mãe quando tinha três meses de idade, e o ambiente de guerra no país de origem, após o processo de descolonização, tal como refere: “...*não cheguei a conhecer a minha mãe biológica porque ela...faleceu muito nova...*” (...) “...*naquela [região] onde nós távamos havia muito aquela coisa de matar o branco...e o filho do branco...pronto...os descendentes do branco...brancos, mulatos e cabritos...por aí fora...*” (...) “...*o meu pai era mesmo branco puro...apesar de ter nascido em Angola...e a minha mãe era mesmo negra pura...como eu costumo dizer...então se eu tenho sangue negro...porque é que eles...me...pronto, me queriam matar a mim?...*”.

O pai vem trazer os dois primeiros filhos a Portugal, que ficam a viver com uma irmã deste: “...*vim muito pequenina para Portugal [com 3 – 4 anos] ...não me lembro de nada...de lá...quer dizer a minha terra é mais cá do que lá...vim para termos mais protegidos, digamos assim...a situação tava-se a complicar muito...ele temia pela*

minha vida e pela vida do meu irmão...” (...) “...o meu pai veio cá só para nos trazer...e depois voltou outra vez para Angola...porque ele lá era gerente de um supermercado...voltou para tentar resolver o que tinha pra resolver...para depois voltar então para Portugal...(.)...regressou...começou novamente do zero...para quem lá era o chefe...aqui começou a trabalhar numa pecuária...(.)...e o ultimo emprego que teve foi porteiro...(.)...ele apanhava as suas bebedeiras, ao fim-de-semana...mas depois começou a beber mais...foi quando veio para Portugal...a vida deu uma volta...que ficou o mundo mesmo ao contrário...”; refere ainda, “...ficámos cá em casa duma irmã dele [pai] ...fui criada até aos meus dez anos pelos meus tios...eles também tinham dois filhos...” (...)

“...a minha tia também bebia...bastante...que eu lembro-me dela ir muitas vezes assim...à noite...ao frigorífico...dar uma golada de vinho...ela nem saía à rua...dáva-me dinheiro - ´trás o pão...e também vinho pra temperar a comida´ - ...mas isto era todos os dias...era muito tempero... [ri]” (...)

“...ah, esta minha tia também morreu com cirrose...”.

Refere que sempre procurou obter informações sobre a sua história familiar através do pai; os extractos de discurso seguintes, dão conta dessa necessidade: “...porque é um passado mesmo muito passado...e há muitas histórias que ficaram por contar...porque também era muito doloroso para o meu pai...contar essas coisas...e uma delas era essa [a morte da mãe]” (...)

“...no meio desta história toda...eu quando comecei a conhecer-me como gente...eu fazia perguntas ao meu pai...como é que era a minha mãe...o que é que ela fazia...como é que ela era, como não a conheci, queria ter uma noção de como é que ela tinha sido...e lembro-me que o meu pai chorava muito...chorava muito e não queria tocar nesse assunto...porque havia pessoas da família, principalmente do lado da minha mãe...que punham as culpas no meu pai...que o meu pai, entre aspas, que a tinha matado...”.

Relata ativamente ao percurso escolar, refere: “...estudei até ao 8º ano...sempre até ao 8º ano sem chumbar...consegui sempre passar sem problemas, sem conflitos...com ninguém, pronto, depois cheguei até ao 8º ano...houve ali qualquer coisita na minha cabeça que...chumbei depois no 8º ano...até posso-lhe dizer porquê...tive assim uma paixãoeta assim muito, assim muito de repente...mas muito muito profunda, ao mesmo tempo...e faltava às aulas só pra ver...a pessoa de quem eu gostava...faltando às aulas...não tendo matéria no caderno nem na cabeça...as coisas foram ficando pra trás...e depois também tava naquela fase de...de me soltar...não sei quê...pronto!...e

então chumbei...” (...) “...e depois tinha uma directora de turma que gostava muito de mim...e ela propôs-me o seguinte...hum...sabia do agregado familiar...que eramos muitos em casa...em vez de eu repetir novamente o ano...esperar mais um ou dois anos para completar os 15 anos...e tirar um curso de formação...ficava com o 9º ano e aprendia uma profissão...e foi assim realmente o que eu fiz...na altura inscrevi-me no curso de cabeleireira...era um curso de três anos...faltavam três meses para completar o curso e...não consegui [pausa]...”.

Poucas são as referências à adolescência, mas esta parece marcada pela instabilidade interior e familiar, que se reflectiu no seu percurso escolar e nas memórias de cenas da vida familiar, que teriam elementos para serem momentos felizes, mas que foram marcados pelo sentimento de infelicidade: “...tínhamos amigos...festas de anos...tudo normal...(...)...o meu irmão quando veio cá p´ra Portugal...havia sempre aquelas festas dos bairros e assim...e mandavam foguetes...e cada vez que mandavam foguetes, o meu irmão desatava a chorar...devia lembrar-se dos tiros e assim...”, diz.

Vida Adulta e a actividade profissional também são marcadas por interrupções e instabilidade: “...fui tendo trabalhos e trabalhinhos...tive a trabalhar num restaurante...nessa fase [20-21 anos] foram seis meses...era dum casal...depois só saí do restaurante porque...eles chatearam-se...e um queria ficar com o restaurante e o outro queria vender...pra dividirem o dinheiro...houve ali uma complicação e acabaram por vender...acabou-se a conversa...”, refere.

Relativamente à vida amorosa, refere: “...depois conheci uma certa pessoa que...era um vigarista de primeira...mas na altura eu não me apercebi disso...porque andava com a minha cabeça na lua...e então eu comecei a não dormir em casa, e quando dormia chegava muito tarde...e a não deixar almoço p´rós meus irmãos...hummm...quer dizer...a baldar-me completamente...(...)...e fui chamada muitas vezes à atenção pela minha mãe...e até que eu disse - ´olha mãe, se eu não tou a qui pra ajudar...também não vou ficar aqui pra desajudar`- ...vou sair de casa...e a prima dela acolheu-me...- ´olha pra debaixo da ponte também não vais`- disse ela...o meu irmão, como tá na cadeira de rodas e ainda por cima tem um cancro da mama...olha vais lá pra casa...tá lá um quarto vago...não tens que pagar água nem luz...não tens que contribuir prás despesas da casa...e pronto, só te peço que ajudes a cuidar do meu irmão...e foi assim que eu fui morar com eles...” (...)

“...eu nos meus 18 anos saí de casa...saí de casa e fui viver p´ra casa duns primos... afastados da minha mãe [madrasta] que eles

acolheram-me, que eu cheguei a um estado que...eu cuidava dos meus irmãos...eu fazia comida...eu fazia não sei quê...a minha mãe trabalhava muito e eu, como mais velha da casa, eu tratava de tudo...” (...)“...foi na altura em que ia lá ao cafezito...eu já o conhecia de vista...o pai da minha filha...pronto conhecíamos, falávamos, mais isto, mais aquilo...ele é branco...já o meu ex-namorado também era português...a minha irmã até diz - ‘oh pá, foste arranjar um branco?...’ (...)“...tenho uma menina com 14 meses...tenho ligação com o pai da menina mas...não somos casados...e não vivemos juntos porque a gente não se dê mal ou qualquer coisa do género...é assim...nós os dois juntos não dava...neste momento das nossas vidas não dava para vivermos juntos...e criar a menina...à uma por causa da minha doença [alcoolismo]...porque não tenho condições psicológicas para criar uma menina tão pequenina...nem financeiras...” (...)“...o meu companheiro, digamos assim, ele também não tem condições pra ficar com...com uma bebé...então acordamos que...neste primeiros anos de vida da Maria Catarina...que é a minha filha...eu ficaria a viver coma minha mãe [madrasta] em casa dela...porque tenho mais apoio, tanto financeiro como psicológico...porque ali...pronto, é mãe...é avó...ali controlava-me mais...”.

Sobre a família de origem, o discurso dá igualmente conta da imagem que mantém das figuras parentais:“...o meu pai era um borrachinho...quando era novo...e depois era um branco...lá no meio das...das negras...e com papel [dinheiro] ainda por cima [sorri]...e...e mulherengo...(...)... a minha mãe tinha tudo em casa...tinha lavadeira...tinha o cozinheiro...a minha mãe não fazia nada...tinha tudo o que queria...e ficava muita vez sozinha, e depois com as amigas ...á tá outra vez...isto a gente...parece que tá a pôr a culpa nos outros...com as amigas, e depois lá em Angola bebe-se muito, mesmo as mulheres bebem muito...depois há aquelas coisas...as cachaças...aquelas misturas todas...lá...como não tinha o marido em casa né? lá pra se divertir um bocado ia ter com as amigas, as amigas bebiam...e ela...toca de beber também, toca de beber, beber, beber, beber...o meu pai nessa altura nem era de beber muito...e aguentou muita coisa da minha mãe...chegou-me a contar que às vezes chegava a casa e a minha mãe tava com...com um granda estalo, como se costuma dizer...partia-lhe garrafas na cabeça...o meu pai a ralhar com ela...e ela partia-lhe garrafas na cabeça...(...)...ele sentia que não era um marido, não era um companheiro presente...porque tinha que trabalhar...e a minha mãe ficava assim muito solta...muito livre...provou, gostou, continuou...e então o corpo não aguentou...e faleceu; quando a

encontraram morta na cama...debaixo da cama era...era um arsenal de garrafas de bebida...era como eu...era o que bebia fora de casa...e depois o que bebia em casa e escondia.... A expressão “...era como eu...”, remete para um movimento de identificação à mãe que faz pensar na identificação como motor psíquico vital do desenvolvimento. Ancorado o seu alcoolismo, no caldo familiar de alcoolismo com morte trágica da mãe, quando tinha três meses, e no alcoolismo desenvolvido posteriormente pelo pai, Fátima desenvolve desde cedo hábitos de consumo.

Refere ser fumadora habitual e fumar cerca de 10 cigarros por dia; fumou o primeiro cigarro aos 15 anos de idade. Iniciou consumo de bebidas alcoólicas também aos 15 anos, referindo agravamento importante dos consumos a partir dos 18 anos de idade; bebe cerveja e vinho tinto com regularidade e raramente bebidas destiladas; a sua bebida preferida é *Baileys* (bebida destilada e adocicada); padrão de consumo fora e dentro de casa, só e acompanhada, de dia e de noite, todos os dias da semana; por episódio de consumo bebe 7 a 8 cervejas médias, prolongando consumo em casa com 1,5 litros de vinho. No que respeita ao consumo de substâncias ilícitas já consumiu com intensidade *cannabis* (entre os 15 e os 16 anos) e refere já ter consumido *butterflies* (substância estimulante, sob a forma de comprimido e da família das anfetaminas); nega experiência com outras drogas.

No seu discurso, Fátima referiu-se inúmeras vezes aos seus consumos, de modo profuso e mesmo entusiasmado, como se tivesse uma necessidade, quase compulsiva, de estar próximo do objecto de dependência; aspecto que poderá relacionar-se com o facto de estar abstinente à cerca de uma semana. Os seguintes extractos são disso exemplo: “...depois aos 15 anos...que já podia entrar para o curso...conheci certas amizades que...elas...me levaram a...a fazer certas coisas...ninguém me apontou uma arma à cabeça, nem nada disso...mas pronto, humm...conheci umas amigas que eram mais velhas que eu...e toca daqui...eu já roubava um cigarro ou outro ao meu pai...até aí tudo bem...mas experimenta lá uma ganzazita que isto é fixe, isto é bom` [diziam-lhe] ...e foi aí que eu, que eu realmente...comecei a fumar ganzas...que é as tais chamadas drogas leves...primeiro comecei só com uma ou duas...depois já era... mais que duas de manhã e mais que duas à tarde...comecei a não ter tanta vontade de acordar cedo pra ir pra escola...faltava todas as primeiras aulas...e depois tava desconcentrada nas aulas...as faltas foram-se acumulando, acumulando até que... fui chamada ao director...não há nada a fazer...(...)...foi aí que eu comecei a fumar as tais

drogas...” (...) “...era de manhã até à noite...humm...pronto, tinha 18 anos...[suspiro profundo]...tinha 18 anos...tava naquela idade mesmo...mesmo estúpida [diz em tom de voz baixo] ...o álcool vem porque...já depois de ter saído do curso, fiquei um tempo parada em casa e...ia fazendo uns trabalhitos...tinha vizinhas, velhotas que às vezes me pediam para ir...só regar as plantas...ou só apanhar a roupa...ou só dar um passeio com o cão...e então isso dava-me algum dinheiro do qual eu...já conhecia algumas pessoas donde podia comprar...e...pronto...e eu fumava muitas ganzas...dava-me cabo da cabeça toda...era mesmo terrível...eu cheguei a pesar 45 quilos...já numa fase adulta...agora tou com 61...” (...) “...tive muitas fases...tive alturas em que ficava bem com uma ou duas cervejas...mas agora, nos últimos tempos, bebia sete ou oito cervejas e ainda levava dois pacotes de vinho pra casa...pra beber em casa...e então era uma mistura explosiva, muito explosiva...mal alimentada pior ainda...(...)...a única refeição que eu fazia como deve de ser era o jantar...porque estávamos todos juntos...e aconteceu eu já tar tão coisa do álcool ...e nem ter apetite pra comer...´ai dói-me tanto um dente...parece que tenho um abscesso...nem consigo comer oh mãe...`...dizia eu...tenho que ir pró quarto descansar um bocadinho...agora tou a ser castigada...porque tem-me doido bastante o dente...” (...) “...as ganzas depois parou...porque eu com as drogas...não me puxou mais para as drogas...não me puxou mesmo...era o que eu queria com o álcool...era que parasse...desde o momento que eu comecei com o álcool deixei de consumir ganzas...”

O agravamento dos consumos parece relacionar-se com um crescendo de sintomas, como aumento da sensibilidade interpessoal e a sentimento de descontrolo sobre a realidade: “...e depois era toda a gente atrás de mim...era o meu namorado a pressionar-me... ...e criticava tudo aquilo que eu fazia...e como era muita gente a criticar-me...e depois os meus pais também vieram a ficar a saber que...afinal eu tava assim tão magra porque...porque alguma coisa tava mal...e não sei quê...humm...e então pronto...eu decidi parar...decidi parar de fumar as tais ditas ganzas...andei bem...ali uns tempos andei bem...andei ali e tal...não sei quê...só que...a dada altura...o meu corpo precisava de alguma coisa...precisava de alguma coisa, não sei...já tava a minha vida habituada a tar no mundo da lua, no mundo da ilusão...humm...que depois, e também derivado aos problemas...fui crescendo, fui-me apercebendo mais das coisas, mais dos problemas, mais das situações...e então...pronto...comecei a beber cervejas com as amigas...até que...tinha encontrado o

substituto...porque deixei de fumar as ditas ganzas sem ajuda nenhuma...foi aí que comecei...esta minha fase...de lá até agora...(...)...depois elas iam embora e eu ia pra outro café beber...já sozinha...depois comecei a aperceber-me que as coisas estavam já descontroladas...quando levava bebida já p´ra casa...p´ra beber em casa...e depois já não era só cerveja...era qualquer coisa que me aparecesse à frente...cheguei a ter duas e três garrafas de vinho...debaixo da cama...” (...) “...porque eu também...houve uma altura que deitava as culpas aos meus pais...então como é que não hei-de ser alcoólica...o meu pai morreu de cirrose...a minha mãe morreu também com uma cirrose...cirrose com cirrose...dá...dá o quê?...[ri]...uma dupla cirrose!”.

A sua história de vida foi marcada por perdas importantes, de figuras afectivamente investidas e que constituíam fonte significativa de recursos, materiais e emocionais, como sejam, os pais, os tios paternos que a acolheram e “criaram”, e dois primos, que também a acolheram, aquando de esboço de movimento de autonomização (saída de casa dos tios). Do seu relato, regista-se: “...não é que eu tenha sofrido com a morte do meu pai...porque sofri...o meu pai, ele bebia...já tava numa fase de alucinações...que ele tava a dormir e dizia - ‘vêm aí as tropas, vêm aí as tropas...agarrem nas armas e esconde-te debaixo da cama filha, esconde-te debaixo da cama...que eles vêm para nos matar`...” (...)“...a morte do meu primo Beto, custou-me mais...eu só penso numa simples coisa...aquele homem tava numa cadeira de rodas, por causa dum acidente de carro, que ele nem teve culpa...(...)...tava numa cadeira de rodas, tinha um cancro na mama...se aparecia uma ferida aqui, curava-se...aparecia outra ali...chorei muito quando ele teve que rapar o cabelo...quando vinha da quimioterapia ainda vinha pior...mas era um homem que tinha sempre um sorriso nos lábios...tinha força de vontade...e sempre com o olhar...um brilho nos olhos...e eu pensava...este homem que está aqui assim...sempre a dar-me bons conselhos...sempre a pôr-me pra cima...este homem tem tantos problemas e tá sempre pra cima...e eu, tenho duas pernas, dois braços... consigo ir e vir para onde eu quiser...e sou um trapo que aqui tou...tá a perceber onde eu quero chegar...por isso é que a morte dele me magoou muito...(...) ...ele morreu aos 60 e tava numa cadeira de rodas há 30...” (...) “...e não foi só isso...é que o irmão dele faleceu no dia em que ia fazer anos...morreu o Francisco...passados cinco meses...nem deu pra respirar...por isso foi assim um choque, mesmo pra abrir a pestana...só que eu não abri a pestana...fui e caí ainda mais lá em baixo...fiquei sozinha...fiquei sozinha e conseguia-me aguentar

sozinha...porque não tinha de pagar a renda da casa...trabalhava duas ou três horas por dia, na casa de uma senhora...e aquele dinheirinho dava pra pagar a luz e a água...a comida também...e dava também prá minha cigarrada...e prá minhas cervejas...” (...)“...foi nessa altura que o pai da minha filha foi-se aproximando mais de mim...porque entretanto, a bengala dele, que era a mãe ...também tinha falecido há pouco tempo...e então távamos os dois numa situação, um bocadinho assim...em baixo...começou a ir lá a casa...primeiro ficava só até às 10...depois começou a ficar só até à meia noite...até que depois era eu que lhe pedia - olha hoje fica cá...dorme cá que eu sinto-me hoje mais triste, mais sozinha - ...pronto, começámos assim essa relação...”.

Relativamente ao seu problema actual, encontra-se internada há cerca de uma semana em unidade especializada de tratamento de dependências, devido à sua dependência de álcool; ocorrência de gravidez não desejada com parto prematuro e aparente processo de depressão pós-parto; foi encaminhada institucionalmente, na sequência de consumos excessivos de álcool que a incapacitavam de prestar cuidados maternos à sua filha ainda bebé.

O intenso consumo de bebidas alcoólicas com frequentes utilizações, acabou por motivar internamento em unidade psiquiátrica (suspeita de ideacção suicida) e seguimento, em ambulatório, em Centro de Atendimento a Toxicodependências; não adere ao acompanhamento, mantém consumos, tendo surgido a referida gravidez, neste contexto.

A narrativa da participante dá conta, de forma impressionante, deste período da sua história de vida: “...foi o seguinte...eu com as bebedeiras, entretanto que apanhei...são os tais danos...que até estamos aqui a tratar...uma vez apanhei uma de tal ordem que eu perdi a última camioneta para ir para casa...e fui ter com a policia, que a policia ficava mesmo ao pé da rodoviária, lá em Santarém...e pedi aos senhores policia se me podiam levar a casa porque tinha perdido a camioneta [ri]...e os policia viram que eu estava mesmo alcoolizada...e em vez de me levarem para casa, levaram-me para o hospital [pausa]...no hospital pensaram até que eu queria-me matar, suicidar ou qualquer coisa do género...fui internada na psiquiatria...fiquei internada na psiquiatria durante uma semana...e depois...como tinha os níveis de álcool altíssimos...fui depois encaminhada para... consultas de ambulatório...tive lá uma semana também...a frequentar aquilo...mas depois aquilo passou e... continuei a beber novamente...depois

fui aconselhada a ir então ao CAT de Santarém...mas depois às vezes ia, outras vezes não ia...e era mais as vezes que tava a beber...e depois esquecia-me...ou simplesmente não me apetecia ir...e não ia...” (...) “...porque esta coisa do álcool é muito complexa, e depois confunde a cabeça das pessoas...porque eu depois, só fiquei a saber que estava grávida aos cinco meses porque...há uma, não fiz barriga nenhuma de grávida...não me dava aquelas vontades que as mulheres dizem que têm...de comer coisas doces e não sei quê...a minha menstruação...como era sempre irregular...já tinha acontecido que ficava sem a menstruação quatro, cinco meses...e já a médica disse-me... que era por eu ser uma pessoa muito nervosa... e que, pronto...isso interferia...mas realmente houve ali um período que eu...espera lá...e os seios mais duros não sei quê...pera lá...isto também não pode ser dum momento para o outro barriga de cerveja...e o meu companheiro também dizia...humm - ‘cá pra mim tu tás a ficar com a barriga muito redondinha...’ - e tal não sei quê...fiz o teste de gravidez, deu positivo...e passados dois meses tava eu aqui no Hospital Francisco Xavier, com a tensão a 23 para...para ter a menina...por isso foi tudo um processo...não tive assim aquela coisa de apaparicar a barriga e preparar-me psicologicamente...não tive esse tempo...e depois ela também nasceu prematura [cerca de 7 meses]” (...) “...então eu cheguei ao hospital muito alterada, muito alterada mesmo [suspira] porque eu nunca tinha tido um bebé e...e eram umas dores muito grandes e eu...depois disse à enfermeira...chorava, só chorava...e depois tinha ido sozinha, porque o meu companheiro na altura, andava a fazer uns trabalhos...muitas vezes não vinha dormir a casa...e depois disse à enfermeira, sempre a chorar - ‘olhe, eu não quero a minha filha, não quero porque...é assim eu não tenho condições, nem psicológicas nem financeiras para...para ter um bebé...’ - eu não quero ficar com uma bebé sabendo que amanhã ou depois posso deixá-la cair ou...ou passar fome...isso pra mim não...prefiro ficar em casa, a chorar sozinha por não a ter comigo...mas ao menos saber que ela tem a barriga cheia...” (...) “...eles depois não sei como foram desencantar o meu processo, viram que já tinha tado na psiquiatria, por causa do álcool e então...adicionaram logo a CCPJ [CPCJ] ...telefonaram para a minha mãe...ela veio logo aqui para o hospital...ela não sabia que eu estava grávida...nem eu quanto mais ela...e eu disse à minha mãe - ‘oh mãe, eu era pra vos contar, não contei...não sabia que a menina nascesse antes do tempo’ - ... e a minha mãe disse - ‘oh Fátima, não queres ficar com a tua filha por não queres ter trabalho, isso é uma coisa...agora se for a nível de sustentá-la e cuidar dela...eu tou aqui e tá aqui os teus irmãos...nós vamos-te

ajudar...mas não dê a tua filha, não dê [pausa longa] (...)“...eu quando fiz o teste da gravidez...eu parar, parar [os consumos] não consegui, sozinha não consegui, mas moderei muito...” (...) “...depois do nascimento da menina...houve um tempo em que eu até fiquei certinha assim...parva comigo mesma...mas depois por causa daquela história da menina tar lá naquela da CCPJ e...e das seguranças sociais e... de andarem a trás de mim...que eu detesto isso...e outros problemas mais...porque depois fiquei separada do pai da minha filha...porque fui morar coma minha mãe mas...a situação dele foi piorando a nível de trabalho...pronto, voltei a consumir [álcool] quase...como consumia depois... antigamente...”(...)“...tou aqui há uma semana...pensei que fosse pior...o que me assusta mesmo é lá fora...porque a gente aqui dentro não temos álcool...e tamos mimadas...com os enfermeiros, com isto e com aquilo...lá fora, a gente passa em cada esquina, é uma tentação...e lá fora temos os problemas na mesma...que os deixamos...por isso o meu problema...e tenho mais duas ou três semanas pra treinar isso...o meu problema vai ser mesmo...moi... lá fora...” [pausa longa]”

Sobre a filha diz: “...é tão linda, tão linda...uma vez até lá...as vizinhas e assim sabem que eu bebo... e dizem - ‘como é que tu, mesmo a beber, fizeste uma coisinha tão linda como esta?’”.

Durante a entrevista apresentou-se muito disponível e com atitude colaborante; discurso prolixo e pautado por circunstancialidade, o que dificulta a organização da complexa história de vida, bem como a legibilidade da narrativa; narrativa cuja prosódia, em certos momentos, remete para um registo discursivo infantil. Apura-se escassa ressonância afectiva face a situações de maior gravidade, sugerindo mesmo alguma insensibilidade emocional pela ausência de sinais de depressibilidade.

Resultados dos instrumentos aplicados:

MEV: 90	Observação: Nota de comportamentos protectores de saúde ligeiramente acima de valor médio (84).
BDI-II: 11	Observação: Depressão mínima.
E.R.S. de Stork: 65	Observação: Estado intermédio ou duvidoso.

Verifica-se, pela análise dos resultados dos instrumentos, a presença de comportamentos protectores de saúde acima de valor médio, a presença de depressão ligeira e a ausência de risco suicidário.

7.1. Análise do Material das Entrevistas

Apresentamos seguidamente, de modo sumário e em formato de *vinheta* clínica, uma análise qualitativa das entrevistas semiestruturadas realizadas aos onze participantes, procurando colocar em evidência aspectos significativos para a compreensão da problemática em estudo, como sejam: elementos da história pessoal e familiar, do processo de desenvolvimento e relacionamento interpessoal, do consumo de substâncias, dos comportamentos de risco apresentados bem como da atitude crítica e níveis de responsabilidade percebida face ao sucedido.

Os testemunhos recolhidos constituem-se como documentos únicos e pessoais, que apresentam a vida no que ela tem de significativo para aqueles que a viveram, de modo a podermos compreender melhor a situação em que os participantes se encontram, os seus sentimentos, pensamentos bem como o seu modo de se expressar. O carácter autobiográfico indirecto dos relatos, colocam o investigador, simultaneamente, no papel de estimulador da narrativa biográfica e de espectador, de uma situação em que o narrador desenvolve e reconstrói o percurso da sua vida (Poirier *et al*, 1999). Concretamente no presente estudo, o espaço/tempo da entrevista e a condição dos intervenientes, posicionam o encontro num espaço compósito entre a investigação e a clínica, aspecto ao qual importa dedicar a maior atenção no sentido de evitar a contaminação de registos, não obstante o imperativo da confidencialidade como elemento comum. Mesmo as palavras públicas têm um sentido privado, refere Cyrulnik, 2006).

Refira-se ainda o problema da passagem do registo oral ao escrito que, como refere (Poirier *et al*, 1999, p. 17) “*implica necessariamente uma desnaturação, na medida em que a transcrição desloca radicalmente o enunciado, que foi produzido em função da oralidade e de certa forma desqualificado quando foi separado do seu enquadramento*”. Daí a expressão comum de que “*toda a tradução é traição*”. O mesmo autor refere ainda que, aquando da produção da narrativa, existem trocas

contínuas entre narrador e auditor, aspecto que poderá mesmo conferir carácter de co-autoria ao testemunho recolhido. A este propósito Bateson (1979/1987) realça a dimensão não individual da relação, ao referir que *“uma relação é sempre o produto duma descrição dupla”*, p. 120, e mesmo que *“É um disparate falarmos de «dependência», de «agressividade», de «orgulho» e por aí adiante. Todas estas palavras têm a sua origem naquilo que acontece entre as pessoas, e não numa coisa ou outra dentro da pessoa.”*, p. 121. Bateson não descarta naturalmente, a possibilidade de uma aprendizagem entre os intervenientes, mas esta deve ser vista *“como uma questão de relações externas entre duas criaturas”*, o primado é da relação que, *“chega antes”*.

Neste sentido, o registo integral seria uma condição desejável, dada a complexidade do contexto em que o enunciado é: 1) tonalizado (modulação da expressão, alterações do tom e ritmo), 2) gestualizado (expressão corporal, facial, mímica, tiques irreprimíveis) e 3) dramatizado, num cenário dinâmico de reacções entre narrador e auditor (Poirier *et al*, 1999).

Podemos observar, pela análise das histórias pessoais, pequenas janelas de observação do curso de vida destes indivíduos, que os comportamentos de risco se enraízam em domínios diversos. A história familiar de consumo de álcool por parte do pai configura um factor de risco do domínio da biologia/genética; o ambiente social com presença de pobreza e eventualmente de desigualdade racial com oportunidades de acesso mais limitadas ao mercado de trabalho, é outro factor que se evidencia; o ambiente percebido, os bairros em que os indivíduos vivem ou bairros problemáticos nas imediações, com adesão a relacionamentos que potenciam os comportamentos desviantes; os factores de personalidade, baixa auto-estima e baixa confiança e valorização dos seus recursos internos, associados a uma propensão para o risco; o consumo de álcool, o abandono escolar, os papéis sociais percebidos e desempenhados associados a sentimento de fracasso, a parentalidade precoce associada a poucos recursos sociais e familiares de apoio, são factores de risco evidenciados nestas histórias pessoais. São também evidentes factores de protecção em alguns casos, como a existência de uma rede familiar de apoio e suporte, a presença de adultos interessados apesar das mortes e divórcios dos progenitores e a existência de estilos de vida saudáveis, ou parafraseando Fátima, a última entrevistada, *“...porque esta coisa do álcool é muito complexa, e depois confunde a cabeça das pessoas”*.

Um aspecto que se destaca nas histórias é a complexidade dos comportamentos de risco em termos de motivações inconscientes. O indivíduo parece estar a encenar, inconscientemente, um drama, um drama interno que necessita de ser elaborado psiquicamente mas que ainda não encontrou resposta e que teima em se reencenar, sob a forma de repetição, de colocação em risco, de experimentação das fronteiras da vida e da morte, numa procura de sentido existencial que, não sendo mentalizado, é agido, sem a mediação do pensamento. O risco rodoviário parece-nos uma boa amostra deste aspecto trágico em que a metáfora do carro descontrolado, do carro que embate contra uma árvore e só aí *pára*, como nos diz Vasco (E4), pode servir para ilustrar a necessidade do psiquismo encontrar um sinal de *stop* interno, construir a interiorização do interdito, da fronteira que lhe permitiria auto-cuidar-se, ter noção da sua vulnerabilidade e da sua fragilidade e auto-proteger-se, noção que parece estar ausente pelo menos nestes momentos transitórios em que o indivíduo arrisca tanto da sua vida num período tão efémero de tempo, comprometendo a sua existência e o seu projecto de vida. Faz-nos pensar na violência dos comportamentos de risco sobre o próprio indivíduo, numa dimensão inconsciente castigadora, auto-penalizante, que impede o indivíduo de acesso ao bem-estar e ao desenvolvimento pessoal como ser humano, mantendo-o cativo de um circuito fechado, cujo desfecho é conhecido mas que o indivíduo é incapaz de travar.

CONCLUSÃO

Na sociedade atual, a doença como fonte de sofrimento e estado de mal-estar está associada a comportamentos não saudáveis. Se no passado as doenças que preocupavam os humanos eram de ordem infecciosa ou traumática, hoje são os padrões comportamentais pouco saudáveis, mantidos ao longo do tempo, que estão na gênese de risco e doenças como as cardiovasculares, a obesidade e a diabetes. As áreas comportamentais condicionantes de desequilíbrios físicos e psicológicos estão relacionados com a alimentação, o exercício físico/cuidado com o corpo, o consumo de substâncias e medicamentos, a sexualidade e o tipo de condução, entre outros. A grande dificuldade das sociedades contemporâneas parece ser a de não se conseguir, não obstante os esforços realizados a diferentes níveis, que os indivíduos adotem preferencialmente *comportamentos de saúde positivos* (Ogden, 2004).

O consumo de álcool e outras substâncias é considerado um comportamento de risco importante no comprometimento da saúde, e não apenas pelos consumos em si, mas por uma constelação de comportamentos e práticas que envolvem o contexto, de que são exemplo a condução automóvel de risco ou relacionamentos sexuais desprotegidos. Neste sentido, os adolescentes e jovens adultos são uma das populações de maior exposição ao risco. As bebidas alcoólicas têm na região do mediterrâneo, e particularmente em Portugal, profunda inscrição cultural, que vai muito para além de factores económicos ligados à sua produção. O seu consumo apresenta condições muito diversas e particulares, consoante os contextos sociais dos indivíduos e grupos, desde o seu consumo recreativo à presença em rituais religiosos, razões estas que conferem ao álcool a função de um *operador simbólico*, na expressão de Amaral Dias (1980). É neste sentido que pensamos que as bebidas alcoólicas apresentam, na nossa sociedade, um papel indissociável do processo de maturação que acompanha a transição para a vida adulta, e às quais estão associados um conjunto de outros consumos e comportamentos. O contexto familiar e posteriormente o contexto social, em particular a escola, constituem assim os espaços privilegiados para a apropriação de comportamentos de vida saudáveis, discussão de temáticas e consolidação de comportamentos e atitudes.

O presente estudo desenvolveu-se predominantemente em meio escolar, com dois grupos de participantes adolescentes e jovens adultos, aos quais foram aplicados um

conjunto de instrumentos, que permitiram uma abordagem quantitativa e qualitativa do objecto de estudo. Os objectivos da investigação prendem-se com a caracterização sociodemográfica dos participantes, dos consumos de álcool e de outras substâncias psicoactivas; a caracterização de comportamentos de risco associados a consumos; a identificação e caracterização de comportamentos protectores de saúde e a identificação de indicadores de sofrimento psicológico.

Relativamente ao primeiro grupo de participantes, estudantes do ensino básico, secundário e superior, pudemos concluir o seguinte:

Grupo maioritariamente do sexo feminino em que a maioria dos indivíduos tem entre 16 e 18 anos de idade. Uma percentagem significativa, quase metade, já reprovou de ano pelo menos uma vez, sendo o sexo masculino o que apresenta valor mais elevado. Este aspecto sugere que os indivíduos do sexo masculino, têm mais dificuldade de adaptação ao meio escolar e apresentam menor desempenho académico.

Verificou-se a presença de 18 nacionalidades entre os participantes; a grande maioria é de nacionalidade portuguesa e existe uma percentagem significativa de indivíduos de origem africana. Este dado revela a presença de uma comunidade multicultural na região de Lisboa, antevendo dificuldades nos processos de aculturação e integração social, uma vez que as comunidades migrantes possuem um conjunto de crenças e atitudes muito variado, aspecto que remete para a necessidade de formação psico/cultural e comunicacional adequada, dos profissionais que interagem com a comunidade (Ramos, 2003a; 2003b, 2004).

Relativamente à estrutura familiar verificamos que, mais de metade dos participantes integra uma estrutura familiar tradicional, em que pais e filhos vivem juntos; mais de 1/4 dos pais dos participantes estão divorciados/separados e uma percentagem significativa das famílias é monoparental de referência à mãe, aspectos que nos parecem ser um dado significativo para a investigação, pelas implicações psicossociais envolvidas. A família recombina é relativamente pouco representada e a família monoparental de referência ao pai, assume muito pequena expressão.

No que respeita a perda por morte de figura parental, verifica-se que 26 participantes perderam o pai e sete perderam a mãe. Este é um aspecto de grande influência na dinâmica familiar, do ponto de vista material, mas sobretudo emocional. O processo de formação identitário pode revelar-se falho de modelo de referenciação masculina ou

feminina, tanto para os rapazes como para as raparigas. De modo idêntico, a perda de uma figura parental em idade jovem está relacionada com sintomas depressivos e comportamentos de risco. Os efeitos da perda parental tendem, com frequência, a passar despercebidos ou desvalorizados a familiares e educadores, contrastando com o impacto na vida mental interna dos sujeitos e que apurámos nas entrevistas.

A maioria dos pais possui uma escolaridade entre o limite superior do ensino básico e o ensino secundário; as mães apresentam percentagem de escolaridade superior aos pais. Uma pequena percentagem de progenitores tem formação superior, normalmente ambos os cônjuges. Uma percentagem significativa de participantes desconhece a escolaridade e a profissão dos pais (normalmente do pai), aspecto que revela a fragilidade de alguns vínculos familiares e/ou distorção das relações e falta de comunicação entre os elementos da família.

A esmagadora maioria dos participantes já experimentou bebidas alcoólicas e refere não consumir álcool com regularidade. A idade média do início dos consumos é de 14,28 anos. A maior parte dos participantes refere nunca se ter embriagado; os indivíduos do sexo masculino bebem mais e embriagam-se mais vezes, que os do sexo feminino contudo, a percentagem de bebedores do sexo feminino é elevada. As bebidas mais consumidas são as destiladas, logo seguidas pela cerveja. A cerveja é a bebida preferida pelos participantes do sexo masculino, enquanto que o sexo feminino prefere bebidas destiladas (com maior teor alcoólico e mais sofisticadas); o perfil global de consumo caracteriza-se por beber fora de casa, acompanhado e aos fins-de-semana à noite. A grande maioria dos participantes não refere problemas provocados pelo uso de álcool e estes, quando surgem, são ao nível da família, da saúde e da escola. Em quase 1/4 das famílias existem problemas com álcool, num ou mais familiares, o que dá conta da dimensão do problema a nível intrafamiliar e da importância da transmissão. Verifica-se ainda a presença de consumos de álcool, com elevada perigosidade para a saúde física e psicológica, bem como para a resposta comportamental dos participantes.

A grande maioria dos participantes não fuma. Apenas uma pequena percentagem de indivíduos fuma diariamente, e o sexo feminino tende a fumar mais que o sexo masculino.

Em relação ao consumo de drogas, a grande maioria dos participantes refere não consumir e a substância ilegal, claramente mais consumida, é a *cannabis*, a qual, mais de 1/4 dos participantes refere já ter experimentado. Uma pequena percentagem de

indivíduos (11,2%) consome *cannabis* com regularidade (quatro deles diariamente). Na realidade esta percentagem ganha maior dimensão, se tivermos em consideração a imprevisibilidade da reacção comportamental ao seu consumo e o carácter de ilegalidade da substância. Dado tratar-se de uma substância cujo consumo tende a aumentar, e de os seus efeitos clínicos serem ainda pouco claros, pensamos que lhe deve ser dedicada particular atenção por parte da investigação e da intervenção.

No que respeita aos comportamentos protectores de saúde, verificámos que a maioria dos participantes apresenta bons níveis de factores de protecção, nas várias áreas de comportamento analisadas; apenas oito participantes apresentam baixos níveis de comportamento protector. Considerando a variável etnia/cultura, constatámos que os participantes de origem africana, tendem a apresentar níveis de protecção um pouco mais baixos; factores de ordem sociocultural relacionados com processos de migração e aculturação, podem estar na origem deste dado. A dimensão relacionada com a nutrição, apesar de se encontrar acima de um valor médio, revelou-se a menos fortalecida. Este aspecto parece-nos merecer particular atenção, especialmente por parte dos técnicos de saúde, dada a complexidade das variáveis envolvidas no fenómeno da alimentação. Na faixa etária em estudo, parece haver alguma desvalorização relativa, tanto à qualidade dos produtos, quanto aos hábitos e padrões alimentares.

Os indicadores de depressão encontrados não se afastam muito dos valores frequentes em populações não clínicas. O sexo feminino apresenta percentagem de depressão ligeiramente superior ao sexo masculino, o que vai ao encontro dos resultados de outros estudos. Identificaram-se indivíduos com níveis de depressão moderada e severa. A maioria dos sujeitos não apresenta risco de suicídio mas identificou-se a presença de situações de risco de suicídio importante (2%) e muito importante (0,6%).

Relativamente aos factores de risco, pudemos observar que todos os indicadores relacionados com consumos (álcool, tabaco e *cannabis*), bem como os indicadores de depressão e de risco de suicídio, estão inversamente correlacionados com a presença de comportamentos de protecção para a saúde, pelo que constituem bons preditores de comportamento saudável. A data de início do primeiro consumo de bebidas alcoólicas revelou-se um importante preditor para o risco de consumo de substâncias, e presença de indicadores de sofrimento mental.

O consumo dos vários tipos de substâncias está fortemente correlacionado, pelo que o consumo de qualquer uma, é um bom preditor do consumo das outras.

Verificou-se que os participantes que vivem só com a mãe apresentam mais risco de suicídio (mas não de depressão), comparados com os que vivem com ambos os progenitores. O mesmo se verificou para os filhos de pais divorciados/separados, em que o risco de suicídio é significativamente superior ao dos filhos de pais que vivem juntos. Este dado revela-se interessante do ponto de vista clínico e epidemiológico, uma vez que as referidas configurações familiares, têm expressão significativa e tendem a aumentar na nossa sociedade. Este resultado permite também avaliar a sensibilidade do instrumento de medida a este tipo de variável. Parece-nos importante desenvolver investigação, no sentido de compreender, de um modo mais aprofundado, a dinâmica familiar subjacente a este fenómeno.

Relativamente ao segundo grupo de participantes, indivíduos em acompanhamento institucional, pudemos concluir pela análise das entrevistas, que os graves problemas de saúde e judiciais em que os sujeitos estão envolvidos no presente, parecem ser consequência da evolução de vários factores negativos, que se foram consolidando ao longo do percurso de vida, sem possibilidade de reparação ou parcialmente reparados.

É notória a frequência de contextos sociais muito degradados, em associação com ambientes familiares muito desestruturados, marcados por conflitualidade intensa, negligência e mesmo abandono; processos de exílio forçado com incapacidade de organização e integração nos novos contextos.

Foi possível compreender como o consumo de substâncias, e particularmente de álcool, se consolidou funcionando como um organizador ineficaz, das dificuldades relacionais e emocionais dos indivíduos; de como os consumos se articulam com um conjunto de problemas familiares, laborais e judiciais, com grande prejuízo para os indivíduos. Praticamente todos os sujeitos são consumidores de *cannabis*, alguns com bastante intensidade.

A perda de figuras parentais está presente em quase todos os participantes, por vezes em situações dramáticas e repetidas. Os acidentes rodoviários associados ao consumo de álcool assumem forma particularmente grave e frequente, em relação aos quais os sujeitos parecem ter atitude de desvalorização e banalização. Também a gravidez accidental, surgindo em relacionamentos instáveis e de imaturidade do casal.

Verificou-se que os instrumentos utilizados neste grupo de participantes, não se revelou de grande utilidade. Pelas histórias de vida relatadas e pelo comportamento revelado

pelos participantes, seria expectável a presença de níveis de comportamentos protectores face à saúde, significativamente mais baixos. O mesmo em relação aos indicadores de depressão e risco suicidário, cujos valores não se mostraram sintónicos com os percursos de vida narrados. Pensamos que o facto de as escalas terem sido preenchidas durante a entrevista e na presença do investigador, e de a maior parte dos participantes ser do sexo masculino, possa ter gerado efeito de resistência e ou inibição à expressão de sofrimento psicológico.

Em relação às limitações do estudo, registamos o facto de os participantes não terem sido seleccionados aleatoriamente, pelo que não poderão ser extrapolados os dados; a utilização de escalas autopreenchidas podem produzir respostas com enviesamento, por efeito de desejabilidade; o facto de os participantes do ensino superior serem maioritariamente do sexo feminino também pode produzir efeito de género.

Como sugestão para trabalhos futuros apontamos algumas áreas que nos parecem importantes para uma melhor compreensão desta problemática:

- O estudo dos processos de vinculação em relação às figuras parentais e de como estes evoluem ao longo do desenvolvimento, uma vez que a fragilidade dos laços parentais parece ter um papel importante numa posterior relação privilegiada com comportamentos de risco.
- O estudo da dinâmica familiar nas famílias monoparentais, particularmente de referência à mãe, no sentido de identificar factores que produzam desarmonia e sofrimento; parece-nos que estas famílias poderiam beneficiar dos contributos da intervenção precoce, de profissionais de saúde e educação, dado que muitos dos sintomas surgem logo na infância.
- O estudo das características específicas do desenvolvimento da capacidade simbólica nos indivíduos com adesão a comportamentos de risco, em articulação com a identificação das qualidades da vinculação, de acordo com a linha de referência teórica do conceito de mentalização.
- O estudo mais aprofundado com muitos jovens e crianças migrantes e de minorias étnicas. Sendo a sociedade portuguesa cada vez mais multicultural, afigura-se importante aprofundar o estudo dos comportamentos de risco e aditivos nestes jovens e famílias e suas relações com aspectos culturais e de integração social, familiar e escolar dos mesmos.

BIBLIOGRAFIA

- ABERASTURY, A. (1988) - *Adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- ABREU, J. F. (2008) – *O Conhecimento e a Atitude Face à Saúde Sexual e Reprodutiva: um estudo correlacional em estudantes universitários*. Tese de Mestrado. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Ciências, Departamento de Educação.
- ADÈS, J., LEJOYEUX, M. (1997) - *Comportamentos Alcoólicos e seu Tratamento*. Lisboa: Climepsi.
- ALMEIDA, A., GUIMARÃES, A. & MAGALHÃES, M. (2009) – *Artes de Cura e Espanta-Males, espólio de medicina popular recolhido por Michel Giacometti*. Lisboa: Gradiva.
- AMARAL DIAS, C. (1979) - *O Que se Mexe a Parar: Estudos sobre a Droga*. Porto: Afrontamento.
- AMARAL DIAS, C. (1980) - *A Influência Relativa dos Factores Psicológicos e Sociais no Evolutivo Toxicómano (demografia das toxicomanias)*, Tese de doutoramento em Psicologia. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- AMARAL DIAS, C. (1997) – *Apointamentos de Seminário Anual: Toxicodependências*. Curso de Licenciatura em Psicologia Clínica. Lisboa: ISPA.
- AMARAL DIAS, C., VICENTE, T.N. (1984) - *A Depressão no Adolescente*. Porto: Afrontamento.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2002) - *DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais*, 4ª Edição, Revisão de Texto. Lisboa: Climepsi.
- ANAUT, M. (2002) - *A resiliência. Ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi.
- ANSR (2009) – *Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária 2008-2015*. MAI/ANSR.
- Disponível em: <http://www.ansr.pt/Default.aspx?tabid=396&language=pt-PT>

ANTÓNIO DE SOUZA, F. (1931) – *Novo Dicionário Latino-Portuguez*, 6ª Edição. Paris: Librairie Aillaud.

ANTÓNIO, P. (2006) – *Avaliação do Programa de Formação de Jovens Ciclomotoristas – Licença Especial 50 cc da Prevenção Rodoviária Portuguesa, Sinistralidade e Relação com a Psicopatologia*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa, FPCE.

ARAGÃO, R. (2001) – *Curso de Avaliação, Selecção e Reabilitação de Condutores Infractores*. Lisboa: ISPA (Departamento de Formação Permanente).

ARIÈS, P. (1973/1988) - *A Criança e a Vida Familiar no Antigo Regime*. Lisboa: Relógio d'Água.

ARNAUT, A. (2012) – *O Étimo Perdido, o SNS o Estado Social e outras intervenções*. Coimbra: Coimbra Editora.

ARNETT, J. (2002) – Development Sources of Crash Risk in Young Drivers. *Injury Prevention*, Vol. 8, (Suppl II), pp. 17-23. Disponível em:

http://ip.bmjournals.com/cgi/reprint/8/suppl_2/ii17 (acedido a 14.03. 2012)

BABOR, T. & HIGGINS-BIDDLE, J. (2001) – *Brief Intervention. For Hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care*. WHO, Department of Mental Health and Substance Dependence.

BÄCK, E. (2011) – Effects of Parental Relations and Upbringing in Troubled Adolescent Eating Behaviors. *Eating Disorders*, Vol. 19, pp. 403-424.

BALSA, C., VITAL, C. & PASCUEIRO, L. (2011) – *O Consumo de Bebidas Alcoólicas em Portugal: prevalências e padrões de consumo*. Lisboa: IDT.

BALSA, C., VITAL, C. & URBANO, C. (2013) – *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Portuguesa*. Lisboa: CESNOVA – Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa.

BALTES, P. (1987) – Theoretical Propositions of Life-Span Developmental Psychology: On the Dynamics Between Growth and Decline. *Developmental Psychology*, vol.23, nº5, pp. 611-626.

- BARBOSA, A., SOUSA, B. (1993) – População Juvenil e as Bebidas Alcoólicas: consumos e atitudes. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, vol. II, nº3 (6), pp. 9-60.
- BARDIN, L. (1977/2008) - *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BARJONET, P-E. (1986) - La vitesse: son image et son usage. Le point de vue du psychologue. *Recherche Transport Sécurité*, Jun, 9-10, pp. 27-32.
- BARJONET, P-E., LAGARDE, D. & SERVEILLE, J. (1992) - *La vitesse, une composante essentielle de l'insecurité routière*, in *Securité Routière*. Institute Nationale de Recherche sur les Transports et leur Securité.
- BARNES, G.E. (1979) - The Alcoholic Personality: a reanalysis of the literature. *Journal of Studies on Alcohol*, 40, pp. 571-634.
- BARROSO, T., BARBOSA, A. & MENDES, A. (2006) – Programas de Prevenção do Consumo de Álcool em Jovens Estudantes: revisão sistemática. *Referência*, Vol. 3, pp. 33-44.
- BARROSO, T. (2012) – *Parar para Pensar, intervenção em contexto escolar para prevenção do uso e abuso do álcool*. Loures: Lusociência.
- BATEMAN, A. & FONAGY, P. (2012) – *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- BATESON, G. (1979/1987) – *Natureza e Espírito*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- BAUDELAIRE, C. (1971) - *Os paraísos artificiais*. Lisboa: Estampa.
- BAUMAN, Z. (2006) – *Amor Líquido*. Lisboa: Relógio D'Água.
- BAUMRIND, D. (1971) – Current Paterns of Parental Authority. *Developmental Psychology*, Vol. 4, Nº 1.
- BAVING, L., OLBRICH, H. (1996) - Alcoholism and Depression. *European Addiction Research*, 2, pp. 29-35.
- BECK, A.T., STEER, R.A. (1987) – *Beck Depression Inventory – Manual*. New York: The Psychological Corporation.

- BECK, A.T., STEER, R.A., BROWN, G.K. (1996) – *Beck Depression Inventory, Second Edition – Manual*. New York: The Psychological Corporation.
- BECK, A. *et al* (1961) – An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, pp.53-63.
- BECK, U. (2002) – *La Sociedad del Riesgo Global*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- BECKER, W., PETERSON, D., HELLMER, L., SHOEMAKER, D. & QUAY, H. (1959) – Factors in Parental Behavior and Personality as Related to Problem Behavior in Children, *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 23, nº 2, pp. 107-117.
- BERGER, M. (1998) - *A Criança e o Sofrimento da Separação*. Lisboa: Climepsi.
- BERGERET, J. (1974/1997) – *A Personalidade Normal e Patológica*. Lisboa: Climepsi editores.
- BERNARD, B. (1995) – *Fostering Resilience in Children*. Disponível em: <http://resilnet.uiuc.edu/library/benard95.html> (acedido em 20.01.2014)
- BERS, S., BESSER, A., HARPAZ-ROTEM, I. & BLATT, S. (2013) – An Empirical Exploration of the Dynamics of Anorexia Nervosa: representations of self, mother, and father. *Psychoanalytic Psychology*, Vol. 30, nº 2, pp. 188-209.
- BLOS, P. (1962) - *Adolescência*. S.Paulo : Martins Fontes (1985).
- BORUCHOVITCH, E. (1992) - Factores associados à não utilização de anticonceptivos na adolescência. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, 26 (6): 437-43.
- BOTVIN, G. (2000) – Preventing Drug Abuse in Schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. *Addictive Behaviours*, Vol. 25, nº 6, pp. 887-997.
- BRACINHA VIEIRA, A. (1979) – *Psiquiatria e Etologia: Para um Modelo Bio-Comportamental da Psicopatologia*. Dissertação de Doutoramento. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

- BRACONNIER, A. (2012) – Adolescência e Comportamentos de Risco *in XIV Colóquio Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria: Comportamentos de Risco-Funcionamento e Estado Limite na Adolescência*. Lisboa, 9 de Novembro, FPCE.
- BRACONNIER, A., MARCELLI, D. (2000) - *As Mil Faces da Adolescência*. Lisboa: Climepsi.
- BRAGA, I.M. (2001) – *Assistência, Saúde Pública e Prática Médica em Portugal, Séculos XV-XIX*. Lisboa: Universitária Editora.
- BREDA, J. (1996) – *Bebidas Alcoólicas e Jovens Escolares: um estudo sobre consumos, conhecimentos e atitudes*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. Tese de Mestrado.
- BRITT, T. & GARRITY, M. (2006)A – Attributions and Personality as Predictors of the Road Rage Response. *British Journal of Social Psychology*, Vol. 45, pp. 127-147.
- CAILLOIS, R. (1958/1990) – *Os Jogos e os Homens*. Lisboa: Cotovia.
- CAMACHO, I., MATOS, M. & DINIZ, J. (2008) – A Família: Factor de Protecção no Consumo de Substancias *in* M. Matos (Coord.) *Estilo de Vida? À Procura de um Estilo?*, (pp.165-199). Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- CAMPOS, R. & GONÇALVES, B. (2004) – Alguns dados sobre a prevalência de sintomatologia depressiva na população universitária portuguesa *in* C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves e V. Ramalho (Eds), *Actas da X Conferencia Internacional de Avaliação Psicológica: formas e contextos*, (pp. 50-53). Braga: Psiquilibrios Edições.
- CAMPOS, R. & GONÇALVES, B. (2011) – The Portuguese Version of the Beck Depression Inventory – II (BDI-II): Preliminary Psychometric Data with Two Nonclinical Samples. *European Journal of Psychological Assessment*, Vol. 27 (4), pp. 528-264.
- CANGUILHEM, G. (1966/2003) – *Le normal et le pathologique*. Paris: Quadrige/PUF.
- CARDOSO, J.M. *et al* (1996) - Interfaces Bio-Psico-Sociais no Alcooldependente na tipologia clínica. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia* (vol VI) nº3 (12), pp. 25-35.

CARDOSO, P., RODRIGUES, C. & VILAR, A. (2004) – Prevalência de Sintomas Depressivos em Adolescentes Portugueses. *Análise Psicológica*, Vol. 4 (XXII), pp. 667-675.

CARMO, H., FERREIRA, M.M. (1998) - *Metodologia da Investigação, Guia Para a Auto Aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

CARRIÇO, P., LEMOS, F., TEIXEIRA, J. A. (1994) - Alcoólicos ou Ansiosos. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, vol. III, pp. 41-54.

CARVALHO, J. (1990) - Comportamentos Desviantes in B.P. CAMPOS (coords) *Psicologia do Desenvolvimento e Educação de Jovens*, pp. 214-249. Lisboa: Universidade Aberta.

CARVALHO, J. (1991) - *Prevenção do Abuso de Álcool e Drogas nos Jovens*. Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica.

CATALANO, R. (2009) – Health Medical Care and Economic Crisis. *New England Journal of Medicine*, Vol. 360, nº 8, pp. 749-751.

CIES-IUL (2011) – *Estudantes à Entrada do Secundário 2010/2011*. Lisboa: Ministério da Educação, GEPE. Disponível em:

[http://www.dgeec.mec.pt/np4/471/%7B\\$clientServletPath%7D/?newsId=48&fileName=Estudantes__Entrada_do_Secund_rio_201021.pdf](http://www.dgeec.mec.pt/np4/471/%7B$clientServletPath%7D/?newsId=48&fileName=Estudantes__Entrada_do_Secund_rio_201021.pdf) (acedido a 04.07.2014)

CLARK, D., WARD, P. & TRUMAN, W. (2005) – Voluntary Risk Taking and Skill Deficits in Young Drivers Accidents in UK. *Accident Analysis and Prevention*, Vol.37, pp.523-529.

COELHO, R.; MARTINS, A.; BARROS, H. (2002) – Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II, *European Psychiatry*, Vol. 17, nº4, pp.222-226.

COIMBRA DE MATOS, A. (2001) – Depressão, Depressividade e Depressibilidade in *A Depressão*, pp. 44-49. Lisboa : Climepsi.

COIMBRA DE MATOS, A. (2002a) – Constituição da Identidade Sexual in *Adolescência*, pp. 225-230. Lisboa: Climepsi.

COIMBRA DE MATOS, A. (2002b) – A Mãe Possessiva *in O Desespero*, pp. 107-109. Lisboa: Climepsi.

COIMBRA DE MATOS, A. (2002c) – Filobatismo e Ocnofilia *in O Desespero*, pp. 267-268. Lisboa: Climepsi.

COIMBRA DE MATOS, A. (2002d) – Desmedicalizar as “Doenças Mentais” *in O Desespero*, pp. 451-452. Lisboa: Climepsi.

COIMBRA DE MATOS, A. (2002e) – Os Quadros Sociais da Depressão *in O Desespero*, pp. 453-454. Lisboa: Climepsi.

COIMBRA DE MATOS, A. (2002f) – Razões da Morte; Morte da Razão *in A Depressão*, pp. 135-144. Lisboa: Climepsi.

COIMBRA DE MATOS, A. (2003) – A Especificidade da Psicopatologia da Criança e do Adolescente *in Mais Amor Menos Doença*, pp. 193-204. Lisboa: Climepsi.

COIMBRA DE MATOS, A. (2004) – Família Humana: Um Modelo de família Biparental *in Saúde Mental*, pp. 277-282.

COIMBRA DE MATOS, A. (2011) – Violência e Medo *in Relação de Qualidade: penso em ti*, pp. 45-60. Lisboa: Climepsi.

COLLIÈRE, M-F. (1989) – *Promover a Vida*. Lisboa: SEP.

CONRAD, J. (2003) – *Mocidade*. Lisboa: Assírio & Alvim, 2ª edição.

CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA (CE) (2007) – *Declaration on “Health in all Policies”*. Rome: Council of the European Union. Disponível em: http://www.publichealth.ie/files/file/DECLARATION_ADOPTED_SIGNATURES.pdf (acedido a 15.08.2013)

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA (2005) – VII Revisão Constitucional. Lisboa: Assembleia da Republica. Acedido a 15 de Agosto de 2013 de www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx

COSTA, J.A., SAMPAIO MELO, A. (1995) - *Dicionário da Língua Portuguesa*, 7ª Edição. Porto: Porto Editora.

- COUTINHO, M.P. (2001) - *Depressão Infantil*. Paraíba: Editora Universitária João Pessoa.
- COUTINHO, M. P.; FRANKEN, I. & RAMOS, N. (2008) – Depressão, Migração e Representações Sociais no Contexto Escolar de Portugal in N. Ramos (Org.) *Saúde, Migração e Interculturalidade*. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB.
- CRESPO, G. (1988) - Alcoolismo e Depressão. *Alcoolismo e Toxicodependências*, trabalhos apresentados nas 2^{as} Jornadas de Saúde Mental do Algarve.
- CYRULNIC, B. (1995) – *Sob o Signo do Afecto*. Lisboa: Instituto Piaget.
- CYRULNIC, B. (2001) – *Uma Infelicidade Maravilhosa*. Porto: Ambar.
- CYRULNIC, B. (2006) – *Falar de Amor à Beira do Abismo*. S. Paulo: Martins Fontes.
- DE AMICIS, E. (1880) - *O Vinho: um discurso sobre os seus efeitos psicológicos*. Lisboa: Fenda (1995).
- DEBORD, G. (1967/2012) – *A Sociedade do Espectáculo*. Lisboa: Antígona.
- DESCOMBEY, J.P. (1985) - *Alcoolique, Mon Frère, Toi*. Toulouse: Privat.
- DESCOMBEY, J.P. (1994) - *Précis d'Alcoologie Clinique*. Paris : Dunod.
- DESHAIES, B. (1997) – *Metodologia da Investigação em Ciências Humanas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- DIAS CORDEIRO, J. (1987) - *A Saúde Mental e a Vida*. Lisboa: Edições Salamandra.
- DIAS CORDEIRO, J. (1988) - *Os Adolescentes por Dentro*. Lisboa: Edições Salamandra.
- DIAS, A. & CORDEIRO, S. (2005) – The Use of Group Dynamics in a Driver Rehabilitation Course in L. Dorn (Ed.) *Driver Behaviour and Training* (pp. 309-315), Vol. II. Hampshire: ASHGATE.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) (2006) – *Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006-2010*. Lisboa: DGS. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) (2013a) – *Plano Nacional de saúde 2012-2016*. Lisboa: Direcção Geral de saúde.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) (2013b) – *Programa Nacional – Prevenção e Controlo do Tabagismo*. Lisboa: Direcção Geral de saúde.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) (2013c) – *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio*. Lisboa: Direcção Geral de saúde. Disponível em:

<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>

DOLTO, F. (1999) - *A Criança e a Família: desenvolvimento emocional e ambiente familiar*. Lisboa: Pergaminho.

DOLTO, F. (2007) – *A Imagem Inconsciente do Corpo*. São Paulo:Perspectiva.

DONOVAN, J. (1986) - An Etiologic Model of Alcoholism. *American Journal Psychiatry*, 143:1, pp. 1-11.

DONOVAN, J., JESSOR, R. & COSTA, F. (1991) – Adolescent Health Behavior and Conventionality-Unconventionality: An Extension of Problem-Behavior Theory. *Health Psychology*, Vol. 10 (1), pp. 52-61.

DORON, R., PAROT, F. (2001) – *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi.

DUNCAN, S.C. *et al* (1997) - Adolescent Alcohol Use Development and Young Adults Outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 49, pp. 39-48.

DUPONT, R. (2005) – *Cérebro, Álcool e Drogas*. Lisboa: Instituto Piaget.

DURKHEIM, E. (1897/2001) – *O Suicídio*. Lisboa: Editorial Presença.

EDWARDS, R., WILSON, N. & PIERSE, N. (2006) – Highly Hazardous Air Quality Associated With Smoking in Cars: New Zealand Pilot Study. *Journal of the New Zealand Medical Association*, 119, (1244). Disponível em:
<http://journal.nzma.org.nz/journal/119-1244/2294/> (acedido a 15.08.2013)

EIBL-EIBSFELDT, I. (1970/1998) – *Amor e Ódio*. Lisboa: Bertrand Editora.

ELIADE, M. (1999) - *O Sagrado e o Profano*. Lisboa: Livros do Brasil.

- ELIAS, N. (1985/1992) – *A Condição Humana*. Lisboa: Difel.
- EPSTEIN, M., HILL, K., BAILEY, J. & HAWKINS, D. (2012) - The Effect of General and Drug-Specific Family Environments on Comorbid and Drug-Specific Problem Behaviour: A Longitudinal Examination. *Developmental Psychology*, 49, nº6, pp. 1151-1164.
- ERIKSON, E. (1963/1976) - *Infância e Sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar Editores
- ERIKSON, E. (1968/1976) - *Identidade Juventude e Crise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- ERIKSON, E. (1998) - *O Ciclo de Vida Completo*. São Paulo: Artes Médicas.
- ESCOHOTADO, A. (2004) – *História Elementar das Drogas*. Lisboa: Antígona.
- ESPAD (2003) - *Projecto Europeu Para Estudo do Álcool e Outras Substâncias*. Lisboa: IDT.
- ESPAD (2011) - *Projecto Europeu Para Estudo do Álcool e Outras Substâncias*. Lisboa: IDT.
- EUFRÁSIO, M., FERNANDES, O.M., LOPES, I.C., REIS, A.R. & DIAS, C.A. (1987) – *Adaptação da Escala de Risco Suicidário de J. Stork para a população portuguesa*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (80p.).
- EUROPEAN COMMISSION/ EURYDICE (2010) – *Gender Differences in Educational Outcomes: Study on the Measures Taken and the Current Situation in Europe*. Brussels: EACEA P9 Eurydice. Disponível em:
http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/thematic_reports/120en.pdf
- EUROPEAN SCHOOL SURVEY ON ALCOHOL AND OTHER DRUGS (ESPAD) (2011) – *The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries*. Disponível em:
http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_10_29.pdf

EUROSTAT (2013) – *Statistics, Suicide Rates*. Disponível em:

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tps00122>

EUROTIALS (2004) – Saúde em Mapas e Números. *Eurotrials Boletim Informativo*. Disponível em: http://www.eurotrials.com/contents//files/Boletim_14.pdf. (acedido a 15.08.2013)

FARATE, C. (2000) - *O Acto do Consumo e o Gesto que Consome*. Coimbra: Quarteto Editora.

FARREL, A., DANISH, S. & HOWARD, C. (1992) – Relationship Between Drug Use and Other Problem Behavior in Urban Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 60, nº 5, p.705-712.

FEIJÃO, F. (2010) – Epidemiologia do consumo de álcool entre os adolescentes escolarizados a nível nacional e nas diferentes regiões geográficas. *Revista Toxicodependências*, Vol. 16, nº 1, pp. 29-46.

FEIJÃO, F., LAVADO, E. & CALADO, V. (2011) – *Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas: grupos etários dos 13 aos 18 anos: Portugal Continental*. Lisboa: IDT.

FERNANDEZ, A. (1981) - *La Dépendence Alcoolique*. Paris: PUF.

FERREIRA, F. (1983) – *Nutrição Humana*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

FERREIRA, M.; MATOS, M. & DINIZ, J. (2008) – Consumo de Substâncias na Adolescência: Evolução ao Longo de 8 Anos in M. Matos (Coord.) *Consumo de Substâncias, Estilo de Vida? Há Procura de um Estilo?*. Lisboa: IDT/UTL.

FERREIRA, V., FERNANDES, A., VIEIRA, J., PUGA, P. & BARRISCO, S. (2006) – *A condição Juvenil Portuguesa na Viragem do Milénio. Um retrato longitudinal através de fontes estatísticas oficiais: 1990-2005*. Disponível em:

<http://www.igfse.pt/upload/docs/gabdoc/2007/02-Fev/RelatorioPreliminar-OPJ.pdf>

- FERRO, A. (2005) – *Factores de Doença, Factores de Cura*. Rio de Janeiro: Imago.
- FERRO, A. (2011) – *Evitar as Emoções, Viver as Emoções*. Porto Alegre: Artmed.
- FLEMING, M. (1992) – O Processo de Separação/Individuação Adolescente: contribuições da teoria psicanalítica. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, nº 10/11, pp.89-101.
- FLEMING, M. (1993) - *Adolescência e Autonomia*. Porto: Afrontamento.
- FLEMING, M. (1995) - *Família e Toxicodependência*. Porto: Afrontamento.
- FLEMING, M. (2003) – O Risco de não correr risco nenhum...: impasses no desenvolvimento psíquico adolescente. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, nº 24, pp.97-105.
- FLEMING, M. (2003a) – *Dor sem Nome, pensar o sofrimento*. Porto: Afrontamento.
- FLEMING, M. (2005) – *Entre o Medo e o Desejo de Crescer*. Porto: Afrontamento.
- FONAGY, P., GERGELY, G., JURIST, E. & TARGET, N. (2004) – *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- FONTE, J.A. (1993) - *Alexitimia: Estudos em doentes com perturbações digestivas*. Viana do Castelo: Edição com a colaboração de Lilly Farma.
- FREED, E.X. (1976) - Alcoholism and the Rorschach test: a review. *Journal of Studies on Alcohol*, 37, pp. 1633-1654.
- FREYSSINET-DOMINJON, J. & WAGNER, A. (2006) – *Os Estudantes e o Álcool*. Coimbra: Quarteto.
- FREUD, A. (1946/1986) - *O Ego e os Mecanismos de Defesa*. Rio de Janeiro: Civilização Editora.
- FREUD, S. (1930/1979) – O Mal-estar da Civilização in *Sinopses da Standard Edition da Obra Psicológica Completa de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Salamandra.
- GABBARD, G. (1992) - *Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- GAMEIRO, J. (1998) – *Os Meus, os Teus e os Nossos, novas formas de família*. Lisboa: Terramar.
- GEDEÃO, A. (1956/2004) – *Obra Completa*. Lisboa: Relógio D'Água.
- GODINHO, V. (2010) – *Os Problemas de Portugal, os Problemas da Europa*. Lisboa: Edições Colibri.
- GOLEMAN, D. (1997) - *Inteligência Emocional*. s/ cid.: Temas e Debates.
- GOLSE, B. (2012) – Novas Concepções da Psicopatologia/Intersubjectividade in *XXIII Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e Adolescência*. Almada, 16 a 18 de Maio, Hotel Meliá dos Capuchos.
- GOMEZ, H. (2003) - *L'Alcoolique, les Proches, le Soignant*. Paris : Dunod.
- GOULD, S.J., DELUMEAU, J., CARRIÈRE, J-C. & ECO, H. (1999) – *O Fim dos Tempos*. Lisboa: Terramar.
- GRABER, J. A., BROOKS-GUNN, J. & GALEN, B.R (1998) - Betwixt and between: sexuality in the context of adolescent transitions in *New perspectives on adolescent risk behavior*. Jessor, R (Editor) (Cap 8, pp. 241-269).
- GRAMSCI, A. (2002) - *Cadernos do Cárcere, Vol. 3*. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira.
- GRINBERG, L., GRINBERG, R. (1976) - *Identidade e Mudança*. Lisboa: Climepsi (1998).
- GRINBERG, L. & GRINBERG, R. (2004) - *Migração e Exílio*. Lisboa: Climepsi.
- GUERRA, I. (2008) – *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo*. Cascais: Príncipe Editora.
- GIDDENS, A. (1994) – Risco, Confiança e Reflexividade in A. Giddens, U. Beck & S. Lash (Orgs.) *Modernidade Reflexiva*, pp. 207-254. S. Paulo: Editora Unesp.
- HARAMIS, S. & WAGNER, E. (1980) - Differentiation between acting-out and non-acting-out alcoholics with the Rorschach and hand test. *Journal of Clinical Psychology*, 36, pp. 791-797.

HASSELT, V. *et al* (1993) - Social Skills and Depression in Adolescent Substance Abusers. *Addictive Behaviours*, 18, pp. 9-18.

HETRICK, S., PARKER, A., ROBINSON, J., HALL, N. & VANCE, A. (2012) – Predicting Suicidal Children Risk in a Cohort of Depressed Children and Adolescents. *Crisis*, Vol. 33, nº 1, pp. 13-20.

HAVILAND, M.G. (1988) - Alexithymia: subscales and relationship to depression. *Psychoter Psychosom* , 50, pp. 164 – 170.

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*, Vol. 112, nº 1, pp. 64-105.

HAWKINS, M., VILLAGONZALO, K., SANSON, A., TOUMBOUROU, J., LETCHER, P. & OLSSON, C. (2012) – Associations Between Positive Development in Late Adolescence, and Social, Health, and Behavioural Outcomes in Young Adulthood, *Journal of Adult Development*, nº 19, pp. 88-99.

HEH, C.W., OVERALL, J.E., KAUFMAN, E. (1990) – Predicting the Posttreatment Depressive State of an Alcoholic Patient. *The International Journal of the Addictions*, 25(10), pp. 1263-1273.

HOLMAN, T. *et al* (1993) - Predicting Alcohol Use Among Young Adults. *Addictive Behaviours*, vol. 18, pp. 41-49.

HONORÉ, B. (1996/2002) – *A Saúde em Projecto*. Loures: Lusociência.

HORTA, M. (2002) - Reabilitação de Condutores Infractores- vertente criminal. Manual de Prevenção e Segurança Rodoviária. Intervenção do Psicólogo. Lisboa: Departamento de Psicologia da PRP.

HORTA, M. (2005) – Intervenção com o Adolescente em Risco. *Análise Psicológica*, Vol, 1, (XXIII), pp. 27-31.

HUIZINGA, J. (2003) – *Homo Ludens*. Lisboa: Edições 70.

HYEN. L. *et al* (1987) - Depression Among Alcoholics. *The International Journal of the Addictions*, 22(12), pp.1235-1241.

- ILLICH, I. (1977) – *Limites para a Medicina: a expropriação da saúde*. Lisboa: Livraria.
- KINDLON, D. & THOMPSON, M. (2000) – *Criando Caim, proteger a vida emocional dos rapazes*. Porto: Ambar.
- JARMAS, A. & KAZAK, A. (1992) – Young Adult Children of Alcoholic Fathers: Depressive Experiences, Coping Stiles, and Family Sistems, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 60, nº 2, pp. 244-251.
- JASPERS, K. (1911/1987) – *Psicopatologia Geral, vol. I e II*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu.
- JELLINEK, E.M. (1969) - *The Disease Concept of Alcoholisme*. New Haven: Hilhouse.
- JESSOR, R. (1987) – Problem-Behavior Theory, Psychosocial Development, and Adolescent Problem Drinking. *British Journal of Addictions*, nº 82, pp. 331-342.
- JESSOR, R. (1998) – *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.
- JESSOR, R. (1991) – Risk Behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, pp. 597-605.
- JESSOR, R., BOS, J., VANDERRYN, J., COSTA, F. & TURBIN, M. (1995) – Protective Factors in Adolescent Problem Behavior: Moderator Effects and Developmental Change. *Developmental Psychology*, nº 6, pp. 923-933.
- JESSOR, S. & JESSOR, R. (1974) – Maternal Ideology and Adolescent Problem Behavior. *Developmental Psychology*, ol. 10, nº2, pp. 246-254.
- JESSOR, R., DONOVAN, J. & COSTA, F. (1994) – *Beyond Adolescence, Problem Behavior and Young Adult Development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- JOHNSTON, H. & O'MALLEY, P. (1986) - Why do the nations students use drugs and alcohol? Self-reported reasons from nine national surveys. *The Journal of Drug Issues*, 16(1), pp. 29-69.
- KOHLBERG, L. (1969/1992) – *Psicologia del Desarrollo Moral*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- KOHUT, H. (1977) - Self deficits and addiction in J.D.Lewin & R.H.Weiss (Eds.) *The dynamics and treatment of alcoholism* (pp. 344-346). Northvale:Jason Aronson (1994).
- KRESEVIC, D. (1995) – Tratamento de Pessoas com Infecção por HIV e SIDA in W. Phipps (Eds.) *Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e Prática Clínica*. Lisboa: Lusodidacta.
- KRYSTAL, H. (1987) - Integration and Self-Healing. *Affect, Trauma, Alexithymia*. Hillsdale: The Analytic Press.
- LAKATOS, E. & MARCONI, M. (1988) - *Fundamentos de Metodologia Científica*. S.Paulo: Editora Atlas.
- LAPLANCHE, J. ; PONTALIS, J. B. (1967/1990) – *Vocabulário da Psicanálise*. Lisboa: Editorial Presença, 7ª edição.
- LAUB, J., NAGIN, D. & SAMPSON, R. (1998) – Trajectories of change in criminal offending: good marriages and the desistence process. *American Sociological Review*, 63, pp. 225-238.
- LAUFER, M. (2000) – Compreender o Suicídio: tem um significado especial na adolescência? in M. Laufer (Coord.) *O Adolescente Suicida*, pp. 69-79 Lisboa: Climepsi.
- LAUFER, M. (2000a) – Desenvolvimento Psicológico na Adolescência: «Sinais de Perigo» in M. Laufer (Coord.) *O Adolescente Suicida*, pp. 19-34 Lisboa: Climepsi.
- LAVENTURE, M., BOISVERT, K. & BESNARD, T. (2010) – Programmes de Prevention Universelle et Ciblée de la toxicomanie à L'Adolescence: recension des facteurs prédictifs de l'efficacité. *Drogues, Santé et Société*, Vol. 9, nº 1, pp. 122-164.
- LE BRETON, D. (2013) – Les Conduites à Risque des jeunes depuis 40 ans. *Diversité*, 74 (4). Disponível em: www2.cndp.fr/revueVEI/174/diversite174_LE_BRETON.pdf (acedido em 12.01.2013)
- LE BRETON, D. (2004) – *Sinais de Identidade*. Lisboa: Miosótis.
- LEBOVICI, S., CASTARÉDE, M. (1996) - *A Infância Reencontrada*. Lisboa: Instituto Piaget.

- LESSARD-HÉBERT, M., GOYETTE, G., BOUTIN, G. (1994) - *Investigação Qualitativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- LEWINSOHN, P., ROHODE, P. & SEELLEY, J. (1996) – Alcohol Consumption in high school adolescents: frequency of use and dimensional structure of associated problems. *Addiction*, 91, 3, (pp. 375-390)
- LINVILLE, D., STICE, E., GAU, J. & O'NEIL, M. (2011) – Predictive Effects of Mother and Peer Influences on Increases in Adolescent Eating Disorder Risk Factors and Symptoms: a 3- year longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 44, nº 8, pp. 745-751.
- LIPOVETSKY, G. (1989) - *A era do Vazio*. Lisboa: Relógio de d'Água.
- LIPOVETSKY, G. (1994) – *O Crepúsculo do Dever: a ética indolor dos novos tempos democráticos*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- LOLAS, F., & VON RAD, M. (1989) - Alexithymia. *Psychosomatic Medicine: Theorie, Phychology, and Practic*, (vol 1), pp. 189-241.
- LOMB, M., YU, M., NEBBITT, V. & EARL, T. (2011) – Understanding Alcohol Consumption and Its Correlates among African American Youths in Public Housing: A Test of Problem Behavior Theory. *Social Work Research*, Vol. 35, nº3, pp. 173-182.
- LÓPEZ VILAPLANA, C. (2013) – Population and Social Conditions. *Eurostat Statistics in Focus*, nº 4, pp. 1-7.
- LOUREIRO, I. (1999) – A Importância da Educação Alimentar na Escola in L. Sardinha, M. Matos & I. Loureiro (Eds.) *Promoção da Saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*, pp. 57-84. Lisboa: Edições FMH.
- LUBIN, B. (1981) - *Manual for the Depression Adjective Check Lists*. San Diego: Edits.
- LUCAS, J. (1993) – *A Sexualidade Desprevenida dos Portugueses*. Lisboa: McGraw-Hill.
- MACHADO PAIS, J. *et al* (1999) - *Traços e Riscos de Vida*. Porto: Ambar.
- MACHADO PAIS, J. (2003) - *Culturas Juvenis*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da

Moeda.

MACHADO PAIS, J. (2012) – *Sexualidade e Afectos Juvenis*. Lisboa: ICS.

MAHLER, M. (1979) - *O Processo de Separação Individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas.

MAFALDA, F., MATOS, M. & DINIZ, J. (2008) – Consumo de Substâncias na Adolescência in M. Matos (Coord.) *Estilo de Vida? À Procura de um Estilo?*, (pp.319-340). Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.

MAHALIK, J., COLEY, R., LOMBARDI, C., LYNCH, A., MARKOWITZ, A. & JAFFEE, S. (2013) – Changes in Health Risk Behaviors for Males and Females from Early Adolescence Through Early Adulthood. *Health Psychology*, Vol. 32, nº 6, pp. 685-694.

MALKA, R., FOUQUET, P. & VACHONFRANCE, G. (1986) - *Alcoologia*. Paris : Masson.

MARCELLI, D. (2002) – *Os Estados Depressivos na Adolescência*. Lisboa: Climepsi.

MARCELLI, D. & BRACCONNIER, A. (2005) – *Adolescência e Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.

MALPIQUE, C. (1999) - *Pais/Filhos em Consulta Psicoterapêutica*. Porto: Afrontamento.

MATARAZZO, J. D. (1980) - Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817.

MATARAZZO, J. D. (1982) – Behavioral Health's Challenge to Academic, Scientific, and Professional Psychology. *American Psychologist*, Vol. 37, nº1, pp. 1-14.

MATARAZZO, J. D. (1983) - Graduate education in health psychology, behavioral immunogens, and behavioral pathogens. *Health Psychology*, 2 (5, Suppl), 53-62.

MATOS, M. (1995) – *Psicologia do Jovem Condutor*. Comunicação no I Encontro de Segurança Rodoviária do Distrito de Lisboa. Lisboa: Governo Civil de Lisboa.

MATOS, M. (2005) - *Adolescência, Representação e Psicanálise*. Lisboa: Climepsi.

MATOS, M., CARVALHOSA, F., REIS, C. & DIAS, S. (2001) – *Os Jovens Portugueses e o Álcool*. 7, nº1. Lisboa: FMH.

MATOS, M., CARVALHOSA, S., VITÓRIA, P. & CLEMENTE, M. (2001) – *Os Jovens Portugueses e o Tabaco*. 6, nº1. Lisboa: FMH.

MATOS, M. e Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003a) – *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.

MATOS, M. e Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003b) – *Aventura Social, Etnicidade e Risco, Prevenção do VIH em Adolescentes de Comunidades Migrantes*. Lisboa: Edições FMH.

MATOS, M. e Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2006) – *A Saúde dos Adolescentes Portugueses Agora e em 8 anos*. Lisboa: Edições FMH. Disponível em: http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Relatorio_nacional_2006.pdf (acedido a 06.05.2013)

MATOS, M. e Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2010) – *A Saúde dos Adolescentes Portugueses, Relatório do Estudo HBSC 2010*. Lisboa: Edições FMH.

MATOS, M. & SAMPAIO, D. (2009) – *Jovens com Saúde, Diálogo com uma Geração*. Lisboa: Texto. Disponível em: http://aventurasocial.com/arquivo/1334762276_Relatorio_HBSC_2010_PDF_Finalissimo.pdf (acedido a 06.05.2013)

MCALONEY, K., MCCRYSTAL, P. & PERCY, A. (2010) – Sex, drugs and STD's: Preliminary findings from the Belfast Youth Development Study. *Drugs: education, prevention and policy*, Vol. 17, nº 4, pp. 443-453.

MCANARNEY, E. (2008) – Adolescent Brain Development – Forging New Links. *Journal of Adolescent Health*, nº 42 (4), pp. 321-323.

MCKENNA, T. (2004) – *O Pão dos Deuses, Em Busca da Árvore do Conhecimento Original*. Santa Maria da Feira: Via Óptima, Oficina Editorial.

MCMURRAN, M. (2011) – Anxiety, Alcohol Intoxication, and Agression. *Legal and Criminological Psychology*, nº 16, pp. 357-371.

MCQUEENY, T., SCHWEINSBURG, B.; SCHWEINSBURG, A. (2009) – Adolescent binge drinking may compromise the brain's white matter, necessary for information relay, *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, nº 33 (7), pp. 1-8.

MCWILLIAMS, N. (2004) – *Formulação Psicanalítica de Casos*. Lisboa : Climepsi.

MCWILLIAMS, N. (2005) – *Diagnóstico Psicanalítico*. Lisboa : Climepsi.

MENEZES, I. (1990) - Desenvolvimento no Contexto Familiar in B.P. CAMPOS (Coords) *Psicologia do desenvolvimento e da educação de jovens*, pp. 51-91. Lisboa: UA.

MELLO, M., BARRIAS, J. & BRENDA, J. (2001) - *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

MERRIAM, S. (1991) - *Case Study Research in Education*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

MICHAEL, J. M (1982) – The Second Revolution in Health: Health Promotion and its Environmental Base. *American Psychologist*, Vol. 37, nº 8, pp. 936-941.

MIJOLLA, A., SHENTOUB, S. A. (1973) - *Pour une Psychanalyse de l'Alcoolisme*. Paris : Editions Payot.

MILLER, L. (1990) - Neuropsychodynamics of Alcoholism and Adiction : personality, psychopathology and cognitive style. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 7, pp. 31-49.

MOFFITT, T. (1993) – Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behaviour. A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, pp. 674-701.

MOFFITT, T. & CASPI, A. (2001) – Childhood predictors differentiae life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology*. 13, pp. 355-375.

MONJAUZE, M. (1991) - *La problématique Alcoolique*. Paris : Dunod.

MONJAUZE, M. (1999) - *La Part Alcoolique du Soi: La prise en charge clinique des patients alcooliques*. Paris: Dunod.

MOREL, A., HERVÉ, F. & FONTAINE, B. (1998) - *Cuidados ao Toxicodependente*. Lisboa: Climepsi.

MOREL, A., HERVÉ, F., FONTAINE, B. (1998) - *Cuidados ao Toxicodependente*. Lisboa: Climepsi.

MOREL, A., BOULANGER, M., HERVÉ, F. & TONNELET, G. (2000) – *Prevenção das Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi.

MORRIS, D. (1967/1997) – *O Macaco Nu*. Mem-Martins: Europa América.

MUZAN, M. & MARTY, P. (1963) - La pensée opératoire. *Revue Française de Psychanalyse*, (27), pp. 345- 355.

MORRIS, D. (1969/1992) – *O Zoo Humano*. Mem-Martins: Europa América.

NABAIS, L. & CORREIA, A. (2002) – Os Jovens e o Álcool: contributos para o estudo do perfil dos jovens adultos com problemas relacionados com o álcool. *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*, Vol. 15, pp. 35-46.

NABAIS, L. (2005) – *Os Jovens e o Álcool na Sociedade Contemporânea: estudo de um grupo de jovens consumidores excessivos da região de Lisboa*. Tese de Mestrado. Lisboa: Universidade Aberta.

NAKKEN, C. (1996) - *A Personalidade Adictiva*. Sintra: Colares Editora.

NAOURI, A. (2000) – *O Casal e a Criança*. Cascais: Pergaminho.

NATZUAKI, M., BIEHL, M. & GE, X. (2009) – Trajectories of Depressed Mood from Early Adolescence to Young Adulthood: The Effects of Pubertal Timing and Adolescent Dating. *Journal of Research on Adolescence*, Vol. 19, nº 1, pp. 47-74.

NEGREIROS, J. (1998) - *Prevenção do abuso de álcool e drogas nos jovens*. Porto: Radicário.

NEGREIROS, J. (2001) – A Prevenção do Consumo de Drogas: Teoria, Investigação e Prática in N. Torres e J. P. Ribeiro (Orgs.) *A Pedra e o Charco, Sobre o Conhecimento e Intervenção nas Drogas*, pp. 275-292. Lisboa: Imanedições.

NELSON, C.B., WITTCHEN, H. (1998) - DSM-IV alcohol disorders in a general

- population sample of adolescents and young adults. *Addiction*, 93(7), pp. 1065-1077.
- NEMIAH, J. & SIFNEOS, P. (1970) - Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, vol.2, pp. 36-45.
- NETO, D. (1996) - *Tratamento Combinado e por Etapas*. Lisboa: Universitária Editora.
- NETO, D. (1999) - Etapas do Tratamento de Doentes Alcoólicos. *Revista de Psiquiatria e Saúde Mental*, (ano III, nº 1), pp.9-14.
- OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODEPENDENCIA (OEDT) (2013) – *Relatório Europeu sobre Drogas*. Lisboa: OEDT. Disponível em:
www.emcdda.europa.eu (acedido a 15.06.2014)
- OGDEN, J. (2004) – *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- OLIEVENSTEIN, C. (1970/ s/d) – *A Droga*. Lisboa: Editorial Pórtico.
- OLIEVENSTEIN, C. (1990) – *A Clínica do Toxicômano: a falta da falta*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- OLIVEIRA, J., AMÂNCIO, L. & SAMPAIO, D. (2001) – Arriscar Morrer para Viver, Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, nº 4 (XIX), pp. 509-521.
- OLIVEIRA, J. (2002) - *Psicologia da família*. Lisboa: Universidade Aberta.
- OLIVEIRA-BROCHADO, F. & OLIVEIRA-BROCHADO, A. (2008) – Estudo da presença de sintomatologia depressiva na adolescência, *Saúde Mental*, Vol. 26, nº2, pp.27-36.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) (1985) – *As Metas da Saúde para Todos: Metas da Estratégia Regional Europeia da Saúde para Todos*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) OMS (2000) – *Prevenir o Suicídio: Um Guia para os Profissionais dos Mídia*. Geneva.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) (2001) – *Stockholm Declaration n Alcohol and Young People*. Copenhagen: WHO/Regional Office. Europe.

WHO/MHN/MBD. Disponível em:

http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.2_por.pdf

(acedido a 15.08.2013)

ORDEM DOS PSICÓLOGOS PORTUGUESES (OPP) (2011) – *Evidência Científica Sobre Custo-Efetividade de Intervenções Psicológicas em Cuidados de Saúde*. Lisboa:

OPP. Disponível em:

https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/1_evidencia_cientifica_sobre_custo_efetividade_de_intervencao_psicologicas_em_cuidados_de_saude.pdf

(acedido a 15.08.2013)

OPSS (2013) – Duas Faces da Saúde. *Relatório de Primavera 2013*. Coimbra: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.

PACULA, R. (2011) – Substance Use and Recessions: what can be learned from economic analysis of alcohol? . *International Journal of Drug Policy*, Vol. 22, nº 5, pp. 326-334.

PAIS RIBEIRO, J. L. (1998) – *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.

PAPALIA, D. & OLDS, S. (2013) – *Desenvolvimento Humano*, 12ª Edição. São Paulo: Artes Médicas.

PARKER, J., TAYLOR, G.J. & BAGBY, R. (1989) - The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Comprehensive Psychiatry*, 30, pp. 434 -441.

PATRÍCIO, L. (1997) - *Face à droga: Como (Re)Agir?* Lisboa: Serviço de Prevenção e tratamento da toxicod dependência.

PAULA, M. (2005) - A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis. *Revista Associação Médica Brasileira*, 51 (3): 148-52.

PECHANSKY, F., SZOBOT, C. & SCIVOLETTO, S. (2004) – Uso de álcool entre Adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e factores etiopatogênicos, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Sup. I, pp. 14-17.

PESSANHA, M. (2008) – *Vulnerabilidade e Resiliência no Desenvolvimento dos Indivíduos: Influência da Qualidade dos Contextos de Socialização no Desenvolvimento das Crianças*. Lisboa: FCG/FCT.

PETERSON, D., BECKER, W., SHOEMAKER, D., LURIA, Z. & HELLMER, L. (1961) – Child Behavior Problems and Parental Attitudes, *Child Development*, nº 32, pp. 151-162.

PINA, M. A. (2012) – *Aniki-Bóbó*. Lisboa: Assírio & Alvim.

PINHEIRO, M.; RIBEIRO, T.; BARBOSA, H.; CARVALHO, A.; JESUS, A. & GOMES, S. (2006) – Factores Psicossociais, Estilos de Vida e Comportamentos de Risco Face à Saúde: que relações existem? in C. Machado *et al* (Coords.) *XI Conferência Internacional, Avaliação Psicológica: Formas e Contextos - Actas*. Braga: Psiquilibrios edições.

PIRES, A. (1990) - Determinantes do comportamento parental. *Análise Psicológica*, 4 (VIII), pp.445-452.

PIRES, R. (1999) - Uma teoria dos processos de integração. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 30, pp. 9-54.

POIRIER, J.; CLAPIER-VALLADON, S. & RAYBAUT, P. (1999) – *Histórias de Vida, Teoria e Prática*, 2ª Edição. Lisboa: Celta Editora.

PORDATA Base de Dados Portugal Contemporâneo (2013) Disponível em: <http://www.pordata.pt/> (acedido em 18.08.2013)

PRAZERES, N.L. (1996) - *Ensaio de um estudo sobre Alexitimia com o Rocharch e a escala de Alexitimia de Toronto (TAS – 20)*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica.

PRECIOSO, J., ARAÚJO, A., SAMORINHA, C., MACHADO, J., BECOÑA, E., RAVARA, S., VITÓRIA, P., ROSAS, M., BONITO, J. & ANTUNES, H. (2012) –

Exposição das Crianças ao Fumo Ambiental do Tabaco em Casa e no Carro. *Millenium*, 42. Pp. 7-25.

PRITCHARD, M. & MARTIN, M. (1996) - Factors Associated With Alcohol Use in Young Adulthood. *Substance Use & Misuse*, 31(6), pp. 679-689.

QUIVY, R. & CAMPENHOUDT, L. (1998) - *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

RADÓ, S. (1933) - The psychoanalysis of pharmacothimia in J.D.Lewin & R.H.Weiss (Eds.) *The dynamics and treatment of alcoholism* (pp. 121-134). Northvale: Jason Aronson (1994).

RAMOS, N. (1989) – Intervenção Comportamental e Cognitiva nos Comportamentos Depressivos da Criança e do Adolescente. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, (XXIII), pp.177-200.

RAMOS, N. (2003a) – Etnoteorias do Desenvolvimento e Educação da Criança. Uma perspectiva Intercultural e Preventiva in C. PIRES *et al* (Org.) *Psicologia, Sociedade e Bem Estar*. Leiria: Ed. Diferença, pp.161-177.

RAMOS, N. (2003b) – *Interculturalité, Communication et Éducation*. Bucareste: Milena Press.

RAMOS, N. (2004) – *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

RAMOS, N. (2008a) – Crianças e Famílias em Contexto Migratório e Intercultural – Desafios às Práticas e Políticas Educacionais, Sociais e de Cidadania in N. Ramos (Coord.) *Educação, Interculturalidade e Cidadania*. Bucareste: Milena Press.

RAMOS, N. (2008b) – Migração, Aculturação in N. Ramos (Org.) *Saúde, Migração e Interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas*, pp. 45-96. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB.

RAWANA, J., MORGAN, A., NGUYEN, H. & CRAIG, S. (2010) – The relation Between Eating-and Weight-Related Disturbances and Depression in Adolescence: A Rewiew. *Clinical Child and Family Psychology Review*, Vol. 13, pp. 213-230.

REIS, M. e Equipa do Projecto Aventura Social (2010) – *Saúde Sexual e Reprodutiva Estudantes do Ensino Superior, Dados Nacionais 2010*. Lisboa: FMH. Disponível em:

http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Relatorio_Migrantes.pdf

(acedido em 06.05.2013)

REIS, J. (1998) – *O Sorriso de Hipócrates, a integração biopsicossocial dos processos de saúde doença*. Lisboa: Vega.

RELVAS, A. (2004) – *O Ciclo Vital da Família*. Porto: Afrontamento.

RIBEIRO, J. (1998) – *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.

RIBEIRO, J. & SOUSA, M. (2002) – Vinculação e Comportamentos de Saúde. *Análise Psicológica*, Vol. 1, (XX), pp. 67-75.

RICOEUR, P. (1960/2013) – *A Simbólica do Mal*. Lisboa: Edições 70.

ROCHER, G. (1999) - *Sociologia Geral: A Acção Social*. Lisboa: editorial Presença.

RONDINA, R., GORAYEB, R. & CLOVIS, B. (2007) – Características Psicológicas Associadas ao Comportamento de Fumar Tabaco. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, Vol. 33, nº 5, pp.592-601.

ROSA, F. (1999) - Alcoolismo: comorbilidade com outros distúrbios Psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, Vol. XX, nº 1, pp.79-82.

ROSA, J. (1992) – O Traumatismo Psíquico na Adolescência. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, nº 10/11, pp. 43-48.

ROSA, L.; MURTA, I.; CRUZ, M. (1994) - Perfil da Doente Alcoólica do Hospital Sobral Cid. *Revista Psiquiatria Clínica*, vol XV, nº 3, pp.137-143.

ROUSNIDIS, T. (1988) - Evolution des Moeurs: Les dynamiques psychosociologiques de àlcoolisme. *Le Journal des Psychologues*, 62 (2), pp. 25-28.

RUDIO, F. (1978) - *Introdução ao Projecto de pesquisa Científica*. Petrópolis: Editora Vozes.

RUFFIÉ, J. (1987) - *O sexo e a morte*. Lisboa: Dom Quixote.

- RUILOBA, V. (1991) - *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Barcelona: Salvat Editores.
- RUTTER, D. & QUINE, L. (1996) – Age and experience in motorcycling safety. *Accident Analysis and Prevention*, Vol. 28, nº 1, pp. 15-21.
- SAKUMA, K., SUN, P., UNGER, J. & JOHNSON, C. (2010) – Evaluating Depressive Symptom Interactions on Adolescent Smoking Prevention Program Mediator: A Mediated Moderation Analysis. *Nicotine & Tobacco Research*, Vol. 12, nº 11, pp. 1099-1107.
- SALGUEIRO, E. (1994) – A saúde mental na infância e na adolescência. *Revista Portuguesa de pedopsiquiatria*, 7, pp.49-64.
- SALGUEIRO, E. (1995) - A criança e o futuro. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 10, pp.19-26.
- SAMPAIO, D. (1999) - Dar de Beber à Dor? *Noticias Magazine*. Lisboa, 29 Agosto de 1999.
- SANCHES, M., MARTINS, H. (2000) - Traços Nocturnos : percursos juvenis no Norte do Bairro Alto in J.MACHADO PAIS (Coord.) *Traços e Riscos de Vida*, pp. 217-261. Porto: Âmbar.
- SANTIAGO, M.H. (1995) - Alcoolismo e Família. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, vol. V, nº2 (11), pp. 55-96.
- SANTOS, C. (2003) – *O Suporte Social e Comportamentos de Risco na Adolescência*. Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica. Lisboa: ISPA.
- SANTOS, J. (1982) – *Ensaio sobre Educação I: A criança quem é?*. Lisboa : Livros Horizonte.
- SARAIVA, C. (2010) – Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clinica*, nº 31, Vol. 3, pp. 185-205.
- SARAMAGO, A. (1992) – *Cozinha para Homens, a Honesta Volúpia*. Sintra: Colares Editora.

- SCHENKER, M & MINAYO, M. (2005) – Fatores de Risco e de Proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 10 (3) pp. 707-717.
- SCHUCKIT, M. (1998) - *Abuso de álcool e drogas*. Lisboa: Climepsi.
- SCHUCKIT, M. (2000) – *Drugs and Alcohol Abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment*. New York: Plenum Medical Book Company.
- SEABRA, D., CRUZ, J.P. & ESTEVENS, J.D. (1994) - A Depressão em Doentes Alcoólicos no Algarve. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, vol.III nº1/2 (7/8), pp. 55-65.
- SHANKS, J. (1990) - Alcohol and Youth. *World Health Forum*, vol. 11, pp. 235-241.
- SIMÕES, C. (2007) – *Comportamentos de Risco na Adolescência*. Lisboa: FCG/FCT.
- SILVA, D., CAMPOS, R. (1998) - Alguns dados normativos do Inventário Estado Traço de Ansiedade – Forma y (Stai-y) de Spielberger para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, nº33, pp.71-89.
- SILVANO, F. (2010) – *Antropologia do Espaço*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- SKIDELSKY, R. & SKIDELSKY, E. (2012) - *Quanto é Suficiente?*. Alfragide: Texto.
- SOARES, I. (1990) - O Grupo de Pares e a Amizade in B.P. CAMPOS (coords) *Psicologia do Desenvolvimento e Educação de Jovens*, pp. 93-137. Lisboa: Universidade Aberta.
- SOARES, M. (1998) - Consumo de bebidas alcoólicas nos jovens. *Boletim do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra*, Nº5.
- SOCZKA, L. (1989) – *Perspectiva Ecológica em Psicologia*. Lisboa: LNEC.
- SOCZKA, L. (2003) – *A Companhia dos Lobos, o Imperativo da Vinculação*. Lisboa: Fim de Século.
- SOLIS-POTON, L. (2002) – *La Parentalité, Défi pour le trisième millénaire*. Paris: PUF.
- SONTAG, S. (1998) – *A Doença como Metáfora e A Sida e as suas Metáforas*. Lisboa: Quetzal Editores.

SOUZA, F. (1931) - Novo Dicionário Latino-Portuguez (6ªEd.). Paris: Librairie Ailland.

SPRINTHAL, N. & COLLINS, W. (2003) - *Psicologia do Adolescente*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

STEINBERG, L. (2007) – Risk Taking in Adolescence: New Perspectives from Brain and Behavioral Science. *Current Directions in Psychological Sciences*, Vol. 16, nº 2, pp. 55-59.

STORK, J. (1977) – Échelle d'évaluation de risque suicidaire. *Psychiatrie de l'Enfant*, XX (2), pp. 493-517.

TAQUETTE, S., BESSA de ANDRADE, R., VILHENA, M. & CAMPOS de PAULA, M. (2005) - A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis. *Revista Associação Médica Brasileira*, 51 (3): 148-52.

TAVARES, B., BÉRIA, J. & LIMA, M. (2004) – Factores Associados ao Uso de Drogas entre Adolescentes Escolares. *Revista de Saúde Pública*, Vol. 38, nº 6, pp. 787-796.

TAYLOR, G., PARKER, J.D., BAGBY, R.M. (1990) - A Preliminary investigation alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *American Journal Psychiatry*, 147 (9), pp. 1228 – 1230.

TEIXEIRA, J. A. (1993) – *Psicologia da Saúde e Sida*. Lisboa: ISPA.

TEMPLE, M. & FILMORE, K. (1986) - The variability of drinking patterns and problems among young men, Age 16-31: A longitudinal study. *The International Journal of the Addictions*, 20 (11/12), pp 1595-1620.

THINES, G. & LEMPEREUR, A. (1984) - *Dicionário Geral das Ciências Humanas*. Lisboa: Edições 70.

TOJAL, E. (2000) - *A relação precoce pai-filho*. Lisboa: Universidade Aberta. Dissertação de Mestrado em Comunicação em saúde.

TRINDADE, J. (1989) – Considerações em Torno do Conceito de Normalidade. *Psicologia Clínica*, nº 1, pp.15-22.

TRONICK, E. & GIANINO, A. (1986) - The transmission of maternal disturbance to the infant in *Biopsychology of early parent-infant communication*, pp. 63-68. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

TYRODE, Y. & BOURCET, S. (2002) – *Os Adolescentes Violentos*. Lisboa: Climepsi.

UDRY, R. & BEARMAN, P. (1998) - New methods for new research on adolescent sexual behavior. In *New perspectives on adolescent risk behavior*. Jessor, R. (Editor) (Cap 8, pp. 241-269).

ULLBERG, P. & RUNDMO, T. (2003) – Personality, Attitudes and Risk Perception as Predictors of Risky Driving Behaviour Among Young Drivers. *Safety Science*, Vol. 41, pp. 427-443.

ULMER, R., WILLIAMS, A. & PREUSSER, D. (1997) – Crash involvement of 16-year-old drivers. *Journal of Safety Research*, Vol. 28, nº2, pp. 97-103.

UNICEF (2010) – As Crianças que Ficam para Trás. *Innocenti Report Card nº 9*. Florença: Centro de Estudos Innocenti da UNICEF.

VAN der STEL, J. (1998) - *Manual Prevenção- Álcool, Drogas e Tabaco*. Lisboa: IPDT.

VIEIRA DA SILVA, A. (1989) - *Tratamento em ambulatório de doentes alcoólicos – abordagem centrada na família ou centrada na pessoa*. CRAS: não editado.

WAGNER, F. & ANTHONY, J. (2002) – From First Drug Use to Drug Dependence: development periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine and alcohol. *Neuropsychofarmacology*, nº 26, pp. 479-488.

WEINER, I. (1995) – *Perturbações Psicológicas na Adolescência*. Lisboa: FCG.

WEINSTEIN, S. & MERMELSTEIN, R. (2013) – Influences of Mood Variability, Negative Moods, and Depression on Adolescent Cigarette Smoking. *Psychology of Addictive Behaviors*. Advance online publication. DOI: 10.1037/a0031488.

WHO (1993) – *The Health of Young People: A challenge and a promise*. Geneve:

World Health Organization.

WHO (2002) – *The World Health Report. Reducing Risks, Promotion Healthy Life.*

Disponível em: <http://www.who.int/whr/2002/en/> (Acedido a 14.05.2013)

WHO (2002a) – *Preventing of Psychoactive Substance Use, a select review of what works in the area of prevention, mental health: evidence and research.* Geneve: Department of Mental Health and Substance Dependence.

WHO (2003) – *Caring for children and adolescents with mental disorders: Setting WHO directions.* Geneva, World Health Organization.

WHO Europe (2008) – *European Pact for mental Health and Well-being.* Brussels, World Health Organization.

WHO Europe (2010) – *Mental Health Promotion in Young People – un Investment for the Future.* Denmark, World Health Organization.

WHO (2013) – *Suicide Prevention (SUPRE).* Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

YIN, R. (1987) - *Case Study Research, Design and Methods.* Beverly Hills: Sage publications.

WINNICOTT, D. (1958/2008) – *A Capacidade de Estar Só in O Ambiente e os Processos de Maturação.* Porto Alegre: Artmed.

WINNICOTT, D. (1965/2005) – *A Família e o Desenvolvimento Individual.* São Paulo: Martins Fontes.

WINNICOTT, D. (1975) – *O Brincar e a Realidade.* Rio de Janeiro: Imago Editora.

WINNICOTT, D. (1986/2005) – *Tudo Começa em Casa.* São Paulo: Martins Fontes.

WINNICOTT, D. (1987/2006) – *Os bebês e suas Mães.* São Paulo: Martins Fontes.

FILMOGRAFIA

BERGMAN, I. (1957/2014) – *Morangos Silvestres*. DVD, Leopardo Filmes, 92 min., P&B.

COPPOLA, F. F. (1983/2003) – *Rumble Fish*. DVD, Lusomundo Audiovisuais, 1h 30min., Cor.

COPPOLA, F. F. (1983/2004) – *The Outsiders*. DVD, Lusomundo Audiovisuais, 88 min., Cor.

OLIVEIRA, M. (1942/2010) – *Aniki-Bóbó*. DVD, Lusomundo Audiovisuais, 70 min., P&B.

ROSEMBLAT, J. (1994) – *The Smell of Burning Ants*, 21 min., P&B.

STERNBERG, J. (1930) – *O Anjo Azul*, 100 min., P&B. Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=R5qDMHX5kFQ> (Acedido em 20.01.2014)

ENDEREÇOS ELECTRÓNICOS

Comissão Europeia – Representação em Portugal

http://ec.europa.eu/portugal/comissao/index_pt.htm

Faculdade de Motricidade Humana – Projecto Aventura Social & Saúde

<http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/>

Ministério da Saúde – Direcção Geral de Saúde

<http://www.dgs.pt/>

Ministério da Saúde – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

<http://www.sicad.pt/pt/Paginas/default.aspx>

PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo

<http://www.pordata.pt/>

World Health Organization

<http://www.who.int/en/>

ANEXOS

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO

Variáveis sociodemográficas

Sexo: M F Idade: _____ Estado civil: Solteiro
 Casado
 União de facto

Tem filhos: Não Sim Se sim, idade (s): _____

Escolaridade (nº de anos completos): _____

Reprovações na Escola: Não Sim

Nacionalidade (país de origem): _____

Naturalidade (local de nascimento): _____

Localidade onde reside: _____

Etnia: _____
(p. ex. cabo-verdiana, angolana, brasileira, ucraniana, chinesa, cigana, ...)

Com quem vive a maior parte do seu tempo?
(assinale com um "X" a(s) hipótese(s) que corresponde(m) à sua situação)

Mãe Irmão/irmãos
 Pai Irmã/irmãs
 Madrasta Outros
 Padrasto Quais?: _____

Quantos irmãos tem?: _____

Que lugar ocupa entre os irmãos (mais novo, mais velho, do meio, ...): _____

Actividade profissional: Não Sim Se sim, qual: _____

Profissão do pai: _____

Escolaridade do pai: _____

Profissão da mãe: _____

Escolaridade da mãe: _____

Em relação aos seus pais: (assinale com um “X” apenas uma das situações)

- Vivem juntos
- Estão divorciados/separados
- Mãe falecida
- Pai falecido
- Mãe e pai falecidos

Consumo de bebidas alcoólicas

Já consumiu bebidas alcoólicas: Sim Não

Idade que tinha quando bebeu pela primeira vez: _____

Relativamente às bebidas alcoólicas assinale com “X” o seu consumo:

	Todos os dias	Todas as semanas/meses	Raramente ou nunca
Cerveja			
Vinho			
Bebidas destiladas			
<i>Alcolpops</i> (refrigerantes com álcool)			
Outra			

Bebida alcoólica preferida: _____

Já ficou alguma vez embriagado?:

- Nunca
- 1 a 2 vezes
- 3 vezes ou mais

Quando bebe costuma fazê-lo:

(assinale com um “X” a(s) hipótese(s) que corresponde(m) à sua situação)

- Fora de casa
- Durante a semana de dia
- Em casa
- Durante a semana de noite
- Sozinho
- Durante o fim-de-semana de dia
- Acompanhado
- Durante o fim-de-semana de noite

Número de bebidas por momento/episódio de consumo: _____

Existem problemas com álcool na família?

Pai Mãe Avós Outros

O consumo de bebidas alcoólicas já provocou problemas aos níveis?:
(assinale com um "X" a(s) hipótese(s) que corresponde(m) à sua situação)

- Saúde (p. ex. ida ao hospital, necessidade de assistência médica ou psicológica)
- Escolar (p. ex. dificuldade com os estudos ou reprovações)
- Familiar (p. ex. conflitos com os pais ou outros familiares)
- Laboral (p. ex. conflitos com colegas, empregadores, despedimentos)
- Judicial (p. ex. condução sob o efeito de álcool)

Consumo de tabaco

Já experimentou tabaco?: Sim Não

Que idade tinha quando fumou o primeiro cigarro?: _____

Relativamente ao consumo de tabaco: (assinale com "X" o seu consumo)

	Todos os dias	Pelo menos uma vez/semana	Menos de uma vez/semana	Não fumo
Tabaco				

Se é fumador habitual, quantos cigarros fuma por dia: _____

Consumo de drogas

Relativamente a experimentar drogas:
(assinale com "X" a(s) sua(s) situação para todas as substancias)

	Sim	Não
Haxixe/erva		
Estimulantes		
LSD		
Cocaína		
Ecstasy		
Medicamentos (usados como droga)		
Heroína		
Se outra, qual:		

Consumo de *cannabis* (erva/haxixe):

(assinale com “X” a sua situação)

Já experimentou *cannabis*?

Não

Sim

Se sim: 1 ou 2 vezes

3 vezes ou mais

Relativamente ao consumo de *cannabis*, assinale com “X” o seu tipo consumo:

	Todos os dias	Pelo menos uma vez/semana	Menos de uma vez/semana	Não consumo
<i>Cannabis</i> (erva/haxixe)				

Muito obrigado pela colaboração

ANEXO 2

O MEU ESTILO DE VIDA

Neste questionário pretendemos que descreva o seu comportamento no dia a dia em diversas áreas que estão associadas à saúde.

Por favor responda às afirmações que aparecem abaixo, utilizando os seguintes critérios:

- A – Quase sempre (90% ou mais das vezes)
- B – Com muita frequência (cerca de 75% das vezes)
- C – Muitas vezes (cerca de 50% das vezes)
- D – Ocasionalmente (cerca de 25% das vezes)
- E – Quase nunca (menos de 10% das vezes)

	Quase sempre	Com muita frequência	Muitas Vezes	Ocasionalmente	Quase nunca
Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana	A	B	C	D	E
Ando a pé ou de bicicleta diariamente	A	B	C	D	E
Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (p. ex. corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol, etc.)	A	B	C	D	E
Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho	A	B	C	D	E
Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal	A	B	C	D	E
Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes	A	B	C	D	E
Não bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dia	A	B	C	D	E
Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado	A	B	C	D	E
Mantenho as minhas vacinas em dia	A	B	C	D	E
Verifico anualmente a minha pressão arterial	A	B	C	D	E
Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes	A	B	C	D	E
Vou anualmente ao médico fazer um <i>checkup</i>	A	B	C	D	E
Não guio (carro, motorizada, etc.) quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais	A	B	C	D	E
Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade	A	B	C	D	E
Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança	A	B	C	D	E

	Quase sempre	Com muita frequência	Muitas Vezes	Ocasionalmente	Quase nunca
Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico	A	B	C	D	E
Evito fumar	A	B	C	D	E
Evito ingerir alimentos com gordura	A	B	C	D	E
Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais como café, chá ou coca-cola	A	B	C	D	E
Evito tomar estimulantes (anfetaminas ou outros) mesmo em épocas de exames	A	B	C	D	E
Evito tomar tranquilizantes	A	B	C	D	E
Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.)	A	B	C	D	E
Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco	A	B	C	D	E
Evito os ambientes muito ruidosos	A	B	C	D	E
Evito os ambientes que tenham o ar poluído	A	B	C	D	E
Evito mudar de parceiro sexual	A	B	C	D	E
Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal	A	B	C	D	E
Devido à s doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções	A	B	C	D	E

Muito obrigado pela sua colaboração

ANEXO 3

BDI – II

Este questionário é composto por 21 grupos de afirmações. Leia atentamente cada grupo de afirmações e, em seguida, escolha em cada grupo **a afirmação (apenas uma única)** que melhor descreve o que tem sentido nas duas últimas semanas, incluindo hoje.

Faça um círculo à volta do número que se encontra no início da afirmação que escolheu. Se lhe parecer que existem várias afirmações que se aplicam ao seu caso, faça um círculo no número mais alto entre as afirmações adequadas. Certifique-se que não escolheu mais do que uma afirmação em cada grupo, **mesmo no grupo 16** (mudanças no padrão de sono) e **no grupo 18** (mudanças no apetite).

<p>1. Tristeza</p> <ul style="list-style-type: none">0 Não me sinto triste.1 Sinto-me triste a maior parte do tempo.2 Estou sempre triste.3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar isto. <p>2. Pessimismo</p> <ul style="list-style-type: none">0 Não me sinto desencorajado em relação ao meu futuro.1 Sinto-me mais desencorajado em relação ao meu futuro do que costumava sentir-me.2 Não espero que as coisas me corram bem.3 Não tenho qualquer esperança no futuro e sinto que a minha situação só vai piorar. <p>3. Fracasso no passado</p> <ul style="list-style-type: none">0 Não me sinto um falhado.1 Falhei mais do que deveria ter falhado.2 Quando olho para o passado, vejo muitos fracassos.3 Sinto que sou uma pessoa completamente falhada. <p>4. Perda de prazer</p> <ul style="list-style-type: none">0 Continuo a ter o mesmo prazer que tinha nas coisas que gosto.1 Já não tenho tanto prazer nas coisas como anteriormente.2 Tenho muito pouco prazer nas coisas que anteriormente me satisfaziam.3 Não tenho prazer nenhum nas coisas que anteriormente me satisfaziam.	<p>5. Sentimentos de culpa</p> <ul style="list-style-type: none">0 Não me sinto culpado de nada em particular.1 Sinto-me culpado por muitas coisas que fiz ou que deveria ter feito.2 Sinto-me bastante culpado a maior parte do tempo.3 Sinto-me sempre culpado. <p>6. Sentimentos de punição</p> <ul style="list-style-type: none">0 Não sinto que estou a ser castigado.1 Sinto que posso vir a ser castigado.2 Espero vir a ser castigado.3 Sinto que estou a ser castigado. <p>7. Desprezo por si próprio</p> <ul style="list-style-type: none">0 Sinto-me tão bem comigo próprio agora como anteriormente.1 Perdi a confiança em mim.2 Estou desiludido comigo.3 Não gosto de mim próprio. <p>8. Autocrítica</p> <ul style="list-style-type: none">0 Não me critico ou culpo mais do que é habitual.1 Sou mais crítico em relação a mim do que costumava ser.2 Culpo-me por todos os meus defeitos.3 Culpo-me por tudo o que me acontece de mal. <p>9. Pensamentos ou desejos suicidas</p> <ul style="list-style-type: none">0 Não penso em suicidar-me.1 Penso em suicidar-me, mas não seria capaz de fazê-lo.2 Gostaria de me suicidar.3 Gostaria de me suicidar se tivesse oportunidade.
---	---

10. Choro

- 0 Não choro mais do que costumava chorar.
- 1 Choro mais agora do que costumava chorar.
- 2 Choro por qualquer pequena coisa.
- 3 Apetece-me chorar, mas não sou capaz.

11. Agitação

- 0 Não estou mais agitado ou inquieto do que é habitual.
- 1 Sinto-me mais agitado ou inquieto do que é habitual.
- 2 Estou tão agitado que é difícil ficar quieto.
- 3 Estou tão agitado que tenho de estar em constante movimento ou a fazer algo.

12. Perda de interesse

- 0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou actividades.
- 1 Estou menos interessado nas outras pessoas ou actividades do que anteriormente.
- 2 Perdi grande parte do interesse pelas outras pessoas ou actividades.
- 3 É difícil interessar-me por qualquer coisa.

13. Indecisão

- 0 Tomo decisões tão bem como anteriormente.
- 1 É mais difícil tomar decisões do que anteriormente.
- 2 Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões do que costumava ter.
- 3 Fico em pânico quando tenho de tomar uma decisão.

14. Desvalorização pessoal

- 0 Não sinto que não tenho valor.
- 1 Não me considero tão merecedor e útil como me costumava considerar.
- 2 Sinto que tenho menos valor quando me comparo com outras pessoas.
- 3 Sinto-me completamente sem valor.

15. Perda de energia

- 0 Continuo a ter a mesma energia que anteriormente.
- 1 Tenho menos energia do que costumava ter.
- 2 Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.
- 3 Não tenho energia suficiente para fazer alguma coisa.

16. Alterações nos hábitos do sono

0 Não senti nenhuma alteração no meu padrão de sono.

1a Durmo um pouco mais do que é habitual.

1b Durmo um pouco menos do que é habitual.

2a Durmo muito mais do que é habitual.

2b Durmo muito menos do que é habitual.

3a Durmo a maior parte do dia.

3b Acordo 1-2 horas mais cedo e não consigo voltar a adormecer.

17. Instabilidade

0 Não me irrita mais do que é habitual.

1 Irrito-me mais do que é habitual.

2 Irrito-me muito mais do que é habitual.

3 Irrito-me com tudo.

18. Alterações no apetite

0 Não senti qualquer alteração no meu apetite.

1a O meu apetite é pouco menor que o habitual.

1b O meu apetite é pouco maior que o habitual.

2a O meu apetite é muito menor que o habitual.

2b O meu apetite é muito maior que o habitual.

3a Não tenho apetite absolutamente nenhum.

3b Tenho sempre vontade de comer.

19. Dificuldades de concentração

0 Consigo concentrar-me tão bem como antes.

1 Não consigo concentrar-me tão bem como é habitual.

2 É difícil concentrar-me em algo durante muito tempo.

3 Acho que não consigo concentrar-me em nada.

20. Cansaço ou fadiga

0 Não estou mais cansado ou fatigado do que é habitual.

1 Canso-me ou fatigo-me mais facilmente do que é habitual.

2 Estou demasiado ou fatigado para fazer uma quantidade de coisas que costumava fazer.

3 Estou demasiado cansado ou fatigado para fazer a maior parte das coisas que costumava fazer.

21. Perda de interesse sexual

0 Não notei qualquer alteração no meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado em sexo do que costumava estar.

2 Agora estou muito menos interessado em sexo.

3 Perdi completamente o interesse sexual.

ANEXO 4

Escala de J. Stork

- 1 - Leia com atenção cada frase do questionário pela ordem apresentada.**
- 2 - Cada questão dispõe de uma alternativa: Verdadeiro / Falso.**
- 3 - Assinale a primeira resposta que a frase lhe sugerir.**

Se a considerar “*Falsa*” assinale o F rodeando-o com um círculo.

Se a considerar “*Verdadeira*” assinale o V rodeando-o com um círculo.

- 4 – Trabalhe com rapidez, não pensando muito na resposta a dar.**

Escala de J. Stork

1	O facto de me sentir isolado e solitário desespera-me	V	F
2	Sou da opinião de que todo o ser humano pode em todas as ocasiões decidir livremente	V	F
3	Penso muitas vezes no meu passado	V	F
4	Tenho muitas vezes a impressão de ser perseguido pela pouca sorte	V	F
5	Sinto-me culpado perante a minha mãe	V	F
6	Os meus pais têm para mim aspirações demasiado elevadas (eles sobrestimam-me)	V	F
7	Sou muitas vezes atormentado pelo remorso e arrependimento	V	F
8	Raramente encontrei um homem de valor	V	F
9	Tenho muitas vezes ideias de remorso e arrependimento	V	F
10	A minha mãe é demasiado ansiosa	V	F
11	A morte tem, também, algo de tranquilizante e de pacífico	V	F
12	Às vezes passo noites sem dormir por causa de grandes preocupações	V	F
13	Sinto-me por vezes possuído por cóleras violentas e destrutivas	V	F
14	Sou muito agarrado à minha mãe	V	F
15	Experimento muito facilmente um sentimento de culpabilidade	V	F
16	Alguém da minha família ou dos meus conhecimentos já se suicidou	V	F
17	A minha infância foi muito feliz	V	F
18	Os meus pais sabem (souberam) associar de modo feliz a serenidade e o afecto	V	F
19	Não me sinto perdido numa situação difícil	V	F
20	Sinto-me ou já me senti muitas vezes desesperado ou esquecido pelos meus pais	V	F
21	Penso muitas vezes na morte	V	F
22	Sinto desejo de saltar para o espaço quando estou no cimo de uma ponte	V	F
23	Tenho muitas vezes dificuldade em obedecer	V	F
24	Perco muitas vezes a confiança em mim próprio	V	F
25	Sinto-me às vezes oprimido com o peso do destino	V	F

26	Só com dificuldades consigo arranjar amigos	V	F
27	Estou muitas vezes só	V	F
28	Já me encontrei em situações que me pareciam absolutamente sem saída	V	F
29	A minha mãe é muito nervosa	V	F
30	Posso compreender que alguém se mate para se unir na morte a um ente querido	V	F
31	O álcool ajuda-me a ultrapassar as situações difíceis	V	F
32	Pode dizer-se que a minha vida familiar é harmoniosa	V	F
33	Com uma tentativa de suicídio pode pôr-se à prova o destino, Deus ou a providência	V	F
34	Perco-me demasiadas vezes em sonhos	V	F
35	Já mudei mais de três vezes de local de trabalho	V	F
36	A minha mãe é demasiado possessiva	V	F
37	Revolto-me muitas vezes contra Deus	V	F
38	Penso que podia drogar-me se tivesse oportunidade disso	V	F
39	Desconheço o sentimento de grande desespero	V	F
40	Gostaria de recomeçar a minha vida noutras circunstâncias	V	F
41	Acho a vida de todos os dias demasiado monótona	V	F
42	Insurjo-me muitas vezes contra a autoridade	V	F
43	Sinto a minha liberdade entravada	V	F
44	A minha mãe está muito ligada a mim e procura muitas vezes junto de mim consolação	V	F
45	Deixo-me impressionar facilmente por decepções e fracassos	V	F
46	Considero-me fechado sobre mim e um pouco melancólico tenho muitas vezes pesadelos	V	F
47	Tenho muitas vezes pesadelos	V	F
48	Tenho frequentemente tantos pensamentos no meu espírito que não consigo adormecer	V	F
49	O meu pai influencia-me ou força-me na escolha da minha profissão	V	F
50	Tenho muitas vezes um sentimento de aborrecimento, falta de interesse e inutilidade	V	F
51	Tenho tendência a gaguejar	V	F

52	O meu pai tem poucas razões para se orgulhar de mim	V	F
53	Os meus pais impuseram-me demasiadas vezes a sua vontade	V	F
54	Existiram na minha família casos de doenças nervosas sujeitas a internamento numa clínica ou consulta psiquiátrica	V	F
55	Fico muitas vezes obcecado com pensamentos inúteis, que me fazem perder o meu tempo	V	F
56	O meu pai devia ter-me dado mais directrizes, devia ter-se ocupado mais de mim	V	F
57	Uma pessoa pode castigar-se a si própria com a morte	V	F
58	A minha mãe é para mim um exemplo	V	F
59	Num acesso de cólera já tive intenção de matar alguém	V	F
60	Sinto-me muitas vezes melancólico e deprimido	V	F
61	A minha profissão dá-me pouca alegria	V	F
62	Os meus pais não me deram a possibilidade de me desenvolver harmoniosamente	V	F
63	Não tenho estima suficiente por mim próprio	V	F
64	A temeridade e a embriaguez da velocidade seduzem-me	V	F
65	Bateram-me muitas vezes quando era criança	V	F
66	A minha mãe foi muitas vezes demasiado severa	V	F
67	Não condenaria o suicídio por razões morais	V	F
68	Não dou (ou dei) à minha mãe muita alegria	V	F
69	Sou muitas vezes demasiado impulsivo. Demasiado impaciente, ajo demasiado depressa	V	F
70	O meu pai é para mim um exemplo	V	F
71	Tenho falta de confiança em mim mesmo	V	F
72	Sinto-me muitas vezes exagerado, atormentado ou oprimido pelo passado	V	F
73	Os meus pais não deveriam ter-me imposto tanto a sua vontade	V	F
74	Enquanto bebé ou criança pequena ainda fui colocada durante meses num infantário, separado da minha mãe	V	F
75	A morte não representa para mim algo de ameaçador, de assustador	V	F
76	Cometi já uma vez um delito sem ter sido descoberto pela polícia	V	F

ANEXO 5

Guião de Entrevista Semi estruturada

Explicitação do propósito da investigação, importância da experiência pessoal e pedido de consentimento informado para entrevista (se possível audiogravada). Compromisso de confidencialidade e isenção/neutralidade face ao processo em curso.

Início com pergunta aberta com convite a falar um pouco de si próprio, com propósito de o conhecer melhor. Pretende-se obter alguns dados biográficos relativos à infância, adolescência e entrada em idade adulta (se for o caso) como por exemplo, familiares de referência, entrada para escola, aproveitamento escolar, relacionamento interpessoal, socialização e amizades, áreas de interesse, actividade recreativa e experiências de trabalho.

Espera-se que seja o próprio participante, na sua narrativa, a trazer as questões relacionadas com o motivo da sua presença no programa. Então poderemos clarificar o acontecido (*clarificação e reformulação*): qual o seu ponto de vista, *como* e *o que* pensa do que aconteceu.

Relativamente ao consumo de álcool, pretende-se identificar aspectos como: as circunstâncias em que ocorreu, as razões que levaram ao consumo, qual o papel do álcool na vida da pessoa.

Pretende-se observar o nível de responsabilidade e culpabilidade, interiorizada ou projectada para o exterior (como por exemplo, na lei, no código da estrada, em figuras de autoridade ou outros elementos do sistema rodoviário). A pessoa sentiu que estava a arriscar? Explorar outras áreas de risco como o consumo de substâncias, comportamento impulsivo/agressivo ou o excesso de velocidade.

Importa também perceber (de modo a não ficar apenas num registo factual) qual o estado de humor da pessoa no momento ocorrido, emoções e sentimentos despertados, percepção do risco bem como percepção da dimensão social da condução.

Perguntar por fim, se há algum aspecto que não tenhamos falado, mas que entenda ser importante para eu compreender melhor a situação.

Finalizar com agradecimento e disponibilidade para qualquer esclarecimento que necessite.

NOTA: este exemplo está orientado para participantes com condução sob o efeito de álcool contudo, a entrevista pode adaptar-se a outras circunstâncias de risco, mantendo o formato e estrutura.