Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Vicente, Alexandra Isabel Júlio, 1999-

A relação entre o consumo de álcool e drogas na qualidade de vida dos adolescentes

http://hdl.handle.net/11067/7586

Metadados

Data de Publicação 2006

Resumo A adolescência é geralmente considerada como um período crítico na cronologia da saúde, visto muitas das escolhas que são feitas terem impacto nesta, e perdurarem por longo tempo. Dentro destas escolhas está, o consumo de substâncias que é frequentemente associado a vários sintomas de mal-estar, quer no presente, quer no futuro. Assim sendo, é pertinente debruçar sobre este tema de forma a perceber a relação que o consumo de álcool e drogas tem na qualidade de vida dos adolescentes hoje em dia. ...

Adolescence is generally considered a critical period in health chronology, as most of the choices that are made have an impact on health, and last for a long time. Among these choices is substance use, which is often associated with various symptoms of discomfort, both in the present and in the future. Therefore, it is pertinent to look into this topic, in order to understand the relationship that alcohol and drug use has on the quality of teenagers life today. In this sense, a study was carri...

Palavras Chave Jovens - - Consumo de drogas - Portugal, Jovens - Consumo de álcool - Portugal, Qualidade de vida

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-27T04:01:44Z com informação proveniente do Repositório

UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

A relação entre o consumo de álcool e drogas na qualidade de vida dos adolescentes

Realizado por:
Alexandra Isabel Júlio Vicente

Orientado por:
Prof. Doutor Miguel da Costa Nunes de Freitas

Constituição do Júri:

Presidente:	Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientador:	Prof. Doutor Miguel da Costa Nunes de Freitas
Arguente:	Prof.ª Doutora Rita Alexandra Rosa Antunes

Dissertação aprovada em: 05 de setembro de 2024

Lisboa

2024

UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

A relação entre o consumo de álcool e drogas na qualidade de vida dos adolescentes

Alexandra Isabel Júlio Vicente

Dissertação alterada

Lisboa

Junho 2024

UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

A relação entre o consumo de álcool e drogas na qualidade de vida dos adolescentes

Alexandra Isabel Júlio Vicente

Dissertação alterada

Lisboa

Junho 2024

Alexandra Isabel Júlio Vicente

A relação entre o consumo de álcool e drogas na qualidade de vida dos adolescentes

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientador: Prof. Doutor Miguel da Costa Nunes de Freitas

Dissertação alterada

Lisboa

Junho 2024

FICHA TÉCNICA

Autora Alexandra Isabel Júlio Vicente

Orientador Prof. Doutor Miguel da Costa Nunes de Freitas

Título A relação entre o consumo de álcool e drogas na qualidade de vida dos adolescentes

Local Lisboa

Ano 2024

CASA DO CONHECIMENTO DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

VICENTE, Alexandra Isabel Júlio, 1999-

A relação entre o consumo de álcool e drogas na qualidade de vida dos adolescentes / Alexandra Isabel Júlio Vicente ; orientado por Miguel da Costa Nunes de Freitas. - Lisboa : [s.n.], 2024. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - FREITAS, Miguel da Costa Nunes de, 1981-

LCSH
1. Jovens - Consumo de drogas - Portugal
2. Jovens - Consumo de álcool - Portugal
3. Qualidade de vida
4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Youth - Drug use - Portugal
2. Youth - Alcohol use - Portugal
3. Quality of life
4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
5. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC
1. HV5824.Y68 V53 2024

Dedico este trabalho:

- Aos meus pais, irmã, avó e namorado pela força e apoio que sempre me deram e que me fizeram sempre não desistir.

-E dedico também ao meu avô, pois sei que era para ele um sonho me ver mestrada.

Agradecimentos

Ao longo, deste meu percurso académico, deparei-me com múltiplos desafios, mas com força, apoio da minha família, esperança e dedicação consegui ultrapassar.

Como tal, é de louvar todos aqueles, que, de alguma forma, contribuíram para a pessoa que me tornei. Foi sempre um processo de crescimento intensivo e gradual, o qual dei sempre o meu melhor e tentei estar à altura, através do apoio imprescindível e atenção de muitos ao longo deste caminho. Posto isto, agradeço:

Á Professora Doutora Túlia Cabrita, particularmente, pela disponibilidade que demonstrou em me orientar e ajudar quando tudo parecia não estar a correr bem. E por toda a sua motivação e ajuda tanto na realização da dissertação como ao longo do Mestrado.

A todo o corpo docente da Universidade Lusíada de Lisboa, que sempre se demonstraram disponíveis para ajudar em todas as áreas.

A toda a minha família, particularmente à minha mãe e pai por sempre me incentivarem a prosseguir os meus sonhos e me concederem este privilégio de poder estudar e graduar-me, tal como sonhava. E por me terem feito nunca desistir e estarem perseverantemente ao meu lado em todas as situações.

À minha irmãzinha, que sem se aperceber, com a vontade que tem em ser como eu, me fez unir mais força e vontade de continuar e ser sempre mais e melhor.

À minha querida avó, por ser um pilar tão importante e por nunca ter desistido de mim e possuir o dom de me acalmar e dar alento.

Ao meu incrível namorado Mário, que sempre me acompanhou desde o início incansavelmente, com muita paciência e nunca me deixou cair nem desistir, mesmo nos momentos de mais desespero.

Às minhas duas estrelas mais brilhantes, que sei que me acompanharam sempre neste percurso, nunca me deixando só e sempre que as lembrava me davam força.

Ao meu melhor amigo, David Deus, que me apoiou permanentemente e me transmitiu força e esperança.

Á minha doce amiga Maria, que foi incansável comigo e pronta a auxiliar-me em que momento fosse sempre que pudesse.

Por fim, aos colegas, da licenciatura e do mestrado, pelas partilhas de conhecimento ao longo do curso e pela agradável convivência que tivemos. Particularmente, à Sara Ramos por me auxiliar nos momentos de mais dúvidas e me motivar sempre.

Agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para a concretização deste meu sonho.

“O esforço só é expresso em recompensa, quando uma pessoa se recusa a desistir.”

(N. Hill)

Resumo

A adolescência é geralmente considerada como um período crítico na cronologia da saúde, visto muitas das escolhas que são feitas terem impacto nesta, e perdurarem por longo tempo. Dentro destas escolhas está, o consumo de substâncias que é frequentemente associado a vários sintomas de mal-estar, quer no presente, quer no futuro. Assim sendo, é pertinente debruçar sobre este tema de forma a perceber a relação que o consumo de álcool e drogas tem na qualidade de vida dos adolescentes hoje em dia.

Neste sentido, realizou-se um estudo, composto por uma amostra de 104 adolescentes, residentes em Portugal, dos 15 aos 18 anos (M=17,25; 61 do sexo feminino, 43 do sexo masculino), na qual os instrumentos aplicados foram três questionários online: um questionário sociodemográfico, o Questionário da Qualidade de Vida Pediátrica versão 4.0 e o The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test versão 3.1., tendo em conta os aspetos éticos.

Os resultados obtidos sugerem que, no contexto deste estudo, a relação de envolvimento no consumo de substâncias não varia significativamente conforme os diferentes grupos etários e o gênero. Verificou-se também que os indivíduos do sexo masculino apresentam um índice superior de qualidade de vida no funcionamento físico e emocional que o feminino. E por fim, os resultados indicaram que só o gênero de todos os preditores é um fator relevante na previsão do bem-estar emocional. Ao que se conclui, que, neste contexto, não existe uma relação entre a qualidade de vida e o consumo de substâncias.

Palavras-chaves: substâncias psicoativas, qualidade de vida, adolescentes, gênero, idade, contextos socializadores, riscos, prevenção

Abstract

Adolescence is generally considered a critical period in health chronology, as most of the choices that are made have an impact on health, and last for a long time. Among these choices is substance use, which is often associated with various symptoms of discomfort, both in the present and in the future. Therefore, it is pertinent to look into this topic, in order to understand the relationship that alcohol and drug use has on the quality of teenagers life today.

In this sense, a study was carried out, consisting of a sample of 104 teenagers, living in Portugal, ages 15 to 18 (M=17.25; 61 female, 43 male), in which the instruments used were three online questionnaires: a sociodemographic questionnaire, the Pediatric Quality of Life Questionnaire version 4.0 and The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test version 3.1., taking into account ethical aspects.

The results obtained suggest that, in the context of this study, the involvement in substance use does not vary significantly according to different age groups and gender. It was also found that males have a higher quality of life in terms of physical and emotional aspects, than females. And finally, the results indicated that only gender of all predictors is a relevant factor in predicting emotional well-being. It can be concluded that, in this context, there is no relationship between quality of life and substance use.

Keywords: psychoactive substances, quality of life, teenagers, gender, age, socializing contexts, risks, prevention

Índice de Tabelas

Página

Tabela 1..... 57

Tabela 2..... 58

Tabela 3..... 64

Tabela 4..... 65

Tabela 5..... 65

Tabela 6..... 66

Tabela 7..... 66

Tabela 8..... 67

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

APA- *American Psychological Association*

ASSIST - *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*

DPS- Desenvolvimento Psicossocial

DGS- Direção Geral de Saúde

DOP- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DSM 5- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.ª edição

GABA- *Gamma-AminoButyric Acid*

HBSC- *Health Behaviour in School-aged Children*

LSD- Ácido Lisérgico

OMS- Organização Mundial de Saúde

PUA- Perturbação de Uso de Álcool

PedsQL- Questionário da Qualidade de Vida Pediátrica

QV- Qualidade de Vida

SAMHSA- *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*

SICAD- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SNC- Sistema Nervoso Central

Sumário

Página

Introdução 1

Enquadramento Teórico 6

Adolescência 6

Desenvolvimento psicossocial 7

Qualidade de Vida 11

Promoção da Qualidade de Vida na Adolescência 14

Comportamentos de risco na adolescência 18

Principais contextos de socialização 22

O consumo na adolescência 25

Consumo de álcool. 34

Consumo de drogas. 35

Impacto do uso de álcool e drogas em adolescentes 39

Prevenção 42

Família 45

Escola 46

Pares/Amigos 48

Modelo de Brofenbrenner 49

Objetivos 55

Método 57

Participantes 57

Instrumentos 58

Questionário sociodemográfico 58

Questionário da Qualidade de Vida Pediátrica versão 4.0 58

The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test versão 3.1. 59

Procedimentos 61

Procedimento da recolha de dados 61

Procedimentos estatísticos 62

Resultados 64

Resultados do estudo comparativo do consumo de substâncias em função do género 64

Resultados do estudo comparativo do consumo de substâncias em função da idade 64

Resultados do estudo comparativo da qualidade de vida em função do género 65

Resultados do estudo comparativo da qualidade de vida em função da idade ... 66

Relação entre Qualidade de vida e o consumo de substâncias 66

Discussão 69

Referências 78

Lista de Anexos 97

ANEXO A 99

ANEXO B 102

ANEXO C 104

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a adolescência como sendo o período da vida que se inicia aos 10 anos e termina aos 19 anos, sendo dividida em três fases: 1) pré-adolescência (10 – 14 anos); 2) adolescência (15 – 19 anos); 3) juventude (15 – 25 anos). A ONU, por sua vez, define esta fase como sendo o período compreendido entre os 15 e os 24 anos.

A adolescência é um período do desenvolvimento humano situado entre a infância e a idade adulta. Diz respeito a um período em que normalmente se dão diversas mudanças a nível físico, psicológico e social. Tais mudanças trazem novos desafios, bem como uma necessidade de desenvolvimento e adaptação de competências (Gaspar et al., 2021).

Segundo Fonseca (2023), a adolescência é mais bem definida como um processo de desenvolvimento biopsicossocial, podendo se iniciar antes do começo da puberdade e que pode perdurar para além do fim do crescimento somático. Na perspetiva do autor, esta definição é a mais correta, tendo em conta a crescente importância que tem sido conferida aos aspetos comportamentais típicos desta fase de vida.

A adolescência, trata-se, assim, de uma fase relativamente rápida e intensa do desenvolvimento humano em que os adolescentes adquirem padrões de pensamento e raciocínio mais avançados, procuram moldar as suas próprias identidades e desenvolver um sentido de responsabilidade e independência cada vez maior. Por outro lado, é uma etapa em que as pessoas podem se deparar com diversos desafios sociais, tais como oportunidades educacionais inadequadas, violência, ansiedade, depressão, entre outros (Singh et al., 2019).

De acordo com Fonseca (2023), algumas das transformações ocorridas durante a adolescência podem ser bastante desafiadoras, tanto para os pais e profissionais de saúde

como para o próprio adolescente. É uma fase em que o indivíduo passa por transformações a nível da independência, de pares/grupos, da imagem corporal, e da identidade que podem ter impacto na sua saúde mental (Fonseca, 2023).

A adolescência é uma etapa de vida caracterizada tipicamente por bastantes dúvidas e momentos de descobertas, de onde emergem novas reflexões, tomadas de decisão e comportamentos que até então não haviam sido vivenciados e que podem envolver determinados comportamentos de risco (Louro, 2020), dos quais são exemplo o consumo de substâncias psicoativas.

A Direção-Geral da Saúde (DSG) define substâncias psicoativas como aquelas substâncias que, quando ingeridas, bebidas, fumadas ou inaladas têm impacto no Sistema Nervoso Central (SNC) da pessoa. Estas substâncias podem ser classificadas como depressoras, estimulantes e perturbadoras. Das substâncias psicoativas depressoras fazem parte o álcool, os opiáceos e os fármacos sedativo-hipnóticos. Estas substâncias têm esta designação uma vez que diminuem e inibem a atividade do SNS, bem como a atividade motora, a reação à dor e à ansiedade. As substâncias psicoativas estimulantes, tal como o próprio nome indica, são estimulantes, aumentando o estado de alerta e a aceleração ao nível dos processos psíquicos e da atividade do SNS. Dentro destas substâncias encontramos as anfetaminas, a cocaína, a nicotina e a cafeina. Por fim, as substâncias psicoativas perturbadoras são aquelas que resultam no aparecimento de vários fenómenos psíquicos anómalos, tais como delírios e alucinações, sem que ocorra inibição ou estimulação global do SNS. Denominadas também de substâncias psicadélicas, alteram a forma como o indivíduo perceciona o mundo, isto é, modificam o curso do pensamento e as perceções sensoriais. Neste tipo de substâncias encontramos a dietilamida do ácido lisérgico (LSD) e canabinóides (DGS, 2013).

O consumo de substâncias é um dos comportamentos de risco apontados na sociedade em geral, afetando sobretudo a população jovem (adolescentes). Determinadas situações podem levar a que este grupo consuma substâncias psicoativas, nomeadamente a influência dos pares, o desejo de antecipar e reproduzir comportamentos típicos da população adulta, a curiosidade, entre muitas outras, o que pode levar ao desenvolvimento de consumos mais regulares e mais problemáticos. Os contextos de consumo mais recorrentes por parte dos adolescentes são as festas associadas a rituais de passagem, tais como as festas de final de ano escolar, de fim de curso, etc., e os eventos lúdico-culturais organizados, como por exemplo os festivais de verão. O consumo de substâncias psicoativas é realizado normalmente entre amigos, sugerindo uma dimensão de consumo relacionada às sociabilidades (Urbano, 2021).

O uso de substâncias é um problema de saúde pública global, tendo um impacto bastante considerável no bem-estar físico e social e constituindo uma das principais causas de morta e incapacidade em pessoas com idades compreendidas entre os 10 e os 24 anos (Vellozo et al., 2023).

Os efeitos do consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e jovens já estão bem documentados na literatura. Esses efeitos podem ser de ordem neurológica, com comprometimento da atenção, memória, aprendizagem, tomada de decisão, etc. (Lopes et al, 2013). Também pode ocorrer a diminuição do desempenho académico (Pestana et al, 2016) e problemas a nível social, como por exemplo com a família, amigos, etc. Em certos casos, o uso frequente de substâncias pode levar à situação de dependência, à marginalização, à estigmatização e, inclusive, ao desenvolvimento de comportamentos desviantes (Fonseca, 2023). O consumo de substâncias psicoativas na adolescência, nomeadamente o consumo de álcool e drogas recreativas está associado a gravidez precoce (Walker & Holtfreter, 2021); a comportamentos sexuais de risco (Ritchwood et

al., 2015); à depressão e à ideação suicida (Evans & Tawk, 2019). Vários estudos mostraram, igualmente, uma relação negativa entre o uso drogas e de álcool e a qualidade de vida de adolescentes (Frobel et al., 2022; Missias-Moreira et al., 2020; Sadeghi et al., 2017; Stevanovic et al., 2015). A Qualidade de Vida (QV) é definida pela OMS (1996) como "a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores no qual ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e interesses" (p. 354). Segundo a mesma fonte, a QV é um conceito multidimensional que abarca as seguintes dimensões: física, psicológica, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade (OMS, 1996).

Neste caso, a psicologia intervém como prevenção do consumo de substâncias psicoativas nos adolescentes e tem como objetivo fornecer a estes conhecimentos específicos e competências necessárias para lidarem com o risco associado ao consumo destas substâncias. Age igualmente sobre contextos reduzindo a presença de fatores facilitadores da instalação dos referidos comportamentos ou promovendo o desenvolvimento de fatores de proteção. As estratégias de prevenção destinam-se a adolescentes e aplicam-se nos domínios do indivíduo, da família e da escola, através dos professores e de psicólogos da educação. O psicólogo que atua neste contexto deve promover o processo educativo, preventivo e de conscientização, envolvendo os vários *stakeholders* da comunidade educativa, tais como os pais, os professores e restantes membros da escola e da comunidade em geral. O psicólogo constitui-se, assim, como um agente de mudança, ressaltando a importância da escola, na medida em que é essencial que esta instituição desenvolva atividades de natureza preventiva no que respeita à problemática das drogas e do álcool entre os jovens (de Novaes, 2019).

Em suma, face ao consumo de substâncias que está frequentemente associado a vários sintomas de mal-estar, quer no presente, quer no futuro dos jovens. Parece

pertinente debruçar sobre este tema e perceber a relação que o consumo de álcool e drogas tem na qualidade de vida dos adolescentes hoje em dia.

Posto isto, de forma a responder a este objetivo o trabalho está dividido em várias partes. Uma primeira parte com o enquadramento teórico onde é feita a revisão de literatura relevante, de forma a apresentar o estado da arte relativamente à qualidade de vida, os comportamentos de risco dos adolescentes e o impacto destes na sua qualidade de vida, bem como os seus contextos socializadores. O consumo de álcool e de drogas e os seus fatores de risco. E por fim os modos de prevenção. De seguida, uma segunda parte onde são abordados os objetivos do trabalho. E posteriormente é explicado o método utilizado na realização do estudo, seguidamente são expostos os resultados deste e por fim a discussão e a conclusão.

Enquadramento Teórico

Adolescência

O termo adolescente deriva da palavra em latim *adolescere*, que significa crescer, brotar, fazer-se grande. De modo geral, a fase da adolescência compreende o período de vida entre os 10 e os 19 anos de idade, segundo a OMS e a DGS. Não obstante, a adolescência pode se iniciar antes dos 10 anos e terminar após os 19 anos.

Na conceção de Gaspar et al. (2021), a adolescência é caracterizada por ser um período essencial a nível do desenvolvimento humano, o qual abrange oportunidades, desafios, conquistas e riscos, implicando a necessidade de um ajustamento e de uma adaptação interna e externamente. Atualmente, a geração de adolescentes apresenta, de um modo genérico, uma maior autonomia e um menor controlo parental, apesar de ficar em casa dos pais até a uma idade mais tardia se compararmos com as gerações anteriores.

Durante a adolescência, ocorrem diversas mudanças físicas, psicológicas e sociais; trata-se, por conseguinte, de um período de vida com características específicas e, assim, a sua definição deve englobar o seu carácter múltiplo e abrangente (Gaspar et al., 2021). Apesar das mudanças físicas evidentes características desta fase que marca a transição entre o final da infância e o início da idade adulta, a adolescência é igualmente caracterizada por um aumento na complexidade das interações sociais e, por conseguinte, do comportamento social. Assim, os adolescentes podem começar a passar muito mais tempo fora de casa e a agir em função do interesse do grupo de pares. Como tal, a relação com a família pode ficar comprometida (Udhayakumar & Ilango, 2022).

O desenvolvimento do adolescente e o seu ajustamento pode ser entendida através da interligação de vários componentes que conduzem a resultados mais ou menos ajustados. As modificações identificadas durante a fase da adolescência ao nível biológico/puberdade, bem como as alterações psicológicas e cognitivas relacionadas com

a redefinição social encontram-se associadas aos contextos interpessoais do adolescente (família, grupo de pares, escola, trabalho). As alterações biológicas, psicológicas e sociais sofrem influência das características intrapessoais e demográficas do adolescente, nas quais se incluem o género, a resposta individual à mudança, a estrutura da família, o nível socioeconómico e a comunidade em que está inserido. Todos esses fatores contribuem para os resultados relacionados à autonomia, à identidade, à realização, à intimidade, à sexualidade e ao ajustamento biopsicossocial (Gaspar et al., 2021).

Desenvolvimento psicossocial

Muito embora o desenvolvimento físico/pubertário do adolescente ocorra de forma muito variável a nível interindividual, este decorre de acordo com um padrão mais ou menos bem estruturado e definido, possibilitando a sua avaliação e monitorização de forma objetiva. O desenvolvimento psicossocial, por sua parte, ocorre de uma forma ainda mais ampla, o que faz com que não seja possível atribuir-lhe um modelo passível de ser aplicado a todos os adolescentes. Assim, é possível aferir que a transição para a idade adulta em todas as suas dimensões, não ocorre de modo contínuo, uniforme ou síncrono, tornando o desenvolvimento psicossocial difícil de ser monitorizado (Oliveira & Saraiva, 2017).

Apesar de a adolescência ser um período normalmente caracterizado por uma grande vulnerabilidade e instabilidade, a verdade é que a maioria (aproximadamente 80%) dos adolescentes não manifesta problemas significativos ao nível do comportamento. Por conseguinte, os conflitos de maior dimensão ocorridos neste período não são considerados normativos ou recorrentes (Oliveira & Saraiva, 2017).

Para um melhor entendimento acerca do desenvolvimento psicossocial dos adolescentes, apresenta-se este período em três fases distintas consoante os modelos comportamentos expectáveis em relação aos seguintes aspetos: conquista da

independência dos pais; comportamento relativamente aos pares e códigos de conduta de grupo; pertinência e aceitação da autoimagem corporal; determinação da identidade sexual, vocacional, intelectual e moral.

Assim, a adolescência é dividida pelos seguintes estágios: adolescência precoce (10 – 13 anos): nesta fase inicia-se a puberdade, sendo que as crianças podem experimentar um crescimento físico significativo, bem como um maior interesse sexual; adolescência média (14 – 17 anos): as mudanças na puberdade continuam, tanto para meninos como para meninas; começa a se verificar um maior interesse por relacionamentos românticos, uma maior necessidade de independência face aos pais e uma maior dependência dos amigos, entre outras mudanças importantes; e a adolescência tardia (dos 18 anos até aos 21 ou mais): esta fase é caracterizada por um menor desenvolvimento físico e um maior desenvolvimento cognitivo; os adolescentes adquirem um sentido de identidade forte, experimentam maior independência e estabilidade emocional; começam também a percecionar os pais de outra forma e a estabelecer com estes um relacionamento mais maduro (Cunha, 2021).

Assim, a adolescência precoce é marcada por transformações normais da puberdade, sendo que estas ocorrem mais cedo nas meninas em comparação com os meninos. Como tal, as transformações a nível emocional e psicossocial típicas desta fase também ocorrem mais cedo no género feminino. A adolescência média, por sua parte, é pautada pelo aparecimento de um leque variado de sentimentos e intensidade dos mesmos. Nesta fase, a importância atribuída aos valores do grupo de partes é bastante significativa, modelando objetivamente a conduta dos adolescentes. Por fim, a adolescência tardia que compreende a etapa final do DPS caracteriza-se, fundamentalmente, pela aquisição de autonomia psicossocial e pelo reconhecimento de uma identidade característica do adolescente e adulto jovem. Considera-se que, de um

modo geral, se as duas etapas anteriores decorrerem de forma adequada ou saudável, esta última etapa decorrerá de modo tranquilo a nível de transição para as competências psicossociais próprias do adulto. De ressalvar que para que tal aconteça, é necessário haver um suporte adequado por parte da família e dos pares (Oliveira & Saraiva, 2017).

De acordo com Marta Leal e Lígia Queiroz (2014) as características psicossociais mais relevantes da adolescência dividem-se em três fases: a adolescência precoce, a média e a tardia.

Ao nível da independência na adolescência precoce existe um menor interesse pelas atividades com os pais e maior relutância em aceitar os seus conselhos ou críticas; sem grupo de suporte alternativo (vazio emocional). Consequente maior possibilidade de humor e comportamento instável. Na adolescência média o interesse pelas atividades no agregado familiar ou dos pais ainda é menor e é dedicado tempo ao grupo de pares. Consequente maior frequência dos conflitos com os pais. Enquanto que na adolescência tardia, existe melhor integração na família e sociedade; maior importância dos valores da família e dos pais; melhor aceitação dos conselhos e orientações dos pais; autonomia nas decisões e melhor capacidade de compromissos.

Considerando os pares e grupos, na adolescência precoce formam-se amizades fortes e solitárias com pares do mesmo género, o que pode gerar dúvidas quanto à orientação sexual e possibilidade de relacionamentos homossexuais; grande coesão aos pares e às suas condutas, podendo levar à experimentação e aos consumos. Na adolescência média há maior envolvimento na subcultura do grupo, com clara adoção de códigos de conduta do grupo (ex: valores, vestuário, piercings, tatuagens, fumar, beber e outros), participação em atividades de grupo (ex: culturais, desportivas, sociais, antissociais, delinquentes e outras); relações amorosas (ex: namoros, experimentação sexual predominantemente heterossexual). Já na Adolescência tardia existe menor

interesse pelos valores do grupo; mais confortável com os seus próprios valores; maior investimento na relação com uma pessoa, permitindo uma capacidade de partilha e de intimidade; seleção dos relacionamentos em função de interesses comuns.

Atendendo à imagem corporal, na adolescência precoce as preocupações e incertezas relativamente ao corpo e suas modificações, levando à comparação com os outros; interesse na anatomia e fisiologia sexual/genital, pelo que as dúvidas sobre maturação e função sexual são comuns. Na adolescência média já há melhor aceitação do seu corpo, mas preocupação em ser ou tornar-se atraente para os outros; pressão social e mediática face a silhuetas "ideais" e consequente risco do desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar. E na adolescência tardia a preocupação com o próprio corpo e imagem corporal é menor, exceto se existirem anomalias físicas relevantes.

Por fim, a identidade, na adolescência precoce há um ganho de competências cognitivas e pensamento abstrato; o adolescente é sonhador com vocações idealísticas e pouco concretizáveis; desafia a autoridade; tem necessidade de privacidade; emergência de sentimentos de índole sexual, com expressão na masturbação; impulsividade e procura de gratificação imediata, o que leva aos comportamentos de risco como a ingestão de substancia psicoativas. Na adolescência média, estes estão ciente dos seus próprios sentimentos, assim como dos outros; têm melhor capacidade criativa e intelectual; constatação de aspirações vocacionais prévias irrealistas e consequente risco de baixa autoestima e depressão; sentimentos de omnipotência/ imortalidade, com consequente menor noção do perigo e maior risco de acidentes. Finalmente na adolescência tardia, passa a existir consciência racional e realística; estabelecimento de metas vocacionais realistas e objetivas; início da autonomia económica; afirmação da identidade e dos seus valores morais, religiosos e sexuais; capacidade de compromissos.

Ainda relativamente às características do desenvolvimento psicossocial do adolescente poderemos, contudo, listar alguns "sinais de alarme", que evocam a hipótese de desvio patológico a este processo de desenvolvimento, e os quais devem levar à procura de uma avaliação especializada. Dos quais: isolamento com agressividade; isolamento social e do grupo ou pares; dificuldades de relacionamento com pais e professores; suspeitas consistentes da prática de comportamentos considerados de risco (ex: consumo de bebidas álcool e drogas, sexuais e outros); quebra injustificada do rendimento escolar; fugas de casa ou faltas injustificadas à escola; alterações inexplicadas do ritmo ou do padrão de sono, perda ou ganho ponderal repentinos e ou inexplicados; e conversas ou interesse injustificado, sobre a morte ou suicídio (Oliveira & Saraiva, 2017).

Qualidade de Vida

A qualidade de vida diz respeito a uma preocupação da sociedade atual, dado que se verifica um interesse cada vez maior no que tange ao bem-estar dos indivíduos. Tendo em conta que o período da adolescência é caracterizado por um desenvolvimento contínuo, os adolescentes precisam de crescer no meio de um ambiente seguro e equilibrado, que lhes possibilite um desenvolvimento positivo em todas as esferas da sua vida. Só dessa forma estes poderão se desenvolver de forma adequada, equilibrada e saudável (Pinho, 2018).

Da análise da literatura, é possível verificar que existem muitas definições de qualidade de vida, não existindo uma que seja totalmente aceite. Uma das definições de qualidade de vida mais conhecida e aceite é a da OMS (1996). Segundo esta entidade, a qualidade de vida reflete a perceção das pessoas de que as suas necessidades estão ou não a ser satisfeitas ou, ainda, que lhes estão a ser negadas oportunidades para atingir a felicidade e a autorrealização (OMS, 1996).

Na conceção de Teoli e Bhardwaj (2023), a qualidade de vida é um conceito que avalia o bem-estar, quer de uma população como de um indivíduo, nos seus aspetos positivos e negativos, num determinado momento. Trata-se de um conceito multidimensional que engloba a saúde pessoal (física, mental e espiritual), os relacionamentos, o nível educacional, o ambiente laboral, o nível social, a riqueza, o sentido de segurança e proteção, a liberdade e a autonomia na tomada de decisões, o sentimento de pertencimento social e o meio envolvente (Teoli & Bhardwaj, 2023).

Fallowfield (2009) define qualidade de vida como um conceito universal com diversas definições filosóficas, políticas e relacionadas à saúde, incluindo as dimensões física, o bem-estar funcional, social e emocional da pessoa. Diz respeito a um resultado reportado pela pessoa e geralmente avaliado através de instrumentos criteriosamente elaborados e validados, tais como questionários e entrevistas semiestruturadas. Cai et al. (2021) contestam essa definição, alegando que o conceito de qualidade de vida atual inclui agora novos aspetos relacionados ao bem-estar dos indivíduos, constituindo-se mais como uma perceção pessoal do que um construto objetivo e mensurável.

Veenhoven (2000) propôs uma organização do construto qualidade de vida que o clarifica e o complexifica, interligando os recursos do contexto, os recursos pessoais, com as oportunidades e com os resultados.

A qualidade de vida, encontra-se relacionada com a perceção que indivíduo possui da sua posição na vida, dos seus objetivos e das suas expetativas. Portanto, é considerado um conceito multidimensional e como uma construção psicológica que descreve aspetos físicos, mentais, psicológicos, funcionais e sociais do bem-estar (Gaspar & Matos, 2008).

Existem dois grandes tipos de qualidade de vida, quanto à conceptualização do termo, que se complementam: a qualidade de vida como conceito mais genérico e qualidade de vida relacionada com a saúde (Seidl & Zannon, 2004). A saúde percebida é

denominada "qualidade de vida relacionada com a saúde". Assim, a qualidade de vida relacionada com a saúde é considerada como um constructo que engloba componentes do bem-estar e funções físicas, emocionais, mentais, sociais e comportamentais, como são percebidas pelos próprios e pelos outros (Luis & Pinho, 2008).

Cada vez mais, as várias variáveis contextuais na vida de uma criança e de um adolescente, é o ponto de maior interesse de estudo para o desenvolvimento da criança e do adolescente e da qualidade de vida relacionada com a saúde. Uma das vias desta investigação tem a ver com a natureza protetora da relação de parceria entre a casa, a escola e a comunidade. O envolvimento positivo dos pais na vida escolar dos filhos tem sido associado a resultados positivos tanto para os pais como para os filhos, em várias dimensões, os jovens sentem-se amados, valorizados e seguros, e isso permite-lhes um melhor desenvolvimento, tanto no aspeto cognitivo, quanto social. E passam a se dedicar mais. Assim sendo, quando há uma interação ativa e frequente, entre pais e escola, torna-se mais eficaz a resolução de problemas, conflitos e dificuldades, propiciando uma melhora nos resultados da educação. (Matos et all., 2006).

Nas sociedades mais desenvolvidas, a ênfase dada pelos serviços de saúde passou para a promoção e educação para a saúde, tentando levar os indivíduos a adotar estilos de vida saudáveis, desde as idades mais precoces no sentido de uma melhor qualidade de vida. Daí a importância crescente atribuída ao trabalho de promoção de saúde desenvolvido a nível das escolas e das famílias.

Os fatores que podem influenciar a qualidade de vida dos adolescentes são muito variados e neles está incluído o consumo de álcool e drogas desde cedo (Rodrigues, 2013). Como tal, para alcançar o conhecimento essencial para o desenvolvimento de métodos de promoção de qualidade de vida, assim como a identificação de fatores de risco ao bem-estar dos adolescentes de forma a prevenir efeitos negativos desses fatores, a avaliação

da qualidade de vida relacionada com a saúde em adolescentes é crucial. (Gaspar & Matos, 2008)

Promoção da Qualidade de Vida na Adolescência

O desenvolvimento positivo na adolescência é de grande importância, uma vez que contribui de forma positiva para o *self*, para a família, para o grupo de pares, para a comunidade e para a sociedade civil. Segundo Lerner (2005), este processo requer o desenvolvimento de uma série de competências específicas, designadas por "cinco C´s" e que são as seguintes: 1) Competência a nível de perspetivas positivas sobre a própria ação em várias áreas, incluindo a área social da qual fazem parte as relações interpessoais, comunicação e resolução de conflitos; a área cognitiva (processamento de informação e tomada de decisão); a área académica (avaliações, frequência e envolvimento escolar); e a área vocacional (futuro e carreira profissional); 2) Confiança, perceção de autoestima e de autoeficácia e perceção do valor geral do próprio; 3) Conexão ou estabelecimento de vínculos positivos com pessoas e entidades ou instituições com os quais se formam relacionamentos bidirecionais; 4) Carácter, respeito pelas regras impostas social e culturalmente, sentido do bem e do mal e honestidade; 5) Compaixão, senso de empatia e empatia pelas outras pessoas (Lerner, 2005).

Os fatores determinantes da qualidade de vida em adolescentes têm sido amplamente analisados na literatura. No estudo de Magiera e Pac (2022), foram encontrados os seguintes fatores que aumentam o risco de baixa avaliação de qualidade de vida entre adolescentes: ser do género feminino; bem-estar psicológico; autoperceção; autonomia; relação com os pais; ambiente escolar; rendimento dos pais; apoio social; aceitação social; insatisfação corporal; humor e emoções; *bullying*. Numa pesquisa efetuada por Lima-Serrano et al. (2012), os resultados mostraram que os adolescentes que reportaram consumo de álcool e de drogas também reportaram níveis mais baixos de

qualidade de vida. Nesse mesmo estudo foi verificado, também, que o consumo de álcool e de drogas apareceu relacionado a uma maior prevalência de sintomatologia psicopatológica entre adolescentes (Lima-Serrano et al., 2013).

Na opinião de Gaspar et al. (2006), a QV em crianças e adolescentes está altamente associada à sua saúde mental e bem-estar subjetivo. No que concerne às estratégias para promover a QV nestas populações, existem várias. Sem esquecer que o desenvolvimento cognitivo das crianças e adolescentes está bastante dependente da qualidade das relações com os seus pais ou cuidadores, por isso é importante envolver a família nas intervenções efetuadas (Gaspar et al., 2006).

Por conseguinte, os programas que abordam a qualidade das relações entre adolescente e pais podem melhorar significativamente o desenvolvimento social, emocional, cognitivo e físico do mesmo. Nesse sentido, há que mencionar a importância dos programas realizados nas escolas. A escola é uma instituição crucial para a educação das crianças e adolescentes, preparando-as para a vida. Além da família, é uma das primeiras instituições que a criança tem contacto na sua vida. Contudo, verifica-se uma necessidade crescente das escolas possuírem uma abordagem educacional mais abrangente e potencializadora de um desenvolvimento emocional mais saudável dos alunos. Nesse seguimento, a OMS desenvolveu um currículo educacional de competências de vida, no qual os docentes podem promover junto dos alunos competências psicossociais importantes, nomeadamente competências a nível de resolução de problemas e conflitos, de pensamento crítico, de comunicação, de relacionamento interpessoal, de empatia e gestão emocional. Tais competências possibilitam que as crianças e os adolescentes desenvolvam uma saúde mental positiva, bem como um maior bem-estar. Ademais, é essencial um bom ambiente escolar, sociocultural e comunitário, pautado pela aquisição de competências de compreensão,

aceitação, tolerância, empatia, igualdade e equidade. Este processo implica, igualmente, o estabelecimento de mais e melhores conexões entre a escola, a família e a comunidade, promovendo o pensamento criativo, as competências académicas, a autoestima e a autoconfiança das crianças e dos adolescentes (Gaspar, 2005; Matos, 2005).

A informação obtida através da avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde permite a obtenção de uma perspetiva acerca das condições de vida sob os olhos dos próprios residentes de uma dada comunidade. A nível individual, pode indicar o que a pessoa considera mais relevante, inclusive o nível e os determinantes da sua saúde com o contexto das suas vidas. Além disso, dos seus índices emerge informação associada ao bem-estar das pessoas mediante sintomas físicos e psicológicos e comportamentos de risco (Huebner et al., 2004).

Huebner et al. (2004) apresentaram o modelo hierárquico multidimensional no qual se incluem cinco dimensões ou áreas específicas: 1) família; 2) escola; 3) ambiente; 4) amigos; 5) o próprio indivíduo. Incidindo na importância conferida aos fatores psicológicos positivos e ao funcionamento e estado de saúde individual, as medidas da qualidade de vida relacionada à saúde são fundamentais nas avaliações dos resultados de saúde (Huebner et al., 2004).

A promoção do bem-estar de todas as crianças e adolescentes tendo como base a psicologia positiva é, na conceção de Huebner et al. (2004), uma tarefa complexa e multifacetada. A promoção da qualidade de vida relacionada à saúde vai de encontro às tentativas de prevenção realizadas pelos serviços de psicologia nas escolas, aos serviços indiretamente relacionados como avaliações não convencionais, aplicação de psicologia científica, questões de diversidade cultural e colaboração com pais e professores. No caso de crianças de adolescências com incapacidades, a monitorização da qualidade de vida relacionada à saúde pode ser particularmente importante, apesar das diversas intervenções

sociais, educacionais e psicossociais a que estes possam ter sido submetidos. Ao usar uma escala de medida da qualidade de vida relacionada à saúde, o psicólogo educacional conseguirá ter um melhor acesso ao bem-estar das crianças e dos adolescentes a nível dos seus amigos, família, escola, bem como a outras dimensões que sugerem fatores de risco ou fatores protetores relativamente à oadaptação destes. Ademais, conforme referido por Huebner et al. (2004), a qualidade de vida relacionada à saúde demonstra, de modo explícito, a relevância de fatores ecológicos, constituindo-se estes como resultados incongruentes no que se refere a programas focados exclusivamente em mudanças individuais em detrimento do ambiente. Por conseguinte, os esforços devem ser direcionados também para modificar o ambiente envolvente da criança e do adolescente e não somente para modificar o comportamento individual (Huebner et al., 2004).

Através da qualidade de vida relacionada à saúde é possível determinar objetivos, metodologias, práticas e avaliação de estratégias na escola, os quais por sua vez vão incrementar as atitudes positivas dos alunos, conferindo-lhes uma experiência mais agradável e, consequentemente, resultados mais elevados de qualidade de vida. Nesse contexto, é importante que os professores (em especial) monitorizem continuamente os efeitos da promoção da qualidade de vida relacionada à saúde nas experiências escolares, focando-se na manutenção do bem-estar dos seus alunos. As medidas de qualidade de vida relacionada à saúde podem ser igualmente úteis para rastrear e identificar pessoas que se encontram em risco de desenvolver problemas comportamentais, constituindo-se como cruciais para a elaboração de programas académicos, de promoção de saúde e de programas de carácter preventivo. Assim, a relação entre a qualidade de vida relacionada à saúde e um número cada vez maior de indicadores de saúde relevantes, bem como de indicadores educacionais e psicossociais, providencia aos psicólogos educacionais e outros profissionais da área da educação uma forte justificativa para a investigação

empírica em crianças e adolescentes. De mencionar que estes profissionais, nomeadamente os psicólogos educacionais têm de confrontar o desafio de favorecer serviços que sejam sensíveis às divergências culturais e individuais. A título de exemplo, no caso de uma criança que foi separada da sua cultura nativa é importante que o psicólogo esteja atento ao nível dessa separação e à preservação da identidade étnica da mesma, no sentido em estes elementos constituem uma importante correlação com a qualidade de vida relacionada à saúde (Huebner et al., 2004).

Perante o exposto, considera-se que a promoção da qualidade de vida através da intervenção psicológica é um processo válido e extremamente pertinente, uma vez que se foca na mudança do estilo de vida, sobretudo no que concerne aos processos cognitivos e emocionais relacionados a aspetos físicos, comportamentais, sociais e psicológicos. Cabe mencionar que esta mudança requer um enfoque nos aspetos positivos em detrimento das perturbações ou disfunções. Implica igualmente uma intervenção a nível interpessoal e comunitário em prol da relevância conferida aos aspetos sociais, os quais se desenvolvem em conjunto com os aspetos funcionais e psicológicos (Matos, 2004).

Comportamentos de risco na adolescência

Da análise dos comportamentos de saúde na adolescência, observa-se que há uma série abrangente de comportamentos promotores da saúde nesta etapa da vida. De forma proporcional, verifica-se a existência de um leque diverso de comportamentos que aumentam a probabilidade dos adolescentes adotarem comportamentos de risco ao nível da sua saúde, bem-estar e, inclusive, da sua própria vida, contribuindo para a perpetuação de estilos de vida pouco saudáveis. Por conseguinte, é extremamente fundamental mencionar esses comportamentos de risco que condicionam fortemente o crescimento saudável, bem como a escolha de um estilo de vida que possibilite uma melhor qualidade de vida no respeitante à saúde global dos indivíduos (Ferreira, 2013).

Na opinião de Zappe et al. (2018), o estudo da adoção de comportamentos de risco é complexo, uma vez que implica múltiplos fatores. Por comportamentos de risco entendem-se aqueles comportamentos que têm a capacidade de ameaçar a saúde física e mental, tanto a curto como a médio e a longo prazo. Alguns exemplos desses comportamentos incluem o consumo de álcool e drogas, os comportamentos sexuais passíveis de causar doenças sexualmente transmissíveis, os comportamentos alimentares pouco saudáveis, etc. No caso dos adolescentes, estes adotam comportamentos de risco na maioria das vezes devido à procura de desafios e de novas experiências e também devido à busca de aceitação por parte dos pares (Zappe et al., 2018).

Segundo Ferreira (2013), para além do consumo de substâncias que são capazes de prejudicar a saúde dos adolescentes (ex.: tabaco, álcool, drogas, etc.), existem também comportamentos de risco que requerem atenção tais como a violência, o suicídio e o abandono escolar precoce. Na perspetiva do autor, é necessário ter em conta não somente fatores individuais como também ambientais/contextuais, sobretudo aqueles associados à escola, à família e ao grupo de pares, no sentido em que as escolhas que o adolescente faz em relação a determinados estilos de vida são frequentemente influenciadas pelos contextos sociais e pelas relações estabelecidas nos vários contextos (Ferreira, 2013).

No que se refere ao consumo de substâncias psicoativas, este constitui atualmente um problema significativo a nível de saúde pública, tendo sido associado ao início da adolescência. Na verdade, tem-se observado um aumento do consumo destas substâncias entre adolescentes, nomeadamente o álcool e as drogas, dando origem a diversos efeitos negativos, tais como problemas escolares (ex.: absentismo, insucesso escolar, evasão, dificuldades de aprendizagem, etc.), problemas de ordem psicológica e emocional (passividade, falta de objetivos, de interesse e de comunicação, apatia, ansiedade, entre outras (Novaes, 2019).

Analisa-se o estudo de Cardoso e Malbergier (2014) que contou com a participação de 965 adolescentes e teve como objetivo analisar a relação entre problemas escolares o uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas (ilegais) nessa população. Os resultados mostraram que o uso de substâncias estava relacionado com repetências, falta de concentração, classificações escolares baixas, desejo de abandonar a escola, sentimento de tédio no ambiente escolar, não realizar as tarefas levadas para casa, faltar ou chegar atrasado e perdas académicas decorrentes da utilização de drogas. Nesse estudo foram também encontrados fatores protetores, tais como o gostar da escola (Cardoso & Malbergier, 2014).

No estudo de Benincasa (2010) com 2424 estudantes adolescentes, os resultados revelaram que aqueles que apresentaram um consumo mais intenso de álcool e de drogas apresentaram pontuações mais baixas em várias dimensões da qualidade de vida, nomeadamente na saúde mental, capacidade funcional, aspetos físicos, aspetos sociais e estado geral de saúde. Foi também observado nesse estudo que os adolescentes que reportaram mau relacionamento com os pais, tenderam a declarar um consumo mais intenso de drogas. Além disso, foi verificado que os alunos com características de resiliência ao consumo de álcool e de drogas tinham características comuns entre eles, a saber: fazer parte de ambientes com baixo índice de consumo de drogas, ter apoio e suporte familiar, ter um bom relacionamento com os pais, sobretudo com a mãe e apresentar uma autoestima elevada (Benincasa, 2010).

Posto isto, o uso de drogas legais e ilícitas entre adolescentes é impulsionado por vários fatores, incluindo um sentimento de indestrutibilidade, relacionamentos com amigos, colegas e familiares. Além disso, é de extrema importância entender a causa do interesse pelo uso de drogas, uma vez que os jovens podem ter motivos próprios para as utilizarem ou usá-las pela primeira vez em casa, com o apoio dos pais. Por exemplo, a

cultura é um importante fator de risco para o consumo. A socialização, o tédio, a rebeldia, os estímulos externos e internos estão diretamente relacionados à cultura. Os meios de comunicação social, a televisão e a internet introduzem o uso de drogas de forma romântica e normal, ou seja, bem leve e como se fosse algo muito natural. Cada vez mais os adolescentes acabam por ser incentivados a consumir substâncias, principalmente o álcool, em festas de aniversário (Matos, 2011).

Por norma, a droga mais usada primeiramente por um jovem é o álcool, dado que é uma substância de fácil acesso e também por não ser tão estigmatizada como algumas outras substâncias. Mesmo algumas músicas que passam na rádio e na televisão, fazem alusão ao álcool relacionando-o com diversão, acabando por incentivar o seu consumo. Contudo, sentimentos típicos da adolescência como o tédio, a rebeldia e a solidão são suficientes para induzir o adolescente ao consumo (Balsa, 2011).

Não obstante, cada um dos fatores culturalmente relacionados mencionados acima leva a outro fator de risco, ou seja, a gratificação imediata de drogas e álcool. Os efeitos iniciais fazem com que os adolescentes se sintam bem, acabando por associar a droga a sentimentos de felicidade, ou seja, eles sabem que podem se sentir mais felizes a cada uso, ou mesmo a uma falsa ideia de maturidade. Outro grande fator de risco são os amigos que acabam influindo no consumo, oferecendo ao adolescente droga até mesmo através de brincadeiras e chantagens para se animarem uns aos outros quando estão infelizes ou quando a escola não está a correr como esperavam. Assim, a solução que encontram é beber álcool em locais públicos ou na rua, nos intervalos e jantares na escola ou na casa uns dos outros ao final do dia ou ao fim-de-semana. Finalmente, os jovens que parecem mais tímidos e têm dificuldade de socialização tendem a usar drogas ou álcool para se tornar mais sociáveis com os seus pares, mais interessantes e capazes de fazer coisas que não conseguiam estando sóbrios, bem como para obter aprovação social. Por ser um

período marcado por diversas transmutações e mudanças internas e externas, a adolescência acaba por gerar um sentimento de baixa autoconfiança, pois, por ainda não se conhecer plenamente, o adolescente torna-se mais vulnerável a situações de risco (Novaes, 2019).

Através do relatório anual da sinopse estatística de 2021, *A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*, que a SICAD realizou, contatou-se que as drogas são de muito fácil acesso aos jovens, sendo ainda algumas de maior acesso em Portugal do que na Europa, como é o caso da Heroína que em Portugal a facilidade é de 20% enquanto que na Europa é de 18% e das Novas Substâncias Psicoativas (NSP), 40% em Portugal e 35% na Europa.

Com base neste estudo também é possível perceber que a canábis (56%) é a droga de mais fácil acesso em Portugal e na Europa o que comprova os dados já anteriormente revelados onde assinalam que a droga mais consumida pelos jovens é a canábis. Desta forma é possível concluir que o fácil acesso a este tipo de substancias é um grande fator de risco ao consumo, pois este conduz a um aumento progressivo do seu consumo por parte dos jovens(SICAD, 2021).

Principais contextos de socialização

As relações sociais têm um grande peso na vida de qualquer pessoa. No que diz respeito às relações estabelecidas durante a infância e a adolescência, a qualidade das mesmas adquire uma relevância ainda maior, constituindo-se como um processo fundamental para a satisfação e o sucesso social na vida adulta. Tais relações estabelecem-se em espaços diferentes nos quais a criança e o adolescente se desenvolvem, se afirmam e se constroem. Nesse seguimento, é fundamental percecionar o adolescente a partir dos vários contextos em que este se relaciona, designadamente no seio da família, dos amigos, dos grupos de pares e da escola (Pérez et al., 2007).

No que diz respeito ao ambiente familiar, este detém um papel relevante na adoção de comportamentos de riscos, tanto de forma isolada como em interação com outros fatores. Assim, a qualidade da vida familiar e os estilos e práticas parentais têm um grande peso na prevenção dos comportamentos de risco do adolescente, nomeadamente o diálogo estabelecido em família e o conhecimento que os pais possuem acerca dos seus filhos (Advocates for Youth, 2002).

Através de um estudo realizado no âmbito de uma dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências da Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, por Valdenora Macêdo em 2015, após a recolha e tratamento de dados, foi observado que a maioria das famílias foram classificadas como altamente funcional (263; 78,5%), seguida das famílias moderadamente disfuncional (64; 19,1%), existindo 8 (2,4%) famílias disfuncional acentuada.

Posto isto, foi avaliado o risco dos adolescentes fumarem associado às variáveis da família, onde os testes de independência do Qui-Quadrado mostraram a existência de associação significativa, ao nível de significância de 5% (ou no limite da significância estatística), entre o risco de fumo com o tipo de família e a funcionalidade familiar. A análise dos resíduos ajustados estandardizados leva a concluir que o risco de fumo é significativamente inferior à média nas famílias nucleares, e superior nas famílias reconstituídas e nas famílias disfuncionais, considerando um nível de significância de 5%.

Relativamente ao risco de álcool, a associação é significativa, com nível de significância de 5%, com o tipo de família, indicando que este fator influência significativamente o risco de álcool. O risco é significativamente inferior à média nas famílias alargadas e superior nas famílias monoparentais. Não existe associação significativa do risco de álcool com a funcionalidade familiar.

O risco de marijuana está significativamente associado ao tipo de família, considerando um nível de significância de 5% . O risco é significativamente inferior, com nível de significância de 5%, nas famílias nucleares sendo superior nas famílias reconstituídas. Não existe associação significativa entre o risco de consumo de marijuana com a funcionalidade familiar.

Ao longo dos tempos, a OMS tem promovido consistentemente o desenvolvimento da promoção da saúde nos diversos contextos socializadores que têm impacto e são impactados pelos adolescentes. Um desses contextos diz respeito à escola, um local propicio à promoção da saúde e ao incentivo à participação da comunidade e da família na problemática dos comportamentos de risco. Ademais, o ambiente escolar é propício ao desenvolvimento destes comportamentos, no sentido em que pode despoletar sentimentos e vivências tais como a falta de motivação, a vontade de ser independente, a falta de realização pessoal, etc., que podem conduzir a comportamentos de risco. Outro fator diz respeito à desigualdade económica em termos de saúde, a qual pode condicionar o acesso dos jovens aos serviços de saúde. Um ambiente escolar promotor de saúde é, sem dúvida, um valioso recurso para o desenvolvimento de comportamentos de saúde e bem-estar, e a satisfação que o adolescente tem em relação a esta instituição pode contribuir para a sua QV. Dentro da satisfação com a escola incluem-se aspetos como a perceção que o adolescente tem da escola e o seu relacionamento com os colegas e outros membros da comunidade escolar significativos (Ferreira, 2013).

Por sua parte, vários programas preventivos neste campo têm como base a importância que a relação com os pares detém na fase da adolescência, nomeadamente a Educação pelos Pares. As evidências sugerem que os jovens tendem mais a mudar as suas atitudes e comportamentos quando o mensageiro é semelhante e partilha as mesmas preocupações e pressões (Advocates for Youth, 2002). Tal como mencionado por

Carvalho e Pinheiro (2018), a Educação pelos Pares é um processo de influência educativa entre pessoas que partilham características em comum, as quais podem ser de natureza demográfica, social, cultural e vivencial e, com efeito, se identificam e se aceitam de forma recíproca como pares educadores e educandos. Portanto, a influência dos pares na fase da adolescência tem um papel crucial, remetendo para fenómenos sociais que emergem da influência social. Esta influência está presente quando se observa que o comportamento de um adolescente se configura como um requisito para o comportamento de outro, aumentando de acordo com a coesão existente no grupo; podendo, também, resultar em alterações comportamentais positivas ou negativas. Uma vez que isso sucede, é importante demonstrar que a opção por um estilo de vida saudável constitui-se como um fator fundamental para o bem-estar e QV dos adolescentes e que o posicionamento do grupo é uma condição extremamente necessária no âmbito dessa escolha (Hartup, 2005).

Por fim, é importante referir a influência da comunidade ou ambiente social onde o adolescente está inserido, uma vez que a mesma é assinalada como favorecedora de comportamentos protetores ou de risco (Ferreira, 2013).

O consumo na adolescência

Na literatura, reconhece-se o período da adolescência como uma etapa de vida vulnerável à influência de mudanças físicas, psicológicas, cognitivas e socioculturais. É um período em que os adolescentes partem na busca de uma identidade e pela autonomia relativamente à família, distanciando-se da mesma e se deparando com escolhas respeitantes aos seus pares, à escola, à sociedade e à comunidade. Na adolescência, a pessoa tende a absorver a informação guiando-se pela curiosidade e pela descoberta. As alterações típicas desta etapa levam a que o adolescente dirija esforços no sentido de

confrontar e superar os desafios e encontrar uma identidade, bem como conseguir uma maior autonomia. (DiClemente et al., 1996; Michael & Ben-Zur, 2007).

Durante a adolescência, as interações sociais transpõem o núcleo familiar passando para outros contextos sociais com os pares e outros adultos, devido, sobretudo, aos processos normativos relacionados ao período da adolescência, bem como pelo facto de os adolescentes passarem uma grande parte do seu tempo fora de casa, nomeadamente na escola ou em espaços recreativos e comunitários (Matos et al., 2003).

Todas as tarefas pelas quais o adolescente passa contribuem para a adoção de comportamentos de risco, mormente o consumo de substâncias psicoativas (Franzkowiak, 1987; Fergunsson & Horwood, 1995). Em relação a esta problemática, é necessário ter em consideração não somente os vários tipos de ambiente (social, escolar e familiar) de cada pessoa, bem como as leis e normas em vigor na comunidade onde esta se insere (Cardoso & Malbergier, 2014).

A iniciação de exposição ao álcool começa, por norma, na adolescência, sendo mais difícil verificar esse comportamento em idades mais avançadas. Esta iniciação pode ocorrer na sequência da tentativa de o adolescente querer imitar os hábitos dos adultos, podendo inclusive ocorrer no seio da família; na procura de desinibição e extroversão; na experimentação de novos desafios; ou por pressão do grupo de pares, conforme mencionado anteriormente. Como tal, o consumo de álcool, bem como de outras substâncias, simboliza para o adolescente uma experiência de acesso ao universo dos adultos, dado que esse tipo de comportamento é regularmente observado nesse universo. Assim, o consumo de substâncias nas quais se inclui o álcool, apresenta-se como um modelo a ser seguido, como um comportamento a ser reproduzido. Ademais, esse consumo possibilita a oportunidade de o adolescente alterar o seu estado de consciência e vivenciar novos estados psicológicos, dado que este se encontra numa fase de renovação

da personalidade. Por conseguinte, o álcool funciona como uma alternativa simples e de fácil acesso para o adolescente adquirir as novas experiências que tanto pretende. A própria sociedade, de certa forma, promove facilmente o acesso do álcool a este grupo, não orientando adequadamente acerca dos riscos inerentes ao seu consumo. Apesar de não existir um padrão definido acerca do uso de álcool na adolescência, a exposição nesta fase tem sido subdividida em dois tipos em termos de iniciação: 1) iniciação na pré-adolescência (14 anos ou antes); 2) iniciação da adolescência (15-18 anos), em concordância com a idade típica de entrada na universidade, caracterizada pela exposição intermitente, porém de forma aguda. A OMS caracteriza este tipo de exposição, também conhecido como ““binge drinking” como a ingestão desenfreada de bebidas num curto espaço de tempo, isto é, no espaço de 2 horas, a pessoa ingere 5 ou mais bebidas; acompanhada por pelo menos 2 semanas de abstinência até ocorrer nova exposição aguda (Novaes, 2019).

Muito embora a fase da adolescência seja caracterizada por grande vulnerabilidade em termos de riscos, escolhas e desafios para a saúde, convém mencionar que esta fase é ultrapassada com sucesso pela maioria dos jovens, os quais adotam estilos e hábitos de vida saudáveis, em função da sua adaptação a experiências pessoais de maior ou menos risco (Ferreira, 2013).

Se nas gerações anteriores, a adolescência era passada de forma muito mais célere, agora é uma etapa longa do ciclo de vida em que depois de um longo período de imaturidade, de dependência e proteção (infância), a pessoa passa por um célere crescimento a diversos níveis. Esse crescimento vai conduzi-la (em princípio) a uma maior autonomia, à vida adulta, totalmente diferente daquela que antes tinha (Fleming, 1993).

Também comparando com as gerações mais antigas, a fase de entrada na adolescência é mais precoce atualmente, iniciando-se por volta dos 10 – 13 anos de idade. Nesta fase, o adolescente vê o seu corpo modificar-se radicalmente em pouco tempo, surgindo a seguir as mudanças psicológicas. Neste período, ele vai romper com os seus modelos de identificação anteriores, característicos da infância, com os seus ideais e valores, e procurar outros modelos de identificação, normalmente os pares. As mudanças familiares e sociais ocorrem, sendo que a família (pais) já não conseguem propiciar ao adolescente os modelos que este pretende nem ir de encontro às suas aspirações, pretensões e desejos, como antes sucedia. Nesse seguimento, o adolescente vai distanciar-se da imagem parental e procurar o seu próprio trajeto, novas fontes de satisfação, novos princípios e convicções e novas disposições (Braconnier & Marcelli, 2000).

Também nesta fase, os adolescentes procuram novas sensações, novas vivências, novas pretensões no que toca a descobrir o mundo que os rodeia, afastando-se, assim, do universo da infância. Ocorre, por conseguinte, uma procura pela identificação com os pares, algo a que o adolescente atribui uma importância especial, acabando por moldar os seus hábitos e valores de acordo com os elementos do grupo. É também no núcleo deste grupo que os adolescentes começam a ter comportamentos de risco, tais como relações sexuais desprotegidas, conduzir sob o efeito do álcool, consumir drogas, entre outros. Os motivos que levam o adolescente a iniciar-se nas drogas podem ser de vários tipos. É possível que esse comportamento derive da necessidade de emancipação, da procura de reconhecimento por parte dos pares ou da tentativa de quebrar regras impostas pela sociedade, como um comportamento de oposição (Fonseca, 2002).

Na conceção de Patrício (2006), é natural que durante a adolescência haja uma maior disponibilidade para a experimentação de substância psicoativas, se compararmos com outras etapas de vida. Segundo o autor, esta situação ocorre em virtude desta etapa

representar a redescoberta do mundo, da capacidade crítica, da imaginação e da aquisição de novas capacidades (Patrício, 2006).

Na opinião de Morel et al. (1998), o consumo de drogas e álcool no adolescente pode estar revestido de diversas simbologias, não estando apenas associado à índole do produto como também à história de vida da pessoa, às suas expectativas e investimentos acerca da experiência e à sua capacidade de resposta ao meio envolvente. Grande parte dos adolescentes acaba por ficar apenas nos comportamentos de experimentação, sendo as suas motivações inconstantes e superficiais. Isto é, eles não avançam para um consumo mais regular e contínuo, mas antes se guiam por tendências de moda, pela curiosidade momentânea, pela relevância atribuída ao momento. Na verdade, muitas das vezes os adolescentes nem sequer têm interessentes em comum com o universo das drogas, consumindo-as apenas em certos eventos ou ocasiões, tais como festivais, concertos, momentos livres passados com os amigos, etc. (Morel et al., 1998).

Num estudo realizado acerca dos hábitos de consumo de álcool em adolescentes, para a Revista Toxicodependência por Vera Mendes e Paulo Lopes em 2007, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o insucesso escolas (ter chumbado alguma vez) face ao consumo de bebidas por categorias, mas é importante referir que os alunos que já chumbaram apresentam uma percentagem maior na categoria, bebedor habitual sem manifestação de problemas (81,1%9 face aos que não chumbaram (69,9%). Importa também referir que os alunos que apresentam percentagens maiores de abstinência são os que nunca chumbaram (13,7%) comparando com os que já chumbaram (5,7%), mas também são os que apresentam maior percentagem na categoria de bebedor habitual com problemas (8,2%) face aos que já chumbaram (5,7%).

De acordo com Crosnoe et al. (2004), o consumo de álcool na adolescência é considerado como um grande problema social deste ciclo de vida, senão o maior,

merecendo especial atenção, dado que é considerado pelos adolescentes um fenómeno social, de integração, que varia em função do contexto e do grupo. Além disso, o consumo de bebidas alcoólicas acaba por ser menos estigmatizado e ser menos alvo de marginalização ao compararmos com o consumo de outras substâncias como as drogas, até porque, como explicam Crosnoe et al. (2004), a sua venda é legal.

Os efeitos nocivos do consumo de álcool em adolescentes já foram bem identificados na literatura: envenenamento, acidentes de viação, comportamentos sexuais de risco, tentativas de suicídio, acidentes por afogamento e consumo de drogas, são apenas alguns dos exemplos desses efeitos assinalados (Zeigler et al., 2005).

Os efeitos nocivos do consumo do álcool dizem respeito, igualmente, a doenças físicas, tais como dores de cabeça, eczema, etc., e a perturbações do sono e da alimentação. A esse respeito, Zeigler et al. (2005), mencionam que muito embora alguns autores considerem o consumo de álcool na adolescência de forma mais leve, como de um "ritual de passagem" se tratasse, o seu consumo pode atingir proporções mais significativas. Tendo como base os estudos efetuados neste domínio, os autores afirmam que as pessoas que consomem álcool pela primeira vez em idades muito jovens (11 – 14 anos), manifestam um risco acrescido de vir a desenvolver dependência e abuso de álcool.

Ledoux et al. (2000) chamam a atenção para a rápida mudança de comportamento dos adolescentes perante o álcool que pode suceder, sendo que o consumo desta substância pode passar rapidamente da experimentação até ao consumo regular. Para chegar a esta ideia, os autores aferiram, através de uma revisão bibliográfica, que quanto mais cedo ocorre a experimentação de álcool, maior é a probabilidade de surgirem problemas posteriores relacionados a esta substância. Esta conclusão foi verificada nos dois géneros, porém as raparigas normalmente iniciam mais tarde o consumo em comparação com os rapazes. Não obstante, a quantidade de álcool consumida que antes

era superior nos rapazes, tem vindo a diminuir e, inclusivamente, a desaparecer, não se verificando hoje diferenças de género tão discrepantes a esse nível (Ledoux et al., 2000).

Numa pesquisa efetuada por Heather e Kaner (2001), em Inglaterra e no País de Gales, foi verificado que o consumo de álcool entre os jovens era superior ao dos adultos. Foi constatado, também, que a taxa de jovens de ambos os géneros, com idades compreendidas entre os 16 e os 24 anos, que consumiam álcool acima dos valores recomendáveis para a saúde, correspondia a 35% para os rapazes e a 21% para as raparigas (comparados com 27% e 13% da população adulta respetivamente); e que 47% dos rapazes e 36% das raparigas entre os 11 e os 15 anos consumiam álcool semanalmente. Os autores explicaram esses resultados devido ao facto de os adolescentes não terem a oportunidade de consumir álcool com a mesma frequência com que o fazem os adultos e que, por isso, tendem a beber com mais intensidade e risco numa só ocasião. Ainda segundo os autores, esta tendência estaria a aumentar na Europa, sendo mais frequentem em rapazes do que em raparigas (Heather & Kaner, 2001).

A partir de um estudo realizado por Lopes et all, acerca do consumo de álcool numa amostra portuguesa em idade adulta jovem, ao analisar os dados da tabela 5, verifica-se um aumento na percentagem global de consumo de álcool com a idade (46,9% vs. 55,6%), de tal modo que, na transição para a idade adulta há 53,1% de abstinência e na idade adulta jovem (a partir dos 22 anos) essa percentagem diminui para 44,4%. No entanto, a análise estatística inferencial permite afirmar que o consumo de álcool é independente da faixa etária ($X2(1)=0,235$, $p=0,628$), pelo que apenas poderemos falar de uma tendência.

Destacamos, na literatura, trabalhos que evidenciam diferenças significativas a este nível, ou seja, onde a tendência aqui revelada é confirmada estatisticamente (Bell et al., 2014; Heather & Kaner, 2001 cit. por Mendes & Lopes, 2007; Santana & Negreiros,

2008; Tavares et al., 2013; Van Beek et al., 2014). Porém, os trabalhos de Moura e Malta, em 2010, apresentam um aumento apenas até aos 35 anos, idade a partir da qual os relatos de consumo decrescem.

Em 2001 Feijão, teve como finalidade analisar o tema do consumo das drogas e as assimetrias geográficas. Assim, ele realizou um Inquérito Nacional em Meio Escolar a jovens do 3º ciclo e do secundário do ensino oficial. Os dados mostraram que os jovens do género masculino foram aqueles que mais consumiam álcool (70%), tabaco (50%) e drogas (17%), em comparação com o género feminino (álcool 63%, tabaco 46% e drogas 10%). Ademais, foi verificado nesse estudo o seguinte: 14% do total dos alunos já tinha experimentado pelo menos uma vez na vida alguma droga; 8% consumiram alguma substância ilícita no último ano; e 6% fizeram-no no último mês; a droga mais consumida em todo o país continuava a ser a *cannabis*, sendo que 10% dos alunos referiram que já experimentaram essa substância, 8% consumiram-na no último ano e 5% no último mês; os locais com maior prevalência de consumo de drogas ao longo da vida foram os distritos de Vila Real, Castelo Branco e Santarém (Feijão, 2001).

Feijão e Lavado em 2004, descreveram os resultados do Inquérito Nacional em Meio Escolar, realizado em 2001, numa amostra de 40 000 alunos do ensino secundário (10.º ao 12.º ano), referindo que o álcool é o grupo de substâncias com maior percentagem de consumidores entre os alunos do secundário para qualquer dos períodos temporais considerados no estudo (longo da vida, últimos 12 meses, últimos 30 dias). Os resultados mostram que 91% dos alunos tinha experimentado bebidas alcoólicas, que 3 em cada 4 apresentavam consumos recentes (último ano) e que metade tinha consumido nos 30 dias, anteriores à realização do estudo. Afirmam ainda que o consumo com maior regularidade (consumo habitual) dizia respeito às bebidas destiladas (35%), seguidas da cerveja (28%) e que a percentagem de raparigas que já tinham experimentado álcool era semelhante à

dos rapazes (cerca de 90%). Relativamente ao consumo habitual por tipo de bebida, essa taxa variava entre metade e dois terços da dos rapazes (Feijão & Lavado, 2004).

Mais recentemente em 2011, Feijão voltou novamente a descrever os resultados do Inquérito Nacional em Meio Escolar, tendo como alvo a população dos alunos do ensino público, do 3.º Ciclo e Secundário, numa amostra de 250 000 jovens.

Com base neste estudo constatou-se que nos últimos 10 anos, entre os alunos do ensino secundário, o consumo de álcool, tabaco, medicamentos (do tipo antidepressivos, ansiolíticos, hipnóticos ou estimulantes), inalantes ou solventes e esteroides anabolizantes, apresenta algumas variações, ao nível da experimentação. As mais relevantes traduzem descidas seguidas de subidas e ocorreram nos consumos de bebidas destiladas e de tabaco. Há, ainda, a salientar a subida de 34 para 42% da ocorrência de situações de embriaguez, de 2006 para 2011. Quanto à evolução dos consumos atuais à data da recolha de dados (últimos 30 dias antes), são de destacar os aumentos, contínuos e relevantes, das prevalências de consumo de todas as bebidas alcoólicas. Em 2011, neste período, metade dos alunos do secundário público, bebeu cerveja ou bebidas destiladas, mais de ¼ bebeu vinho e 1/5 embriagou-se (ou seja, cerca de 50000 alunos). Mais de 1/3 dos alunos (cerca de 90 000) fumaram tabaco. Esta prevalência já é superior à que ocorreu em 2001 (Feijão, 2011).

Relativamente ao consumo de drogas, salienta-se o aumento da experimentação que, depois de uma descida, voltou a atingir os valores de 2001. A cannabis continua a ser a única substância psicoativa de consumo ilícito com percentagens relevantes de consumo. Em 2011, mais de 1/4 dos alunos do secundário (28%), já tinha experimentado cannabis. Cada uma das outras drogas mais vulgares, foi experimentada por cerca de 2% dos alunos, enquanto o GHB, a cetamina e a metadona, quase não foram usadas (0.5%). Também quanto aos consumos atuais (nos 30 dias que antecederam o estudo), a única

droga com percentagens relevantes de consumidores, e com variações significativas desde 2001, foi a cannabis, salientando-se a subida recente, que aponta para a existência de um número de consumidores habituais superior ao que existia em 2001. Cerca de 40 000 alunos do ensino secundário público (16%), terão consumido cannabis, nesse período, e cada uma das outras drogas terá sido consumida por cerca de 2 500 desses alunos (1%) (Feijão, 2011).

Em suma, verifica-se que desde 2001 as prevalências de consumo de bebidas alcoólicas têm estado sempre a aumentar, e que relativamente ao tabaco e à cannabis houve diminuição de 2001 para 2006 e aumento desde então. Ao nível dos consumos recentes, as diferenças de género, são mínimas relativamente ao tabaco, aumentando relativamente ao álcool e atingindo a maior diferenciação quanto à cannabis. Além disso, nos últimos 10 anos, esbateram-se algumas das assimetrias geográficas inicialmente encontradas (Feijão, 2011).

Segundo os dados de um estudo publicado pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e na Dependência (SICAD), referentes a 2019, 32% dos alunos de 13 anos referiu ter experimentado qualquer tipo de bebida alcoólica; enquanto essa percentagem foi de 89,7% em alunos de 18 anos. Nos consumos atuais, o vinho e a cerveja continuaram a apresentar prevalências bem mais altas e consumos mais frequentes em comparação às bebidas espirituosas, em qualquer faixa etária (SICAD, 2021).

Consumo de álcool.

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais (5ª ed.) (DSM-5, *American Psychiatric Association* [APA], 2014), a perturbação pelo uso de álcool ocorre quando a pessoa apresenta comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo manifestado pela presença de diversos sintomas incluindo: o desejo constante ou a tentativa malsucedida de reduzir o consumo; a ingestão de quantidades maiores de álcool por períodos de tempo mais longos; o desejo intenso do

álcool; sintomas de abstinência que levam ao consumo de álcool; continuar a usar o álcool apesar da existência de problemas sociais ou interpessoais provocados pela substância (APA, 2014).

Conforme já mencionado, o álcool é uma das substâncias psicoativas consumidas mais cedo pelos jovens. Sólidos estudos científicos confirmaram a tese de que o álcool é facilmente obtenível e largamente difundido entre a população, o que se tem refletido no seu consumo precoce (Novaes, 2019).

De um modo geral, alguns dos fatores que influenciam o início ou perpetuam o uso de substâncias em adolescentes são os seguintes: a pressão do grupo de pares e a necessidade de integração. Por outro lado, fatores como os valores, o calor humano e o desempenho escolar dos pares funcionam como fatores de proteção (Brook & Brook, 1996); situações de vida do adolescente, condições económicas e sociais, situação familiar, histórico de violência e abuso familiar, o suporte e apoio dos pais, pré-disposição genética (Micheli & Formigoni, 2001; Brook et al., 2006).

Num estudo efetuado por Mmereki et al. (2022) foram apontados os seguintes fatores de risco para o consumo de álcool em adolescentes sul-africanos: género, idade, ano escolar e trabalhar em horas vagas. No estudo de Isaksson et al. (2019), com adolescentes norte-americanos, foram identificados os seguintes fatores de risco para o uso precoce de álcool entre esta população: comportamento de busca por sensações, problemas de comportamento e afiliação a colegas com comportamento delinquente.

Consumo de drogas.

Tal como o que sucede com o consumo de álcool, o consumo de drogas tem aumentado em Portugal, com o número de overdoses a subir pelo terceiro ano consecutivo, de acordo com o relatório apresentado pelo SICAD. Em 2021, registaram-se 74 mortes por overdose, onde 26% dos indivíduos tinham menos de 34 anos de idade,

45,2% tinham entre 35 e 49 anos e 28,8% tinham igualmente ou mais de 50 anos, colocando a idade média de mortes por overdose em 43 anos. Destas 74 mortes, 82,4% é do sexo masculino e 17,6% do sexo feminino.

O relatório evidencia ainda que as mortes por overdoses duplicaram de 2017 para 2021, passando de 38 para 74 mortes (SICAD, 2021).

A utilização de substâncias entre os adolescentes vai desde a experimentação até perturbações graves relacionadas ao uso dessas substâncias. Mesmo o uso de substância de carácter esporádico e de experimentação apresenta riscos de curto prazo, tais como acidentes, conflitos, sobredosagem, etc. Os efeitos de longo prazo incluem perturbações mentais, queda substancial no rendimento escolar, níveis elevados de dependência, etc. Atualmente, o uso de substâncias representa uma forma fácil e simplificada de os adolescentes satisfazerem a necessidade de se querem colocar em situações de risco e experimentar sensações novas e intensas, assim como uma forma de integração em determinados grupos. Nesse sentido, não é de admirar que o uso de substâncias seja comum entre este grupo etário. Não obstante, o uso de substâncias de modo contínuo é menos frequente. No âmbito da prevenção, os pais exercem um papel muito importante, devendo estes nunca negligenciar, permitir ou mesmo banalizar qualquer tipo de comportamento relacionado ao uso de drogas manifestado pelos seus filhos. Os pais são uma figura de referência fundamental, pelo devem fazer os possíveis para dar o melhor exemplo, evitando o uso de drogas mais leves como o tabaco frente aos filhos, ou mesmo até a compra de medicamentos com prescrição médica quando estes estiverem por perto (Ferreira, 2013).

Segundo os dados de Levy (2020), a percentagem de alunos jovens que reportaram nunca ter usado nenhuma substância durante a vida, tem aumento no decorrer dos últimos 40 anos, o que é bastante positivo. Contudo, verifica-se,

simultaneamente, um leque cada vez maior de produtos potentes e perigosos disponíveis para venda, tais como opioides prescritos, produtos de alta potência derivados da cannabis e fentalina. Por outras palavras, cada vez mais existe uma maior variedade de drogas para consumo. Uma das substâncias mais usada pelos adolescentes (tanto em tabaco como em equipamentos de vapor) é a nicotina. Um dos fatores de risco relacionado ao início do tabagismo durante a adolescência é ter pais fumadores. Outros fatores identificados na literatura relacionados ao início desta condição foram: os colegas e pessoas de referência, que atuam como modelos na vida do adolescente (ex.: pessoas famosas, ídolos, etc.); ter fraco rendimento escolar; ter baixa autoestima; o desejo de ser reconhecido/a; a vontade de ser aceite pelos pares; ter baixas competências a nível de resolução de problemas; e a disponibilidade dos cigarros (Levy, 2020).

Além dos cigarros tradicionais, de acordo com Levy (2020) cerca de 3,5 % dos estudantes do ensino médio usam tabaco sem fumaça. O tabaco sem fumaça pode ser consumido de várias formas: mascado (tabaco de mascar), colocado entre o lábio inferior e a gengiva (tabaco de imersão) ou inalado pelo nariz (rapé). Tanto de uma forma ou de outra, os pais podem ajudar os filhos a evitar o tabaco através dos seus comportamentos, funcionando como modelos positivos, discutindo de forma aberta acerca dos malefícios do tabaco e incentivando aqueles que já fumam a parar, inclusive através de apoio especializado, tais como consultas para cessação tabágica (Levy, 2020).

Recentemente, o uso de cigarros eletrónicos tem-se tornado uma tendência cada vez maior entre adolescentes, especialmente naqueles pertencentes a classes socioeconómicas média e alta. Segundo uma investigação levada a cabo pela *Harvard Medical School*, a popularidade e o consequente uso dos cigarros eletrónicos (vaporizador de nicotina, sem outras substâncias) entre os alunos aumentou

substancialmente, passando de 4,5% em 2013 para 25,5% em 2019. Além disso, aproximadamente 45,6% dos alunos do último ano do ensino médio experimentaram cigarros eletrónicos (nicotina e outras substâncias) (Levy, 2020).

De acordo com a *American Lung Association*, os cigarros eletrónicos apresentam diversos malefícios à saúde humana, não sendo, por isso, mais seguros que os cigarros tradicionais; e também não devem ser utilizados para deixar de fumar. As substâncias nocivas presentes nestes cigarros podem causar lesão pulmonar grave e doença pulmonar obstrutiva crónica (DOP), asma e cancro do pulmão (American Lung Association, 2022).

Através do relatório anual da sinopse estatística de 2021, A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, que o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) realizou de um estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas e outros comportamentos aditivos e dependências (13-18 anos), contatou-se (Tabela 6) que a prevalência do consumo ao longo da vida de qualquer substancia ilícita é equivalente ao aumento da idade, ou seja consoante a idade aumenta, aumenta progressivamente o consumo. Verificou-se que do ano de 2011 para 2015 houve uma diminuição do consumo exceto nos 18 anos que aumentou de 31,2% para 35,2%. Já no ano de 2019 existiu uma diminuição até significativa do consumo em quase todas a idades exceto nos 16 anos que passou de 17,7% para 18,4%.

Relativamente às prevalências de consumo por tipo de substância, nos últimos 12 meses do estudo, verificou-se que a canábis é a substância mais consumida pelos jovens tanto em idade mínima de 13 anos (1,8%), como em idade máxima do estudo de 18 anos (25,6%).

Impacto do uso de álcool e drogas em adolescentes

A utilização problemática de álcool por adolescentes está associada a um conjunto de perdas no desenvolvimento da própria adolescência e em resultados subsequentes. De mencionar que as perdas ou danos originados pelo uso de álcool em adolescentes diferente daqueles evidenciados em adultos, por motivos relacionados a alterações neuroquímicas e pelas especificidades existenciais desta fase da vida. Os riscos na adolescência aumentam, dado que o adolescente costuma manifestar um comportamento desafiante e opositor em relação a regras impostas, além de acreditar estar protegido de acidentes e tendencialmente se envolver em situações arriscadas, muitas vezes com consequências severas (Brook & Brook, 1996).

Vários estudos analisaram os efeitos do consumo de álcool em adolescentes. Num estudo realizado na fronteira dos EUA com o México, o consumo de bebidas alcoólicas entre adolescentes apareceu relacionado à condução sob efeito do álcool e com o ato de entrar no veículo de outra pessoa com o motorista alcoolizado (Yi et al., 2001).

Numa revisão da literatura realizada por Marshall (2014), foi verificado que o uso de álcool na adolescência tende a ser acompanhado pelo uso de outras substâncias como o tabaco e por comportamentos sexuais de risco. Foi observado, também, que o consumo elevado de álcool no final da adolescência tende a persistir na idade adulta e está associado a problemas com o álcool, incluindo dependência, morte prematura e diminuição da capacidade de trabalho.

O alcoolismo aumenta a probabilidade de violência sexual, quer para o agressor como para a vítima. De forma semelhante, o adolescente, quando intoxicado pela substância, tem propensão a se envolver em relações sexuais sem proteção, ficando assim mais exposto a doenças sexualmente transmissíveis e, no caso das raparigas, a uma gravidez indesejada. A relação entre relações sexuais desprotegidas e o uso de álcool

parece ser condicionada pela quantidade de álcool ingerida, a qual interfere na elaboração do juízo crítico. Os resultados do estudo de Huizinga et al. (2000) revelaram uma associação entre uso de álcool, *cannabis* e comportamentos sexuais de risco, tais como o início precoce de atividade sexual, a não utilização de preservativos, a remuneração por atividades sexuais e a prostituição em adolescentes.

A literatura sugere, também, uma associação evidente entre o consumo de álcool na adolescência e uma série de prejuízos académicos resultantes do déficit de memória. Os adolescentes com dependência de álcool apresentam uma dificuldade maior em recordar palavras e desenhos geométricos simples após um intervalo curto de tempo, quando comparados adolescentes sem dependência alcoólica. Tendo em conta que a memória é uma função executiva essencial no processo de aprendizagem, sendo altamente sensível ao consumo de álcool, é normal que os adolescentes que usam esta substância apresentem dificuldades de aprendizagem. A diminuição do rendimento escolar, por sua parte, pode fazer com que o jovem comece a ter baixa autoestima, outro fator de risco para um maior envolvimento na experimentação, consumo e abuso de substâncias psicoativas. As consequências do uso abusivo de álcool podem, ainda, levar o adolescente a aumentar o consumo através de um efeito do tipo bola de neve, em vez de motivá-lo a diminuir ou a interromper o uso desta substância (Brook et al., 1986).

A conceção que o adolescente possui sobre os problemas originados pelo álcool não acompanha, necessariamente, a hierarquia dos prejuízos considerados de maior gravidade. Por exemplo, metade dos jovens que bebem de modo regular apontaram como principal consequência nociva o comportamento impróprio durante ou depois do consumo. De modo semelhante, 33% queixaram-se de comprometimento a nível do pensamento. Somente 20% descreveram o ato de conduzir alcoolizado como um dos problemas decorrentes, em vez de fazerem menção aos acidentes de viação que ocorrem

devido ao motorista estar alcoolizado, os quais resultam muitas vezes em morte nesta faixa etária (SAMHSA, 1998).

Ademais, verifica-se a que os limites sociais presentes entre adultos, frequentemente percecionados como alertas para a redução do consumo, encontram-se ausentes entre adolescentes. Por outras palavras, os adolescentes não têm a mesma noção ou consciência de perigo que os adultos. Por esse motivo, é mais fácil eles evoluírem do abuso para a dependência, de um modo muito mais rápido (McKinnon, 2004).

Tal como já mencionado, os danos relacionados ao uso de álcool tendem a manter-se ao longo da vida, tendo repercussões na neuroquímica cerebral, a nível do ajustamento social e no atraso do desenvolvimento de competências, uma vez que o adolescente ainda se está a desenvolver em termos biológicos, pessoais, sociais e emocionais (Brown et al., 2000).

Alguns dos efeitos do uso de álcool na adolescência e que persistem ao longo da vida são: exposição a um maior risco de dependência química na idade adulta; problemas a nível das funções executivas (ex.: memória, atenção, etc.), devido à influência do álcool nesta faixa etária; manutenção do consumo na idade adulta; alterações no sistema dopaminérgico, nas vias do córtex pré-frontal e no sistema límbico, os quais resultam em problemas comportamentais e emocionais significativos. De referir que as alterações nestes sistemas ocorrem, sobretudo, porque o cérebro do adolescente ainda se encontra em desenvolvimento, podendo ser afetado pelo uso do álcool. Por exemplo, o hipocampo, associado à memória e à aprendizagem, é altamente sensível ao álcool na adolescência, apresentando um volume menor em usuários de álcool.

Estes dados são pertinentes, pois indicam a existência de um efeito cerebral decorrente do consumo de álcool nos adolescentes. Os efeitos da substância ocorrem em áreas cerebrais que ainda estão a ser desenvolvidas, relacionadas a habilidade cognitivo-

comportamentais que deveriam se iniciar ou se determinar nesta fase da vida (Brown et al., 2000).

Através do relatório anual da sinopse estatística de 2021, A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, que a SICAD realizou de um inquérito sobre comportamentos aditivos em jovens dos 14 aos 20 anos internados em centros educativos em 2015, contatou-se que 19% dos jovens atribuem a culpa da realização dos crimes ao facto de estarem sob o efeito de álcool e drogas. No entanto outros 24% atribuem a culpa da realizam dos crimes que os levam ao internamento atual a obtenção de dinheiro para comprarem a droga e álcool.

Prevenção

As consequências supracitadas podem servir de alerta aos profissionais de saúde e ajudar na elaboração de programas de prevenção do uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas na escola (Cardoso & Malbergier, 2014). É importante que os professores tenham formação para lidarem com esta temática, pois a literatura mostrou a falta de preparação destes profissionais para gerir e lidar com esta questão na escola. Além disso, dependendo da localização geográfica da escola, os professores podem até ter medo e evitar se envolverem e se aproximarem de alunos suspeitos de usar drogas. Por conseguinte, é necessário repensar a formação dos professores e o modelo convencional de escola, dado que estes não estão a conseguir fazer face às diferentes situações que ocorrem nesse contexto. Também o papel do psicólogo escolar é muito importante neste âmbito, sendo este profissional responsável por promover o processo educativo, preventivo e de consciencialização envolvendo todos os membros da escola, os pais e a comunidade, com vista a se alcançarem mudanças significativas (Cordeiro et al., 2016).

A intervenção de carácter preventivo deve começar por ser global, recaindo em indivíduos e/ou grupos específicos e fornecendo-lhes informação e competências

essenciais para liderem com o risco relacionado ao consumo de substâncias psicoativas e outros componentes de risco. A prevenção e a promoção da saúde mental devem incidir na avaliação dos fatores de proteção ou pontos positivos/forças e não apenas recair nos fatores de risco e indicadores de perturbação/doença mental. Assim, as estratégias de prevenção direcionadas à população geral, subgrupos e indivíduos devem ser aplicadas ao nível individual e grupal e ser desenvolvidas em diversos contextos, visando consciencializar também as pessoas mais velhas para que estas "passem a palavra" e eduquem os seus filhos/familiares em consonância com esta iniciativa (Cardoso & Malbergier, 2014).

De acordo com o preconizado pelos modelos compreensivos e de influência social, existem fatores de risco e de proteção que condicionam as atitudes e os comportamentos dos indivíduos no que tange ao consumo de substâncias psicoativas. Estes fatores, de ordem biológica, psicológica e social, são internos ou externos aos indivíduos e cruzam as diversas esferas da sua vida (Novaes, 2019).

A abordagem atual ao nível da conceptualização e desenho da intervenção preventiva, fundamentado nos modelos compreensivos e de influência social supracitados, focada na avaliação da vulnerabilidade e do risco de ocorrência de uma doença, é executada em três níveis de intervenção, a saber (IOM, 1994, 2009): prevenção universal - direcionada à população geral sem análise prévia do nível de risco individual. Considera-se que toda a população tem o mesmo nível de risco em relação ao abuso de substâncias e que todos podem beneficiar dos programas de prevenção. Os programas de prevenção universal variam de acordo com o tipo, estrutura e duração. Os seus componentes recaem na informação e no desenvolvimento de competências; prevenção seletiva - dirigida a subgrupos ou partes da população geral, neste caso aos adolescentes com características específicas apontadas como de risco para o consumo de substâncias

psicoativas. O risco é avaliado de acordo com os fatores que o grupo apresenta relativamente ao abuso de substâncias, não sendo mensurado o nível de risco individual. Os programas de prevenção seletiva são de média ou longa duração, divergem a nível de tipologia e estrutura e os seus componentes visam a informação e o desenvolvimento de competências; e prevenção indicada - voltada a indivíduos com comportamentos de risco, como os adolescentes que evidenciam sinais de uso de substâncias psicoativas ou que apresentam outros comportamentos de risco ou problemáticos de dimensão subclínica associados à escola. O nível de risco individual é avaliado. Estes programas são de longa duração, variam em função do seu tipo e estrutura e os seus componentes contemplam, tal como nos níveis anteriores, a informação e o desenvolvimento de competências (Cardoso & Malbergier, 2014).

Conforme mencionado por Ferreira (2013), os sistemas influenciam-se mutuamente, ou seja, se o mesossistema for fraco, terá consequências no outro e assim por diante, funcionando como um ciclo vicioso. Assim, é importante que todos os agentes educativos estejam em sintonia e que fortaleçam toda esta ligação, o que acabará por resultar em benefícios para o jovem aluno. Como tal, é preciso chegar ao entendimento de que qualquer intervenção deve procurar possuir uma perspetiva preventiva e não reativa, sendo que é essencial procurar colocar estas práticas em idades cada vez mais precoces, como por exemplo nos alunos do 6º ano, tendo em conta que cada ação deve ir ao encontro específico de cada variável (idade, género, contexto, etc.), e que estas devem ser delineadas de modo a ir ao encontro destes. O enfoque deve ser integrado num modelo biopsicossocial, englobando o adolescente e as relações que este estabelece nos vários contextos onde se insere, entendendo e fomentando os fatores positivos relacionados aos grupos de pares, sendo esta interação de educação benéfica nas suas relações e na prevenção dos consumos. Portanto, as medidas de prevenção de risco e de promoção da

saúde a ser adotadas devem estar presentes nas intervenções com os adolescentes a um nível micro e macro, tendo em conta o desenvolvimento de políticas de saúde que priorizem o acesso destes à informação, mediante, por exemplo, a continuidade do trabalho efetuado no âmbito da educação para a saúde. É importante igualmente mencionar a importância da existência de estudos que acompanhem a evolução dos comportamentos de risco nos adolescentes, tendo em consideração a premissa de que os fatores de risco estão relacionados entre si, retroalimentam-se e que, por isso, incrementam o risco de o adolescente chegar à idade adulta mais fragilizado. Este género de trabalho possibilita um maior enfoque no papel dos pais, educadores e técnicos de saúde, conferindo especial atenção a preditores de risco, alertando para sinais como a falta de suporte familiar, a insatisfação com a vida, a violência, etc., para que a intervenção produza melhores resultados (Ferreira, 2013).

Família

A família é a primeira instituição que a pessoa tem contacto, detendo esta um papel sem dúvida essencial no seu desenvolvimento. Apesar de haver um maior distanciamento relativamente à família durante a adolescência, os pais continuam a ser o principal pilar do adolescente no respeitante a proteção, segurança, problemas, etc. O envolvimento dos pais no desenvolvimento do adolescente pode condicionar positivamente a prevenção de comportamentos de risco. Uma das variáveis mais importantes a nível familiar é o controlo parental, que funciona como um fator protetor na adoção deste tipo de comportamentos (Sussman, 2007).

De acordo com Ferreira (2013), o tipo de relacionamento que os adolescentes têm com os pais é um fator de proteção. Além disso, os comportamentos adotados por estes, tal como já mencionado, tendem a ser reproduzidos pelos seus filhos que os veem como modelos a seguir. A perceção dos adolescentes acerca do que os pais acham sobre o

consumo de substâncias pode ter influência na adoção de comportamentos de risco. Por exemplo, os adolescentes que têm a perceção de que os pais possuem uma posição de reprovação forte em relação ao consumo de álcool, consomem menos álcool em comparação com os aqueles que têm a perceção que os seus pais não aprovam este consumo, mas de forma mais moderada. Perante o exposto, depreende-se que o relacionamento positivo com os pais é sem dúvida alguma um fator de proteção dos comportamentos de risco por parte dos adolescentes (Ferreira, 2013).

Escola

A escola é considerada um elemento muitíssimo importante do sistema social. É uma instituição que, desempenhando funções específicas, tem impacto na vida de todas as crianças e jovens. A escola é um dos pilares mais relevantes da sociedade, entrando na vida de todas as pessoas e moldando valores, atitudes e orientações de vida (Górka-Strzałkowska, 2017).

As experiências positivas no ambiente escolar podem ser um recurso valioso para o bem-estar subjetivo dos jovens, dado que a escola é um importante agente de socialização e um espaço de eleição para encontros e interações. Por outra parte, as experiências negativas ocorridas na escola podem levar a adoção de comportamentos de risco. Dessas experiências fazem parte, por exemplo, o mau desempenho académico muitas vezes atribuído não apenas ao aluno, mas também à falta de preparação dos professores, o qual pode levar a sentimentos de baixa autoestima e à falta de interesse que de certa forma podem contribuir para o envolvimento em comportamentos de risco (Ribeiro, 2021). Toma-se como exemplo o estudo de Bonny (2000) cujos resultados mostraram que os jovens com maior ligação à escola apresentaram um melhor estado de saúde, sugerindo também que a satisfação com o ambiente escolar estava fortemente associada com a perceção de bem-estar e segurança entre esta população.

No que diz respeito ao professor, este tem um papel fulcral, sendo que o relacionamento que ele estabelece com os seus alunos, o apoio que disponibiliza, as expectativas que possui relativamente aos mesmos e as mensagens que transmite sobre as suas capacidades são fatores de grande relevância. Além disso, o professor surge como um elemento essencial na promoção de capacidades de decisão e na escolha de estilos de vida saudáveis entre os alunos. Com efeito, a sua formação e preparação para lidar com todo o tipo de alunos, de vários contextos e com diversas problemáticas é de extrema importância (Ribeiro, 2021).

A perceção de falta de apoio por parte do professor apareceu associada à falta de ligação com a escola em alunos e à adoção de comportamentos de risco por parte destes, tais como a iniciação do consumo de tabaco. Também a relação com o professor percebida como negativa foi associada a comportamentos de risco, nomeadamente ao consumo de substâncias e à violência, bem como a sintomas de mal-estar físico e psicológico.

No estudo português *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), realizado em colaboração com a OMS, que contou com a participação de 45 países em 2010, foi verificado que os rapazes, em comparação com as raparigas, referiram com mais frequência que os professores não os tratavam com justiça, não se interessavam por eles, tinham expectativas muito elevadas, além de considerarem que estes tinham baixas expectativas relativamente às suas capacidades. Conforme mencionado por Matos (2011) a escola tem um papel muito importante no desenvolvimento da resiliência dos alunos, dado que é um ambiente propício à aquisição desta competência, além de outras competências de elevado peso na vida dos jovens. O ambiente escolar percecionado de modo positivo está fortemente relacionado à perceção de bem-estar dos jovens e, de certa maneira, pode funcionar como um fator amortizador dos efeitos da desigualdade económica entre os alunos, bastante evidente em determinadas escolas (Matos, 2011).

Pares/Amigos

Conforme já mencionado, os grupos e os amigos ganham especial importância na vida dos jovens no início da adolescência. Esta importância, que se vai tornando cada vez maior, está associada às necessidades pessoais de identificação, intimidade e construção da identidade. Durante a adolescência os jovens começam, assim, a passar a maioria do tempo com os pares, afastando-se gradativamente dos seus pais. Contudo, a relação destes com a família não perde a sua função protetora e de proteção. No entanto, o afastamento dos pais e consequente perda do controlo parental, faz com que os adolescentes fiquem mais vulneráveis ao risco. Por outro lado, a falta de amigos ou a solidão, bem como a não aceitação por parte dos pares, apareceu associada ao consumo de substâncias, nomeadamente o abuso de álcool e de substâncias ilícitas (Ribeiro, 2021).

A importância do grupo de pares e da pertença a um grupo na adolescência já foi bastante documentada na literatura. A relação com os colegas tem um efeito positivo no desenvolvimento dos adolescentes através de percursos inacessíveis à família, já que é com os amigos que estes passam a maioria do tempo. Enquanto fator social, o adolescente sente maior afinidade com alguns pares em detrimento de outros, começando a ter sentimentos de pertença por determinados grupos. Este processo de identificação constitui-se como essencial na construção da identidade social dos adolescentes. Deste modo, ressalva-se a pertinência do grupo de pares para o desenvolvimento saudável e equilibrado do adolescentes, no sentido em que a qualidade das relações de amizade vão aumentar a satisfação e o bem-estar dos mesmos. No entanto, esta influência exercida pelos pares pode ter um efeito adverso, sobretudo nas situações em que os efeitos de prestígio e popularidade no grupo conduzem o adolescente à adoção de comportamentos de risco, passíveis de prejudicar a sua saúde (Ferreira, 2013).

Por último, convém mencionar que os adolescentes, quando pouco esclarecidos no respeitante ao bem-estar e pouco atentos a assuntos de saúde, podem por em risco o presente e o futuro da sociedade, tendo em conta que esta poderá não conseguir suportar os custos decorrentes de uma população pouco saudável, de uma força de trabalho pouco produtiva e com fracas noções a nível de cidadania. Nesse seguimento, deparamo-nos com a necessidade de empreender esforços no sentido de alterar essa situação e contribuir significativamente para que os adolescentes de desenvolvam de forma equilibrada, tornando-se parte produtiva do tecido social, atentos à sua saúde e capazes de transmitir conhecimentos de valor às futuras gerações (Ribeiro, 2021).

Modelo de Brofenbrenner

O modelo do desenvolvimento humano proposto por Urie Bronfenbrenner sugere que o desenvolvimento humano é influenciado por diferentes tipos de sistemas ambientais, que vão desde o mais imediato, como a família e a escola (microsistema), até aos contextos mais amplos, como a cultura e a sociedade (macrosistema).

O microsistema, que inclui a interação direta do adolescente com os seus familiares e amigos, tem um impacto significativo no consumo de substâncias, com diversos estudos a revelarem que os jovens expostos a ambientes familiares com a presença de álcool e drogas têm uma maior probabilidade de também consumir estas substâncias (Foxcroft et al., 2022; Rusby et al., 2018). Neste contexto, Yule and Wilens (2011) evidenciaram que cerca de 50% do risco de abuso ou dependência de substâncias na adolescência é geneticamente influenciado, sendo tal comportamento fortemente modelado pela influência parental. O estudo de van der Vorst (2012) também demonstrou que os adolescentes cujos pais consomem álcool têm uma maior probabilidade de adotar esses comportamentos, num processo de aprendizagem observacional.

A forma como a família comunica sobre o álcool e as drogas também é crucial, sendo que as pesquisas indicam que uma comunicação aberta e eficaz sobre os riscos do

consumo de substâncias reduz a probabilidade de uso entre adolescentes (Carver et al., 2017). Além disso, as normas familiares em relação a estas substâncias também influenciam diretamente as atitudes e os comportamentos dos jovens. A presença de um ambiente familiar com suporte também pode atuar como um fator de proteção, com o apoio emocional e a supervisão parental a estarem associados a menores taxas de consumo de substâncias entre adolescentes. Shakya et al. (2012) encontrou evidencias de que, quando um adolescente tem um amigo cuja mãe é autoritária, esse adolescente é 40% menos propenso a beber até o ponto de embriaguez, 38% menos propenso a consumir bebidas alcoólicas em excesso, 39% menos propenso a fumar cigarros e 43% menos propenso a usar maconha do que um adolescente cujo amigo tem uma mãe menos autoritária. McLaughlin et al. (2016) também evidenciou que um estilo parental autoritário, que inclui a monitorização e uma comunicação eficaz, pode funcionar como um fator protetor contra o consumo de substâncias, enquanto, por sua vez, o uso de substâncias na família, especialmente quando exposto em tenra idade, pode influenciar o comportamento dos jovens em relação a estas substâncias.

Além disso, a influência dos pares, principalmente durante a adolescência, também se encontra frequentemente associada a comportamentos de risco, incluindo o consumo de drogas (Fujimoto & Valente, 2012; Watts et al., 2023). Note-se que, a pressão dos pares é um fator significativo no consumo de substâncias durante a adolescência, principalmente devido à busca pela aceitação social, que pode levar os jovens a adotarem comportamentos de risco, incluindo o uso de álcool e drogas (Valente et al., 2004). Há também a questão da seleção de pares, onde os adolescentes tendem a associar-se com outros que têm hábitos e atitudes semelhantes, incluindo o uso de substâncias, fenômeno este que reforça os comportamentos de risco dentro do grupo (Jorge et al., 2018). Por outro lado, pares com atitudes positivas e comportamentos saudáveis podem influenciar

de maneira benéfica, sendo que os adolescentes inseridos em grupos com atitudes negativas em relação ao consumo de drogas apresentam uma menor probabilidade de consumirem estas substâncias (Keyzers et al., 2020).

O segundo elemento do sistema de Bronfenbrenner é o mesosistema, o qual se refere às interconexões entre os diferentes microsistemas, por exemplo, a relação entre o ambiente escolar e familiar e a sua influência no comportamento dos adolescentes. Por exemplo, o estudo conduzido por Small et al. (2014) demonstrou que os jovens com um bom desempenho escolar e relações familiares estáveis apresentam menores taxas de consumo de substâncias. Por sua vez, Tavares (2018) concluiu que as relações familiares e com os pares dos indivíduos que não consomem substâncias são positivamente mais favoráveis em comparação com os que consomem. Mills et al. (2021) também consideraram duas variáveis, o apoio parental e o monitoramento parental, concluindo que estas se encontram significativamente e negativamente relacionados com o consumo de substância por parte dos jovens.

Prosseguindo para o terceiro elemento do sistema de Bronfenbrenner, o exosistema, este abrange os fatores que afetam indiretamente os adolescentes, como é o caso das políticas de saúde pública e a disponibilidade de drogas na comunidade. Note-se que, as políticas restritivas no acesso ao álcool e às drogas estão associadas a uma menor prevalência do seu consumo entre os adolescentes, sendo possível identificar estudos que indicam que leis mais rigorosas relacionadas à idade mínima para o consumo de álcool, por exemplo, estão associadas a uma redução na prevalência do consumo entre os adolescentes (Ahammer et al., 2022; Green et al., 2015; McCartt et al., 2010; Toomey et al., 1996), o que sugere que restringir o acesso legal a estas substâncias pode desencorajar o seu uso por parte dos jovens. A implementação de programas de educação e prevenção nas escolas ou nas comunidades, apoiados por políticas de saúde pública,

também mostram uma significativa eficácia na redução do consumo de substâncias entre os adolescentes. O estudo conduzido por Alarcó-Rosales et al. (2021) destacou a implementação de programa de intervenção escolar para prevenir o uso de substâncias entre adolescentes em risco de fracasso escolar, tendo concluído no seu sucesso, influenciando as atitudes e os comportamentos dos jovens, reduzindo o tabagismo, os episódios de embriaguez, o consumo de álcool e o uso de cannabis. Conclusões semelhantes foram alcançadas por Das et al. (2016) e Griffin et al. (2023), sendo que estes últimos, tendo analisado os resultados 13 anos após a intervenção preventiva nas escolas, concluíram que os resultados são visíveis no longo prazo no comportamento do consumo de drogas ilícitas.

Ainda no contexto do exosistema destaca-se o facto de que a facilidade de acesso a substâncias ilícitas na comunidade também se encontra diretamente relacionado com o seu uso por parte dos adolescentes, com Gillespie et al. (2009), Hawkins et al. (1992), e Luthar and D'Avanzo (1999) a mostrarem que nas comunidades onde há uma perceção de um fácil acesso a drogas, as taxas de consumo entre os jovens são significativamente mais elevadas. Adicionalmente, a adoção de estratégias comunitárias, como a vigilância dos pontos de venda e o aumento da conscientização sobre os riscos do consumo de substâncias, são estratégias eficazes na redução do uso de drogas entre os adolescentes, sendo que, as comunidades com políticas ativas de prevenção ao consumo de drogas conseguem obter resultados positivos na diminuição do uso entre os jovens (Johnson et al., 2007; Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2022).

O quarto elemento do sistema de Bronfenbrenner, o macrosistema, engloba as crenças culturais e os valores sociais, os quais afetam o comportamento dos adolescentes no que se refere ao consumo de substâncias psicoativas uma vez que têm a capacidade de

moldar as perceções, atitudes e comportamentos dos jovens em relação ao uso de álcool e outras drogas. Nas culturas onde o consumo de álcool é socialmente aceite ou até incentivado, tende-se a observar taxas mais altas de consumo entre os jovens (MacArthur et al., 2020; Nwagu et al., 2017). Assim, nas sociedades com normas mais liberais em relação às substâncias psicoativas, os adolescentes têm maior probabilidade de iniciar o consumo em idades mais jovens e de se envolver em episódios de consumo excessivo (Nwagu et al., 2017).

Para além dos valores e das normas culturais, os media e a publicidade também desempenham um papel significativo na formação das atitudes dos jovens em relação ao consumo de substâncias, sendo que diversos estudos demonstram que a exposição à publicidade está associada a atitudes mais permissivas e a um aumento no consumo entre adolescentes. Assim, a forma como o consumo de substâncias é retratado nos media, incluindo nos filmes, na música e nas redes sociais, tem por vezes a capacidade de normalizar ou glamourizar estas práticas, influenciando as atitudes e os comportamentos dos adolescentes (Jackson et al., 2018; Romer & Moreno, 2017; Sudhinaraset et al., 2016).

O último elemento do sistema de Bronfenbrenner, o cronosistema, incorpora as mudanças ao longo do tempo e as transformações temporais, tanto no indivíduo como no seu contexto, que têm a capacidade de influenciar o consumo de substâncias. Estas mudanças podem ser históricas, sociais ou legislativas, e podem ser uteis para entender a dinâmica do consumo de substâncias. Neste contexto, salienta-se, por exemplo, a legalização da cannabis, a qual, de acordo com alguns estudos, pode levar a um aumento no consumo de cannabis, principalmente entre os jovens, o que mostra que as mudanças nas leis tem a capacidade de influenciar diretamente os padrões de consumo de substâncias (Bailey et al., 2023; Hopfer, 2014; Mennis et al., 2023).

As transformações temporais também são percetíveis pelo facto de que, ao longo das últimas décadas, se ter assistido a um aumento do consumo entre os adolescentes (Keyes et al., 2022). Da mesma forma, nas últimas décadas, ocorreram mudanças substanciais nos tipos de substâncias que os indivíduos consomem (Nath et al., 2022). As normas sociais em relação ao consumo de substâncias também sofreram alterações ao longo do tempo, tendo-se assistido a uma crescente normalização do consumo de álcool nos eventos sociais, o que se reflete no maior consumo entre os jovens (Sudhinaraset et al., 2016).

Objetivos

Os objetivos gerais definidos pretendem compreender e caracterizar a relação entre o consumo do álcool e das drogas na qualidade de vida dos adolescentes dos 15 aos 18 anos.

Para se alcançar este objetivo geral, foi necessário estabelecer objetivos específicos, nomeadamente: a) Caracterizar o consumo de substancias psicoativas e a qualidade de vida nos jovens, por idade e género; b) Compreender e caracterizar a influência do álcool e das drogas na qualidade de vida dos adolescentes.

Método

Participantes

Este estudo é exploratório e foi realizado a adolescentes residentes em Portugal, na qual teve 104 participantes (61 do sexo feminino, 43 do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos (M=17,25; DP=0,95) (tabela 1.). A sua participação foi voluntária e a amostra escolhida por conveniência.

Primeiramente foram delimitados critérios de inclusão e exclusão para a participação neste estudo, sendo os de inclusão: a) o/a participante deve ter idade compreendida entre os quinze e dezoito anos de idade; b) o/a participante deve ser residente em Portugal; c) o/a participante se menor de idade o encarregado de educação deve assinar o consentimento informado para este participar; d) o/a participante deve submeter o consentimento informado assinado. Já os critérios de exclusão tidos em conta foram: a) o/a participante ter menos de quinze anos de idade ou mais de dezoito anos; b) o/a participante não ser de nacionalidade portuguesa; c) o/a participante menor de idade que não tenha o consentimento informado assinado pelo encarregado de educação; d) o/a participante não submeteu o consentimento informado.

Tabela 1

Características gerais da amostra

		N	M	Min.	Max.
Género					
	Masculino	43			
	Feminino	61			
Idade			17	15	18
	15 anos	2			
	16 anos	4			
	17 anos	41			
	18 anos	57			

Tabela 2

Caraterísticas gerais da subamostra

	N	M	Min.	Max.
Idade		17	15	18
Grupo 1- 15 e 16 anos	6			
Grupo 2- 17 anos	41			
Grupo 3- 18 anos	57			

Mais tarde, foi necessário agrupar as idades em três grupos distintos. Na tabela 2, é possível observar a divisão concretamente, onde o grupo 1 agrega os 15 e 16 anos com 6 adolescentes, o grupo 2 inclui os de 17 anos com 41 adolescentes e o grupo 3 os adolescentes de 18 anos com 57, o que originou uma subamostra.

Instrumentos

No estudo, os instrumentos utilizados foram o questionário sociodemográfico, o Questionário da Qualidade de Vida Pediátrica (PedsQL) Versão 4.0 e o questionário *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) versão 3.1.

Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi constituído por um questionário de preenchimento rápido e breve, que teve como objetivo a recolha de informação das variáveis sociodemográficas que são referentes a cada um dos participantes: idade, género, residência, ano de escolaridade, escola.

Questionário da Qualidade de Vida Pediátrica versão 4.0

O PedsQL, foi desenvolvido por Dr. James Varni em 2001, o qual participou no processo de avaliação da versão retro traduzida portuguesa. Este foi validado para a população portuguesa por Lígia Lima, Marina Prista Guerra e Marina Serra de Lemos em 2008.

O PedsQL apresenta três versões para crianças, de acordo com o nível cognitivo: 5-7 anos; 8-12 anos; e 13-18 anos. Neste estudo é utilizada a Escala Genérica de

autorrelato para crianças entre os 13 e 18 anos de idade, que constitui um dos instrumentos mais frequentemente utilizado no domínio da saúde infantil.

Foram determinada a confiabilidade e a validade do questionário ao verificar os coeficientes *alfa de Cronbach* para a medida principal (alfa = 0,83 para o paciente e alfa = 0,86 para os pais) foram aceitáveis para comparações entre grupos.

As Escalas Genéricas do PedsQL versão 4.0 foram concebidas para avaliar as principais dimensões da saúde, de acordo com o proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), assim como o funcionamento em termos da qualidade de vida e dos papéis escolares (Varni, Seid e Kurtin, 2001). Assim, as dimensões avaliadas pelas escalas genéricas são o funcionamento físico (8 itens), o funcionamento emocional (5 itens), o funcionamento social (5 itens) e o funcionamento na escola (5 itens). Cada item tem cinco opções de resposta numa escala de Likert (nunca=0 a quase sempre=4).

A cotação deste instrumento, implica a reversão dos itens e posterior transformação numa escala de 0 a 100 (0 = 100; 1 = 75; 2 = 50; 3 = 25; 4 = 0), de forma que os resultados mais elevados sejam indicadores de uma melhor qualidade de vida. Os resultados da escala são calculados através da soma dos itens dividida pelo número de itens respondidos. O questionário é pontuado, total e por dimensões, a partir da média das pontuações dos itens correspondentes.

***The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* versão 3.1.**

O ASSIST, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2002, destaca-se de outros instrumentos como o "The Alcohol Use Disorders Identification Test" (AUDIT), pois objetiva detetar consumo abusivos de diferentes substâncias e problemas associados (tabaco, bebidas alcoólicas, cannabis, cocaína, estimulantes do tipo anfetaminas, inalantes, sedativos ou comprimidos para dormir, alucinogénios, opióides e

outros). Este foi validado para Portugal por *António Ramalho Mostardinha, Ana Bártolo, José Bonifácio, Anabela Pereira* em 2019.

Este é composto por 10 subescalas (‘Tabaco’, ‘Bebidas Alcoólicas’, ‘Cannabis, ‘Cocaína’, ‘Estimulantes do tipo Anfetaminas’, ‘Inalantes’, ‘Sedativos ou comprimidos para dormir’, ‘Alucinogénios’, ‘Opióides’ e ‘Outros’). A primeira questão é de triagem (consumir ou alguma vez ter consumido determinada substância), de seguida as questões dois a sete estão relacionadas com a avaliação do envolvimento com determinada substância (identificação do nível de risco que o seu comportamento de consumo apresenta).

Este inventário, leva aproximadamente 5 a 10 minutos a ser respondido e as respostas são dadas através de uma escala do tipo Likert de cinco pontos para as questões 2 a 5 (nunca; 1 ou 2 vezes; 1 a 3 vezes por mês; 1 a 4 vezes por semana; 5 a 7 vezes por semana) e de três pontos para as questões 6 e 7 (não, nunca; sim, mas não nos últimos três meses; sim, aconteceu nos últimos três meses).

Ao nível da cotação, para cada subescala (substância) é calculada a soma das respostas obtidas nas questões correspondentes, obtendo-se assim a pontuação de consumo de risco para cada substância. Considera-se que quanto maior a pontuação, maior o envolvimento do estudante com determinada substância.

A consistência interna foi verificada através do *alfa de Cronbach*. Os resultados descobertos variaram consoante as escalas, .82 para a escala de tabaco, .71 para a escala de álcool, .76 para a escala de cannabis, .11 para a escala de cocaína, .71 para a escala de estimulantes de tipo anfetamina, .18 para inalantes, .75 para ansiolíticos/sedativos/hipnóticos, .55 para alucinogénios e .67 para opiáceos.

Este questionário não sofreu o processo de tradução-retroversão, uma vez que foi usada a versão em português do Brasil do ASSIST (versão 3.1), disponibilizada pela

OMS. No entanto, procedeu-se à adaptação cultural para português Europeu: alteração de estruturas frásicas [ex. Pergunta 5: "Nos últimos três meses, quantas vezes não fez aquilo que era normalmente se esperaria de si devido ao uso de (…)?" para "Nos últimos três meses, quantas vezes não fez aquilo que normalmente seria esperado de si (…)"]; adaptação cultural [ex. "Cocaína (coke, crack, etc.)" para "Cocaína (coca, crack, etc.)"].

Procedimentos

Procedimento da recolha de dados

O estudo realizado foi descritivo e transversal, visto ter sido aplicado num só momento e apenas uma vez a cada participante, a recolha de dados foi efetuada entre Janeiro de 2023 e Maio de 2023.

De seguida os questionários foram submetidos aos participantes com recurso a uma plataforma informática, nomeadamente o *Google Forms*, a qual foi divulgado por efeito bola de neve, através da internet e pessoalmente através de um código QR e do *link* do questionário, sendo a sua participação inteiramente voluntaria.

Na plataforma *Google Forms*, o estudo, inicialmente explicava o objetivo e foi solicitado o consentimento informado do participante, na qual deveria ser submetido, para lhe ser dada a permissão deste prosseguir para as respostas aos dois questionários seguintes.

De seguida, este foi iniciado com o questionário sociodemográfico, que depois passou para o PedsQL e por fim para o ASSIST.

É de grande importância ressaltar, que os participantes estavam livres de desistir a qualquer momento, e além disso foi-lhes provido o email do investigador, caso fosse necessário para qualquer dúvida ou esclarecimento.

Durante o estudo, foram cumpridos todos os procedimentos éticos para a investigação da Universidade Lusíada, na qual o anonimato foi garantido.

Procedimentos estatísticos

Para a realização deste trabalho foram feitas analises descritivas, como a média e o desvio padrão. E referências estatísticas, tais como teste t e anova.

Resultados

Apresentam-se aqui os resultados da aplicação dos instrumentos de avaliação selecionados que pretendem dar resposta aos objetivos propostos anteriormente.

Resultados do estudo comparativo do consumo de substâncias em função do género

Para aprofundar o estudo do nível de envolvimento dos jovens no consumo de substâncias, recolheram-se dados sobre os consumos de substâncias junto de jovens adolescentes dos 15 aos 18 anos.

Tabela 3

Diferenças entre os géneros quanto ao envolvimento no consumos de substâncias

Variáveis	Masculino		Feminino			
	M	*SD*	*M*	*SD*	t	p
Tabaco	6.03	4.72	7.27	5.39	1.02	.155
Álcool	3.55	6.37	2.87	4.62	-.513	.149
Cannabis	.43	1.52	.11	.45	-1.14	.131
Cocaína	.71	2.04	.77	2.69	.102	.459
Anfetaminas	.40	1.52	.21	.77	-.694	.245
Inalantes	.68	2.02	1.80	4.96	1.29	.100
Hipnóticos sedativos	.77	2.10	.61	2.27	-.301	.382
Alucinógenos	.77	2.10	.38	1.29	-.893	.188
Opióides	1.41	3.07	.81	3.33	-.715	.240
Outras	1.41	1.41	1	4.37	-.415	.344

Na tabela 3, constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos do género feminino e masculino ($p > 0.05$).

Resultados do estudo comparativo do consumo de substâncias em função da idade

Para comprar as idades com os vários tipos de consumo de substâncias foi realizado um teste ANOVA, na qual foi necessário agrupar as idades em três grupos distintos.

Tabela 4

Teste ANOVA

Variáveis	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Z	p
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*		
Tabaco	2	2,83	7,24	4,73	6,67	5,42	.995	.38
Álcool	.0	.0	4,0	5,54	2,78	5,48	.75	.48
Cannabis	.0	.0	.41	1,25	.15	.96	.50	.61
Cocaína	.0	.0	.63	1,78	.85	2,81	.17	.85
Anfetaminas	.0	.0	.37	1,25	.25	1,13	.15	.86
Inalantes	.0	.0	1,63	4,64	1,17	3,63	.22	.80
Hipnóticos sedativos	.0	.0	.48	1,45	.83	2,58	.30	.75
Alucinógenos	.0	.0	.61	1,75	.57	1,77	.11	.90
Opióides	.0	--	1,74	4,27	.68	2,24	.81	.45
Outras	.0	-	2,0	5,35	.68	2,24	.81	.42

Após realizar o teste de ANOVA (tabela 4), constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$).

Resultados do estudo comparativo da qualidade de vida em função do género

Tabela 5

Diferenças entre géneros quanto aos índices de qualidade de vida

Variáveis	Masculino		Feminino		t	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*		
QVFFísico	89,97	11,11	81,61	13,26	98,89	.001
QVFEmocional	70,47	20,32	56,66	20,27	90,45	.001
QVFSocial	83,95	15,22	80,43	16,91	95,81	.140
QVFEscolar	63,78	17,20	64,26	20,04	94,07	.450
QVGeral	76,49	12,60	70,81	13,61	90,28	.018

Através da tabela 5, foi possível perceber-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o índice de qualidade de vida do funcionamento físico e o género feminino e masculino ($t(104)= 98.89$; $p<0,05$); e entre o funcionamento emocional e o género feminino e masculino ($t(104)= 90.45$; $p<0,05$).

Contata-se assim, que o sexo masculino é o que tem maior índice de qualidade de vida do funcionamento físico (M= 89,9; DP= 1,69); e do funcionamento emocional (M=70,4; DP= 3,09).

Resultados do estudo comparativo da qualidade de vida em função da idade

Tabela 6

Teste ANOVA para diferenças entre grupos quanto aos índices de qualidade de vida

Variáveis	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3			
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	Z	P
QVFFísico	85,42	18,51	85,52	11,02	84,70	13,96	.048	.953
QVFEmocional	71,67	26,58	56,73	21,51	65,44	20	2,679	.073
QVFSocial	85	21,90	83,17	15,07	80,64	16,63	.398	.673
QVFEscolar	65	27,61	65	16,88	63,30	19,73	.100	.905
QVGeral	73,88	21,56	72,61	12,57	73,43	13,51	.051	.950

Na tabela 6, é possível constatar que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$).

Relação entre Qualidade de vida e o consumo de substâncias

Foi efetuada uma regressão linear para analisar como o consumo de tabaco, álcool, a idade e o género, preveem a Qualidade de Vida do Funcionamento Emocional.

Os valores de tabaco, álcool, idade e género, foram usados como preditores para os valores de Qualidade de Vida do Funcionamento Emocional.

Tabela 7

Sumarização do modelo e ANOVA da regressão linear

	R^2	R^2 Ajustado	df	F	p
1	,234	.185	-	-	-
Regressão	-	-	4	4,813	.002
Resíduo	-	-	63	-	-

Tabela 8

Regressão Linear da dimensão Qualidade de Vida do Funcionamento Emocional

				Estatística de colinearidade	
Preditores	Beta	t	p	Tolerância	VIF
Tabaco	-.187	-1,64	.106	.938	1.066
Álcool	-.147	-1,30	.199	.946	1.057
Idade	.057	.51	.610	.981	1.019
Género	.382	3,39	.001	.957	1.045

Esta análise produziu um modelo preditivo estatisticamente significativo, responsável por 185% da variabilidade no conjunto de dados (R^2_{adj}=.185; F(4;63)=4,813; p<.01). O exame dos coeficientes beta revelou que os valores do género (β=.382; t=3.39; p<.01) contribuíram significativamente para o modelo como preditor. Como tal, os resultados refletem que existe uma relação preditiva entre o género com a qualidade de vida de funcionamento emocional.

Assim, podemos afirmar que o género prevê uma maior qualidade vida de funcionamento emocional.

Discussão

A adolescência, apesar de ser considerada uma fase de menor vulnerabilidade à doença, é crítica para a tomada de decisões que impactam a saúde a longo prazo. Nesse contexto, a tomada de decisões críticas durante a adolescência, especialmente relacionadas ao consumo de substâncias, destaca-se como um aspeto significativo que pode influenciar a saúde a longo prazo. O uso de substâncias é identificado como uma preocupação global de saúde pública, com impactos significativos no bem-estar físico e social, sendo uma das principais causas de mortalidade e incapacidade em pessoas de 10 a 24 anos. Uma compreensão e abordagem desta relação são fundamentais para mitigar os impactos negativos na saúde e desenvolvimento dos adolescentes.

Atualmente, a adolescência emerge como uma fase crucial, marcada por decisões de impacto duradouro na saúde. A relevância desta etapa de desenvolvimento na formação de comportamentos, notadamente o consumo de álcool e drogas, suscita inquietações ao nível do efeito que tem na qualidade de vida dos adolescentes. Face ao exposto, o presente estudo teve como objetivo principal compreender e caracterizar a relação entre o consumo do álcool e das drogas na qualidade de vida dos adolescentes dos 15 aos 18 anos, reconhecendo a importância de abordar tal problemática para informar estratégias eficazes de promoção da saúde nesse grupo etário específico.

Primeiramente, respondendo ao primeiro objetivo específico caracterizando o consumo de substancias psicoativas e a qualidade de vida nos jovens, por idade e género, numa abordagem exploratória, não foram encontrados resultados explicativos entre os géneros feminino e masculino em relação ao envolvimento no consumo de substâncias. Na literatura encontram-se resultados contraditórios aos encontrados no presente estudo, i.e., os resultados de estudos anteriores têm mostrado uma maior incidência dos consumos no sexo masculino (e.g., Naia & Matos, 2007; Rodrigues et al., 2014; Santos et al., 2011;

Slade et al., 2016; White et al., 2015). Contudo, note-se que mais recentemente o sexo feminino tem vindo a aumentar a sua frequência nos consumos diminuindo a diferença anteriormente identificada na literatura (e.g., Chita et al., 2014). Este resultado pode ser interpretado à luz das mudanças sociais nas últimas décadas, onde padrões tradicionais de género vêm sendo questionados e igualdade de oportunidades tem sido promovida. No entanto, é importante considerar que, apesar da ausência de resultados explicativos, fatores culturais e sociais ainda podem influenciar de maneira sutil os comportamentos de consumo, evidenciando a complexidade dessa dinâmica.

Segundo Carvalho e colaboradores (2007), a classe etária dos 16 e mais anos é a que apresenta uma percentagem de consumos mais elevada, exceto no que se refere ao consumo de drogas ilícitas, onde a classe etária que se destaca na percentagem de consumos é a faixa etária dos 13-15 anos. Uma possível explicação para esta diferença poderá passar pelo desejo de autoafirmação no grupo de pares desta faixa etária. Além disso, estudos realçam a importância de examinar a idade de início do consumo de substâncias como a sua a continuidade (e.g., Chung et al., 2013; Malone et al., 2012; Najman et al., 2010). Estudos que compararam grupos que iniciaram o consumo de álcool antes e depois dos 12 ou 13 anos de idade com os que iniciaram mais tarde, concluíram que os que iniciaram mais cedo apresentavam uma maior frequência ou recorrência do consumo de álcool na adolescência (Bolland et al., 2016) ou apresentavam mais comportamentos problemáticos (Peleg-Oren et al., 2009) do que os que iniciaram mais tarde. No entanto, no presente estudo, ao analisar as idades, agrupadas em três grupos, em relação ao consumo de substâncias, revelou-se a ausência de resultados explicativos, tal como referido anteriormente no gênero. Estes poderão sugerir que, no contexto deste estudo, o consumo de substâncias não varia significativamente conforme os diferentes grupos etários. É importante notar que a falta de resultados explicativos não significa

ausência de influência da idade propriamente no comportamento de consumo, mas sim que outras variáveis poderão interagir de maneira mais complexa que esta, exigindo outras investigações mais detalhadas futuramente. Além disso, a ausência de resultados explicativos nas diferentes faixas etárias sugere que, dentro do microsistema, mesossistema, exossistema e macrosistema estudados, os fatores ambientais não exerceram uma influência estatisticamente discernível no padrão de consumo de substâncias. Isso pode indicar que as dinâmicas de interação entre os níveis ambientais não foram preponderantes ou não se manifestaram de maneira estatisticamente mensurável no consumo de substâncias nas faixas etárias investigadas. Portanto, considerando o modelo de Bronfenbrenner, a inexistência de resultados explicativos pode apontar para a complexidade e multiplicidade de influências que atuam simultaneamente. Talvez existam interações compensatórias ou contra-balançadoras entre os diversos níveis ambientais, neutralizando os efeitos que poderiam ser esperados com base em análises mais simplificadas.

Atendendo ao segundo objetivo específico do estudo, compreender e caracterizar a influência do álcool e das drogas na qualidade de vida dos adolescentes. O estudo da qualidade de vida em relação ao género revelou resultados explicativos no que diz respeito ao funcionamento físico e emocional. Os indivíduos do sexo masculino exibiram um índice superior de qualidade de vida em ambos os domínios. De facto, a qualidade de vida dos adolescentes pode ser influenciada por diversos fatores como as características sociodemográficas, nomeadamente o género e a idade (Lampropoulou, 2018; Nunes et al., 2016; Mínguez, 2020). A evidência aponta que as raparigas tenham um nível de bem-estar e qualidade de vida mais baixo em comparação com os rapazes (Kaye-Tzadok et al., 2017; Patalay & Fitzsimons, 2016) e que os adolescentes mais novos tenham um nível de bem-estar e qualidade de vida mais elevado (Gaspar et al., 2021; González-Carrasco et

al., 2017; Liu et al., 2016), apesar deste último resultado não ter sido evidenciado no presente estudo. Uma análise mais aprofundada destes resultados à luz de estudos anteriores ressalta a importância das expectativas culturais e sociais associadas aos papéis de género. Estudos prévios têm consistentemente destacado a influência dos sistemas micro e mesossociais, como a família e amigos, na formação da identidade e comportamento dos adolescentes. De acordo com o modelo de Bronfenbrenner, esses sistemas desempenham um papel crucial na moldagem das perceções individuais relativamente à qualidade de vida. A influência das normas sociais relacionadas ao género torna-se evidente, sugerindo que as expectativas culturalmente enraizadas podem influenciar a forma como os indivíduos percebem e autorrelatam a sua própria qualidade de vida. Já relativamente à qualidade de vida em função da idade não foram encontrados resultados explicativos. Esta descoberta sugere que, no contexto deste estudo, a idade não é um preditor explicativo da qualidade de vida, pelo menos nas variáveis específicas analisadas.

Por fim, através da análise de como o consumo de tabaco e álcool, a idade e o género contribuem para a qualidade de vida no funcionamento emocional, os resultados indicaram uma relação preditiva explicativa entre o género e a qualidade de vida do funcionamento emocional. Isso implica que, ao considerar essas variáveis, o género emergiu como um fator relevante na previsão do bem-estar emocional dos adolescentes, indo ao encontro do que foi anteriormente discutido. É de notar que diversas variáveis da qualidade de vida podem proporcionar uma proteção da saúde mental contra o consumo de substâncias, como o bem-estar geral ou psicológico e a satisfação com a vida. A satisfação com a vida, enquanto avaliação global da qualidade de vida de uma pessoa, reflete uma postura positiva relativamente à sua vida em geral (Diener et al., 1985). Um estudo anterior revelou que o consumo de cigarros, o consumo regular de álcool, o

consumo excessivo de álcool e o consumo de drogas ilícitas e esteroides estavam todos associados a um menor contentamento com a vida, o qual também se verificou em relação ao primeiro consumo de cigarros e de álcool (Zullig et al., 2001).

Em específico, o consumo de álcool e drogas, no presente estudo, não se revelou preditor explicativo da qualidade de vida, apesar de estudos anteriores demonstrarem o contrário. Uma explicação possível para este resultado poderia estar relacionada com a amostra específica do estudo, considerando a diversidade de contextos culturais, socioeconômicos e demográficos. Além disso, pode ser que fatores específicos desta população de adolescentes atenuem a influência negativa tradicionalmente associada ao consumo de substâncias. Por exemplo, a presença de fatores de proteção, tais como forte apoio social, programas de prevenção ou acessibilidade a recursos de saúde mental, podem atenuar os efeitos adversos do consumo de álcool, tabaco e drogas na qualidade de vida. À luz do modelo ecológico, fatores individuais e interações diretas no ambiente imediato do adolescente podem desempenhar um papel significativo (microsistema). Por exemplo, relações familiares, amizades próximas ou experiências escolares podem atenuar os efeitos negativos do consumo de substâncias. A qualidade destas interações pode influenciar a perceção de qualidade de vida de forma mais proeminente do que o próprio comportamento de consumo, ou aquilo que leva aos consumos propriamente ditos. Ao nível do exossistema, fatores externos, como políticas de prevenção e acesso a serviços de saúde mental, podem desempenhar um papel importante na mitigação dos efeitos dos consumos na perceção da qualidade de vida. Se existirem políticas eficazes de prevenção e tratamento, pode haver uma maior contribuição para a ausência de associação entre o consumo de substâncias e a qualidade de vida. Além disso, as normas culturais e sociais (macrossistema) também desempenham um papel importante. Se a cultura envolvente tem atitudes mais tolerantes ou aceitáveis em relação ao consumo de

substâncias, isso pode influenciar a forma como os adolescentes percebem a sua qualidade de vida, independentemente do consumo.

Outra consideração importante é a temporalidade dos dados. Pode ser que o impacto negativo do consumo de álcool, tabaco e drogas na qualidade de vida dos adolescentes se manifeste mais claramente em estágios posteriores da vida, e o presente estudo pode não ter capturado completamente essa dinâmica.

O presente estudo aborda de forma abrangente a relação entre o consumo de substâncias na adolescência e a sua influência na qualidade de vida dos jovens entre 15 e 18 anos. No entanto, torna-se importante reconhecer algumas limitações que podem afetar a generalização e interpretação dos resultados. Primeiramente, os dados apresentados são específicos para a faixa etária de 15 a 18 anos, o que limita a extensão das conclusões para adolescentes mais jovens ou mais velhos. Além disso, pela falta de resultados explicativos em relação às faixas etárias pode-se sugerir a precisão de investigações futuras mais aprofundadas, considerando outras variáveis que podem modular a influência da idade no comportamento de consumo. Outra limitação importante reside na ausência de resultados explicativos entre os sexos em relação ao consumo de substâncias. Embora os resultados contradigam alguns estudos anteriores, a explicação fornecida destaca as mudanças sociais nas últimas décadas. No entanto, deve-se reconhecer que fatores culturais e sociais ainda podem exercer influência sutil nos padrões de consumo, apontando para a complexidade da dinâmica em questão. Além disso, a investigação não aborda especificamente as razões por trás do consumo de substâncias pelos adolescentes, deixando lacunas na compreensão das motivações subjacentes. Apesar de através da análise dos dados serem fornecidas pistas importantes sobre a influência do género na qualidade de vida emocional, não abrange completamente a multiplicidade de fatores que podem modular esta relação. A falta de predição explicativa do consumo de tabaco e

álcool na qualidade de vida emocional, contrariando estudos anteriores, ressalta a necessidade de considerar fatores contextuais e de proteção específicos da amostra. A temporalidade dos dados também é uma consideração importante, já que o impacto negativo do consumo de substâncias pode se manifestar de maneira mais clara em estágios posteriores da vida, sugerindo a necessidade de futuros estudos longitudinais para uma compreensão mais abrangente do fenómeno.

O estudo em questão desempenha um papel importante ao abordar a relação entre o consumo de substâncias na adolescência e a sua influência na qualidade de vida dos jovens entre 15 e 18 anos. A adolescência, frequentemente considerada uma fase de menor vulnerabilidade à doença, revela-se crítica para a tomada de decisões que impactam a saúde a longo prazo. Especificamente, as decisões relacionadas ao consumo de substâncias destacam-se como aspetos significativos que podem moldar o bem-estar físico e social dos adolescentes, influenciando a sua saúde a longo prazo. Neste contexto, compreender e abordar essa dinâmica é essencial para mitigar os impactos negativos no desenvolvimento dessa população específica.

A compreensão aprofundada dos resultados do presente estudo requer uma análise mais abrangente da interação entre os níveis ambientais, conforme proposto pelo modelo ecológico de Bronfenbrenner. A ausência de resultados explicativos nas diferentes faixas etárias sugere que os fatores ambientais dentro do microsistema, mesossistema, exossistema e macrosistema estudados podem não ter exercido uma influência estatisticamente mensurável nos padrões de consumo de substâncias. Isso levanta a hipótese de interações compensatórias ou contra-balançadoras entre os diversos níveis ambientais, neutralizando os efeitos que poderiam ser esperados com base em análises mais simplificadas. A investigação aponta para a importância das expectativas culturais e sociais associadas aos papéis de género na formação da identidade e do comportamento

dos adolescentes. A influência dos sistemas micro e mesossociais, como a família e amigos, destaca-se como um aspeto a considerar na moldagem das perceções individuais sobre a qualidade de vida. A análise dos resultados à luz do modelo de Bronfenbrenner destaca a complexidade das interações ambientais e a necessidade de considerar a qualidade das relações e experiências sociais na compreensão da influência do consumo de substâncias na perceção da qualidade de vida. Como mencionado anteriormente, deve-se, também, reconhecer a importância da temporalidade dos dados. A possibilidade de que o impacto negativo do consumo de álcool, tabaco e drogas na qualidade de vida dos adolescentes se manifeste mais claramente em estágios posteriores da vida ressalta a necessidade de estudos longitudinais futuros para uma compreensão mais abrangente e precisa dessa dinâmica. A falta de predição explicativa do consumo de tabaco e álcool na qualidade de vida emocional pode estar relacionada à especificidade da amostra do estudo, considerando a diversidade de contextos culturais, socioeconómicos e demográficos. Além disso, a presença de fatores de proteção, como forte apoio social, programas de prevenção ou acessibilidade a recursos de saúde mental, pode atenuar os efeitos adversos tradicionalmente associados ao consumo de substâncias.

O tabagismo e o consumo de álcool constituem-se como os dois fatores que mais contribuem para a morte em todo o mundo (Stefler et al., 2018). A adolescência é o período mais frequente para a experimentação destas substâncias, e as crianças e adolescentes que iniciam o consumo de substâncias nesta fase precoce têm mais hipóteses de continuar estes hábitos mais tarde, o que pode levar a resultados graves para a saúde física e mental. Note-se que a adolescência é o período da vida em que o envolvimento na assunção de riscos tem efeitos a longo prazo na saúde futura do jovem (Steinberg, 2008). Isto deve-se ao facto de, durante esta fase crítica de mudança da adolescência, o acelerado desenvolvimento físico, emocional, cognitivo e social permitir que os

adolescentes desenvolvam uma série de comportamentos de risco para a saúde. Por outro lado, este período pode ser o momento mais ótimo e adequado para lançar as bases da promoção da saúde na idade adulta (Dudok & Piko, 2023). Assim, a importância da prevenção e da intervenção existentes e futuras que visam os fatores relacionados com o álcool e o tabaco na adolescência continua a ser um desafio. Estudos anteriores mostraram a complexidade e o contexto multifacetado do consumo de substâncias e salientaram a inter-relação entre fatores individuais, psicológicos e sociais (Brumback et al., 2021). Por conseguinte, uma chave para intervenções e ações bem-sucedidas é uma compreensão clara do desenvolvimento, dos fatores de previsão e dos indicadores dos comportamentos de risco para a saúde (Dudok & Piko, 2023; Brumback et al., 2021).

Desta forma, devem ser fomentados programas educacionais abrangentes nas escolas que abordem não apenas os riscos do consumo de substâncias, mas também as influências sociais e culturais associadas a esses comportamentos, incluindo currículos que promovam competências de tomada de decisões saudáveis e estratégias de enfrentamento, visando capacitar os adolescentes a lidar com pressões sociais e emocionais.

Referências

Almeida, S. (2011). *Consumo de bebidas alcoólicas em adolescentes- validação da versão portuguesa da Escala de Consumo Alcoólico Obsessivo-Compulsivo por Adolescentes.* [Dissertação de mestrado]. Repositório institucional da Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8720/1/ulfc104184_tm_Augusto_Almeida.pdf

American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª). Climepsi Editores.

American Lung Association (2023, maio 31). *The Impact of E-Cigarettes on the Lung.* https://www.lung.org/quit-smoking/e-cigarettes-vaping/impact-of-e-cigarettes-on-lung

Anteghini, M., Fonseca, H., Ireland, M., & Blum, R. (2001). Health risk behaviors and associated risk and protective factors among brazilian adolescents in Santos. *Journal of Adolescent Health, 28*, 295-302. https://doi.org/10.1016/s1054-139x(00)00197-x

Azevedo, L. & Alves, D. (2016). Qualidade de vida de adolescentes: revisão da literatura e perspectivas atuais. *Revista Gestão & Saúde*, *7*(2), 851–872.

Balsa, C., Pascueiro, L. & Vital, C. (2011). *O Consumo de Bebidas Alcoólicas em Portugal. Prevalências e Padrões de Consumo, 2001-2007.* Gráfica expansão. https://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/124/

Benincasa, M. (2010). *Avaliação da qualidade de vida e uso de drogas em adolescentes do município de São Paulo*. Tese de doutoramento. Biblioteca digital. https://doi.org/10.11606/T.47.2010.tde-19102010-145600

Bell, L., Rodd, A., Engleman, A., Toalston, E., & McBride, J. (2014). Scheduled access alcohol drinking by alcohol-preferring and high-alcohol-drinking rats: modeling adolescent and adult binge-like drinking. Alcohol, *48*(3), 225-234. https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2013.10.004

Bolland, A., Bolland, M., Tomek, S., Devereaux, S., Mrug, S. & Wimberly, C. (2016). Trajectories of adolescent alcohol use by gender and early initiation status. *Youth & Society*, *48*, 3-32. https://doi.org/10.1177/0044118X13475639

Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência.* Climepsi Editores.

Brook, S., & Brook,W. (1996). Risk and protective factors for drug use. In Mcoy C., Metsch L.K., & Inciardi J.A (Eds), *Intervening with drug-involved youth* (pp. 23-43). Sage Publications.

Brook, J. S., Whiteman, M., Gordon, A. S., & Cohen, P. (1986). Dynamics of childhood and adolescent personality traits and adolescent drug use. *Developmental Psychology*, *22*(3), 403–414. https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.3.403

Brumback, T., Thompson, W., Cummins, K., Brown, S., & Tapert, S. (2021). Psychosocial predictors of substance use in adolescents and young adults: Longitudinal risk and protective factors. *Addictive Behaviors*, *121*, 106-985. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106985

Cai, T., Verze, P., & Bjerklund Johansen, E. (2021). The Quality of Life Definition: Where Are We Going? *Uro*, *1*(1), 14–22. https://doi.org/10.3390/uro1010003

Cardoso, D., & Malbergier, A. (2014). Problemas escolares e o consumo de álcool e outras drogas entre adolescentes. *Psicologia Escolar e Educacional*, *18* (1), 27–34. https://doi.org/10.1590/S1413-85572014000100003

Carvalho, P. & Pinheiro, M. (2018). De igual para igual: A Educação pelos Pares como estratégia educativa, transformativa e emancipatória. *Cadernos UniFOA*, *13*(38), 81–90. https://doi.org/10.47385/cadunifoa.v13.n38.2638

Centro Regional de Alcoologia do Sul (2001). "Declaração sobre os Jovens e o Álcool. www.cras.min-saude.pt/Declara%E7%E3o%20alcool.pdf

Chung T., Kim H., Hipwell E., Stepp D. (2013). White and Black adolescent females differ in profiles and longitudinal patterns of alcohol, cigarette, and marijuana use. *Psychology of Addictive Behaviors, 27,* 1110-1121.

Cordeiro, R., Claudino, J. & Arriaga, M. (2006). "Comportamentos adictivos e suporte social em adolescentes pré-universitários". *Revista Toxicodependências, 12* (1), 39-48.

Cordeiro, S., Silva, A., & Vecchia, D. (2016). A escola diante do aluno que faz uso de álcool e drogas: o que dizem os professores? *Pesquisas e Práticas Psicossociais, 11* (2), 356-368.

Crosnoe, R.; Muller, C.; Frank, K. (2004). "Peer context and the consequences of adolescent drinking". *Social Problems, 51*(2), 288. https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v2n2a02.pdf

Cunha, J. (2021). What Are the Three Stages of Adolescence? *Children´s Health Center.* https://www.emedicinehealth.com/what_are_the_three_stages_of_adolescence/article_em.htm

Diener, E., Emmons, A., Larsen, J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment, 9,* 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13

Direção-Geral da Saúde (2013, maio 13). Programa Nacional de Saúde Ocupacional. Intervenção dos Serviços de Saúde do Trabalho no âmbito da prevenção do consumo de substâncias psicoativas em meio laboral. https://www.sicad.pt/BK/Intervencao/Programas/Prevencao/Documents/meiolaboral/informacaotecnica_5.pdf

Dudok, R., & Piko, F. (2023). Multi-level protective factors of adolescent smoking and drinking. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 13*(6), 932–947. https://doi.org/10.3390/ejihpe13060071

Eklund, M. & Klinteberg, B. (2005). "Personality characteristics as risk indications of alcohol use and violent behaviour in male and female adolescents". *Journal of Individual Differences,* 35-47.

Evans, D., & Tawk, R. (2019). The Relationship between Substance Abuse and Suicide among Adolescents. *Florida Public Health Review, 13*(8), 55-63. https://digitalcommons.unf.edu/fphr/vol13/iss1/8

Fallowfield, L. (2009). *What is quality of life?* (2ª ed.). Health Economics. http://www.bandolier.org.uk/painres/download/whatis/WhatisQOL.pdf

Feijão, F. (2001) "Consumo de drogas e assimetrias geográficas". Inquérito Nacional em Meio Escolar – Consumo de drogas e outras substâncias psicoactivas: uma abordagem integrada – 3º Ciclo e Ensino Secundário. *IDT.* 45-60.

Feijão, F. & Lavado, E. (2003). "Os Adolescentes e o Álcool". Estudo sobre o consumo de Álcool, Tabaco e Droga, em alunos do ensino público – Portugal Continental. *IDT.* 56-70

Feijão, F. & Lavado, E. (2004). "Evolução do consumo de drogas na adolescência: Ruptura ou continuidade?". *Revista Toxicodependências, 10* (3): 31-47.

Ferreira, L. (2013). Consumo de substâncias, estilos de vida ativos e a saúde dos adolescentes portugueses. [Dissertação doutoramento em Ciências da Educação, Especialidade Educação para a Saúde]. Repositório da Universidade de Lisboa Faculdade de Motricidade Humana. https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/5731

Fleming, M. (1993). *Adolescência e Autonomia – O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais.* Edições Afrontamento.

Fonseca, H. (2002). *Compreender os Adolescentes – Um desafio para pais e educadores.* Editorial Presença

Fonseca, P. (2023). Adolescência. In *Lições de Pediatria Vol. I e II* (pp. 245–258). Imprensa da Universidade de Coimbra. https://doi.org/10.14195/978-989-26-1300-0_14

Frobel, W., Grafe, N., Meigen, C., Vogel, M., Hiemisch, A., Kiess, W., & Poulain, T. (2022). Substance use in childhood and adolescence and its associations with quality of life and behavioral strengths and difficulties. *BMC Public Health*, *22*(1), 275. https://doi.org/10.1186/s12889-022-12586-2

Gaspar, T. (2005). Saúde e diversidade cultural. In M. Matos (Eds.) *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola* (pp. 69-78). Faculdade de Motricidade Humana.

Gaspar, T., Cerqueira, A., Guedes, B., Raimundo, M., & Matos, G. (2021). Fatores psicossociais promotores de desenvolvimento positive ao longo da vida [Psychosocial factors promoting positive development throughout life]. *Psicologia Saúde & Doença, 22*(1), 142–160. https://doi.org/10.15309/21psd220113

Gaspar, T., Matos, M., Ribeiro J. & Leal, I. (2006). Qualidade de vida e bem-estar e crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *2*(2), 47-60. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872006000200005

Gaspar, T. & Matos, M., (2008). Qualidade de vida em crianças e adolescentes – Versão portuguesa dos instrumentos Kidscreen 52. *Aventura Social e Saúde*

Gaspar, T., Guedes, B., Cerqueira, A., & Matos, M. (2021). Adolescência. In I. Leal & J. Ribeiro (Eds.), *Manual de Psicologia da Saúde* (pp. 195–199). Pactor.

Goldestein, S., Davis-Kean, P., & Eccles, J. (2005). Parents, peers, and problem behaviour: a longitudinal investigation of the impact of relationships perceptions and characteristics on the development of adolescent problem behaviour. *Developmental Psychology*, *41*, 401-413.

González-Carrasco, M., Casas, F., Malo, S., Viñas, F., & Dinisman, T. (2017). Changes with age in subjective well-being through the adolescent years: Differences by gender. *Journal of Happiness studies*, *18*(1), 63–88. https://doi.org/10.1007/s10902-016-9717-1

Górka-Strzałkowska, A. (2017). School as an institution, organization, social system. *International Journal of Pedagogy, Innovation and New Technologies*, *4(*2), 58–66. https://doi.org/10.5604/01.3001.0011.5892

Unesco. (2022, maio 24). Guide to Implementing TAP (Teens for AIDS Prevention) A Peer Education Program to Prevent HIV and STI. https://www.advocatesforyouth.org/wp-content/uploads/storage/advfy/documents/TAP.pdf

Cabelo, E., Moore, K., Garrett, S., Ling, T., & Cleveland, K. (2008). The continued importance of quality parent-adolescent relationships during late adolescence. *Journal of Research on Adolescence, 18*(1), 187-200.

Hartup, W. (2005). Peer Interaction: What Causes What? *Journal of Abnormal Child Psychology*, *33*(3), 387–394. https://doi.org/10.1007/s10802-005-3578-0

Heather, N. & Kaner, E. (2001). "Brief interventions: an opportunity for reducing excessive drinking". Paper presented to Working Group: Health Systems and Alcohol at Ministerial Conference on Young People and Alcohol, *Stockhom*. 19-21.

Huizinga D, Loeber R, Thornberry TP. (2000) Longitudinal study of delinquency, drug use, sexual activity, and pregnancy among children and youth in three cities. *Public Health Rep;108* (1), 90-6.

Huebner, E., Suldo, S., Smith, L. & McKnight, C. (2004). Life Satisfaction in Children and Youth: Empirical Foundations and Implications for School Psychologists. *Psychology in the Schools, 41* (1), 81-93.

Isaksson, J., Sjöblom, S., Schwab-Stone, M., Stickley, A., & Ruchkin, V. (2020). Risk Factors Associated with Alcohol Use in Early Adolescence among American Inner-City Youth:

A Longitudinal Study. *Substance Use & Misuse*, *55*(3), 358–366. https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1671867

Prochaska, J. (2020). *Tabagismo.* Manual MSD Versão Saúde Para a Família. https://www.msdmanuals.com/pt-pt/casa/assuntos-especiais/uso-de-tabaco/tabagismo

Kaye-Tzadok, A., Kim, S., & Main, G. (2017). Children's subjective well-being in relation to gender—what can we learn from dissatisfied children? *Children and Youth Services Review, 80,* 96–104. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.06.058

Lampropoulou, A. (2018). Personality, school, and family: What is their role in adolescents' subjective well-being. *Journal of Adolescence, 67,* 12–21. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.05.013

Leal, M. & Queiroz, L. (2014). *Medicina dos Adolescentes. Desenvolvimento Psicossocial dos Adolescentes,* 32-40.

Ledoux, S.; Sizaret, A.; Hassler, C. & Choquet, M. (2000). «Consommation de substances psychoactives à l'adolescence. Revue des études de cohorte». *Alcoologie et Addictologie, 22,* 19-40. https://santepsy.ascodocpsy.org/index.php?lvl=author_see&id=37238

Lerner, R., Almerigi, J., Theokas, C. & Lerner, J. (2005). Positive Youth Development. *Journal of Early Adolescence, 25,* 10-16. https://www.researchgate.net/publication/237237630_Positive_Youth_Development_Participation_in_Community_Youth_Development_Programs_and_Community_Contributions_of_Fifth-Grade_Adolescents

Lima-Serrano, M., Lemos, I., & Nunes, C. (2013). Adolescent quality of life and Health Behaviors: A comparative study between adolescents from the south of Portugal and Spain. *Texto & Contexto – Enfermagem, 22*(4), 893-900. https://www.scielo.br/j/tce/a/k4mpWxCTGSqRJpZVQBkzZfP/?format=pdf&lang=en

Liu, W., Mei, J., Tian, L., & Huebner, E. S. (2016). Age and gender differences in the relation between school-related social support and subjective well-being in school among students. *Social Indicators Research, 125*(3), 1065–1083. https://doi.org/10.1007/s11205-015-0873-1

Lopes, G., Nobrega, B., del Prette, G., & Scivoletto, S. (2013). Use of psychoactive substances by adolescents: current panorama. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 35*(1), 51–S61. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-S105

Louro, F. (2020). *Consumo de álcool na adolescência: conhecer para intervir* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde]. Repositório Comum. http://hdl.handle.net/10400.26/33198

Spear, L. (2015). Adolescent alcohol exposure: Are there separable vulnerable periods within adolescence? *Physiology & Behavior, 148,* 122–130. https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2015.01.027

Luís, P., Luís, M., & Duarte Pinho. (2018). *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em crianças e adolescentes.* Repositório Instituto Politécnico de Viseu https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/5076/1/Lu%c3%ads_Miguel_Duarte_Pinho_DM.pdf

Magiera, A., & Pac, A. (2022). Determinants of Quality of Life among Adolescents in the Małopolska Region, Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(14), 8616. https://doi.org/10.3390/ijerph19148616

Main, D. (2002). Commentary: understanding the effects of peer education as a health promotion strategy. *Health Education & Behaviour: the Official Publication of the Society for Public* Health Education, *29* (4), 424-426. https://doi.org/ 10.1177/109019810202900403

Malone, P., Northrup, T., Masyn, K., Lamis, D., & Lamont, A. (2012). Initiation and persistence of alcohol use in United States Black, Hispanic, and White male and female youth. *Addictive Behaviors, 37*(3), 299–305. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.11.010

Marshall, E. (2014). Adolescent Alcohol Use: Risks and Consequences. *Alcohol and Alcoholism*, *49*(2), 160–164. https://doi.org/10.1093/alcalc/agt180

Matos, M., Carvalhosa, S., Reis, C. & Dias, S. (2002). Os Jovens Portugueses e o Álcool. *FMH/PEPT/GPT,7*, 1. http://193.136.96.49/aventurasocial/pdf/alcool.pdf

Matos, M. (2005). Adolescência, psicologia da saúde e saúde pública. In M. Matos (Eds.) *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola* (pp. 15-26). Faculdade de Motricidade Humana.

Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., Reis, M., & Equipa Aventura Social (2011). A Saúde dos Adolescentes Portugueses - Relatório do Estudo HBSC 2010. *ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL*. https://ciencia.ucp.pt/pt/publications/aventura-social-amp-sa%C3%BAde-a-sa%C3%BAde-dos-adolescentes-portugueses-re-3

McKinnon, S. A., O'rourke, K. M., Thompson, S. E. & Berumen, J. H. (2004) Alcohol use and abuse by adolescents: the impact of living in a border community. *J Adolesc Health*, *34*(1), 88-93. https://doi.org/10.1016/s1054-139x(03)00251-9

Mendes, V., & Lopes, P. (2007). Hábitos de consumo de álcool em adolescentes. *Toxicodependências*, *13* (2), 25-40. https://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/36/2007_02_TXT3.pdf

Micheli, D. & Formigoni. (2001). As razões para o primeiro uso de drogas e as circunstâncias familiares preveem os padrões de uso futuro? Jornal Brasileiro de Dependência Química, *2*(1), 20-30.

Mínguez, A. (2020). Children's relationships and happiness: The role of family, friends and the school in four European countries. *Journal of Happiness Studies, 21*(5), 1859–1878. https://doi.org/10.1007/s10902-019-00160-4

Missias-Moreira, R., Sousa, L., Valentim, O., Seabra, P., Frade, F. & Sousa, C. (2020). Relação entre qualidade de vida e consumo de álcool em adolescentes. Relação entre qualidade de vida e consumo de álcool em adolescentes. *Revista ROL de Enfermería, 43*(1), 420-426. https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/27440/1/IC_RESEARCH_INNOVATION_DEVELOPMENT_NURSING2019_420-426h.pdf

Mmereki, B., Mathibe, M., Cele, L., & Modjadji, P. (2022). Risk factors for alcohol use among adolescents: The context of township high schools in Tshwane, South Africa. *Frontiers in Public Health, 10*. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.969053

Morel, A., Hervé, F. & Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicodependente.* Climepsi

Mostardinha, A., Bártolo, A., Bonifácio, J., & Pereira, A. (2019). Validação do The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) em Estudantes Universitários. *Acta Médica Portuguesa, 32*(4), 279. https://doi.org/10.20344/amp.10650

Najman J., Clavarino A., McGee T., Bor W., Williams G., Hayatbakhsh M. (2010). Timing and chronicity of family poverty and development of unhealthy behaviors in children: A longitudinal study. *Journal of Adolescent Health, 46*, 538-544. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.12.001

Novaes, M. (2019). O psicólogo escolar frente ao consumo de álcool e outras drogas na adolescência. *Psicologia.pt.*

file:///C:/Users/alexa/Documents/Faculdade/Mestrado/1%C2%BAano/M%C3%A9todos%20de%20Investiga%C3%A7%C3%A3o/trabalho/artigos/O%20PSIC%C3%93LOGO%20ESCOLAR%20FRENTE%20AO.pdf

Nunes, C., Hernando, Á., Lemos, I., Ayala-Nunes, L., Oliva, C. R., & Coronado, C. M. (2016). Quality of life of portuguese and spanish adolescents. A comparative study between natives and immigrants. *Ciência & Saúde Coletiva, 21*, 1137–1144. https://doi.org/10.1590/1413-81232015214.09992015

Oliveira, G., & Saraiva, J. (2017). *Lições de Pediatria Vol. I e II* . Imprensa da Universidade de Coimbra.

O'Malley, G., & O'Malley, R. (2022). Sedativos. *Manuais MSD Edição Para Profissionais; Manuais MSD.* https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/t%C3%B3picos-especiais/drogas-il%C3%ADcitas-e-intoxicantes/sedativos

O'Malley, P., Johnston, L. & Bachman, J. (1998). "Alcohol use among adolescents". *Alcohol Health and Research World, 22* (2), 85. https://europepmc.org/article/MED/15706782

Organização Mundial de Saúde/ World Health Organization (1996). Quality of Life Assessment Group. What quality of life? *World Health Forum, 17*(4), 354-356 https://apps.who.int/iris/handle/10665/54358

Patalay, P., & Fitzsimons, E. (2016). Correlates of mental illness and wellbeing in children: Are they the same? Results from the UK Millennium cohort study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 55*(9), 771–783. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.019

Patrício, L. (2006). *Droga: Aprender para Prevenir.*

Pechansky, F. (1993). *O uso de bebidas alcoólicas em adolescentes residentes na cidade de Porto Alegre: Características de consumo e problemas associados*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/164438/000061522.pdf?sequence=1

Pechansky, F., Szobot, C., & Scivoletto, S. (2004). Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 26*(1), 14–17. https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000500005

Peleg-Oren, N., Saint-Jean, G., Cardenas, G. A., Tammara, H., Pierre C. (2009). Drinking alcohol before age 13 and negative outcomes in late adolescence. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 33,* 1966-1972.

Pérez, J., Maldonado, T., Andrade, C., & Díaz, D. (2007). Judgments expressed by children between 9 to 11 years old, about behaviors and attitudes that lead to acceptance or social rejection in a school group. Revista Diversitas – *Perspectivas en Psicologia* 1 (3), 81-107. https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2009.01035.x

Pestana, L., Duarte, J., Coutinho, E., Chaves, C., Amaral, O., & Nelas, P. (2016). The use of psychoactive substances and adolescents' school performance. *Future Academy.* 543–551. https://doi.org/10.15405/epsbs.2016.11.55

Pillon, S., & Luis, M. (2004). Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. *Revista latino-americana de enfermagem, 12*(4), 676–682.

Pinho, L. (2018). *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em crianças e adolescentes.* Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/5076

Ribeiro, J., & Rodrigues, P. (2021). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3–15. https://doi.org/1645-0086

Ribeiro, J. (2021). Qualidade de Vida. In I. Leal & J. Ribeiro (Eds.), *Manual de Psicologia da Saúde* (pp. 157–161). Pactor.

Ritchwood, T., Ford, H., DeCoster, J., Sutton, M., & Lochman, J. (2015). Risky sexual behavior and substance use among adolescents: A meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, *52*, 74–88. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.03.005

Rodrigues, C. (2013). *Comportamentos de consumo em adolescentes: Estudo sobre comportamentos de consumo de álcool, tabaco e outras drogas em adolescentes de escolas de Coimbra* [Dissertação em Enfermagem Comunitária, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositórios científicos de acesso aberto em Portugal. https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:4420

Cardoso, L., & Malbergier, A. (2012). Problemas escolares e o consumo de álcool e outras drogas entre adolescentes. *Revista Quadrimestral Da Associação Brasileira de Psicologia Escolar E Educacional, SP, 18*(1), 27–34. http://old.scielo.br/pdf/pee/v18n1/v18n1a03.pdf

Sadeghi, N., Davaridolatabadi, E., Rahmani, A., Ghodousi, A., & Ziaeirad, M. (2017). Quality of life of adolescents and young people arrive at an addiction treatment centers upon their admission, and 1, 4 and 8 months after methadone maintenance therapy. *Journal of Education and Health Promotion*, *6*(1), 95. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_297_13

Samdal, O., & Dur, W. (2000). The school environment and the health of adolescents. In K. H. C. Currie, W. Stterbulte, R. Smith, & J. Todd (Ed.). *Health and Health Promotion among young people. HEPCA Series: World Health Organization.*

Santana, S., & Negreiros, J. (2008). Consumo de álcool e depressão em jovens portugueses. *Revista toxicodependências, 14*(1), 17-24. https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/6901/2/83808.pdf

Schenker, M., & Minayo, M. (2005). Factores de risco e de protecção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva, 10,* 707-717. https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300027

Seidl, E., & Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública, 20*(2), 580-588. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e na Dependência/ Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação (2021). *Relatório Anual 2020. A Situação do País em Matéria de Álcool.* SICAD. https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/176/RelatorioAnual_2020_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeAlcool_PT.pdf

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e na Dependência/ Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação (2021). *Relatório Anual 2020. A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependência*. https://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Paginas/detalhe.aspx?itemId=178&lista=SICAD_PUBLICACOES&bkUrl=BK/Publicacoes/

Sharon, L. (2020). Uso e abuso de substâncias em adolescentes. *Manual MSD Versão Saúde Para a Família; Manuais MSD*. https://www.msdmanuals.com/pt-pt/casa/problemas-de-sa%C3%BAde-infantil/problemas-em-adolescentes/uso-e-abuso-de-subst%C3%A2ncias-em-adolescentes

Singh, J., Siddiqi, M., Parameshwar, P., & Chandra-Mouli, V. (2019). World Health Organization Guidance on Ethical Considerations in Planning and Reviewing Research Studies on Sexual and Reproductive Health in Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *64*(4), 427–429. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.01.008

Slade, T., Chapman, C., Swift, W., Keyes, K., Tonks, Z., & Teesson, M. (2016). Birth cohort trends in the global epidemiology of alcohol use and alcohol-related harms in men and women: systematic review and metaregression. *BMJ Open*, *6*(10), e011827. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011827

Stefler, D., Azarova, A., Irdam, D., Scheiring, G., Murphy, M., McKee, M., King, L., & Bobak, M. (2018). Smoking, alcohol and cancer mortality in Eastern European men: Findings

from the PrivMort retrospective cohort study. *International Journal of Cancer, 143*(5), 1128–1133. https://doi.org/10.1002/ijc.31406

Stevanovic, D., Atilola, O., Balhara, Y., Avicenna, M., Kandemir, H., Vostanis, P., Knez, R., & Petrov, P. (2015). The Relationships Between Alcohol/Drug Use and Quality of Life Among Adolescents: An International, Cross-Sectional Study. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, *24*(4), 177–185. https://doi.org/10.1080/1067828X.2013.773864

Steinberg, L. (2011). Adolescent Risk Taking: A Social Neuroscience Perspective. *Adolescent Vulnerabilities and Opportunities,* 41–64. https://doi.org/10.1017/cbo9781139042819.005

SICAD, DMI, & DEI. (2021). Sinopse Estatística 2021- Substâncias ilícitas.

Simões, M. (2003). *Comportamentos de risco na adolescência: estudo dos factores aliados ao risco e à protecção na saúde em jovens em idade escolar em função dos diferentes cenários relevantes do seu quotidiano e do seu percurso de desajustamento social.* [Dissertação de Motricidade Humana na especialidade de Educação Especial e Reabilitação, Faculdade de Motricidade Humana]. Repositório da Universidade de Lisboa. https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/6812

Sussman, S., Pokhrel, P., Ashmore, R., & Brown, B. (2007). Adolescent peer group identification and characteristics: A review of the literarture. *Addictive Behaviors, 32*, 1602-1627. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.11.018

Tangney, J., Miller, R., Flicker, L. & Barlow, D. (1996). "Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions? Personality processes and Individual differences". *Journal of Personality and Social Psychology, 70* (6):1256-1269. https://books.google.pt/books?id=AciUGGoiqPoC&pg

Teoli, D., & Bhardwaj, A (2023). *Quality Of Life*. StatPearls Publishing.

Tavares, T., Bonito, J., & Oliveira, M. (2013). Caraterização do consumo de álcool entre os escolares de 12 a 21 anos de idade do distrito de Beja In B. Pereira, C. Cunha, Z. Anastácio & G. Carvalho (Coords.), *Atas do IX seminário internacional de educação física, lazer e saúde* (Vol. 2.º pp. 339-358). Instituto de Educação da Universidade do Minho. https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/8634

Van Beek, J., de Moor, M., Geels, L., Willemsen, G., & Boomsma, D. (2014). Explaining individual differences in alcohol intake in adults: evidence for genetic and cultural transmission*? J Stud Alcohol Drugs, 75*(2), 201-210. https://doi.org/10.15288/jsad.2014.75.201

Turner, G., & Shepherd, J. (1999). A method in search of a theory: peer education and health promotion. *Health Education Research, 14* (2), 235-247. https://doi.org/10.1093/her/14.2.235

Udhayakumar, P., & Ilango, P. (2022). Social Changes during Adolescent Development. *International Journal of Applied Management Research, 5*(Special Issue), 1-8. https://www.researchgate.net/publication/359369445_Social_Changes_during_Adolescent_Development

Urbano, C. (2021). Consumo de Substâncias / Drug Use. In *Conceitos-chave em Sociologia da Infância. Perspetivas Globais / Key concepts on Sociology of Childhood. Global Perspectives* (pp. 91–96). UMinho Editora. https://doi.org/10.21814/uminho.ed.36.10

Vellozo, E., Vitalle, M., Passos, M., Niskier, S., Schoen, T., Hall, P., Arcanjo, F., Costa, R., Kopelman, B., & Konstantyner, T. (2023). Prevalence of psychoactive substance use by adolescents in public schools in a municipality in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública, 39*(2). https://doi.org/10.1590/0102-311xen169722

Veenhoven, R. (2000). The Four Qualities of Life. *Journal of Happiness Studies, 1*, 1–39. https://doi.org/10.1023/A:1010072010360

Walker, D., & Holtfreter, K. (2021). Teen Pregnancy, Depression, and Substance Abuse: The Conditioning Effect of Deviant Peers. *Deviant Behavior, 42*(3), 297–312. https://doi.org/10.1080/01639625.2019.1666610

Wei, M., Shaffer, P., Young, S., & Zakalik, R. (2005). "Adult attachment, Shame, Depression, and Loneliness: The Mediation Role of Basic Psychological Needs Satisfaction*". Journal of Counseling Psychology, 52* (4), 591-601. https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.4.591

White, A., Castle, I., Chen, C., Shirley, M., Roach, D., & Hingson, R. (2015). Converging Patterns of Alcohol Use and Related Outcomes Among Females and Males in the United States, 2002 to 2012. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 39*(9), 1712–1726. Portico. https://doi.org/10.1111/acer.12815

Windle, M. (2003). "Alchol use among adolescents and young adults". *Alcohol Research and Helth, 27* (1), 79. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6676696/

Zappe, J., Alves, C., & Dell'Aglio, D. (2018). Comportamentos de risco na adolescência: Revisão sistemática de estudos empíricos. *Psicologia em Revista, 24*(1), 79-100. http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v24n1/v24n1a06.pdf

Zeigler, D., Wang, C., Yoast, R., Dickinson, B., McCaffree, M., Robinowitz, C., & Sterling, M. (2005). "The neurocognitive efects of alcohol on adolescents and college students". *Preventive Medicine, 40*, 23-32.

Zullig, K., Valois, R., Huebner, E., Oeltmann, J., & Drane, J. (2001). Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *Journal of Adolescent Health, 29*(4), 279–288. https://doi.org/10.1016/s1054-139x(01)00269-5

ANEXOS

Lista de Anexos

ANEXO A- Protocolo de Consentimento

ANEXO B- Questionário Sociodemográfico

ANEXO C- Pedido de autorização para aplicação do inquérito em meio escolar

ANEXO A

Protocolo de Consentimento

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, responsável pelo menor_____, concordo que este participe no Projeto de pesquisa intitulado "A relação do álcool e drogas na qualidade de vida dos adolescentes", desenvolvido em Lisboa sob responsabilidade da aluna de Mestrado da Universidade Lusíada de Lisboa, Alexandra Vicente.

Fui informado/a de que o estudo pretende compreender os efeitos do álcool e das drogas na qualidade de vida dos adolescentes, ou seja, perceber quais são as causas e as consequências do consumo de álcool e drogas na qualidade de vida dos adolescentes. Na qual para este estudo será necessário que o meu educando preencha três questionários online.

Estou ciente, ainda, de que os dados coletados durante o estudo serão tratados em conjunto, ficando resguardado o anonimato dos participantes, e do facto da participação na pesquisa ser voluntária, e caso decida desistir da participação no decorrer da recolha de dados poderá fazê-lo.

Lisboa, _____ de _____ de _____

Assinatura do responsável pelo menor: _____

ANEXO B

Questionário Sociodemográfico

Caraterização da Amostra

Variáveis sociodemográficas

3. Idade *

Marque todas que se aplicam.

- [ ] 15 anos
- [ ] 16 anos
- [ ] 17 anos
- [ ] 18 anos

4. Sexo *

Marque todas que se aplicam.

- [ ] Feminino
- [ ] Masculino
- [ ] Prefiro não dizer
- [ ] Outro: _____

5. Residência *

Marque todas que se aplicam.

- [ ] Portugal
- [ ] Outra:

6. Ano de Escolaridade *

Marque todas que se aplicam.

- [ ] 10º ano
- [ ] 11º ano
- [ ] 12º ano
- [ ] Outros

7. Que escola frequenta? *

_____

ANEXO C

Pedido de autorização para aplicação do inquérito em meio escolar

Gmail

Alexandra Vicente <alexandravicente780@gmail.com>

Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Registo de inquérito.

mime.noreply@min-educ.pt <mime.noreply@min-educ.pt> 9 de dezembro de 2022 às 18:54
Para: alexandravicente780@gmail.com, alexandravicente80@gmail.com

Exmo(a)s. Sr(a)s.

Foi registado no sistema de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (http://mime.dgeec.mec.pt) um pedido de autorização de inquérito com os seguintes dados:

- Número de registo: 0869800001
- Nome da Entidade: Alexandra Isabel Júlio Vicente
- Nome do Interlocutor: Alexandra Isabel Júlio Vicente
- Designação do inquérito: Dissertação de Mestrado- "A relação entre o consumo de álcool e drogas na qualidade de vida dos adolescentes"

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço http://mime.dgeec.mec.pt. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

Este pedido vai ser analisado pela Direção-Geral da Educação (DGE) do Ministério da Educação e a decisão tomada será comunicada via e-mail.

Desde já agradecemos a sua colaboração, e brevemente entraremos em contacto consigo.

Dados adicionais

Estado:

Aprovado

Avaliação:

Exmo.(a) Senhor(a) Alexandra Isabel Júlio Vicente
Cumpre-nos informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é aprovado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.
Com os melhores cumprimentos
José Carlos Sousa
Diretor de Serviços
DGE

Observações:

a) A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização das Direções dos Agrupamentos de Escolas do ensino público a contactar para a realização do estudo. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, porque muito onerosos e considerando os dados pessoais sensíveis do foro da saúde e vida privada, de categorias especiais de dados, a recolher e tratar, devendo fazer-se em estreita articulação com as Direções dos Agrupamento de Escolas e com os encarregados de educação ou quem tutele os menores.
b) Deve considerar-se o disposto legal em matéria de garantia de anonimato dos sujeitos e de sua não identificabilidade, confidencialidade, proteção e segurança dos dados pessoais sensíveis do foro da saúde e vida privada, de categorias especiais de dados, a recolher e tratar no presente estudo, devendo prever-se medidas adequadas e específicas para a defesa dos direitos fundamentais e dos interesses do titular dos dados. Deste modo, procura-se garantir o tratamento lícito dos mesmos e a conformidade com os termos procedimentais indicados e legislação em vigor. Considerados os documentos que foram anexados e para efeitos da proteção de dados a recolher junto dos inquiridos resultam obrigações que o responsável se propõe cumprir, enunciadas nos documentos apresentados e validados pelo responsável pelo estudo. Destas deve dar conhecimento a todos os inquiridos e a quem intervenha na recolha e tratamento de dados. É obrigatório recolher previamente as declarações de consentimento inequívoco, informado e esclarecido, junto dos inquiridos, titulares dos dados, no caso de menores, junto de seus representantes legais. Não deve haver cruzamento ou associação de dados entre os que são recolhidos pelos instrumentos de inquirição e os constantes da declaração de consentimento informado. Recomenda-se ainda que, dado o exposto, para efeitos de proteção de dados pessoais e cumprimento do disposto legal nesta matéria, o/a Encarregado/a de Proteção de Dados da entidade responsável pelo estudo (Universidade Lusíada) possa apoiar todo o processo, ponderando acionar medidas de salvaguarda previstas na lei para segurança dos dados recolhidos e devida proteção dos titulares.

Outras observações:

Sem observações.