

Comportamentos Aditivos em Adolescentes Escolarizados

ESTELA FABIÃO ⁽¹⁾

Resumo

O autor estuda os comportamentos aditivos (álcool, tabaco e droga) nos adolescentes escolarizados de 16 anos do concelho do Cartaxo.

Conclui-se que os adolescentes consomem em grupo, sendo a escola o local preferencial para o consumo de tabaco.

O padrão de consumidor regular de álcool é significativamente masculino, assim como o consumo de haxixe é significativamente maior nos rapazes.

Palavras-Chave: Adolescente; Álcool; Cigarros; Droga.

Summary

The author researches 16 year old school adolescents' addictive behaviours in the county council of Cartaxo.

The research shows that adolescents consume in groups, the school being their favourite place for cigarette smoking.

The common alcohol consumer pattern is mostly male, while figures for cannabis consumers are higher among boys.

Key-Words: Adolescent; Alcohol; Cigarettes; Drug.

Introdução

«O homem está dividido por natureza entre duas propensões: segurança, apoio e gosto pelo risco».

Edgar Fauré

Muitos dos comportamentos e aspectos de saúde do adolescente estão relacionados com o tipo de vida.

Cada criança e adolescente, em cada sociedade, deve ser capaz de evitar ou lidar com sucesso com uma série de experiências antes de chegar à idade adulta.

Actualmente o adolescente entra na puberdade mais cedo e com diferentes características: mais alto, mais pesado, mais saudável, com mais conhecimento e mais saberes.

A questão juvenil desenrola-se entre o processo de maturação do jovem com todas as características que lhe são próprias e um conjunto de regras e modelos que a sociedade lhe impõe.

As representações que os jovens constroem acerca das suas práticas e da realidade que os envolve ajudam a explicar alguns dos seus comportamentos e atitudes a objectos sociais; permitem a estabilização do quadro de vida dos indivíduos e dos grupos, constituem um instrumento de orientação, de percepção e elaboração das respostas, contribuindo para a comunicação dos membros de um grupo ou de uma comunidade ⁽¹⁾.

As diversas práticas são assim orientadas segundo as suas cocepções/representações da realidade social.

A «normalidade» in abstracto não existe ⁽²⁾, ela é, até certo ponto, uma criação no quadro de possibilidades que nos foram concebidas e das aquisições que fomos conquistando.

O adolescente «normal» é assim difícil de definir, pois varia em relação ao meio socio-económico, político e cultural, resultando numa abstracção com validade operacional já que o investigador rege-se também pelas normas sociais vigentes de forma implícita ou explícita ⁽³⁾.

Dryfoos ⁽⁴⁾ uso o termo «adolescente em risco», para descrever um segmento da população que tem uma baixa probabilidade de crescer e de se tornar um adulto responsável.

Os comportamentos de risco dos adolescentes podem ser propositados, funcionais, instrumentais e podem fazer parte do desenvolvimento normal.

⁽¹⁾ Médica de Saúde Pública.

Mestre em Medicina Escolar pela Faculdade de Medicina de Lisboa.

Entregue para publicação em 22/11/96.

Aceite para publicação em 12/06/97.

Pode ser instrumental visando ganhar o respeito e aceitação dos pares, para ganhar autonomia face aos pais, para repudiar normas e valores instituídos, para afirmar a maturidade e marcar a transição da infância para a idade adulta, para lidar com a ansiedade e frustração e também como antecipação do falhanço.

Jessor ⁽⁵⁾ construiu um modelo compreensivo e global socio-psicológico para explicar os comportamentos incluindo o ambiente social, a percepção desse ambiente, a personalidade e outros comportamentos, havendo a considerar também um outro item: o biológico.

Os *factores de protecção* são considerados por Garnezy ⁽⁶⁾ e Rutter ⁽⁷⁾, para moderar, ir contra, mitigar o impacto do risco no comportamento e desenvolvimento do adolescente.

Estar em risco pode ter dois significados.

Para os adolescentes já envolvidos em comportamentos de risco, especialmente aqueles mais velhos «no risco», pode significar um risco para os *outcomes* de saúde e dos compromissos de vida; gravidez, problemas com a lei, desemprego, auto-conceito desadequado, problemas escolares. O problema neste caso no grau de risco associado com o envolvimento de comportamentos de risco – uso de drogas ilícitas, beber, fumar... Neste estadio, a magnitude do risco certamente incluirá a intensidade do envolvimento em qualquer comportamento de risco, desde o nível de exploração até ao de envolvimento *em* vários e diferentes comportamentos de risco ⁽⁸⁾.

O grau de envolvimento constitui um padrão de estilo de vida ⁽⁹⁾.

A idade de início de comportamentos de risco evidencia a intensidade e cronicidade dos mesmos e o grau de envolvimento com comportamentos protectores ⁽⁵⁾.

O grande risco pode significar assim um envolvimento num padrão de comportamento de risco e fraco envolvimento em comportamentos protectores.

Por outro lado, para os adolescentes que não estão envolvidos em comportamentos de risco, risco significa um estadio precoce da ontogeneidade do risco, um estadio anterior aos comportamentos de risco.

Por sua vez, o comportamento de desvio ou desviante ocorre, segundo Sedas Nunes, quando formas individuais e colectivas não estão conforme as normas socialmente estabelecidas, sendo assim englobadas na mesma designação.

O desvio pode assim ser encarado como o afastamento de um indivíduo em relação à norma adoptada no grupo social ou meio a que pertence, enquanto a norma é a regra, ou seja, o modelo de comportamento em vigor num grupo social ⁽¹⁰⁾.

O comportamento de desvio é assim função da época e da sociedade, podendo a violência ser vivida em deter-

minadas situações históricas e em determinadas sociedades como libertadora ⁽¹¹⁾.

A teoria do controlo social ⁽¹²⁾ sugere que quanto menor a ligação à família, igreja e escola, maior a probabilidade de comportamento de desvio.

Uma importância decisiva na formação do comportamento desviante é atribuída ao factor colectivo constituído pelos fenómenos dos grupos.

Consideram-se diferentes funções ou razões para a utilização das drogas. Três delas são particularmente importantes no que se refere ao fumar ⁽¹³⁾:

- fumar pode ser «uma demonstração dum estilo de vida associado à idade», em que o fumar aparece como um meio ou forma de entrar nalguns grupos de pares.
- fumar pode ser uma tarefa do desenvolvimento, demonstrando que se cresce, ou seja, fuma-se para «parecer mais velho».
- fumar pode ser uma reacção necessária para diminuir as tensões e o stress das tarefas do desenvolvimento.

As duas últimas funções representam convicções internalizadas acerca dos efeitos do hábito de fumar, crenças acerca desses efeitos (crenças comportamentais ⁽¹⁴⁾).

Alguns estudos estabelecem relação entre fumar, ansiedade, depressão e baixa auto-estima ⁽¹³⁾ enquanto outros estudos não estabelecem essa relação ⁽¹³⁾.

Por sua vez, põe-se a hipótese de que a toxicomania seria sobretudo uma defesa contra a ansiedade durante a adolescência enquanto alívio para a pobreza afectiva e relacional, assim como a possibilidade de relação com depressão e intolerância à frustração ⁽¹⁵⁾.

O uso de álcool e droga pode ser explicado por variações nas características individuais, pelas estruturas do ambiente, modelos de socialização, estatuto demográfico, sustentando que um fraco investimento, valoração e expectativas escolares, assim como elevada tolerância em relação a comportamentos de desvio e grande valoração dado à independência, podem estar associados ao consumo de droga nos adolescentes ⁽⁸⁾. A percepção da aprovação ou tolerância do modelo parental e dos pares podem também estar associados ao uso ⁽¹⁶⁾.

O envolvimento começa com a experimentação e vai progredindo, começando geralmente pelo tabaco e álcool seguido do seu uso regular de marijuana conjuntamente com álcool e tabaco e, por último, cocaína, heroína, etc. Kandel ⁽²²⁾ considera também que usar droga antes ou aos 15 anos aumenta o risco do seu uso mais tarde ⁽¹⁷⁾.

Outros ^(18, 19) não concordam com Kandel considerando que a droga é o resultado de uma combinação de

factores, em que nenhum isoladamente é causal (teoria do múltiplo risco).

Os consumidores sentem que os pais não os compreendem e que a comunicação está bloqueada ⁽²⁰⁾.

Os níveis altos de álcool precedem a iniciação de uso de haxixe como referimos anteriormente e níveis elevados de haxixe precedem o uso de drogas pesadas ⁽²¹⁾.

O papel dos pares no abuso do álcool parece menos importante que no do consumo do tabaco e de haxixe ^(22, 23).

O consumo de álcool associa-se a auto-estima, auto-conceito desfavorável e tendências depressivas ⁽²⁴⁾.

Uma atitude inconformista, o gosto do risco e o desejo de experiências novas aparecem também como motivos ^(22, 25).

Objectivos

1. Caracterizar os consumos aditivos (tabaco, álcool, droga) nos adolescentes.

2. Relacionar os comportamentos aditivos com comportamentos psicológicos, psicopatológicos, auto-destrutivos.

3. Relacionar os comportamentos aditivos com características do próprio adolescente.

Metodologia

Optámos na nossa investigação por um estudo transversal dada a fácil execução, o carácter pouco dispendioso, permitir analisar e caracterizar a situação no momento e poder servir de fundamentação para estudos mais aprofundados.

A população escolhida foram os adolescentes de 16 anos escolarizados no concelho do Cartaxo.

Porquê os de 16 anos?

É a fase durante a qual se partilham com o grupo múltiplas experiências, mas em que, como refere Blos, os principais problemas giram em torno da necessidade de se tornarem emocionalmente independentes dos pais.

O predomínio da desobediência manifesta-se a partir dos 16 anos, parecendo óbvio que o desejo de autonomia, motor de conflito por parte do jovem, se vai reforçar pela aquisição da capacidade de desautorização e desidealização ⁽²⁶⁾, traduzindo-se não só em comportamentos que revelam a assunção dessas capacidades, mas também num processo de produção de projectos.

Foram assim escolhidos todos os adolescentes escolarizados que nasceram entre 1 Março 1977 e 1 Março 1978 e que frequentavam qualquer grau de ensino no Cartaxo, ou seja, duzentos e sessenta e cinco adolescentes, dos quais 3,7% abandonaram a escola no 1.º trimestre

do ano lectivo 1993/94, sendo assim a nossa população de 255 adolescentes.

A colheita de dados foi efectuada por questionário através de entrevista individual realizada pela autora e por outro médico de Saúde Pública (J.M.C. ⁽²⁾).

Os questionários realizaram-se em contexto escolar, em sala própria, cedida pelos conselhos directivos da escola preparatória e secundária, possibilitando a confidencialidade e respeitando o desejo mútuo de privacidade do entrevistador e entrevistado.

Variáveis

Variáveis de caracterização geral

- Sexo; masculino, feminino;
- Residência: sede do concelho, outras freguesias, outros concelhos;
- Estrutura familiar: família biparental com irmãos, sem irmãos e extensa; monoparental com e sem irmãos, extensa e vive com outros familiares;
- Escolaridade: 5.º ano, 6.º ano, 7.º ano, 8.º ano, 9.º ano, 10.º ano, 11.º ano e E.R.U.C. (modalidade de ensino por unidades creditadas).

Variáveis de caracterização do próprio adolescente

- Imagem corporal. «*Consideras o teu corpo?*» Favorável, Razoável, Desfavorável.

Esta variável foi utilizada por Castanheira ⁽²⁷⁾.

- (Auto)-estima. «*Consideras-te a ti próprio uma pessoa...? tão importante como as outras, com muitas qualidades, capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria dos adolescentes, pouco bom, sobretudo útil para os outros, que não fazes nada direito, que te saís bem das tarefas, com poucas razões para te orgulhares, com uma atitude positiva acerca de ti, com uma vida não muito útil?*» Favorável, Razoável, Desfavorável.

Índice já utilizado por Castanheira ⁽²⁷⁾.

- Auto-conceito. *A partir das seguintes questões «és feliz, gostas de viver, tens dificuldade em fazer amigos, achas que a vida vale a pena ser vivida, costumam andat aborrecido»* Favorável, Razoável, Desfavorável.

Índice igualmente utilizado por Castanheira ⁽²⁷⁾, tendo como base o questionário elaborado pela U.W.S.P. Foundation ⁽²⁸⁾.

- (Auto)-retrato. «*A partir dos seguintes atributos: organizado / desorganizado; realista / sonhador; persistente / desistente; falador / calado; alegre / triste; optimista / pessimista; confiante / inseguro; paciente / impaciente; sociável / pouco sociável*» favorável, razoável, desfavorável.

Variáveis de comportamentos psicológicos e psicopatológicos

- Ansiedade. «A partir das seguintes questões: *Sentes-te tenso ou contraído, ficas tão assustado que até sentes um aperto no estômago, tens uma sensação de medo como se algo de mau estivesse para te acontecer, sentes-te impaciente e não consegues estar parado, tens a cabeça cheia de preocupações, de repente tens sensações de pânico, és capaz de te sentares à vontade e sentires-te relaxado*», inaparente, moderada, marcada.

A partir da escala Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) de Zigmond; Snaith ⁽²⁹⁾.

- Depressão. «A partir das seguintes questões: *Sentes-te parado, ainda tens prazer nas mesmas coisas que anteriormente, perdeste o interesse em cuidar do teu aspecto, és capaz de te rir e divertir com as coisas engraçadas, pensas com prazer no que tens a fazer, sentes-te bem disposto, sentes-te capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou TV*», inaparente, moderada, marcada.

A partir da escala Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) de Zigmond; Snaith ⁽²⁹⁾.

Variável de caracterização de comportamento auto-destrutivo

- Tentativa de suicídio do próprio: sim, não.

Variáveis de caracterização de consumos aditivos

As variáveis referem-se aos consumos no último mês

- Consumo de cigarros: regular, ocasional, inexistente.
- Número de cigarros consumidos: acentuado, moderado, ligeiro, inexistente.
- Fumar com familiares: todos os dias, ocasionalmente e nunca.
- Fumar com amigos: idem.
- Fumar sozinho: idem.
- Fumar cachimbo: idem.
- Fumar haxixe: idem.
- Fumar cigarro: idem.
- Fumar heroína / coca: idem.
- Fumar em casa: idem.
- Fumar em casa de familiares: idem.
- Fumar na escola: idem.
- Fumar em bares e discotecas: idem.
- Fumar em casa de amigos: idem.
- Fumar na rua: idem.
- Consumo de marijuana / haxixe: muitas vezes, poucas vezes e nunca.
- Consumo de coca / heroína: idem.
- Injectar-se: idem.
- Consumo de bebidas alcoólicas: regular, ocasional, inexistente.

- Beber em casa: todos os dias, três vezes por semana, uma vez por semana e nunca.
- Beber em casa de familiares: idem.
- Beber na escola: idem.
- Beber em casa de amigos: idem.
- Quantidade de bebidas alcoólicas consumida. «Consumo diário ao pequeno almoço, almoço, jantar e outros momentos de vinho, cerveja, água-pé, licores, whisky, aguardente, brandy, vinho do Porto, moscatel, martini».
- Consumo de vinho ao pequeno almoço: 1, 2, 3, 4, 5, 6 copos.

Variável que integra o inquérito dos adolescentes.

Seguiu-se o mesmo critério em relação aos consumos das outras bebidas assim como em relação às outras refeições e outros momentos do dia.

- Beber com familiares: todos os dias, três vezes por semana, uma vez por semana e nunca.
- Beber com amigos: idem.
- Beber sozinho: idem.

As perguntas anteriores basearam-se no estudo de Barbosa e Almeida e Sousa ⁽³⁰⁾.

- Bebedeira: muitas vezes, poucas vezes e nunca.

Resultados

Tabaco

No nosso estudo a **prevalência de fumadores é de 30,9%**.

Fumar regularmente é um hábito para 18,4% ⁽⁴⁷⁾ dos adolescentes, ou seja, 16,9% dos adolescentes e 19,8% dos adolescentes fumam diariamente (Quadro I).

QUADRO I
Distribuição dos fumadores regulares e ocasionais segundo o sexo (%)

	Fumadores		
	Regulares	Ocasionais	Total
Masculino	19,8	13	32,8
Feminino	16,9	12,1	29

Verificam-se algumas diferenças em relação ao sexo, embora não sejam estatisticamente significativas.

O consumo acentuado (> de 10 cigarros / dia), é mais frequente no sexo masculino, ao contrário do consumo moderado (> de 5 e <= de 10 cigarros / dia) e do ligeiro (< de 5 cigarros / dia) que é mais frequente nas raparigas (Figura 1); no entanto, os níveis de consumo e o sexo não se associam estatisticamente.

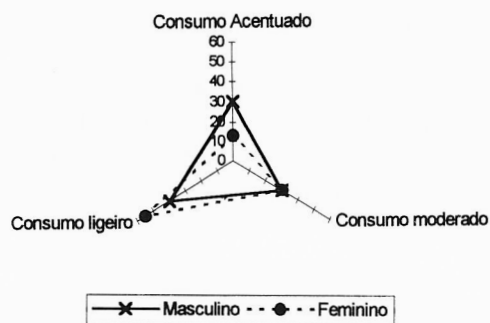


FIG. 1 – Consumo Diário de Cigarros por Sexo.

E ONDE?

O consumo do tabaco é preferencialmente com o grupo de pares e é também a escola o primeiro local de consumo (Figura 2).

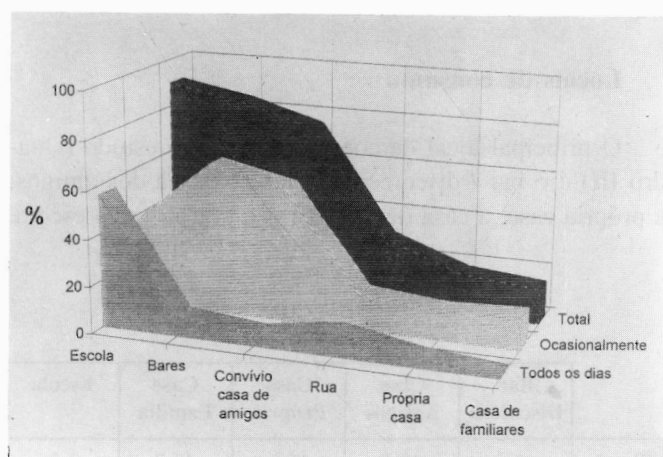


FIG. 2 – Locais onde os adolescentes fumam.

Não só a escola é o local onde os adolescentes consomem mais, como também é o local onde o fazem regularmente (Figura 2).

A seguir à escola, a rua representa para 14,3% dos fumadores um local diário de consumo, especialmente para o sexo masculino; contudo os bares e discotecas, assim como a casa dos amigos, são respectivamente os segundos e terceiros locais de consumo (84,4% e 75,3% respectivamente).

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas no consumo regular de tabaco em função da depressão, ansiedade e auto-estima.

Droga

No nosso estudo os adolescentes referiram o consumo de haxixe e não de outras drogas, embora com todas

as reticências que esta afirmação implica... Verdade? Não verdade? mas é este o dado presente, e como tal, centralizar-nos-emos especialmente aí.

A prevalência de fumadores de haxixe é de 5,9%⁽¹⁵⁾. O consumo é significativamente mais frequente no sexo masculino que refere consumir todos os dias (quadro II).

QUADRO II
Consumo de haxixe, segundo o sexo (%)

MASCULINO			FEMININO		
Ocasional	Regular	Total	Ocasional	Regular	Total
8,4	0,8	9,2	2,4	-	2,4

Nenhum dos adolescentes que consome haxixe tem auto-estima, auto-conceito e auto-imagem desfavoráveis.

O consumo de haxixe é significativamente mais frequente na população adolescente que tentou o suicídio $X^2=4,11$ ($p<0,05$, 1g.l) assim como nos que fumam cigarros regularmente $X^2=30,95$ ($p<0,05$, 1g.l).

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas no consumo de haxixe em função da ansiedade, depressão e famílias monoparentais.

Álcool

A prevalência de consumidores na população adolescentes do estudo é de 62%.

São abstinentes, ou com consumo inexistente 38% (97) dos adolescentes, dos quais 33,6% do sexo masculino e 42,7% do feminino (Figura 3), não havendo diferenças estatisticamente significativas.

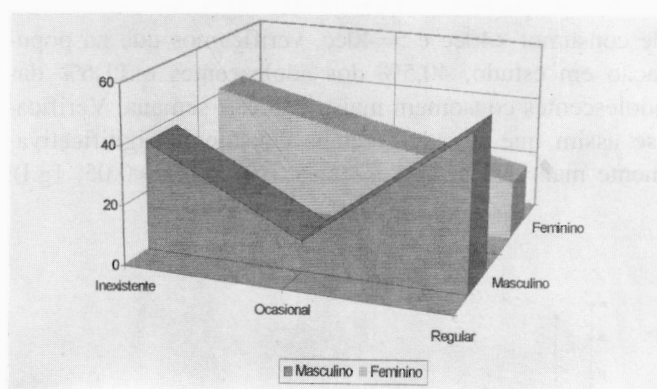


FIG. 3 – Consumo de Álcool por sexo.

O padrão de consumo regular é mais frequente no sexo masculino (Figura 3) 51,9% (68) e o ocasional é mais frequente no sexo feminino -33,9% (42) verificando-se diferenças estatisticamente significativas entre o

padrão de consumo e o sexo, sendo o consumo regular significativamente mais frequente no sexo masculino $X^2=20,99$ ($p<0,05$ 1g.l) e o consumo ocasional significativamente mais frequente no sexo feminino $X^2=12,1$ ($p<0,05$, 1g.l).

Tipo de bebida

O tipo de bebida consumido semanalmente de forma preferencial foi a cerveja, seguido do whisky, brandy, licores e aguardente (Figura 4). Por outro lado, os consumidores diários são-no especialmente à custa de vinho e cerveja donde se conclui, relacionando com os locais de consumo, que as outras bebidas são as «de fim de semana», dos bares e discotecas.

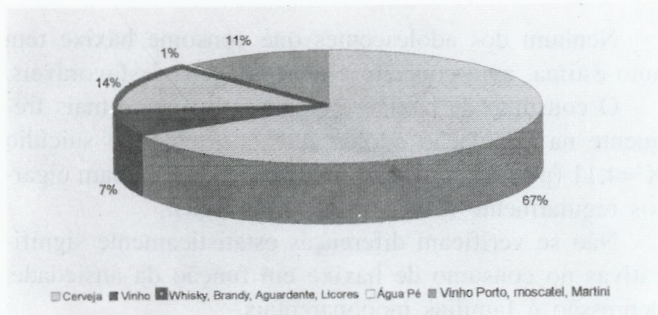


FIG. 4 – Tipo de bebidas consumidas (%).

Quantidade consumida

Em relação à quantidade consumida semanalmente verifica-se que a moda é de 0-19 cc por semana, especialmente à custa do sexo feminino (Figura 5).

Se agruparmos as quantidades ingeridas em 2 níveis de consumo: $<40\text{cc}$ e $\geq 40\text{cc}$, verificamos que na população em estudo, 40,5% dos adolescentes e 11,6% das adolescentes consomem mais de 40cc / semana. Verifica-se assim que os adolescentes consomem significativamente mais que as adolescentes. $X^2=26,9$ ($p<0,05$, 1g.l).

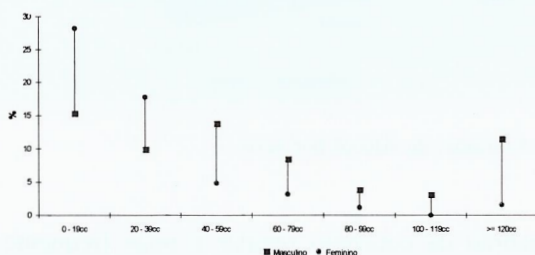


FIG. 5 – Consumo semanal por sexo (%).

A prevalência dos consumidores diários na população do estudo é de 11,4%.

O consumo diário é significativamente mais frequente no sexo masculino $X^2=16,65$ ($p<0,05$, 1g.l).

Nos adolescentes em estudo 5,3% são consumidores de mais de 40cc / dia (Figura 6).

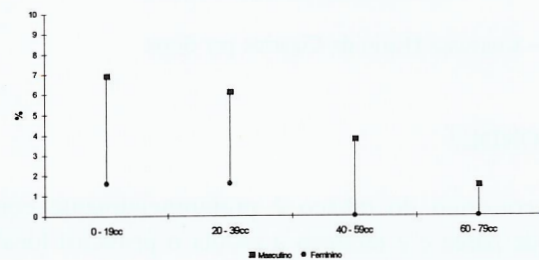


FIG. 6 – Consumo diário por sexo (%).

Locais de consumo

O principal local de consumo no nosso estudo (Quadro III) é o bar / discoteca, seguido da casa dos amigos, a própria casa, a casa de familiares e por último a escola.

QUADRO III
Locais de consumo (%)

	Bar Discoteca	Casa Amigos	Casa Própria	Casa Família	Escola
Totais	65,8	48,1	16,5	12,7	2,5

De notar que alguns adolescentes consomem em mais do que um local.

O bar / discoteca é um local diário de consumo de 12% dos consumidores.

O consumo com os outros

O adolescente consome geralmente em grupo. Apenas 9,5% dos adolescentes que consomem bebidas alcoólicas não o faz com os amigos, englobando-se estes no grupo dos consumidores ocasionais e com consumo de bebidas tipo vinho do Porto ou licores.

Dos consumidores, 27,8% fá-lo com os familiares, 90,5% com os amigos e 3,2% sozinho.

De notar que os que consomem com os familiares apenas 4,4% o fazem regularmente, sendo rapazes de

meio rural e sócio económico e cultural baixo (pais analfabetos, trabalhadores rurais, operários sem especialização).

Consumo excessivo

Será que estes adolescentes já se embebedaram?

A bebedeira já foi experiência para 44,3% dos rapazes do nosso estudo e 25,8% das raparigas, ou seja 33,3% dos adolescentes já se embebedou «poucas vezes» enquanto 1,6% o fez «muitas vezes».

O padrão de consumo excessivo implicando bebedeira é mais acentuado nos rapazes, verificando-se diferenças estatisticamente significativas em função do sexo $X^2=7,79$ ($p<0,05$, 1g.l).

Não se verificam diferenças significativas entre consumo de bebidas alcoólicas e auto-estima, auto-conceito, auto-imagem, ansiedade e depressão.

Discussão

Os valores encontrados no nosso estudo em relação ao consumo de tabaco, são superiores aos de Castanheira⁽²⁷⁾ num estudo realizado a 1095 adolescentes portugueses. Neste estudo, 35% dos adolescentes são estudantes de 16 anos, sendo 19,4% fumadores, não se verificando, tal como no nosso estudo, diferenças significativas em função do sexo.

Por sua vez, Goulão⁽³¹⁾ refere uma maior prevalência para o sexo masculino (20.6%) do que para o feminino (16.4%), tal como no nosso estudo. O consumo acentuado, na população do estudo, é superior aos valores encontrados por Castanheira⁽²⁷⁾, em que 4.1% são grandes fumadores. Contudo, os dados encontrados no nosso estudo são inferiores aos verificados num estudo realizado a 1200 alunos liceais⁽³²⁾, dos quais 32.1% têm 16 anos e 45% são fumadores (ocasionais, regulares).

Quanto ao consumo de haxixe, não estão atenuadas as diferenças consoante os sexos, conforme refere o estudo de Adger⁽¹⁷⁾. Noutro estudo⁽³³⁾ realizado em 1986/1987 em meio escolar a 9521 adolescentes dos 12 aos 18 anos, aponta-se para que 8.6% dos alunos já experimentaram haxixe, sendo 4.6% consumidores habituais, 1.7% consumidores de heroína e 1.5% de cocaína.

Estes valores são superiores aos do nosso estudo e inferiores aos de Salines⁽³²⁾, em que 11.4% dos adolescentes de 16 anos fumam haxixe.

Não nos podemos no entanto esquecer que, quando no inquérito abordamos este comportamento e consideramos a ilicitude que o reveste na nossa sociedade, implicando também os significados que o próprio adolescente e sociedade lhe atribuem, teremos que reflectir sobre a

sua «verdadeira» prevalência, o mesmo já não se verificando com os consumos lícitos.

Encontramos em relação ao consumo de bebidas alcoólicas valores de experimentação e consumo superiores ao de muitos estudos. Para alguns autores⁽²³⁾ 45% dos rapazes e 55% das raparigas são abstinentes. Num estudo a 1132 alunos dos 10 aos 18 anos com 6% dos 16 aos 18 anos encontraram-se 6.6% de bebedores regulares⁽³⁴⁾.

Comparativamente com um estudo multicêntrico nacional⁽³⁰⁾ a 6059 adolescentes escolarizados dos 13 aos 17 anos, os valores de consumo são inferiores, no entanto, tal como no nosso estudo; são os rapazes que consomem mais, sendo a bebida mais consumida a cerveja.

Conclusões

- A quantidade e a regularidade do consumo de cigarros é maior nos rapazes.
- O consumo de haxixe é significativamente maior nos rapazes.
- O padrão de consumidor regular de álcool é significativamente masculino, enquanto o padrão de consumidor ocasional é significativamente feminino.
- Os rapazes embebedam-se mais.
- Os consumos são preferencialmente em grupo, sendo a escola o local preferencial do consumo de tabaco e os bares e discotecas de consumo de bebidas alcoólicas.

BIBLIOGRAFIA

1. MOSCOVICI, S.F.M. (1984). *Social Representations*. Academic Press.
2. AJURIAGUERRA, M. (1986). *Manual de Psicopatologia Infantil*. Artes Médicas, Porto Alegre.
3. OSÓRIO, L.C. (1989). *Adolescente Hoje*. Editora Artes Médicas, Porto Alegre.
4. DRYFOOS, J.G. (1991). *Adolescents at risk: A summation of work in the field – programs and policies*, in *Journal of Adolescent Health*, Vol. 12 – n.º 8: 630-637.
5. JESSOR, R. (1991). *Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action*, in *Journal of Adolescent Health*, Vol. 12, n.º 8: 597-605.
6. GARMEZY, N. (1985). *Stress resistant children: the search for protective factors*, In Stevenson J. ed. *Recent Research in Developmental Psychopathology*, Pergamon Press, Oxford.
7. RUTTER, M. (1990). *Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms* in Rolf J.; Cicchetti D. eds *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology*, Cambridge University Press, Cambridge.
8. JESSOR, R.; JESSOR, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. Academic Press, New York.
9. DONOVAN, J.E.; JESSOR, R. (1985). *Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood*, *J. Consult Clin. Psychol.* 53 (6): 890-904.
10. LURÇAT, L. (1978). *O desinteresse na escola primária*, Editions du CERF, Paris.
11. HÖLLSTEIN, W. (1981). *Origem e prevenção da delinquência juvenil – factores de socialização primária e secundária*, in *Infância*

- e Juventude – Revista da Direcção-Geral dos Serviços Tutelares de Menores, n.º 3, pp. 7-48.
12. **HIRSCHI, T.** (1969), *The causes of delinquency*, Berkeley CA: University of California Press.
 13. **SEMMER, N.; DWYER, J.; LIPPERT, P.; FUCHS, R.; CLEARY, P.; SCHINDLER, A.** (1987), *Adolescent smoking from a functional perspective: the Berlin – Bremen Study*, in *European Journal of Psychology of Education*, Vol. II n.º 4: 387-402.
 14. **FISHBEIN, M.; AJZEN, I.** (1975), *Belief, attitude intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading Mass: Addison – Wesley.
 15. **AMARAL DIAS, C.** (1982), *As Teorias e as Forças*, in *Revista de Psicologia*, Vol. III – n.ºs 3 e 4: 11-70, Editor A Regra do Jogo, Lisboa.
 16. **POLICH, J.M.; ELLICKSON, P.L.; REUTER, P.** (1984), *Strategies for controlling adolescent drug use*, Santa Mónica, CA: Rand.
 17. **ADGER, H.** (1991), *Problems of alcohol and other drug use and abuse in adolescents*, in *Journal of Adolescent Health*, Vol. 12 – n.º 8: 606-613, New York.
 18. **NEWCOMB, M.D.; MADDAHIAN, E.; BENTLER, P.M.** (1986), *Risk factors for drug use among adolescents: concurrent and longitudinal analyses* in *J. Public Health*; 76: 525-31.
 19. **BRY, B.H.; MCKEON, P.; PANDINA, R.** (1982), *Extent of drug use as a function of number of risk factors*, *J. Abnormal Psychol.* 92: 273-79.
 20. **STREIT, F.; HALSTED, D.; PASCALE, P.J.** (1974), *Differences among youthful users and nonusers based on their perceptions of parental behavior*, in *Journal of Addictions*, 9: 749-755.
 21. **NEWCOMB, M.D.; BENTLER, P.M.** (1988), *Consequences of adolescent drug use – Impact of the lives of young adults*, Sage Publications, London.
 22. **KANDEL, D.** (1980), *Drug and drinking behavior among youth*, *Am Rev. Social*, 6235-6285.
 23. **DAVIDSON, F.; FACY, F.; CHOQUET, M.** (1984), *Contribution à l'étude des processus d'alcoolisation chez les jeunes par une analyse typologique*, in *Rev. Epidemiologie et Santé Publique*, 1984, 32, 301-314.
 24. **MALE, P.** (1980), *Psychoterapie de l'adolescent*, 1-260, Payot, Paris.
 25. **SAVADA, S.W.; FORSYTH R.** (1976), *Drug use and a special psychology of change*, *B.R.Y. Addict* 71: 335-342.
 26. **FIGUEIREDO, E.** (1988), *Portugal os Próximos 20 Anos – Conflito de Gerações, Conflito de Valores*, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
 27. **CASTANHEIRA, J.L.** (1989), *Saúde dos Adolescentes – Estratégias de Promoção*, Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
 28. **U.W.S.P. FOUNDATION** (1980), *Life style assessment questionnaire in promoting health trough risk reduction*, Faber e Reinhardt, Mac-Millian Public Co.
 29. **ZIGMOND, A.S.; SNAITH, R.P.** (1983), *The Hospital Anxiety and Depression Scale* in *Acta Psychiat*, 1983: 67: 361-70.
 30. **BARBOSA, A.; ALMEIDA E SOUSA, B.** (1993), *População juvenil e as bebidas alcoólicas: Consumos e atitudes* in *Revista da Sociedade Portuguesa de Pediatria*, Vol. II, n.º 3 (6): 9-60.
 31. **GOULÃO, J.M.C.** (1981), *Inquérito aos hábitos tabágicos em jovens escolares do ensino secundário*, Coimbra Médica, pp. 129, Coimbra.
 32. **SALINES, G.** (1991), *Consumption de tabac, d'alcool, de médicaments psychotropes et de drogues illicites les lycéens du Département des Hautes – Pyrenées en 1989* in *Rev. Epid. et Santé Publique*, 39: 149-155.
 33. **RODRIGUES, L.M.** (1988), *Estudos em meio escolar – Região Lisboa. Dados preliminares*, in *Juventude e Toxicomanias* n.º 2: 4-7, Gabinete de Planeamento e Coordenação do Combate à Droga, Lisboa.
 34. **CRESPO, G.; MOTA, T.; RODRIGUES, J.; FERREIRA, P.** (1993), *Intervenção em grupos de risco na população. Intervenção na escola. A população estudante como grupo de alto risco para o álcool*, in *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, Vol. II, n.º 2 (5): 99-121.

Correspondência: Centro de Saúde do Cartaxo
 Serviço de Saúde Pública
 2070 Cartaxo