



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE SUBSTÂNCIAS ADITIVAS: CARACTERIZAÇÃO DE UMA AMOSTRA

Aluno | Patrícia Alexandra de Oliveira Teles

Orientação | Professora Doutora Constança Biscaia

Mestrado em Psicologia

Área de Especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

Évora, 2019



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE SUBSTÂNCIAS ADITIVAS: CARACTERIZAÇÃO DE UMA AMOSTRA

Aluno | Patrícia Alexandra de Oliveira Teles

Orientação | Professora Doutora Constança Biscaia

Mestrado em Psicologia

Área de Especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

Évora, 2019

Júri: Professora Doutora Sofia Tavares (Arguente); Professora Doutora Isabel Mesquita (Presidente do Júri);
Professora Doutora Constança Biscaia (Orientadora)

Agradecimentos

Em primeiro lugar, quero agradecer à Professora Doutora Constança Biscaia, pela constante disponibilidade, pela paciência e por todas as aprendizagens que me proporcionou ao longo deste processo. O seu sentido crítico, conhecimento e experiência foram essenciais para a realização desta dissertação. Um agradecimento também à Professora Doutora Sofia Tavares, pela disponibilidade e ajuda nas dúvidas que foram surgindo na parte quantitativa deste estudo.

Aos meus pais, que nunca deixaram de acreditar em mim e nas minhas capacidades, que me apoiaram não só neste período, mas em toda a minha vida, pela paciência nos dias menos bons, pela motivação e ânimo quando as dúvidas começavam a surgir, por todo o orgulho, amor e carinho, um enorme obrigado!

Ao meu irmão, por me lembrar dos meus objetivos, por me ajudar a olhar sobre outras perspetivas e por me fazer crescer um bocadinho todos os dias.

À minha restante família, pelo apoio incansável, força, otimismo e entusiasmo com que viveram comigo esta fase.

Aos meus amigos, os de perto e os de longe, pelas partilhas, pela compreensão, por toda a ajuda técnica e emocional, por todos os sorrisos e incentivos. Sem vocês teria sido muito mais difícil.

À Rita e à Ana, por todos os dias de trabalho vividos em conjunto, pela partilha de frustrações, receios e conquistas.

A todos os adolescentes e acompanhantes participantes no estudo, pela sua pronta colaboração e disponibilidade.

A todos vós o meu mais sincero obrigado!

Resumo

Em Portugal, os consumos de substâncias aditivas têm a sua primeira expressão na adolescência. Os objetivos deste estudo centram-se na compreensão da relação que os adolescentes têm com o consumo, tendo em conta as questões da fase do desenvolvimento em que se encontram, e na exploração das suas perceções relativamente à intervenção terapêutica disponibilizada pelo CRI. Para tal, recorreu-se a uma amostra de 43 jovens em risco com idades entre os 13 e os 22 anos, que reponderam à Escala de Autoestima de Rosenberg, ao Inventário de Vinculação aos Pais e Pares, ao Questionário de Capacidades e Dificuldades e a uma entrevista. Os resultados mostraram que os jovens não percecionam o consumo como um problema na sua vida, e não apresentam expectativas em relação às consultas. Apresentam autoestima elevada, dão uma grande importância à relação com os pares e demonstram dificuldades a nível dos comportamentos e da hiperatividade.

Palavras Chave: Comportamentos de Risco; Adolescência; Consumos Aditivos; Consulta do Adolescente; Expectativas dos Adolescentes

Abstract

In Portugal, the consumption of addictive substances has its onset during adolescence. The aims of this study focus on the understanding of the relationship that teenagers have with consumption considering the stage of development issues where they are, and the exploitation of their perceptions regarding the therapeutic intervention provided by CRI. A sample of 43 at-risk youth between the ages of 13 and 22 who responded to the Rosenberg Self-Esteem Scale, Inventory of Parent and Peer Attachment, Strengths and Difficulties Questionnaire and an interview. The results show that teenagers do not perceive consumption as a problem in their life, and do not have expectations for the appointments. They have a high self-esteem, care about the relationship with peers and demonstrate some difficulties in behaviour and hyperactivity.

Keywords: Risk Behaviour; Adolescence; Addictive Consumption; Adolescent Appointment; Teenagers Expectations

Índice

Introdução	9
Capítulo 1 – Fundamentação Teórica	12
1.1. Adolescentes com Comportamentos de Risco	12
1.1.1. A Autoestima dos Jovens Consumidores de Substâncias Aditivas	14
1.1.2. As Relações Interpessoais nos Adolescentes com Comportamentos de Consumo.....	16
1.2. Prevenção e Intervenção nos Comportamentos de Risco.....	18
1.2.1. Como é feita a Prevenção/Intervenção	19
1.2.2. Os Serviços que Existem em Portugal.....	21
Capítulo 2 – Objetivos e Questões de Investigação	24
Capítulo 3 – Metodologia	27
3.1. Participantes	27
3.2. Instrumentos	28
3.2.1. Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self Esteem Scale - RSES)	28
3.2.2. Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA)	30
3.2.3. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ).....	31
3.2.4. Entrevista	32
3.3. Procedimentos	33
3.3.1. Procedimentos de Recolha dos Dados	33
3.3.2. Procedimento de Análise dos Dados.....	34
Capítulo 4 – Apresentação dos Resultados	35
4.1. Estatísticas Descritivas	35

4.1.1.	Escala de Autoestima de Rosenberg.....	35
4.1.2.	IPPA – Pais e Pares.....	35
4.1.3.	SDQ – Questionário de Capacidades e Dificuldades.....	36
4.2.	Estudo das Questões de Investigação.....	38
4.2.1.	Autoestima dos Adolescentes Consumidores de Substâncias Aditivas	38
4.2.2.	Vinculação aos Pais e Pares dos Adolescentes Consumidores de Substâncias Aditivas.....	38
4.2.3.	Capacidades e Dificuldades dos Adolescentes Consumidores de Substâncias Aditivas.....	40
4.2.4.	Autoestima, o IPPA e o SDQ.....	42
4.2.5.	Entrevistas aos Adolescentes e aos Acompanhantes	45
Capítulo 5	– Discussão dos Resultados	53
Conclusões	63
6.1.	Contribuições para a Literatura e Implicações na Prática Clínica	65
6.2.	Limitações ao Estudo	66
6.3.	Sugestões para Estudos Futuros	67
Referências Bibliográficas	68
Anexos	78

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização da amostra (n=43)	27
Tabela 2. Estatísticas descritivas da Escala de Autoestima de Rosenberg	35
Tabela 3. Estatísticas descritivas do IPPA Pais e IPPA Pares (n=43)	36
Tabela 4. Estatísticas Descritivas da Escala de Capacidades e Dificuldades (SDQ) Versão do Adolescente e Versão do Acompanhante (n=42).	37
Tabela 5. Correlações entre os Fatores do IPPA (Pais e Pares).....	39
Tabela 6. Correlações entre as Escalas do SDQ (Adolescentes).....	41
Tabela 7. Correlações entre as Escalas do SDQ (Acompanhantes).....	42
Tabela 8. Correlações de Pearson entre SDQ (Adolescentes e Acompanhantes), Autoestima e IPPA (Pais e Pares).....	43
Tabela 9. Domínios, Categorias, Subcategorias e Frequências Relativas às Entrevistas dos Adolescentes.	47
Tabela 10. Domínios, Categorias, Subcategorias e Frequências Relativas às Entrevistas dos Acompanhantes.....	50



Índice de Anexos


Anexo 1: Escala de autoestima de Rosenberg.....	79
Anexo 2: Inventário de Vinculação aos Pais e Pares (IPPA – R).....	80
Anexo 3: Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)	85
Anexo 4: Entrevista.....	88
Anexo 5: Consentimento Informado	89
Anexo 6: Domínios, categorias, subcategorias e exemplos retirados das entrevistas com os adolescentes.	90
Anexo 7: Domínios, as categorias, as subcategorias e exemplos retirados das entrevistas com os acompanhantes.	95

Introdução

A adolescência é considerada um momento crítico e desafiador na vida de um jovem. É nesta altura que os indivíduos procuram a sua independência, e começam a ser capazes de criar novas relações e de desenvolver capacidades sociais, contudo, é também nesta fase de mudanças, que os jovens estão mais expostos a uma série de riscos para a sua saúde física e psicológica. O consumo de substâncias aditivas enquadra-se nestes comportamentos de risco e é uma das principais preocupações na maioria dos países, uma vez que grande parte dos consumidores adultos iniciaram o seu consumo na adolescência (OMS, 2019). Aliado, está ainda o facto deste comportamento aumentar a probabilidade de riscos adicionais, tais como relações sexuais desprotegidas ou comportamentos violentos (Cohn *et al.*, 2015).

Na base da experimentação podem estar inúmeros fatores, tais como, a procura de novas experiências sensoriais e relacionais, o desafio às regras da sociedade, a busca de identidade ou a curiosidade. Por outro lado, quando os comportamentos de consumo se estendem no tempo e são utilizados pelo adolescente como forma de lidar com os seus conflitos, já não se considera uma relação experimental, mas sim uma relação de dependência (Morel, Fontain, & Hervé, 1998). Os conflitos internos pelos quais o jovem passa nesta fase tendem a ser melhor ultrapassados quando este apresenta uma perceção favorável de si próprio. Esta por sua vez, começa a ser formada desde cedo com as figuras significativas dos adolescentes, quando estas os valorizam e lhe atribuem capacidades (Zuffianò *et al.*, 2014). Desta forma, entende-se que as figuras de vinculação primária desempenham um papel importante nos comportamentos de risco dos adolescentes, seja pelo apoio, supervisão e definição de regras que permitem uma prevenção dos riscos, ou pelos conflitos e desorganização familiar a que expõem o jovem e que, em contraponto, podem contribuir para o início do consumo de substâncias aditivas (Negreiros, 2013).


Não esquecendo a fase de desenvolvimento em que os jovens se encontram, torna-se essencial olhar também as novas relações que a partir daqui se vão formando, nomeadamente as relações com os pares, companheiros de novas experiências, com quem se partilham opiniões, gostos e estilos. A influência que os grupos de pares podem ter nas



percepções e decisões dos jovens é maior durante a adolescência e início da idade adulta, e pode ser positiva ou negativa, prevenindo ou incentivando os comportamentos de risco (Villanti, Boulay, & Juon, 2011). Associados ao consumo de substâncias estão ainda um conjunto de dificuldades nos comportamentos dos jovens, são exemplo disso, a impulsividade, a hiperatividade, a dificuldade nas relações com os pais e colegas, e as dificuldades a nível emocional, contudo existem dúvidas relativamente à origem destas dificuldades, não se podendo afirmar que estas derivam do consumo de substâncias aditivas, nem que são elas que levam à procura deste mesmo consumo (Bernardy & Oliveira, 2012; Habersaat *et al.*, 2018).

A presente investigação procura contribuir para o estudo e compreensão da relação entre o consumo de substâncias aditivas e as questões do desenvolvimento que caracterizam o período da adolescência, nomeadamente a relação consigo próprio, a relação com os pais e pares, e as suas dificuldades emocionais e comportamentais. Para tal, conta com uma amostra de 43 adolescentes, com idades compreendidas entre os 13 e os 22 anos de idade, inseridos num contexto de primeira consulta psicológica de um serviço especializado na prevenção/intervenção nas dependências – o CRI (Centro de Respostas Integradas) do Alentejo Central. Entender se estes comportamentos de risco são apenas expressão da fase de experimentação que é a adolescência, ou se estão ligados a outras questões e dificuldades do jovem é um desafio pelo qual os profissionais destes serviços passam a cada novo caso, sendo que, para tentar chegar a uma resposta junto do adolescente é primeiro necessário perceber qual é o motivo da sua vinda e o que este espera encontrar ali, duas questões que o presente estudo também foca.

A presente dissertação é constituída por cinco capítulos. No primeiro capítulo é realizada uma fundamentação teórica do tema em estudo, bem como uma revisão de alguns estudos mais recentes sobre a mesma temática, ressaltando dois pontos: os adolescentes com comportamentos de risco, focando a autoestima dos jovens consumidores de substâncias e as relações interpessoais dos mesmos, e a prevenção e intervenção nos comportamentos de risco, onde é salientado as formas de prevenção/intervenção e o modo de atuação em Portugal. No segundo capítulo são apresentados os objetivos do estudo bem



como as questões de investigação a que o estudo se propõe responder. O terceiro capítulo é dedicado ao desenvolvimento da metodologia do estudo que inclui a caracterização da amostra, a descrição dos instrumentos utilizados e os procedimentos de recolha e análise de dados. No quarto capítulo apresentam-se os resultados obtidos e no quinto capítulo segue-se a discussão dos mesmos. Por fim, a conclusão do estudo realizado e ainda com algumas implicações para a prática clínica, com as limitações encontradas e propostas para estudos futuros.

Capítulo 1 – Fundamentação Teórica

1.1. Adolescentes com Comportamentos de Risco

Estima-se que cerca de 1.2 bilhões de pessoas no mundo são adolescentes, isto é, 1 em cada 6 pessoas têm idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos, idade estipulada pela Organização Mundial de Saúde para definir a fase da adolescência (OMS, 2018a).

A adolescência é uma fase do desenvolvimento do sujeito que envolve vastas mudanças a nível biológico, psicológico e relacional (Costa, 2013). A procura de identidade, a formação da autonomia, a separação dos pais e a criação de novas relações são algumas dessas mudanças, que ao ocorrerem trazem ao adolescente novas experiências e vivências (Sadovnikova, 2016). Esta transição para a vida adulta é marcada por um aumento da suscetibilidade no que respeita ao envolvimento em vários comportamentos de risco, tais como, os consumo de substâncias aditivas, os comportamentos agressivos, as relações sexuais desprotegidas, etc. (Cohn *et al.*, 2015), muitos deles experienciados pela primeira vez nesta altura (Hale, Fitzgerald-Yau, & Viner, 2014). A vulnerabilidade ao risco pode ser compreendida no contexto da adolescência, pela busca de recompensa que pode comportar o prazer retirado da experiência e a curiosidade pelo desconhecido, e pelo baixo controlo dos impulsos característico desta fase, que leva os jovens a correr riscos sem pensar nas consequências (Domingues *et al.*, 2014). Contudo, e embora considerando esta mesma vulnerabilidade normativa (Steinberg, 2010), importa não perder a possibilidade da fixação do adolescente num padrão de consequências negativas advindas dos comportamentos de risco e que possam afetar o seu desenvolvimento (Sampaio, 2012).

Daí que seja importante um olhar atento aos comportamentos de risco que os adolescentes possam apresentar, prevenindo não só a sua saúde atual como a sua saúde enquanto adultos (OMS, 2018b).

Como supracitado, existe uma quantidade variada destes comportamentos, entre eles o consumo de substâncias aditivas que no início pode apenas ser considerado como um

comportamento de experimentação, como uma forma de se relacionar com o outro, e em particular com o meio, mas que dependendo da receptividade e resposta deste mesmo meio e atendendo aos diferentes contextos e vivências dos jovens, pode evoluir para um nível de dependência (Morel *et al.*, 1998).

De acordo com o United Nations Office on Drugs and Crimes (UNODC, 2016), em 2014 cerca de 247 milhões de pessoas no mundo eram consumidoras de substâncias ilícitas, entre elas, aproximadamente 29 milhões têm perturbações relacionadas com estes mesmos consumos (Valero, Ballester, Orte Sociás, & Fernández, 2017). Mais recentemente, o IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral em Portugal 2016/2017, mostra que as substâncias psicoativas ilícitas têm uma prevalência de 10.9% na população de idades compreendidas entre os 15 e os 34, sendo a Cannabis a substância que apresenta maiores resultados mesmo em anos anteriores (SICAD, 2017). Desta forma, compreende-se o consumo de substâncias aditivas como um problema de saúde pública (Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Ávila Guerrero, Jiménez, & Musitu, 2014), que acarreta consequências físicas e psicológicas para o sujeito (Chassin, Hussong, & Beltran, 2009).

Não há dúvidas de que existem diversos fatores que, sozinhos ou em união, podem levar ao consumo na adolescência, mas é importante referir que em paralelo existe também uma grande disponibilidade das substâncias aditivas e facilidade no acesso às mesmas (Alhyas *et al.*, 2015; Domingues *et al.*, 2014). Tanto a facilidade em obter as substâncias como o consumo das mesmas, podem acarretar consequências. A literatura recai essencialmente sobre o risco de dependência psicológica (Cavalcante, Alves, & Barroso, 2008), sobre os efeitos que negativos no processo de desenvolvimento e de estruturação das capacidades cognitivas, emocionais e relacionais do adolescente (Costa, 2013), sobre os perigos de violação sobre o efeito das substâncias, sejam elas violações verbais ou físicas, sobre os delitos muitas vezes praticados, sobre os raptos e mortes (Bender *et al.*, 2012).

No que respeita a diferenças entre sexos no consumo de substâncias, alguns estudos referem que estas existem, mostrando que o sexo masculino tende a apresentar uma maior

frequência no consumo (Naia & Matos, 2007). Contudo, mais recentemente, tem-se verificado um aumento do consumo por parte do sexo feminino, tornando a diferença cada vez menor (Chita, Negreiro, & Barre, 2014). Quanto à idade, como vimos anteriormente na população consumidora, é a partir dos 16 anos que o consumo se torna mais acentuado, sendo os 17 anos a idade média de experimentação (Naia & Matos, 2007; SICAD, 2017). Este comportamento pode ser entendido como uma expressão do poder de escolha dos jovens que nesta altura conquistam a sua autonomia e contam com menos supervisão parental nas suas decisões (Zappe & Dell'Aglio, 2016).

Importa ressaltar que apenas uma pequena parte dos adolescentes que experimentam as substâncias aditivas continuam a sua utilização, encontrando na experiência uma sensação gratificante e atenuadora dos seus conflitos internos, voltando a procurar a substância quando o seu efeito se desvanece, aqui começa a sua relação com o consumo. Os restantes jovens não irão para além do risco e da adrenalina que é desafiar as regras e o socialmente aceitável (Morel *et al.*, 1998).

1.1.1. A Autoestima dos Jovens Consumidores de Substâncias Aditivas

Colocar a sua vida em risco através da experimentação de sensações fortes, novos prazeres e comportamentos considerados próprios da fase adulta, como por exemplo fumar ou beber, é quase inevitável nesta fase da vida. Os jovens procuram nestas experiências a descoberta de novos contextos, novas capacidades, novos conhecimentos sobre si, no fundo a criação da sua própria identidade (Morel *et al.*, 1998).

O consumo de substâncias inclui-se neste rol de comportamentos de emancipação escolhidos pelos adolescentes. Contudo, continua a estar associado a uma má imagem pessoal, pressupondo níveis de *stress* mais elevados, menores capacidades relacionais, menor autocontrolo, menor autoeficácia e uma menor capacidade de criar objetivos e desenvolver uma perspetiva de futuro (Schinke, Schwinn, Hopkins, & Wahlstrom, 2016), o que contraria o normal percurso desta fase da vida de um adolescente, que está neste

momento a criar a sua imagem pessoal, a descobrir os seus interesses, a formar as suas convicções e a pensar o seu futuro (Costa, 2013).

Com isto, poder-se-ia pensar que adolescentes consumidores de substâncias aditivas fossem propícios a apresentar uma baixa autoestima. Todavia, os estudos a esse respeito apresentam resultados bastante variados. Alguns mostram que a autoestima está negativamente relacionada com o consumo, outros assumem que estes comportamentos de risco servem como porta de entrada e aceitação em grupos de pares, significando assim o início da relação com os mesmos e produzindo o efeito contrário, um aumento da autoestima (Kiviruusu, Huurre, Aro, Marttunen, & Haukkala, 2015).

A autoestima pode variar consoante as fases da vida. Na adolescência em particular, a autoestima tende a atingir valores mais elevados quando os desafios do desenvolvimento maturacional e as mudanças do meio envolvente são alcançados com sucesso (Huang, 2010). Esta relação consigo próprio desenvolve-se desde muito cedo através das suas relações primárias, que oferecem diferentes perspetivas de si próprio mostrando às crianças e mais tarde aos jovens que estes são competentes e valorizados (Zuffianò *et al.*, 2014). O suporte emocional referido deverá ser elevado e estável e é normalmente providenciado pelo outro significativo (família e amigos próximos do adolescente), desta forma a sua autoestima tende a ser igualmente estável e elevada durante a adolescência (Huang, 2010).

Contudo, no que respeita ao consumo de substâncias, e como já referido anteriormente, as opiniões dividem-se. São por vezes entendidos como forma de lidar com os estados emocionais negativos, causados pelos obstáculos encontrados no desenvolvimento do jovem, como por exemplo a discriminação (Sanders-Phillips *et al.*, 2014; Yang, Chen, Choi, & Kurtulus, 2018), o *bullying* (Busch & De Leeuw, 2013) ou outro tipo de preocupações que queiram evitar (Stapinski, Montgomery, & Araya, 2016), recorrendo ao consumo como refúgio e rápida atenuação das suas emoções negativas, desvalorizando as suas capacidades para a resolução do problema (Bender *et al.*, 2012). Por outro lado, o comportamento aditivo pode aumentar a autoestima do adolescente, quando este é utilizado na promoção das relações interpessoais entre o jovem e os seus pares (Yang *et al.*,

2018). Aqui o adolescente sente-se integrado, valorizado e recompensado pelo ato, mantendo-o (Steinberg, 2010).

1.1.2. As Relações Interpessoais nos Adolescentes com Comportamentos de Consumo

Uma adolescência normal conta sempre com os seus momentos de depressão relacionada com o sentimento de perda, com o luto do self parental e consequentemente da segurança que este lhe proporcionava, apenas para passar a ser autónomo e capaz de ser o próprio, sozinho. Para que o adolescente possa aguentar esta mudança sem sucumbir à depressão a ela associada, é necessário que tenha na sua infância e adolescência uma fonte de segurança criadora de limites que mais tarde poderá utilizar. Contudo, na impossibilidade de concretizar estas mudanças, os jovens tendem a apresentar comportamentos de risco que não se consideram patológicos até que a repetição e o envolvimento nos mesmos assim o sugiram (Morel *et al.*, 1998).

Desta forma, entende-se que os pais desempenham um papel importante não só no desenvolvimento psíquico do adolescente e na sua passagem para a vida adulta, como também na prevenção dos comportamentos de risco, neste caso, o uso de substâncias aditivas (Negreiros, 2013; Thompson, Wojciak, & Cooley, 2016). Como supramencionado, os jovens tendem a experimentar o consumo de substâncias numa fase mais avançada da adolescência (SICAD, 2017), uma vez que enquanto mais novos estão mais ligados aos pais (ou figuras de referência) e não possuem tanta autonomia (Naia & Matos, 2007). No entanto, Luk e colegas (2018) referem também uma redução no consumo em idades mais avançadas, justificando o fenómeno pelo facto dos jovens já possuírem um maior controlo cognitivo, mas ressaltando que tal se verifica em adolescentes com relações familiares negativas. Neste momento, já estariam capacitados para uma melhor gestão do impacto destas mesmas relações e consequentemente não se envolveriam em comportamentos de risco como o consumo de substâncias aditivas.

Os comportamentos de risco surgem muito frequentemente como comportamento de experimentação e por vezes tornam-se preocupantes quando afetam jovens com uma vulnerabilidade preexistente (Morel *et al.*, 1998). Todavia, é raro que a iniciação a este tipo de comportamento tenha lugar num contexto isolado, por norma acontece dentro de um grupo de amigos sob uma grande curiosidade, busca de divertimento e pela importância de viver algo com estas pessoas que representam uma parte essencial na sua vida relacional, uma vez que é com elas que passam a maior parte do seu tempo, partilhando interesses, vivências e sentimentos (Sivertsen, Skogen, Jakobsen, & Hysing, 2015). Não é um ato antissocial, muito pelo contrário, pode até funcionar como ritual de entrada num grupo, e por isso, vontade de se relacionar com o outro separando-se dos pais e da sociedade adulta representativa da desorganização interna e das incertezas pela qual passam na fase da adolescência (Morel *et al.*, 1998).

Ocorre sobretudo em festas chamadas de contextos recreativos, facilmente identificáveis pelo tipo de música e ambiente, onde o grupo de pares procura a diversão em conjunto (Yu, Putnick, Hendricks, & Bornstein, 2017). A maior parte dos adolescentes ficam pela fase de experimentação, seguindo depois para a sua vida adulta sem os consumos de substâncias, os jovens que mantêm o consumo passam a apresentar comportamentos mais sintomáticos possivelmente como forma de se desafiarem a si próprios criando assim a sua rutura com a infância, mas também como revolta com os adultos mostrando-lhes a sua imagem negativa (Morel *et al.*, 1998).

Poder-se-ia pensar na relação com os pares como um fator de risco na sua “entrada” no uso de substâncias, mas Thompson e colegas (2016) mostraram o contrário, verificando que as fracas ligações aos pares pressupõem um maior sentimento de rejeição que por sua vez se relaciona fortemente com os comportamentos de risco. Desta forma, tanto os pais como os pares podem funcionar como um fator preventivo, embora este só resulte quando a relação é suficientemente boa promovendo o desenvolvimento do jovem (Ebru Ikiza & Cakarab, 2010).

Anteriormente vimos que a autoestima pode estar relacionada com os comportamentos de risco dos jovens, mas que também beneficia muito do suporte promovido pelos

pais do adolescente. Quando este tem uma relação mais próxima das suas figuras paternas tendem a usar estratégias de comunicação mais eficazes com os seus pares, aumentando consequentemente a sua autoestima (Sadovnikova, 2016). Contudo, nem todos os jovens têm acesso a este apoio emocional que os ajuda nas suas decisões e escolhas durante a adolescência, e é neste sentido que uma intervenção profissional pode fazer a diferença (Friedlander, Reid, Shupak, & Cribbie, 2007).

1.2. Prevenção e Intervenção nos Comportamentos de Risco

A necessidade de programas preventivos ao nível dos comportamentos de risco que ajudem e direcionem os adolescentes nas suas escolhas é evidente (Onrust, Otten, Lammers, & Smit, 2016). A adolescência é, como vimos, um momento de transições significativas na vida do jovem, onde a suscetibilidade para o envolvimento em comportamentos de risco é grande (Cohn *et al.*, 2015), e por isso, a prevenção é iniciada com idades cada vez mais jovens e estendida até ao final da adolescência (Moor, van Leijenhorst, Rombouts, Crone, & van der Molen, 2010). Tendo em conta que os adolescentes passam a maior parte do seu tempo na escola, considera-se este o melhor contexto para a aplicação de um programa de prevenção (Zappe & Dell’Aglia, 2016), não esquecendo a parte familiar, uma vez que a prevenção também utiliza estratégias de melhoramento da relação familiar, onde tem obtido resultados positivos na redução dos comportamentos de risco (Valero *et al.*, 2017).

No que respeita à intervenção, esta é igualmente importante e necessária quando falamos de comportamentos de risco, e mais especificamente, de consumo de substâncias aditivas. Os estudos de Cohn e colegas (2015) e Hale e colegas (2014), defendem que as intervenções devem ser focadas nas diversas substâncias e não apenas em uma em específico, uma vez que o que importa é a relação que o adolescente tem com a substância e não o tipo de substância. Pode ser efetivo identificar e direcionar o foco interventivo para os jovens que são mais propensos ao consumo de substâncias aditivas do que abranger toda a população de adolescentes (Onrust *et al.*, 2016), e fundamental conhecer o contexto

socioambiental dos adolescentes para que possam ser desenhadas estratégias de intervenção adequadas (Domingues *et al.*, 2014).

1.2.1. Como é feita a Prevenção/Intervenção

O trabalho ao nível da prevenção pode ser elaborado de várias formas, dependendo do grupo de jovens a que se dirige e da faixa etária dos mesmos. Aqui interessa a prevenção com os adolescentes consumidores ou não de substâncias aditivas, sendo possível dividir a adolescência em três fases: o início da adolescência, a fase mediana da adolescência e o fim da adolescência, e encontrar diferentes formas de prevenção para cada uma destas etapas (Onrust *et al.*, 2016).

No início da adolescência (ou pré-adolescência) parece existir uma grande adesão e interesse pelos programas preventivos. Os jovens tendem a ser muito preocupados com as suas relações com os pares e com a sua aceitação social, mas por outro lado, ainda estão muito ligados aos pais (ou cuidadores). Tendo isto em conta, os programas de prevenção para estes jovens trabalham sobretudo a capacidade de os adolescentes tomarem consciência da pressão social a que são expostos e posteriormente, resistirem à mesma criando por eles próprios as opiniões e decisões sobre os temas. Com esse objetivo, utilizam-se componentes com normas sociais, tais como, discussões de grupo, uso de figuras modelo, trabalhar as perceções sobre as substâncias e disponibilizar informações sobre as mesmas ou ainda apostar na utilização dos pares como mentores, aproveitando o desejo dos adolescentes mais novos quererem estar próximos dos seus pares e disponibilizando assim uma “educação de pares” (Das, Salam, Arshad, Finkelstein, & Bhutta, 2016). Também os pais são convidados a participar nos programas de prevenção com idades mais jovens, visto que vários estudos demonstram uma grande efetividade nas abordagens que incluem a família (Valero *et al.*, 2017; Van Ryzin, Fosco, & Dishion, 2012).

O período que se segue é especialmente difícil no que respeita ao trabalho de prevenção, encontramos os jovens numa fase em que as mudanças físicas e psicológicas estão ao rubro e, contrariamente à fase anterior, já não dispomos de uma ligação tão próxima

aos pais nem de resultados favoráveis na “educação pelos pares” (Onrust *et al.*, 2016). Estes adolescentes são muito influenciáveis pelas suas necessidades tentando colmata-las da forma mais rápida e normalmente impulsiva que conseguirem, a busca de prazer e de sensações recompensadoras torna-os mais vulneráveis aos comportamentos de risco, ao consumo de substâncias aditivas provedoras de uma rápida sensação de satisfação das suas necessidades (Moor *et al.*, 2010; Steinberg, 2010).

A mudança de comportamento nesta fase é possível, contudo, apenas em jovens que já demonstram um uso de substâncias problemático e que tenham *à priori* vontade de agir de forma diferente (Onrust *et al.*, 2016). Nestes casos são frequentemente escolhidos programas cognitivo-comportamentais, onde os adolescentes aprendem a criar estratégias de *coping* que os ajudam a lidar com as suas emoções, com o *stress* e a ansiedade, fazendo-os depender menos das substâncias para tal (Yu *et al.*, 2017).

Os adolescentes mais velhos, no fim da adolescência, já não estão tão preocupados com as opiniões sociais ou com a pressão dos seus pares. Nesta fase ambicionam criar a sua própria identidade, conseguir individualizar-se e fazer-se notar pelo que são, pelas suas capacidades, interessam-se pelo futuro e planeiam a sua passagem para a fase adulta. Aqui funcionam bem programas que os ajudem a fazer esta transição, que os capacitem no sentido da recusa desses comportamentos (uso de substâncias) marcando a sua posição entre os pares. Importa também a educação sobre os riscos que os consumos têm para a saúde e que consequências físicas e psicológicas podem trazer, exercícios de autocontrolo, resolução de problemas e tomada de decisão também são bem-vindos, visto que trabalham nos dois sentidos, nas suas capacidades para o futuro e nas suas escolhas ao nível dos comportamentos de risco. Os pais, por sua vez, voltam a ser importantes nesta fase, sendo muitas vezes envolvidos nos programas com estas faixas etárias. De ressaltar que, com adolescentes de alto risco estes programas não apresentam muito sucesso, uma vez que o consumo já faz parte da sua identidade (Onrust *et al.*, 2016).

1.2.2. Os Serviços que Existem em Portugal


Em Portugal, existem serviços especializados na ajuda a estes comportamentos, com profissionais das mais diversas áreas, que oferecem apoio a nível físico e psicológico, o CRI – Centro de Respostas Integradas é um desses serviços. O CRI é composto por 34 centros, espalhados por todo o país. É uma oferta pública integrada no Sistema Nacional de Saúde e coordenada pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS), que por sua vez, dispõem de uma Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD), onde o CRI se insere. A atuação deste serviço assenta na prevenção e intervenção nos comportamentos aditivos, isto é, nas drogas ilícitas (cannabis, cocaína, heroína...), nas drogas licitas (álcool e tabaco), e nos consumos sem substância (compras, jogo, sexo e tecnologias), e abrange todas as faixas etárias. Contudo, dispõem de uma consulta específica para o adolescente onde o mesmo é acompanhado regularmente por psicólogos, enfermeiros e médicos, consoante as suas necessidades. O CRI aposta também em programas de prevenção com adolescentes, uns mais direcionados para aplicação nas escolas como é o caso do programa “Eu e os Outros”, que pressupõe uma abordagem universal dos problemas ligados ao consumo de substâncias psicoativas, integrando o tema das substâncias com as situações do dia-a-dia dos jovens. Para isso conta com 9 narrativas e 9 personagens representativas dos estereótipos juvenis, cada narrativa é trabalhada num mínimo de 7 sessões que podem incluir dinâmicas de grupo, exploração da identificação de cada elemento do grupo às personagens e pesquisas sobre as temáticas em questão. Outro programa de prevenção frequentemente utilizado, devido aos seus resultados positivos é o “Risca o Risco”, este mais em contextos académicos festivos e dinamizado por pares, visa a passagem de informação sobre as substâncias, a sensibilização para os efeitos das mesmas e a diminuição de riscos a elas associados (disponibilização de preservativos, testes de controlo de álcool e substâncias psicoativas, etc.) (Rebelo, Bonito, Ferro, Cota, & Jesus, 2012).

Quando o consumo de substâncias deixa de ser apenas uma experiência ou de ser utilizado somente em contextos recreativos e passa a ter uma importância maior na vida

do adolescente, um programa de prevenção passa a não ser suficiente, é então que a intervenção é requerida. Esta pode ser proposta pelos familiares dos adolescentes, pelas entidades a quem compete a proteção de jovens (CPCJ) ou ainda pelas autoridades jurídicas (tribunais), em casos raros é ainda o próprio adolescente que reconhece o problema e procura ajuda.

Para além do CRI, que como já referido oferece a consulta de adolescentes, existem outros recursos que podem ser utilizados no tratamento e intervenção, tais como as comunidades terapêuticas. Este conceito foi criado por Maxwell Jones em 1959 na Europa, que na sua origem tinha como objetivo o tratamento de pessoas com o mesmo problema (na altura, traumas de guerra) e assentava em alguns princípios básicos, como a comunicação nos dois sentidos (terapeuta – paciente e paciente – terapeuta), a capacitação para tomada de decisão a todos os níveis, a liderança partilhada ou múltipla, as decisões consensuais e as aprendizagem pelas interações sociais (Jones, 1959). Este era o modelo democrático praticado na altura, contudo, e com a grande adesão ao conceito comunidade terapêutica, muitos se seguiram até chegar ao que temos hoje, um modelo mais focado na globalidade da pessoa, que já não dá importância apenas ao social (ao que é exterior), mas engloba também o intrapsíquico (o que é interno) (Cardoso, 2017).

Em Portugal, existem 3 comunidades terapêuticas para adolescentes, todas elas dentro da mesma associação – ART – Associação de Respostas Terapêuticas, duas delas situadas em Marco de Canaveses e outra em Castro Verde. O objetivo principal da ART é promover nos seus jovens uma restauração cognitiva, emocional e social, desenvolvendo projetos de vida que contribuam ativamente para a sua autonomia pessoal e progresso social. Para tal, definem quatro pontos essenciais pelos quais os adolescentes devem passar, são eles: 1 – Integrar, dar a conhecer as normas e valores da comunidade, de forma a que o jovem consiga contruir uma identidade comunitária e consequentemente envolver-se melhor nas dinâmicas da mesma; 2 – Desenvolver, aceitar os objetivos do processo terapêutico e a mudança, e adquirir competências emocionais, sociais e cognitivas; 3 – Consolidar, reforçar todas as experiências e aprendizagens feitas até ao momento; e 4 – Realizar, concretizar o projeto de vida, que já tem vindo a ser cumprido desde o momento que o jovem entra em comunidade e é a partir daqui estendido para a sua futura




vida independente. A ART conta ainda com a ajuda de uma equipa de profissionais especializados, desde pedopsiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, educadores e auxiliares e atua tanto no problema de consumo de substâncias aditivas como nos comportamentos de risco em geral.

Capítulo 2 – Objetivos e Questões de Investigação

A adolescência é uma fase do desenvolvimento onde as novas experiências estão frequentemente ligadas aos comportamentos de risco (Steinberg, 2007). O consumo de substâncias aditivas insere-se nesses comportamentos e tem vindo a revelar-se um assunto proeminente nos dias de hoje devido ao seu impacto a nível da saúde física e psicológica (Chassin *et al.*, 2009). Não existe um padrão no desenvolvimento deste comportamento de risco, uma vez que os adolescentes o experimentam em diferentes momentos e com diferentes objetivos, o que torna importante a compreensão individual ou por subgrupos (Park, McCoy, Erausquin, & Bartlett, 2018). Contudo, nota-se a crescente tendência para estes comportamentos à medida que os adolescentes se vão aproximando da idade adulta, o que torna impreterível uma prevenção/intervenção em idades mais jovens (Mahalik *et al.*, 2013).

O presente estudo insere-se num estudo mais amplo de avaliação da consulta de adolescentes “Adoles|Sendo” da responsabilidade do Centro de Respostas Integradas (CRI) do Alentejo Central da ARS. Esta consulta é feita por um psicólogo e direcionada a jovens até aos 18 anos que apresentem problemas de dependência, é um espaço onde os adolescentes podem partilhar as suas experiências, pensar-se e pensar as suas relações, com os outros e também com o objeto de dependência (seja ele uma substância, um jogo, etc.). Inicialmente, a consulta do adolescente integrava o mesmo espaço que todas as outras consultas com adultos, contudo, devido à pouca adesão derivada provavelmente do estereótipo de ser um espaço para toxicodependentes, foi criada uma parceria com o IPDJ (Instituto Português do Desporto e da Juventude) que disponibilizou o seu espaço para que se pudessem lá proceder a estes acompanhamentos.

O estudo referido integra três momentos, o primeiro quando o adolescente chega pela primeira vez à consulta, o segundo quando completa seis consultas e o último quando o jovem termina o processo. Em todos, o adolescente preenche uma bateria de testes sobre si e participa numa pequena entrevista onde lhe é questionada a sua perceção sobre o



processo terapêutico. Os pais/acompanhantes também são convidados a participar no estudo respondendo a um questionário sobre o adolescente e a uma entrevista sobre as suas expectativas em relação ao processo, contudo, apenas participam no primeiro e último momento.

Esta investigação diz respeito ao primeiro momento da avaliação da consulta, e tem como objetivo geral a compreensão da relação entre o consumo de substâncias aditivas e algumas das questões de desenvolvimento que caracterizam o período da adolescência, mais especificamente a nível das vivências das relações com os pais/acompanhantes e pares, da relação consigo próprio e das dificuldades comportamentais.

Como referido na fundamentação teórica, estes aspetos podem ter importância nas escolhas e ações dos jovens, seja porque têm um papel significativo no desenvolvimento psíquico do adolescente, como é o caso dos pais/acompanhantes, que criam os limites e a segurança necessária às futuras decisões (Thompson *et al.*, 2016), ou porque constituem a imagem de uma nova relação, com alguém com os mesmos interesses e curiosidades, dispostos a acompanhar as suas experiências (Sivertsen *et al.*, 2015). Importa considerar também a relação consigo próprio e tentar perceber de que forma esta pode influenciar os comportamentos de risco, sendo que para os adolescentes este é um tempo de mudança e formação de identidade (Costa, 2013), e as dificuldades de comportamento que possam surgir para além dos comportamentos de risco, tentando entender se estas se ligam mais a questões internas, emocionais e de relação consigo ou mais externas, de relação com os outros.

Para além disso o estudo pretende ainda explorar as perceções que os adolescentes e seus acompanhantes têm acerca dos seus consumos e as expectativas que trazem relativamente ao processo terapêutico que lhes é proposto, tentando a partir destas retirar possíveis implicações para a intervenção com estes jovens.

Questão 1:

Os adolescentes que apresentam consumos de substâncias aditivas são adolescentes com baixa autoestima?

Questão 2:

Os adolescentes que apresentam consumos de substâncias aditivas são adolescentes que apresentam dificuldades a nível das suas relações com os pais, e uma maior proximidade aos pares?

Questão 3:

Os adolescentes que apresentam consumos de substâncias são adolescentes que tendem a ter dificuldades de comportamento?

Questão 4:

Qual a perceção que os adolescentes têm dos seus comportamentos de consumo? São estes percebidos como um problema que precisa de ser resolvido?

Questão 5:

Quais as expectativas que os adolescentes e os pais/acompanhantes que procuram o CRI, têm em relação ao processo terapêutico?

Capítulo 3 – Metodologia

3.1. Participantes

A amostra clínica é constituída por 43 jovens com idades compreendidas entre os 13 e os 22 anos de idade ($M= 15,67$), dos quais 20 são do sexo feminino (46,5%) e 23 do sexo masculino (53,5%) e os seus acompanhantes. A mesma foi recolhida entre o mês de Outubro de 2016 e o mês de Dezembro de 2017, na consulta de adolescentes do CRI de Évora (Centro de Respostas Integradas). No total, apuramos 25 adolescentes que vieram acompanhados pelos pais, 18 com acompanhamento por parte da instituição de acolhimento e 2 sem acompanhante.

No que concerne ao ano de escolaridade, apura-se uma média que situa a frequência do 8º ano, sendo que a maioria dos adolescentes frequenta um ano escolar não coincidente com a idade.

Tabela 1. Caracterização da amostra (n=43)

	<i>N</i>	%	Média (DP)
Idade	43		15,66 (DP=1,66)
13-15	18	41,9%	
16-18	24	55,9%	
19-22	1	2,3%	
Sexo			
Masculino	23	53,5%	
Feminino	20	46,5%	
Institucionalização			
Sim	18	9,9%	
Não	25	13,8%	

Acompanhante

Pai	5	11,6%
Mãe	19	44,2%
Outro	17	39,5%
Sem acompanhante	2	4,7%

3.2 Instrumentos

O protocolo de recolha de dados é constituído por três instrumentos de autopreenchimento – Self-Esteem Scale – RSES, Escala de Autoestima de Rosenberg na versão portuguesa de Pechorro, Marôco, Poiares e Vieira (2011), Inventory of Parent and Peer Attachment – IPPA-R na sua adaptação portuguesa de Figueiredo e Machado (2010) e Questionário de Capacidades e Dificuldades – SDQ, Goodman (2001), e uma entrevista semiestruturada. Os mesmos serão de seguida apresentados individualmente.

3.2.1. Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self Esteem Scale - RSES)

A Escala de Autoestima de Rosenberg (Anexo 1) é uma escala breve que mede a orientação positiva ou negativa do indivíduo sobre si mesmo, como parte integrante do autoconceito (a perceção que o indivíduo tem de si mesmo, como o conjunto de pensamentos e sentimentos em relação a si próprio). (Rosenberg, 1965)

Na sua constituição encontram-se dez itens (sendo que os itens 2,5,6,8 e 9 têm uma cotação inversa) relativos ao próprio respondente, cuja sua cotação assenta numa escala de Likert de 4 pontos, em que, 0- Discordo fortemente; 1- Discordo; 2- Concordo; 3- Concordo fortemente, e num mínimo de 0 e máximo de 30 pontos, sendo que uma

pontuação mais elevada corresponde a níveis superiores de autoestima. (Pechorro, Marôco, Poiares & Vieira, 2011)

A RSES foi desenvolvida a partir de uma amostra total de 5024 participantes, de ambos os sexos, incluindo estudantes universitários e adultos pertencentes a meios sociais distintos e de diferentes etnias. Quanto às suas propriedades psicométricas, estas são adequadas, sendo que, no que se refere à estabilidade temporal, obtiveram-se correlações de .82 a .88 e em relação à consistência interna foram obtidos valores de alfa de Cronbach de .77 a .88. Parece ser uma medida com uma boa validade de construto, uma vez que se relaciona forte e significativamente com outras medidas que avaliam o mesmo construto, como por exemplo, o Coopersmith Self-Esteem Inventory (Janeiro, 2008), que também avalia a autoestima, e não se correlacionando, por sua vez, com medidas de construtos contrários. (Pechorro, Marôco, Poiares & Vieira, 2011)

Rosenberg constatou a diferença de sexo quanto à maior ou menor autoestima, sendo que o sexo masculino, integrado nos grupos escolares, pontuou mais alto (Masculino - M=23; DP=4.67; Feminino - M=21.20; DP=5.06). (Santos & Maia, 2003)

A validação da escala para a população portuguesa foi realizada através de um estudo realizado por Pechorro, Marôco, Poiares & Vieira (2011) que traduziu, adaptou e apurou as suas características psicométricas para Portugal, como forma de poder ser utilizada nestes mesmos contextos. Para tal, foi utilizada uma amostra de 760 participantes (sexo femininos e masculino, entre os 12 e 20 anos), para a amostra forense e 510 participantes (ambos os sexos, entre os 12 e os 20), para a amostra escolar. Note-se que em ambas as amostras o sexo masculino está em maior número (71.4%), a percentagem de brancos também foi superior (59.6%), embora existisse mais do que uma etnia na amostra.

Na avaliação dos itens, verificou-se que não existem desvios da normalidade, sendo que a simetria e a curtose se mantiveram dentro do intervalo aceitável de -2 a 2 e que apresentam pesos fatoriais superiores a .30. Quanto à consistência interna, os alfas de Cronbach atingiram valores superiores a .70, estando de acordo com os valores da escala original de Rosenberg, tal como os resultados obtidos para a estabilidade temporal (.86). Também na amostra portuguesa escolar se verificou que o sexo masculino tem valores

mais altos de autoestima que o sexo feminino, contudo, na amostra forense isso não se verificou. (Pechorro, Marôco, Poiares & Vieira, 2011)

3.2.2. Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA)

Este instrumento (Anexo 2) de autoavaliação visa avaliar as dimensões afetivas/cognitivas da vinculação aos pais (ou outro cuidador) e aos pares, tendo por base a teoria de Bowlby que sugere que, ao passo que os processos cognitivos se vão desenvolvendo, também as representações vão tomando um papel considerável na forma de relação dos adolescentes (com os seus pais e pares). (Figueiredo e Machado, 2010)

Cada versão (pais e pares) é constituída por 25 itens, divididos em três fatores, que apesar de apresentarem as mesmas designações para ambos os testes, divergem em alguns itens. No primeiro fator (Fator 1), encontram-se itens que medem a comunicação e proximidade afetiva, como por exemplo: “Os meus pais compreendem-me.” e “Os meus amigos ajudam-me a compreender-me melhor.”; No fator 2 incluem-se itens que avaliam a aceitação mútua e compreensão, por exemplo: “Penso que os meus pais são uns bons pais.” e “Eu confio nos meus amigos.”; E no terceiro fator (Fator 3), itens que se asseguram do afastamento afetivo e rejeição, tais como “ Os meus pais esperam demasiado de mim.” e “Eu sinto-me zangado com os meus amigos.”. (Figueiredo e Machado, 2010)

A cotação da escala é feita através de uma escala Likert de 5 pontos (1- Nunca verdadeira; 2 – Poucas vezes verdadeira; 3- Algumas vezes verdadeira; 4- Muitas vezes verdadeira; 5- Sempre verdadeira), somando os vários itens de cada fator, tomando em consideração que existem item que são cotados inversamente (IPPA-R Pais: item3, item 16 e item 17; IPPA-R Pares: item 5 e item 10). (Figueiredo e Machado, 2010)

Inicialmente a escala foi desenvolvida a partir de um estudo feito com 179 estudantes, 63% do sexo feminino e 37% do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 16 e os 20 anos de idade (sendo a média 18.9 anos). Quanto à consistência interna, esta mostrou-se alta para os três fatores sendo que os valores dos alfas de Cronbach foram .91; .91 e .86, respetivamente. (Armsden e Greenberg, 1987).

Na população portuguesa, a escala encontrou validação a partir de um estudo (Figueiredo e Machado, 2010) feito com 254 crianças entre os 9 e os 11 anos de idade (sendo a média de idades 9.89 anos), alunos do ensino publico e particular, e com uma maior percentagem no sexo feminino (59.1%). Também aqui se verificou a fidelidade da escala analisando a consistência interna de cada fator, obtendo-se resultados de .859; .695 e .550, respetivamente.

3.2.3. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

O SDQ (Anexo 3) é um instrumento que visa avaliar a existência de perturbações mentais relacionadas com um determinado conjunto de dificuldades. Permite distinguir entre amostras clínicas e amostras da população em geral podendo ser utilizado como uma medida de triagem para crianças que necessitem de intervenção psicológica (Goodman & Goodman, 2009). O instrumento é apresentado em três versões, uma para ser respondida pelo próprio (criança/adolescente) com idades compreendidas entre os 11 e os 16 anos de idade, uma segunda destinada ao preenchimento pelos pais ou cuidador responsável e uma terceira dirigida aos professores, sendo que em ambas as anteriores o respondente deverá referir-se a crianças entre os 3 e os 16 anos de idade. (Goodman, 2001)

As vantagens na utilização do SDQ foram evidenciadas em relação à sua estrutura mais “reduzida”, maior focalização das capacidades e dificuldades, melhores informações sobre dificuldades de atenção/hiperatividade, relação com colegas e comportamento pró-social. (Goodman, 2001)

O SDQ é composto por 25 itens, de entre os quais, 10 são formulados no sentido de avaliar capacidades, 14 itens debruçam-se sobre dificuldades e 1 item é neutro. Cada item tem três opções de resposta, cuja cotação varia entre 0 e 2 numa escala de Likert de 3 pontos. A opção, *É um pouco verdade*, é sempre cotada com 1 ponto. As opções *Não é verdade* e, *É muito verdade*, são cotadas com 0 ou 2 pontos consoante o item. Estes 25 itens estão organizados em 5 escalas, com 5 itens cada, gerando resultados para Sintomas Emocionais, ex: “Ando muitas vezes triste, desanimado/a ou a chorar, ou, Anda muitas

vezes triste, desanimado/a ou choroso/a”; para Problemas de Comportamento, ex: “Ando sempre à pancada, ou, Luta frequentemente com as outras crianças”; para Hiperatividade, ex: “Sou inquieto/a, não consigo ficar quieto/a, ou, É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca pára quieto/a”; para Problemas de Relacionamento com os Colegas, ex: “Tenho pelo menos um bom amigo/ uma boa amiga, ou, Tem pelo menos um bom amigo/ uma boa amiga”; e para Comportamento Prós social, ex: “Tento ser simpático/a com as outras pessoas, ou, É simpático/a e amável com crianças mais pequenas”. Depois de preenchidos todos os itens, é possível calcular a pontuação total de dificuldades, que se obtém através da soma dos valores obtidos em todas as escalas exceto a escala referente ao comportamento pró-social. A pontuação total pode variar entre 0 e 40 pontos. (Goodman, 2001)

No seu estudo Goodman recolheu uma amostra de 3983 crianças entre os 11 e os 15 anos de idade e os seus respetivos pais (9998 participantes), 80% da amostra também permitiu o envio da prova aos professores dos seus filhos, contando com 7313 respostas.

Quanto à consistência interna dos itens que compõem o SDQ, esta mostrou-se bastante satisfatória sendo que, a média dos resultados dos alfas obtidos nos itens foi de .73, e nos totais os resultados atingiram alfas iguais ou superiores a .80. (Goodman, 2001)

3.2.4. Entrevista

A Entrevista utilizada (Anexo 4) é uma entrevista semiestruturada com uma versão para os adolescentes e uma outra para os respetivos acompanhantes. É constituída por dois grandes grupos de questões. O primeiro grupo tem como objetivo a recolha das perceções do problema, procurando-se recolher dados sobre: as dificuldades/problemas que motivaram a vinda ao serviço; a perceção que o adolescente/accompanhante tem das dificuldades/problemas; as atribuições que o adolescente/accompanhantes fazem das causa/razões destes e, na versão dos adolescentes, a perceção que acham que os pais têm destas dificuldades/problemas.

Para além deste conjunto de questões centrais na entrevista, esta incluí ainda um conjunto de questões relacionadas com o contexto escolar do adolescente e os seus tempos livres.

3.3. Procedimentos

3.3.1. Procedimentos de Recolha dos Dados

Tal como já referido anteriormente, este estudo integra-se do primeiro de três momentos contemplados na avaliação da consulta de adolescentes inserida no projeto Adoles|Sendo da responsabilidade do Centro de Respostas Integradas do Alentejo Central da ARS e da Direção Regional do Alentejo do IPDJ. Este primeiro momento assinala a chegada do adolescente e seu respetivo acompanhante ao serviço e é recolhido após o acolhimento (1º contacto com a equipa do CRI, no caso dos adolescentes, com o psicólogo e a enfermeira), primeiro com o adolescente e depois com o acompanhante. A recolha dos dados foi feita no período de um ano e dois meses (entre Outubro de 2016 e Dezembro de 2017) por cinco estudantes de mestrado em psicologia que se encontravam a realizar o seu estágio curricular no CRI. Antes da recolha procedeu-se a uma pequena apresentação dos objetivos principais do estudo ao participante e foi recolhido o consentimento informado (Anexo 5), assegurando as questões de confidencialidade necessárias. Posteriormente foi aplicada a bateria de instrumentos que, para além dos utilizados neste estudo, incluía também o Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI (Brief Symptom Inventory) na sua adaptação para a população portuguesa por Canavarro (1999) e a versão portuguesa do Questionário de Comportamentos Suicidários Revisto – QCS-R de Rui C. Campos, Sofia Rebelo e Helena Abreu (2011). O preenchimento dos questionários pelos adolescentes demorou cerca de 15 minutos e a administração da entrevista variou entre os 2 minutos e os 15 minutos. Com os acompanhantes o tempo de resposta foi menor, cerca de 7 minutos, uma vez que apenas auto preenchiam um questionário (versão para pais do SDQ). Contudo na entrevista alongavam-se mais que os jovens (entre 4 minutos a 20 minutos).

3.3.2. Procedimento de Análise dos Dados

Depois de recolhidos os dados, procedeu-se ao tratamento estatístico dos mesmos através do programa IBM SPSS Statistics (versão 24) para os dados resultantes dos questionários e a uma análise qualitativa das entrevistas.

Em relação aos dados quantitativos recolhidos através dos questionários, numa primeira fase foi assegurada a normalidade da amostra com recurso ao teste de Kolmogorov-Smirnov, $p = .200$ e ao teste de Shapiro-Wilks, $p = .002$, optando-se pela utilização de estatística paramétrica. Seguiram-se as estatísticas descritivas da amostra para cada instrumento e as análises (Correlações de Pearson, Testes de diferenças e Testes de Qui-quadrado) que permitem ir ao encontro das questões de investigação. Para uma melhor compreensão das relações entre as diferentes variáveis em estudo realizaram-se correlações de Pearson entre todas as escalas, fatores e totais correspondentes aos três questionários.

Depois de concluídas as análises anteriores, foram estudadas as associações entre as seguintes variáveis – sexo, idade, perceção do problema, situação atual do adolescente (se está em consulta ou se já abandonou o processo) e a variável institucionalização (adolescente residente numa instituição ou adolescente que vive com os pais/outro familiar). Estas duas últimas variáveis foram contempladas, uma vez que, grande parte da amostra se encontrava nestas situações.

Para a análise dos dados qualitativos recolhidos através das entrevistas foi realizada uma análise de conteúdo. As gravações das entrevistas foram ouvidas, transcritas e numeradas. A partir da sua leitura foram identificadas as unidades de registo. Os Domínios da análise foram construídos a partir das questões principais das entrevistas, como por exemplo, “Como chegaste à consulta?”, e a partir das respostas recolhidas, foram identificadas várias Categorias, e nalguns casos, Subcategorias dentro das mesmas.

O mesmo procedimento de análise foi utilizado para as entrevistas dos acompanhantes.

Capítulo 4 – Apresentação dos Resultados

Primeiramente, serão apresentados os resultados das análises das estatísticas descritivas dos instrumentos na seguinte ordem: Escala de Autoestima, IPPA e SDQ. De seguida, apresentamos as análises realizadas para o estudo das questões de investigação e finalmente os resultados das entrevistas, primeiro dos adolescentes e depois dos acompanhantes.

4.1. Estatísticas Descritivas

4.1.1. Escala de Autoestima de Rosenberg

No que concerne à Escala de Autoestima de Rosenberg, os resultados variam entre os 6 e os 30 pontos ($M= 20,60$ e $DP= 5,47$), indo estes ao encontro dos apresentados por Rosenberg, sendo que os rapazes apresentam uma pontuação média de 21,35 e as raparigas uma pontuação média de 19,75.

Tabela 2. Estatísticas descritivas da Escala de Autoestima de Rosenberg

	Mínimo	Máximo	M	D P
Autoestima (n=43)	6,00	30,00	20,60	5,47
Feminino (n=20)	-	-	19,75	6,09
Masculino (n=23)	-	-	21,35	4,88

4.1.2. IPPA – Pais e Pares

No que diz respeito ao IPPA, foram obtidos resultados para ambas as versões (Pais e Pares), divididos pelos 3 fatores. Na versão relativa aos pais, o Fator 1 (Comunicação e

Proximidade Afetiva) foi o que apresentou uma pontuação mais alta, com uma média de 40,67 e um desvio padrão de 9,59. O mesmo se verificou na versão relativa aos pares onde a média foi de 42,63 e o desvio padrão de 8,69.

Já o fator que obteve pontuações mais baixas, em ambas as versões foi o Fator 3, que engloba os itens relativos ao Afastamento e à Rejeição com uma média de 19,81 e 9,77, respetivamente).

Tabela 3. Estatísticas descritivas do IPPA Pais e IPPA Pares (n=43)

	Mínimo	Máximo	M	DP
IPPA Pais				
Fator 1	19	56	40,67	9,59
Fator 2	13	30	24,05	4,16
Fator 3	14	30	19,81	3,43
Total	10	66	44,68	12,79
IPPA Pares				
Fator 1.	21	55	42,63	8,69
Fator 2	24	45	36,42	5,30
Fator 3	5	25	9,77	3,50
Total	36	95	69,28	14,26

Legenda- **Fator 1:** Comunicação e Aproximação Afetiva / **Fator 2:** Aceitação Mútua e Compreensão / **Fator 3:** Afastamento e Rejeição / **Total:** Soma dos Dois Primeiros Fatores e Subtração do Fator 3 a este Valor

4.1.3. SDQ – Questionário de Capacidades e Dificuldades

Quanto ao SDQ, este também contempla duas versões, mas desta vez com a particularidade de uma ser preenchida pelo adolescente em relação a si próprio e a outra pelo

acompanhante sobre o adolescente. Apurou-se os resultados por escala, sendo que cada escala avalia uma capacidade ou dificuldade do jovem. Na versão preenchida pelo adolescente, a escala de Comportamento Pró-social é a que tem um resultado mais elevada, com uma média de 7,90 e um desvio padrão de 1,90. Já a que apresenta menor pontuação é a Escala de Problemas com os Colegas, com uma média de 2,33 e desvio padrão de 1,68. Na versão preenchida pelo acompanhante é também a escala de Comportamento Pró-social que pontua mais alto (M= 7,18 e DP= 2,38) e a escala de problemas com os Colegas que pontua mais baixo (M= 2,76 e DP= 1,94).

Tabela 4. Estatísticas Descritivas da Escala de Capacidades e Dificuldades (SDQ) Versão do Adolescente e Versão do Acompanhante (n=42).

Adolescentes	Mínimo	Máximo	M	DP
Sintomas Emocionais	0	6	2,64	1,53
Probl. de Comportamento	0	8	3,48	1,82
Hiperatividade	0	10	4,52	2,08
Probl. com colegas	0	5	2,33	1,68
Pontuação Total	3	25	13,14	5,26
Comportamento Pró-social	3	10	7,90	1,90
Acompanhantes				
Sintomas Emocionais	0	9	3,26	2,11
Probl. de Comportamento	0	10	4,58	2,31
Hiperatividade	1	10	5,39	2,73
Probl. com colegas	0	8	2,76	1,94
Pontuação Total	6	27	15,97	6,20
Comportamento Pró-social	0	10	7,18	2,38

4.2. Estudo das Questões de Investigação

4.2.1. Autoestima dos Adolescentes Consumidores de Substâncias Aditivas

Como apresentado anteriormente nas análises descritivas à escala da Autoestima, os adolescentes apresentam uma pontuação alta ($M= 20,60$ e $DP= 5,47$). O teste t feito com a autoestima e o sexo mostra que não existem diferenças significativas entre os sexos ao nível da autoestima, apesar do sexo masculino pontuar mais do que o sexo feminino ($t(41) = -,955$, $p = .345$). Também a variável institucionalização não apresenta diferenças significativas ao nível da autoestima. Relativamente à idade, esta não se encontra correlacionada com a autoestima.

4.2.2. Vinculação aos Pais e Pares dos Adolescentes Consumidores de Substâncias Aditivas

Os resultados mostraram que os adolescentes pontuam mais alto no Fator 1 (Comunicação e Proximidade Afetiva) nas duas versões. Tendo em conta estes resultados, procurou-se, com recurso a testes t , a existência de diferenças entre os sexos nos diferentes fatores do IPPA. Os resultados mostraram que existem diferenças significativas no que respeita ao Fator 1 do IPPA Pais, $t(41) = -2,24$, $p = 0,032$ sendo que o sexo masculino apresenta resultados mais altos nesse Fator. Para os outros fatores do IPPA Pais e Pares não foram encontradas diferenças significativas. Foram também correlacionados os fatores IPPA com a idade, e verificada a existência de diferenças entre adolescentes institucionalizados e os não institucionalizados relativamente aos fatores do IPPA. Em ambos os testes não foram encontrados resultados estatisticamente significativos.

Na tabela 5, na qual se apresentam as correlações entre os resultados obtidos entre os três fatores do IPPA nas suas duas versões (Pais e Pares), pode ver-se que a Aceitação Mútua e Compreensão se correlaciona positiva e significativamente com a Comunicação

e Proximidade Afetiva na versão sobre os pais, $r = .657$, $p = .000$, o Afastamento e Rejeição das duas versões correlacionam-se positivamente, $r = .305$, $p = .050$, e, à semelhança da versão dos pais também na versão dos pares uma maior Aceitação Mútua e Compreensão está associada a uma maior Comunicação e Proximidade Afetiva, $r = .819$, $p = .000$.

Tabela 5. Correlações entre os Fatores do IPPA (Pais e Pares)

	Pais			Pares		
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 1	Fator 2	Fator 3
IPPA Pais						
Fator 1	1	.657**	.165	.080	.004	.137
Fator 2	.657**	1	.091	.050	-.076	.044
Fator 3	.165	.091	1	.157	.217	.305*
IPPA Pares						
Fator 1	.080	.050	.157	1	.819**	-.062
Fator 2	.004	-.076	.217	.819**	1	-.226
Fator 3	.137	.044	.305*	-.062	-.226	1

Legenda: Fator 1 – Comunicação e Aproximação Afetiva / Fator 2 – Aceitação Mútua e Compreensão / Fator 3 – Afastamento Afetivo e Rejeição.

4.2.3. Capacidades e Dificuldades dos Adolescentes Consumidores de Substâncias Aditivas

Vimos anteriormente que os adolescentes pontuam mais alto na escala de comportamento pró-social relativa a uma capacidade e mais baixo na escala de problemas com colegas, relativa a uma dificuldade de comportamento. Comparados os valores obtidos nas escalas da versão para Adolescente e da versão para Acompanhante, verificou-se que existem diferenças significativas entre a Escala de Problemas de Comportamento ($t(36) = -2.92, p < 0.01$), na Escala de Hiperatividade ($t(36) = -2.29, p < 0.05$), e ainda na Pontuação Total da Escala ($t(36) = -2.35, p < 0.05$). Em todas estas escalas os valores mais elevados são os da versão para Acompanhantes, o que significa que estes percecionam mais dificuldades de comportamento nos adolescentes do que os próprios.

Foram realizados testes de diferenças, para perceber se existiam diferenças em função do sexo. Os resultados mostraram que na versão dos adolescentes, o sexo feminino pontua mais na escala de Hiperatividade, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t(40) = 2.02, p = .050$). Para a versão preenchida pelo acompanhante, os resultados apresentam duas diferenças significativas, nomeadamente na escala de Problemas de Comportamento, onde as raparigas pontuam mais alto ($t(36) = 2.56, p = .015$); e também na escala de Comportamento Pró-social onde é o sexo masculino a ter resultados mais elevados ($t(36) = -3.10, p = .004$).

Foram ainda encontradas diferenças significativas entre a escala de Comportamento Pró-social na versão dos pais e a variável instituição sendo que os adolescentes não institucionalizados são percecionados pelos seus acompanhantes como tendo um comportamento pró-social mais elevado ($t(36) = -3.669, p = .001$). Quanto à idade, esta não está correlacionada com os resultados obtidos em ambas as versões (adolescente e acompanhante).

Nas tabelas 6 e 7 apresentamos as correlações entre os resultados obtidos entre as escalas do SDQ nas suas duas versões. Dentro da escala dos adolescentes, observamos correlações significativas positivas entre os Problemas com os Colegas e as escalas de

Sintomas Emocionais ($r = .495, p = .001$), Problemas de Comportamento ($r = .385, p = .012$) e Hiperatividade ($r = .404, p = .008$). Esta escala apresenta também, uma correlação significativa com a escala de Problemas de Comportamento ($r = .538, p = .000$). Na versão dos acompanhantes, podemos ver correlações positivas entre a escala de Sintomas Emocionais e a escala de Problemas com os Colegas ($r = .504, p = .001$) e entre a escala de Problemas de Comportamento e Hiperatividade ($r = .456, p = .004$), sendo ambas estatisticamente significativas.

Não existem correlações significativas entre as escalas da versão dos adolescentes e as da versão dos acompanhantes.

Tabela 6. Correlações entre as Escalas do SDQ (Adolescentes).

SDQ Adolescentes	1	2	3	4	5	6
1. Sint.Emocionais	1	.194	.191	.495**	.577**	.097
2. Probl Comp.	.194	1	.538**	.385*	.747**	-.254
3.Hiperatividade	.191	.538**	1	.404**	.773**	-.222
4. Probl.Colegas	.495**	.385*	.404**	1	.730**	-.112
5. Total	.577**	.747**	.773**	.730**	1	-.199
6. Comp. Pró-social	.097	-.254	-.222	-.112	-.199	1

Legenda: Total – Soma dos valores óbitos em todas as escalas exceto a escala de Comportamento Pró-social.

Tabela 7. Correlações entre as Escalas do SDQ (Acompanhantes).

SDQ Acompanhantes	1	2	3	4	5	6
1. Sint. Emocionais	1	.256	.263	.504**	.708**	253
2. Probl. Comportamento	.256	1	.456**	.279	.749**	-.394*
3. Hiperatividade	.263	.456**	1	-.013	.690**	.101
4. Probl. Colegas	.504**	.279	-.013	1	.578**	-.283
5. Total	.708**	.749**	.690**	.578**	1	-.104
6. Comp. Pró-social	.253	-.394*	.101	-.283	-.104	1

Legenda: Total – Soma dos valores óbitos em todas as escalas exceto a escala de Comportamento Pró-social.

4.2.4. Autoestima, o IPPA e o SDQ

Apresentamos na tabela 8 as correlações entre os resultados obtidos com os três instrumentos em causa. A análise desta permite-nos perceber que a Autoestima se correlaciona negativamente de forma significativa com o Fator 3 (Afastamento e rejeição) do IPPA, tanto na versão dos pais, $r = -.380$, $p = .013$ como na versão dos pares, $r = -.546$, $p = .000$. Verificam-se também, correlações negativas significativas entre a autoestima e o SDQ (versão do adolescente), na escala de Problemas de Comportamento, $r = -.457$, $p = .002$, e na escala de Hiperatividade, $r = -.507$, $p = .001$.

Na versão preenchida pelo acompanhante do adolescente não existem correlações significativas com a autoestima.

Quando olhamos as correlações entre o SDQ, versão respondida pelo adolescente, e o IPPA, verificamos que existem correlações positivas e estatisticamente significativas entre o Fator 3 (pares) com 3 escalas: Problemas com os Colegas, $r = .456$, $p = .002$, Hiperatividade, $r = .395$, $p = .010$ e Problemas de comportamento, $r = .432$, $p = .004$.

Esta última escala tem também uma correlação positiva com o Fator 3 da versão dos pais ($r = .323, p = .040$)

Na versão do SDQ preenchida pelo acompanhante do adolescente, existe uma correlação positiva, estatisticamente significativas, entre este fator 3 do IPPA pares e a escala de Sintomas Emocionais, $r = .445, p = .005$.

Tabela 8. Correlações de Pearson entre SDQ (Adolescentes e Acompanhantes), Autoestima e IPPA (Pais e Pares).

	1	2	5	7	8	9	10	11	13	15	16
1. Autoestima											
	1	.140	.037	.546*	-.282	.457*	.507*	-.198	-.159	.149	-.058
				*		*	*				
IPPA Pais											
2. Fator 1											
	.140	1	.080	.137	-.099	.093	.018	-.091	.268	.068	.108
3. Fator 2											
	.035	.657*	.050	.044	-.113	.113	.181	-.146	.054	.115	.051
		*									
4. Fator 3											
	-.380*	.165	.157	.305*	.154	.323*	.241	.094	.162	-.060	-.029
IPPA Pares											
5. Fator 1											
	.037	.080	1	-.062	-.034	.002	-.150	-.208	.164	.128	-.056
6. Fator 2											
	.183	.004	.819*	-.226	-.109	.007	-.163	-.201	.019	.106	-.053
			*								

7. Fator	-										
3	.546*	.137	-.062	1	.296	.432*	.395*	.456*	.445*	.019	.286
	*					*	*	*	*		

SDQ Adolescente

8. S.E.	-.282	-.099	-.034	.296	1	.194	.191	.495*	-.055	-.070	.111
								*			
9. P.C..	-										
	.457*	.093	.002	.432*	1	.194	.538*	.385*	.164	.281	-.018
	*			*			*	*			
10. H.	-										
	.507*	.018	-.150	.395*	1	.191	.538*	.404*	.212	.268	-.017
	*			*			*	*			
11. P.C.	-.198	-.091	-.208	.456*	.495*		.385*	.404*	1	.041	-.044
				*	*		*	*			.099

SDQ Acompanhante

13. S.E.	-.159	.268	.164	.445*	-.055	.164	.212	.041	1	.263	.504*
				*							*
14. P.C.	.005	-.218	.041	.297	.069	.306	.321	.216	.256	.456*	.279
										*	
15. H.	.149	.068	.128	.019	-.070	.281	.268	-.044	.263	1	-.013
16. P.C.	-.058	.108	-.056	.286	.111	-.018	-.017	.099	.504*	-.013	1
									*		

Legenda: 1 – Total da escala de Autoestima de Rosenberg; 2 e 5 – Fator 1: Comunicação e Proximidade Afetiva; 3 e 6 – Fator 2: Aceitação Mútua e Compreensão; 4 e 7 – Fator 3: Afastamento Afetivo e Rejeição; 8 e 13 – Escalas de Sintomas Emocionais; 9 e 14 – Escalas de Problemas de Comportamento; 10 e 15 – Escalas de Hiperatividade; 11 e 16 – Escalas de Problemas com Colegas.

Nota: Por não apresentarem qualquer correlação com nenhuma das escalas, foram retiradas da tabela a linha 12 e as colunas 3, 4, 6, 12 e 14.

Após as análises das correlações, fomos perceber se as variáveis Sexo, Idade, Institucionalização, Situação Atual e Percepção do Problema tinham alguma associação estatisticamente significativa entre si. Os resultados mostram que existe uma associação significativa entre o Sexo e a Institucionalização, $\chi^2(1) = 22.35, p = .000$, sendo que os adolescentes institucionalizados são frequentemente do sexo feminino (55%), e também uma associação significativa entre a Idade e a Situação Atual, $\chi^2(12) = 29.14, p = .004$, os adolescentes com mais de 16 anos apresentam uma maior taxa de Drop Out (69.2%).

4.2.5. Entrevistas aos Adolescentes e aos Acompanhantes

Na tabela 9 podemos ver os Domínios, as Categorias e as Subcategorias criadas a partir das respostas dos jovens, em cada uma, está registrado o número de adolescentes que responderam daquela forma. No anexo 6 consta um quadro com os domínios, categorias, subcategorias e as frequências retiradas das entrevistas com os adolescentes.

Assim, o domínio de *Como Chega à Consulta* divide-se em três categorias: *Apanhado pela Polícia* (Ex: “Fui apanhado com droga pela polícia e a CDT enviou-me para aqui”), *Trazido pelos Pais/Acompanhantes* e *Vinda por Iniciativa Própria* (Ex: “Fui eu que pedi à minha mãe para lhe dizerem o que é que era, num modo geral. Porque da minha boca ela não ouvia.”), olhando a categoria com mais respostas, dividimo-la por *Motivo da Consulta* e obtivemos sete subcategorias: *Consumos de Drogas*, *Não sei*, *Roubos e Coisas Más*, *Problema de Saúde* (Ex: “Tive um ataque de epilepsia), *Faltas à Escola* e *Mau Comportamento*, *Jogos Tecnológicos* (Ex: “Acham que jogo muitos jogos de computador”) e *Para Explicarem à Minha Mãe o que são Drogas*.

Passando depois para a análise do domínio sobre a *Percepção do Adolescente* sobre o motivo que o traz à consulta de adolescentes do CRI percebemos que tínhamos dentro desta dois grandes grupos, um em que os jovens diziam *Não é um Problema*, e outro onde

consideravam que *É um Problema*, dentro do primeiro obtivemos as seguintes justificativas para a resposta: não é um problema porque: *Já Parei, Porque Gosto, É um Estilo de Vida, Foi Apenas um Consumo Experimental* e *Sem Motivo*. As subcategorias do segundo grupo resumiram-se a: é um problema *Para Mim* (Ex: “Acho que está a tornar-se viciante”), e é um problema *Para os Outros* (Ex: “A minha família excluía-me”). O mesmo grupo de adolescentes que assumiram ter um problema faz uma série de atribuições a esse mesmo problema (alguns mais do que uma atribuição), esta subcategorização organizou-se em: *Sem Razão para Consumo* (Ex: “Espero descobrir”), *Porque Gosto, Para Chamar a Atenção dos Outros, Amigos/Convívio, Para não Pensar nos Problemas Pessoais*.

Outro domínio debruça-se sobre o que os adolescentes pensam que é a perceção dos seus pais/acompanhantes sobre o motivo que os trouxe à consulta. Neste domínio (*Perceção do Adolescente sobre a Perceção dos Pais/Acompanhantes*), as respostas foram as seguintes: *Não Sei o que Pensam, Não Dizem Nada, Acham que os Médicos é que Sabem, Pensam que Sou Dependente* e *Não Querem que Consuma*. Esta última diz respeito ao grosso das respostas, e por isso, foi dividida pelas nuances de resposta encontradas, forma elas: os meus pais, *Perderam a Confiança em Mim, Repreenderam-me* e *Falaram Comigo* (Ex: “Tentou ajudar, não consegui e trouxe-me para a consulta”) – que se subdividiu em *Entenderam-me* e *Não me Entenderam*.

Quanto ao domínio sobre as *Expectativas em Relação ao Processo Terapêutico*, cujas respostas variaram entre: *Não sei, Espero que Ajude, Espero que Sejam Consultas de Psicologia, Espero que Feche o Processo na CDT* e *Espero que Acabe Rápido*. A subcategoria que obteve mais respostas foi a *Espero que Ajude*, dividindo-se depois em 3 conjuntos de respostas específicas, as que têm a ver com o próprio: *Na Minha Relação com os Outros* (Ex: “Espero ganhar mais confiança dos meus pais”), *A Mudar a Visão dos Outros Sobre Mim* e *Encontrar Aqui um Apoio* (Ex: “Espero que me ajude a ultrapassar dificuldades”); as que dizem respeito ao consumo de substâncias: *Deixar de Fumar/ Fumar Menos* e *Informações Sobre as Substâncias* e as que *Não Referem o Tipo de Ajuda*.

Finalmente, para o domínio *Outros Aspectos Relevantes* fora criadas três categorias: *Escola* – que se subdivide em *Gosto* e *Não Gosto*; *Atividades* – *Artes, Desporto* e *Saída com Amigos*; e *Relações Pessoais* – *Boas Relações* e *Más Relações*.

Tabela 9. Domínios, Categorias, Subcategorias e Frequências Relativas às Entrevistas dos Adolescentes.

Domínios	Categorias	Subcategorias	Frequências
Como chega à consulta	Apanhado pela polícia		7
	Trazido pelos pais/acompanhantes		35
	Vinda por iniciativa própria		1
Motivo da consulta	Consumos de drogas		31
	Não sei		1
	Roubos e coisas más		1
	Problema de saúde		1
	Faltas à escola e mau comportamento		2
	Jogos tecnológicos		2
	Para explicarem à minha mãe o que são drogas		1
Perceção do adolescente		Parei	3
		Gosto	4
	Não é um problema	Estilo de vida	2
		Consumo experimental	4
		Sem motivo	7
	É um problema	Para mim	18
	Para os outros	2	
	Sem razão para consumo		4
	Porque gosto		5

Atribuições que fazem das causas / razões destes	Para chamar a atenção dos outros		1	
	Amigos/Convívio		12	
	Para não pensar nos problemas pessoais		5	
Percepção do adolescente sobre a percepção dos pais/acompanhantes	Não sei o que pensam		3	
	Não dizem nada		2	
	Acham que os médicos é que sabem		1	
	Pensam que sou dependente		1	
	Não querem que consuma	Perda de confiança		1
		Repreensão		14
Expectativas em relação ao processo terapêutico	Espero que ajude	Entenderam	5	
		Conversa Não entenderam	8	
	Não sei		13	
Expectativas em relação ao processo terapêutico	Espero que ajude	Relação com outros	2	
		Visão outros	4	
		Apoio	2	
	Espero que sejam consultas de psicologia	Deixar de fumar		9
		Informação		1
		Não sei		6

	Espero que feche o processo na CDT	1	
	Espero que acabe rápido	1	
Outros aspetos relevantes	Escola	Gosto	26
		Não gosto	17
	Atividades	Artes	9
		Desporto	21
		Amigos	19
	Relações pessoais	Boas	17
Más		6	

Na tabela 10 apresentamos os domínios criados para as entrevistas dos acompanhantes, com uma organização idêntica às dos adolescentes, dividindo-se em categorias e subcategorias, e contendo o número de acompanhantes respondentes em cada uma. À semelhança do quadro dos adolescentes, apresentamos no anexo 7 um quadro onde é possível identificar todas os domínios, as categorias, as subcategorias e as frequências extraídas das entrevistas com os acompanhantes.

Começamos pelo primeiro domínio que comporta as mesmas três categorias de resposta da entrevista dos adolescentes uma vez que diz respeito à forma como chegam à consulta, e por isso, *Apanhado pela Polícia, Trazido pelos Pais/Acompanhantes* e *Vinda por Iniciativa Própria*. Contudo o motivo pelo qual vêm não é o mesmo e aqui temos categorias diferentes: *Consumos de Drogas, Roubos e Fugas, Problemas de Saúde* (Ex: “Teve um ataque epilético”), *Faltas à Escola e Mau Comportamento, Uso Indevido da Internet, Conflito nas Relações* (Ex: “Quer ser a líder”), *Problemas Emocionais* (Ex: “Quer ter uma atenção especial sobre si”).

Do domínio *Percepção dos Acompanhantes sobre as Causas do Problema*, resultaram respostas como: *Grupo de Pares*, *Disfuncionalidade Família* (Ex: “A família está toda ligada aos consumos”), *Agressividade e Dificuldades de Autorregulação Emocional*, *Baixa Autoestima e Necessidade de Aceitação* e *Tendência Natural Para Vícios* (Ex: “Ele é propício a vícios, em pequeno a chupeta e outras coisas que roía, pode ter a ver com isso”).

Quanto ao domínio relativo às *Expectativas em Relação ao Processo Terapêutico*, os acompanhantes dividiram-se entre três categorias de resposta, esperam a *Intervenção no Comportamento de Consumos*, esperam *Perceber a Necessidade dos Consumos* (por parte dos seus jovens) e esperam que seja possível uma *Reintegração e Apoio Emocional*. Da primeira, que obteve 25 respostas, procuramos extrair que tipo de intervenção os acompanhantes procuravam, do qual resultou duas subcategorias, *Controlar os Consumos* e *Abandonar os Consumos*.

Por fim, para o domínio *Outros Aspetos Relevantes* criamos três categorias: *Escola* – que se subdivide em *Gosta e Não Gosta*; *Atividades* – de entre elas *Música, Desporto e Saída com Amigos*; e *Condição Médica* – que inclui *Com Medicação* (Ex: “Faz medicação psiquiátrica”) e *Sem Medicação*.

Tabela 10. Domínios, Categorias, Subcategorias e Frequências Relativas às Entrevistas dos Acompanhantes.

Domínios	Categorias	Subcategorias	Frequências
	Apanhado pela polícia		7
Como chega a consulta	Trazido pelos pais/acompanhantes		35
	Vinda por iniciativa própria		1
Motivo da vinda ao CRI	Consumos de drogas		28
	Roubos e fugas		3

	Problemas de saúde		1
	Faltas à escola e mau comportamento		6
	Uso indevido da internet		2
	Conflito nas relações		1
	Problemas emocionais		2
	Grupo de pares		21
	Disfuncionalidade familiar		9
Perceção dos acompanhantes sobre as causas do problema	Agressividade e dificuldades de autorregulação emocional		7
	Baixa autoestima e necessidade de aceitação		5
	Tendência natural para vícios		3
Expectativas em Relação ao Processo Terapêutico	Intervenção nos consumos	Controlar	8
		Abandonar	17
	Perceber a necessidade dos consumos		2
	Reintegração e apoio emocional		17
Outros aspetos relevantes		Gosta	8
	Escola	Não gosta	35
		Desporto	21
	Atividades	Música	9
		Saída com amigos	20



Condição médica	Com medicação	4
	Sem medicação	39

Capítulo 5 – Discussão dos Resultados

Após a apresentação dos resultados obtidos neste estudo, torna-se importante fazer uma reflexão sobre os mesmos de modo a compreender melhor as relações entre as variáveis estudadas e responder às questões inicialmente formuladas, não perdendo de vista a literatura que sustenta as mesmas.

O presente estudo recai sobre uma amostra de jovens com idades compreendidas entre os 13 e os 22 anos de idade, dos quais uma parte considerável (18 adolescentes) encontra-se institucionalizado. Neste grupo de adolescentes que procurou o CRI entre Outubro de 2016 e Dezembro de 2017, e tendo em conta que esta amostra não é considerada representativa da população em geral, existem mais jovens do sexo masculino (53.4%). Na literatura, encontram-se resultados que mostram uma maior incidência dos consumos de substâncias no sexo masculino (Naia & Matos, 2007), contudo, ressalta que mais recentemente o sexo feminino tem vindo a aumentar a sua frequência nos consumos diminuindo a diferença anteriormente existente (Chita *et al.*, 2014). No mesmo grupo de jovens, existe uma maior percentagem com idades superiores a 16 anos (58.1%). O mais recente Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral em Portugal (2017), mostra que existem mais jovens com idade igual ou superior a 16 anos no que respeita ao consumo de substâncias.

Na primeira questão de investigação, o objetivo assentava em entender se o consumo de substâncias aditivas levava a níveis de autoestima mais baixos nos jovens. Os resultados mostram que estes jovens se encontram dentro das pontuações padronizadas para a sua faixa etária, não revelando assim dificuldades de autoestima. Os rapazes obtiveram resultados mais elevados do que as raparigas, tal como mostram os estudos de Rosenberg em 1965 e de Pechorro e colegas na sua validação da escala para a população portuguesa em 2011, ainda assim, esta não é uma diferença estatisticamente significativa. Estes resultados levam-nos a pensar na possibilidade destes consumos estarem relacionados com a entrada nos grupos de pares e aceitação dos jovens por parte dos mesmos, o que resulta num aumento da autoestima do adolescente (Kiviruusu *et al.*, 2015). Mais à

frente na discussão, será possível perceber que a relação com os colegas e o consumo em grupo se manifesta de forma considerável neste grupo de adolescentes, o que para eles possibilita um aumento da sua autoestima (Yang *et al.*, 2018).

Ao analisar os resultados da escala de vinculação aos pais e pares (IPPA) é possível verificar que os adolescentes mostram ter uma comunicação e uma proximidade afetiva elevada com os seus pais e pares, mais evidenciada no sexo masculino, não parecendo existir dificuldades na sua relação com os mesmos. Aqui é importante ressaltar que grande parte dos adolescentes institucionalizados são do sexo feminino o que pode ser uma possível explicação para os resultados mais elevados de proximidade aos acompanhantes por parte do sexo masculino. Na literatura encontramos este fenómeno de proximidade como um fator de preventivo dos comportamentos de risco dos jovens, contudo apenas quando a relação entre os adolescentes e os pais e pares é positiva e promotora do seu desenvolvimento (Ebru Ikiza & Cakar, 2010). Quando isto não acontece, a intervenção profissional neste contexto pode ter benefícios (Friedlander *et al.*, 2007). Também foi possível perceber que quando existe um sentimento de afastamento e rejeição em relação aos pais, existem também para com os pares. Este resultado difere dos dados encontrados na revisão teórica, que nos diz que quando os jovens se mostram mais afastados dos pais, apresentam uma maior proximidade aos pares, como forma da sua autonomização e criação de novas relações que não as primárias (Morel *et al.*, 1998). Isto permite-nos dar resposta à segunda questão de investigação.

Na terceira questão de investigação questionámo-nos se os adolescentes com comportamentos de consumo apresentariam dificuldades de comportamento. Os resultados da escala de capacidades e dificuldades (SDQ) mostram que os adolescentes pontuam menos nas escalas relativas às dificuldades e mais na escala de comportamento pró-social, referente às capacidades, o que à partida, nos faz pensar que o consumo não parece estar relacionado com as dificuldades sentidas pelos adolescentes. Contudo, quando comparados os resultados obtidos na versão dos adolescentes com os resultados obtidos na versão dos acompanhantes, podemos verificar uma diferença significativa em relação a algumas

escalas de dificuldades, nomeadamente nos problemas de comportamento e na hiperatividade. Em ambas, e também na pontuação total que pressupõe o conjunto dos resultados obtidos para as dificuldades, os acompanhantes obtiveram resultados mais altos, isto é, percebem mais dificuldades nos jovens do que os próprios. Estes resultados são consistentes com os resultados de outros estudos feitos com adolescentes e respetivos acompanhantes, na Rússia e na Grécia (Giannakopoulos *et al.*, 2013; Ruchkin, Koposov, Vermeiren, & Schwab-Stone, 2012).

Olhando as escalas de dificuldades e as suas relações entre si, percebemos que para os adolescentes as dificuldades sentidas na escala de problemas com colegas aumentam as dificuldades a nível da hiperatividade, problemas de comportamento e os sintomas emocionais. Aqui é visível a importância que os pares têm na vida dos jovens, as novas relações fazem parte desta fase de desenvolvimento e quando não são vividas de forma positiva parecem influenciar os outros aspetos da vida dos adolescentes (Sadovnikova, 2016).

Para os acompanhantes, as dificuldades relacionam-se de forma diferente, sendo que os problemas com os colegas vêm associados aos sintomas emocionais e os problemas de comportamento vem associado à hiperatividade, aumentando ou diminuindo em conjunto. Esta associação entre as escalas foi também encontrada e estudada por Goodman, Lamping, & Ploubidis (2010) e Richter *et al.* (2011), o que levou à possibilidade de se começar a utilizar apenas dois fatores para medir as escalas de dificuldades, o fator de internalização que juntava a escala de problemas com os colegas e a escala de sintomas emocionais, e o fator de externalização que continha a escala de problemas de comportamento e a escala de hiperatividade. Contudo, apesar de nos seus estudos as análises fatoriais confirmatórias apoiarem a utilização dos dois fatores, existem duas questões a considerar: a primeira assenta no facto de que o ajuste das escalas para estes dois fatores levanta alguns problemas na versão respondida pelo adolescente, pelo que será melhor utilizado na versão dos acompanhantes; a segunda é respeitante ao tipo de amostra em que estes fatores podem ser utilizados, esta deve ser de baixo risco, noutros casos, poderá

ser importante uma distinção mais específica. (Goodman *et al.*, 2010). No presente estudo, verifica-se que esta forma de olhar os resultados apenas é possível na versão dos acompanhantes, o que nos mostra que os acompanhantes não necessitam de especificar as dificuldades dos seus jovens, tornando-os uma amostra de baixo risco.

As diferenças de sexo para o SDQ foram também analisadas e mostram que o sexo feminino reconhece em si mais dificuldades de hiperatividade e de problemas de comportamento, enquanto o sexo masculino se destaca no comportamento pró-social. No entanto, este mesmo comportamento pró-social é mais baixo nos adolescentes institucionalizados. Contrariamente a estes resultados, a literatura mostra que são os rapazes que pontuam mais nas escalas de hiperatividade e de problemas de comportamento e as raparigas tendem a pontuar mais nos sintomas emocionais (Bibou-Nakou, Markos, Padeliadu, Chatzilampou, & Ververidou, 2019; Giannakopoulos *et al.*, 2009; He, Burstein, Schmitz, & Merikangas, 2013). Socialmente as raparigas são frequentemente percecionadas como menos hiperativas e com menos comportamentos desviantes do que os rapazes (Mowlem, Agnew-Blais, Taylor, & Asherson, 2018), contudo, a nossa amostra corresponde a jovens que chegam a um serviço que atua precisamente em comportamentos considerados desviantes, mais especificamente no consumo de substâncias, e como vimos anteriormente (Chita *et al.*, 2014), este tem vindo a aumentar nas raparigas o que pode ser uma possível explicação para o aumento dos comportamentos hiperativos e dos problemas de comportamento nas mesmas.

Relativamente à componente qualitativa do estudo, foram recolhidos diversos aspetos que depois de analisados nos permitem ir ao encontro das últimas duas questões de investigação que dizem respeito à perceção dos adolescentes e acompanhantes sobre o que os levou à consulta de adolescentes e o que esperam da mesma.

Conseguimos verificar desde logo que o número de adolescentes que chega à consulta por intermédio de outrem é muito elevado, constituindo quase a totalidade da amostra. Percebemos que acontece frequentemente nos vários locais que disponibilizam intervenções ou tratamentos a nível dos consumos de substâncias, os adolescentes raramente aparecem conduzidos pela sua própria vontade, o que tem influência posteriormente na

sua adesão ao processo terapêutico e também na percentagem de desistências ao longo do mesmo (Cardoso, 2017). Tal como encontrado na literatura, também nesta investigação uma grande parte dos jovens chegam encaminhados por entidades judiciais, que acreditam que estes mesmos processos são importantes não só para a cessação de consumos como para o desenvolvimento pessoal dos jovens em questão (Abdel-Salam & Gunter, 2014).

Quanto ao motivo da consulta, este difere nas duas versões (adolescentes e acompanhantes), embora o grosso da amostra se situe na categoria dedicada aos consumos de drogas. Ainda assim, outros motivos são mencionados como é o caso dos problemas de comportamento, o uso indevido dos jogos online e ainda problemas emocionais (estes apenas referidos pelos acompanhantes). Dado a natureza da consulta, compreende-se que o motivo principal referido seja o consumo de drogas, contudo, a dimensão emocional importante no processo parece um pouco negligenciada pelos participantes.

Os dois grupos de participantes (adolescentes e acompanhantes) apresentam percepções diferentes em relação ao que os leva à consulta. Os jovens dividem-se em igual número entre: os que assumem a existência de um problema e os que não reconhecem qualquer problema, justificando cada uma das respostas com “É um problema para mim/É um problema para os outros” e “Não é um problema porque já parei / Porque gosto / É apenas um estilo de vida / Foi um consumo experimental / Não apresentam motivo”, respetivamente. É possível que neste ponto, os adolescentes não reconheçam em si qualquer problema ou que apenas considerem os outros um problema por ser por eles que se encontram no serviço, não se permitindo a pensar sobre si e sobre o que os leva a ter os comportamentos considerados problemáticos. Numa outra perspetiva, o facto de a percepção de risco nocivo para a saúde física e psicológica pelos adolescentes em relação ao consumo de substâncias ter vindo a diminuir, embora não seja observável um aumento do consumo da substância por parte dos mesmos, relativamente a anos anteriores, pode explicar a posição dos jovens. Acredita-se que esta mudança na percepção de risco se deve à legalização da substância para fins medicinais, passando a imagem de que um medicamento não pode prejudicar a saúde (Sarvet *et al.*, 2018). Em Portugal, a legalização de


substâncias (neste caso a cannabis) para fins medicinais é bastante recente, contudo, a discussão do tema tem vindo a despertar a atenção dos jovens que vão dividindo opiniões.

À semelhança da literatura, as respostas mostram que os adolescentes que consideram o consumo de substâncias um problema atribuem-lhe, o convívio entre amigos, o efeito calmante que lhes permite não pensar nos problemas, e o gosto como causas para não cessarem o consumo (McLaughlin, Campbell, & McColgan, 2016; Vasters & Pillon, 2011). Os acompanhantes, por sua vez, e por ser claro para eles que se trata de um problema, apresentam as suas causas para o mesmo. A mais frequente é o grupo de pares enquanto influência, também referido num estudo de Bernardy & Oliveira, (2012) como as “más companhias”. A disfuncionalidade familiar também aparece em grande número e frequentemente associada aos jovens institucionalizados, sendo este um tema referido na literatura como um fator de risco para a entrada dos jovens nos comportamentos de risco e como um ponto a ser explorado em contexto terapêutico (Ståhlberg *et al.*, 2017; Yoon *et al.*, 2018). Seguem-se as dificuldades de autorregulação emocional e a baixa autoestima que remetem para uma dimensão mais interna do problema, onde os jovens utilizam o consumo como refugio, numa perspetiva de externalização do comportamento nomeiam da agressividade, e por fim (e algo curioso) referem uma tendência natural para vícios por parte dos adolescentes, como forma de desculpabilização de ambas as partes e de atribuição/resolução rápida do problema.

Com os adolescentes tentámos ainda perceber o que pensavam eles sobre a perceção que os seus acompanhantes tinham acerca do problema que os trazia ali. Os resultados para este domínio da análise concentraram-se na resposta “Não querem que consuma” que se desdobrou em dois tipos de consequências, a repreensão e a comunicação com o jovem, embora na comunicação, apenas uma pequena parte dos acompanhantes se mostram disponíveis para uma conversa compreensiva. Percebemos anteriormente que a relação entre pais/acompanhantes e adolescentes pode ter impacto nos comportamentos e no desenvolvimento dos mesmos (Thompson *et al.*, 2016), mas os resultados da presente investigação mostram que esta dinâmica não acontece frequentemente. Num estudo longitudinal feito nos EUA (Mason, Hanson, Fleming, Ringle, & Haggerty, 2015), acerca

das percepções de pais e filhos sobre a legalização de substâncias aditivas, propôs-se um desafio onde a comunicação, discussão e argumentação tinham o papel principal. No final, verificou-se que os pais apresentam mais reservas, uma maior incerteza e dizem ter dificuldade em compreender esta mudança, tal como acontece no presente estudo, contudo, a dinâmica utilizada permitiu que ambas as partes ficassem a conhecer as suas opiniões, receios e questões, tornando-se mais abertas e mais próximas, corroborando a ideia de que a vinculação aos pais promove o desenvolvimento e previne a tendência dos jovens para os comportamentos de risco (Ennett, Jackson, Bowling, & Dickinson, 2013).

Quanto ao domínio sobre as expectativas dos jovens em relação ao processo terapêutico, e respondendo à quinta questão de investigação deste estudo, é possível perceber que muitos adolescentes não nomeiam qualquer expectativa, alguns referem que esperam uma ajuda na cessação de consumos, e apenas uma pequena parte dos adolescentes se mostra interessados em ajuda psicológica. Tal como numa investigação de Alhyas *et al.*, (2015), surgiu o interesse em conhecer mais sobre as substâncias e dependências, uma vez que o conhecimento que têm resultou de pesquisas os próprios fizeram. Nos dias de hoje já existem programas de prevenção que incluem dinâmicas entre jovens, conversas informativas entre jovens e técnicos especializados e nalguns casos sessões informativas estendidas aos encarregados de educação (Rebelo *et al.*, 2012), contudo, embora seja crucial na prevenção dos comportamentos de consumo, pode não ser suficiente na mudança de comportamentos daqueles que já estão envolvidos no consumo de substâncias (Alhyas *et al.*, 2015). Tendo em conta que metade da amostra não considera o motivo da sua presença no serviço um problema, seria expectável que as suas expectativas relativas ao processo terapêutico não fossem significativas ou muito elaboradas, é assim essencial que o terapeuta num primeiro contacto possa incentivar e motivar o jovem para o processo. A entrevista motivacional é o método mais utilizado nestes contextos clínicos, tendo vindo a mostrar que pode ser uma mais valia na prevenção de futuros *drop outs* (Cornelius, Earnshaw, Menino, Bogart, & Levy, 2017; SICAD, 2013). Observando as expectativas dos acompanhantes percebemos que embora também haja uma vontade considerável de que se atue sobre os comportamentos de consumo, seja para os controlar, seja para os cessar, também existe um pedido de ajuda emocional contrastando com as expectativas



dos jovens. Todavia, apenas dois acompanhantes expressaram a sua vontade de entender o adolescente, mostrando assim também uma vontade de envolvimento no processo terapêutico. Este envolvimento, não se expressa por incluir o acompanhante nas sessões, mas sim de o envolver no desenvolvimento do adolescente, mantendo-o a par dos avanços terapêuticos e promovendo uma comunicação entre ambos (Vasters & Pillon, 2011).


Analisando os resultados relativos a outros aspetos que os jovens e acompanhantes acharam relevantes, conseguimos perceber que as atividades desportivas, artísticas e interpessoais (ex: saídas com amigos) tem importância na vida destes adolescentes, revelando que os seus interesses não assentam apenas no consumo. Este é um aspeto importante no que respeita ao comportamento aditivo do adolescente, a capacidade de utilizar o seu tempo livre noutras atividades geradoras de prazer que não o consumo de substâncias mostra que o jovem ainda não tem uma relação abusiva com a mesma (Vasters & Pillon, 2011). Quanto ao contexto escolar, este parece ser percecionado de uma forma positiva pelos jovens, embora alguns revelem que gostam mais da envolvência do mesmo do que da aprendizagem em si. Os acompanhantes veem a questão de forma diferente, sendo que grande parte da amostra refere que os seus jovens não gostam da escola. Numa fase em que a emancipação está bastante presente, os comportamentos de oposição às regras dos adultos saltam à vista (Costa, 2013), o ir e estar na escola pode parecer menos interessante do que o conviver com os colegas (por exemplo), contudo os colegas também têm essa tarefa por cumprir. Desta forma, entende-se que se possam gerar diferentes perspetivas em redor do contexto escolar, uma acerca do desinteresse pela aprendizagem e outra relativa ao relacionamento com os pares.

A análise dos resultados encontrados no estudo permitiu ainda uma reflexão sobre questões que não foram expressas inicialmente, mas que se destacaram de alguma forma nesta amostra de jovens, merecendo assim alguma atenção.

Repare-se que o sexo feminino demonstrou mais sentimentos de insegurança nas suas relações, mais tendência para os comportamentos de externalização e ainda uma perceção mais negativa da sua auto imagem, no entanto as pesquisas mostram resultados contrários ou não significativos para os mesmos temas (Bibou-Nakou *et al.*, 2019;

Pechorro, Marôco, Poiares, & Vieira, 2011). Eis que surgiu a questão institucional como possível elo entre o sexo feminino e estas dificuldades, uma vez que, como supracitado, a maior parte de adolescentes institucionalizados nesta amostra são raparigas. Ståhlberg *et al.* (2017) menciona no seu estudo que os jovens inseridos em contextos institucionais tender a apresentar comportamentos de externalização mais elevados, concordante, também Surugiu & Moşoiu (2013) referem altos níveis de agressividade associados à institucionalização, bem como uma baixa autoestima e maiores dificuldades a nível emocional e relacional. Estas dificuldades surgem como um mecanismo de defesa dos jovens que trazem consigo o sentimento de fracasso de outros contextos, sendo por isso importante criar dentro do contexto institucional e juntamente com os educadores que integram o mesmo, um ambiente emocional estável capaz de ajudar os adolescentes no desenvolvimento de capacidades de resiliência e a experienciar sentimentos de afeto com figuras significativas para eles (Mota, Costa, & Matos, 2016).

Note-se também o peso que a relação tem neste grupo de jovens, na medida em que, tanto a relação com os pais como com os pares, surge associada ao reconhecimento pelo adolescente das dificuldades que o levam à consulta, às suas expectativas em relação ao processo terapêutico e à sua continuidade no mesmo. Uma maior proximidade aos pares está associada a uma menor expressão das dificuldades por parte dos adolescentes, que sentem o grupo como um suporte para os seus comportamentos de risco, são jovens que não trazem qualquer reflexão sobre o que poderá surgir no apoio que o serviço disponibiliza, mostrando apenas o seu desinteresse em integrar o mesmo e muitas vezes abandonando-o. Por outro lado, os jovens mais próximos dos seus acompanhantes, mostram uma melhor comunicação com estes e, concordantes, percecionam mais dificuldades, uma maior capacidade de reflexão sobre si próprios, expectativas mais elaboradas e uma maior tendência em manter a sua assiduidade na intervenção terapêutica. Thompson *et al.* (2016), referem-se à relação como um fator de prevenção importante para os comportamentos de risco, seja ela com os pares ou com os pais. Morel *et al.* (1998) ressaltam a importância dos pares como figuras relacionais importantes fora do contexto familiar essenciais no desenvolvimento do adolescente, mas não desprezam uma relação familiar segura, que servirá de referência ao adolescente na criação das suas novas relações. A



forma como os adolescentes vivem e dão significado às suas relações, sejam elas familiares ou entre pares, pode ter influência na percepção de si próprios e das suas dificuldades, deste modo, a intervenção encontra aqui um porto de partida no seu caminho com estes jovens.

Conclusões

A presente investigação teve como objetivo principal a compreensão da relação entre o consumo de substâncias aditivas, inserido nos comportamentos de risco, e algumas das questões de desenvolvimento que caracterizam o período da adolescência, nomeadamente a nível das vivências das relações com os pais/acompanhantes e pares, da relação consigo próprio e das dificuldades comportamentais, para tal recorremos a três instrumentos, a Escala de Autoestima de Rosenberg, o Inventário de Vinculação aos Pais e Pares (IPPA) e ao Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). O estudo contou com uma amostra de 43 adolescentes (20 raparigas e 23 rapazes) e respetivos acompanhantes inseridos num contexto de primeira consulta num serviço especializado em comportamentos de risco, mais especificamente nas dependências. Deste modo, e através de entrevistas, debruçou-se ainda sobre as perceções e expectativas dos participantes relativamente ao motivo que os trazia ao serviço, bem como ao processo terapêutico que ali começavam.

Na literatura encontramos os comportamentos de risco como parte integrante do período da adolescência, período este que envolve inúmeras mudanças a diferentes níveis, físico, biológico, social e relacional (Costa, 2013). Numa primeira fase, a vulnerabilidade que leva os jovens a embarcar em vários comportamentos de risco é considerada normativa (Steinberg, 2010) e vista como tentativa de encontrar uma identidade, como procura de prazer ou ainda como necessidade de autonomização (Domingues *et al.*, 2014), contudo, é necessário um olhar atento para que este envolvimento não se torne constante na vida do adolescente, prejudicando-o no seu futuro (Sampaio, 2012). Na amostra do presente estudo o comportamento de risco mais identificado pelos jovens é o consumo de substâncias aditivas, que para além dos riscos na saúde física pode ainda comportar o risco de dependência psicológica dos jovens (Cavalcante *et al.*, 2008). Todavia, tal como qualquer outro comportamento de risco, é passível de ser considerado pelo adolescente apenas uma experiência provedora de prazer, que lhe permite a relação com o outro e com o meio envolvente (Morel *et al.*, 1998).

A partir dos resultados dos instrumentos quantitativos conseguimos uma caracterização deste grupo de jovens. Percebemos em primeiro lugar que existe uma ligeira diferença, com maior incidência no sexo masculino, no que respeita ao consumo de substâncias, embora a mesma não seja significativa o que também levanta um alerta para a tendência à igualdade de sexos e com isto um maior consumo por parte das raparigas em relação a anos anteriores (Chita *et al.*, 2014). São jovens que apresentam uma autoestima elevada, pontuam mais em fatores relativos à proximidade e comunicação, não mostrando dificuldades significativas nas relações com os pais/acompanhantes e pares, no que respeita à avaliação das suas capacidades e dificuldades, os resultados mostram pontuações mais altas na escala das capacidades, contrastando com a opinião dos acompanhantes que apontam algumas dificuldades nos seus jovens, nomeadamente problemas de comportamento e hiperatividade.

Com a análise das relações entre escalas chegamos a aspetos considerados importantes, tal como a importância da autoestima nas relações e capacidades dos adolescentes, uma vez que a mesma é mais tende a ser mais baixa quando existe um maior afastamento aos pais e aos pares e também quando são expressas mais dificuldades a nível dos comportamentos de externalização. Também a relação com os pares mostrou ter um grande impacto, aparecendo associada de forma negativas à maior parte das dificuldades dos adolescentes.

Através da análise das entrevistas concluímos que existe alguma dificuldade por parte dos adolescentes em reconhecer o consumo de substâncias como um problema, uma vez que, mesmo quando o reconhecem como tal, nem sempre o assumem como seu, mas sim como um problema para os outros. Este resultado leva-nos a pensar sobre a capacidade do jovem se pensar enquanto pessoa emocional e relacional, que nesta altura começa a assumir as suas próprias escolhas e opiniões. Concluímos ainda que muitos jovens não trazem expectativas relativas ao processo terapêutico e que os que trazem, esperam sobretudo conseguir uma ajuda na cessação dos seus consumos, poucos foram os que fizeram referência a expectativas num trabalho ao nível emocional. Com isto entendemos que, tal como as suas outras relações, a relação dos adolescentes com a substância não

parece estar pensada e refletida, aparecendo essencialmente pelas sensações que causa ou pelas ligações pessoais que permite, mostra-se parte das suas vivências adolescentes suscetíveis de se tornarem patológicas pela repetição e envolvimento, ou de apenas figurar uma experiência desta fase das suas vidas.

6.1. Contribuições para a Literatura e Implicações na Prática Clínica

Considera-se que a presente investigação contribui para a literatura existente no que concerne à investigação sobre adolescentes inseridos em contextos de risco, ressaltando alguns aspetos que se mostraram importantes para este grupo de participantes.

O primeiro é respeitante ao peso da relação com os pares, frequentemente citada na literatura (Ebru Ikiza & Cakar, 2010; Thompson *et al.*, 2016; Yu *et al.*, 2017) com diferentes perspetivas, como fator de prevenção para a entrada nos comportamentos de risco e como fator de risco para o mesmo efeito. Neste estudo, a proximidade aos pares surge de forma positiva, associada a uma autoestima elevada e a menos dificuldades. Surge assim a necessidade de pensar sobre a forma como vivem esta relação e refletir sobre o que estas representam na vida do jovem, para tal sugere-se uma psicoterapia em grupo com adolescentes de idades próximas, inseridos no mesmo contexto que possam partilhar as suas vivências.

Em segundo lugar o estudo chama a atenção para a questão da institucionalização. Os jovens nesta situação mostram ter mais dificuldades em todos os aspetos estudados, bem como uma maior tendência para os comportamentos de risco e em específico o consumo de substâncias. Nestes casos, seria importante que houvesse um olhar mais atento por parte do/a psicólogo/a que procede ao acompanhamento.

Em terceiro lugar e não tão abundante na literatura, o presente estudo apurou as expectativas dos jovens e acompanhantes em relação ao processo terapêutico que lhes é proposto, verificando que na maior parte dos adolescentes estas são inexistentes ou ape-

nas focadas na redução/cessação de consumos, esta falta de expectativas pode estar relacionada com a perceção do seu motivo de vinda à consulta como um não problema ou um problema que apenas afeta os outros. Desta forma considera-se fundamental, num primeiro momento, motivar os adolescentes para a consulta, envolver os acompanhantes no processo, por forma a estes conseguirem ajudar no progresso dos jovens e entender os motivos de possíveis *drop outs*, prevenindo-os.

Por último a investigação realça que o consumo de substâncias não sendo ainda considerado patológico, pode funcionar como um alerta para as dificuldades que o adolescente pode estar a sentir, sejam elas da própria adolescência ou relativas a situações externas a esta fase da vida do adolescente.

6.2. Limitações ao Estudo

No presente estudo podem ser apontadas algumas limitações que devem ser tomadas em conta. A primeira limitação é referente ao número de participantes da amostra, jovens e respetivos acompanhantes, e à sua distribuição a nível da institucionalização, uma vez que esta ficou mais concentrada no sexo feminino. Um maior período de tempo de recolha de dados ou uma recolha estendida a outras unidades do mesmo serviço (CRI) noutros pontos do país seria uma possível forma de colmatar esta limitação. Outra limitação encontrada é a pouca informação que foi possível recolher nas entrevistas realizadas aos adolescentes. O facto de as entrevistas terem sido realizadas imediatamente após a primeira consulta, e de algumas das questões colocadas já terem sido faladas na sessão, pode ter levado ao desinteresse e/ou pouca disponibilidade dos adolescentes para o diálogo.

6.3. Sugestões para Estudos Futuros

Esta investigação insere-se num estudo mais amplo onde serão contemplados três momentos de recolha de dados, a primeira consulta corresponde ao primeiro momento, seis consultas depois, é recolhido o segundo momento e no final do processo terapêutico, e, portanto, aquando a alta do adolescente é feita a última recolha de dados. O presente estudo é referente ao primeiro momento, pelo que será importante a continuação da recolha e posterior tratamento de dados para que seja possível perceber a evolução e os efeitos do processo terapêutico nesta amostra de jovens. Seria também interessante a realização de outros estudos que abordassem as expectativas dos adolescentes e respetivos acompanhantes relativamente à entrada em processos terapêuticos, visto que este tema é ainda pouco explorado pela comunidade científica que se foca mais nas perceções acerca do consumo de substâncias.

Referências Bibliográficas

- Abdel-Salam, S., & Gunter, W. D. (2014). Therapeutic Engagement as a Predictor of Retention in Adolescent Therapeutic Community Treatment. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 23(1), 49–57. <https://doi.org/10.1080/1067828X.2012.735556>
- Alhyas, L., Al Ozaibi, N., Elarabi, H., El-Kashef, A., Wanigaratne, S., Almarzouqi, A., Alhosani, A., & Al Ghaferi, H. (2015). Adolescents' perception of substance use and factors influencing its use: a qualitative study in Abu Dhabi. *Journal of the Royal Society of Medicine Open*, 6(2), 1 - 12. <https://doi.org/10.1177/2054270414567167>
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16 (5), 427-453. <https://doi.org/10.1007/BF02202939>
- Bender, K., Thompson, S. J., Ferguson, K., Komlo, C., Taylor, C., & Yoder, J. (2012). Substance use and victimization: Street-involved youths' perspectives and service implications. *Children and Youth Services Review*, 34(12), 2392–2399. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.09.008>
- Bernardy, C. C. F., & Oliveira, M. L. F. (2012). Uso de drogas por jovens infratores: perspectiva da família. *Ciência e Cuidados de Saúde*, 11 (supl.1), 168–175. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v10i5.17072>
- Bibou-Nakou, I., Markos, A., Padelidiadu, S., Chatzilampou, P., & Ververidou, S. (2019). Multi-informant evaluation of students' psychosocial status through SDQ in a national Greek sample. *Children and Youth Services Review*, 96, 47–54. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.11.022>
- Busch, V., & De Leeuw, J. R. J. (2013). Unhealthy Behaviors in Adolescents: Multibehavioral Associations with Psychosocial Problems. *International Journal of Behavioral Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s12529-013-9316-z>

-
- Cardoso, N. (2017). *Da institucionalização à autonomia: A intervenção com jovens em comunidade terapêutica*. Apresentação não publicada, Instituto Politécnico de Beja.
- Cavalcante, M., Alves, M., & Barroso, M. (2008). Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. *Escola Anna Nery*, *12*(3), 555–559. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000300024>
- Chassin, L., Hussong, A., & Beltran, I. (2009). Adolescent Substance Use. In Lerner, M. (Ed.), *Handbook of Adolescent Psychology*, 723–764. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470479193>
- Chita, V., Negreiro, J., & Barre, T. (2014). Uso de drogas, comportamentos sexuais de risco e comportamentos antissociais na adolescência: Padrões de associação. *Psychologica*, *57*(2), 73–93. https://doi.org/10.14195/1647-8606_57
- Cohn, A., Villanti, A., Richardson, A., Rath, J. M., Williams, V., Stanton, C., & Mermelstein, R. (2015). The association between alcohol, marijuana use, and new and emerging tobacco products in a young adult population. *Addictive Behaviors*, *48*, 79–88. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.02.005>
- Cornelius, T., Earnshaw, V. A., Menino, D., Bogart, L. M., & Levy, S. (2017). Treatment motivation among caregivers and adolescents with substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *75*, 10–16. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.01.003>
- Costa, E. (2013). Os Fatores De Risco E Proteção Para a Recuperação Do Consumo Abusivo / Dependência, 1–10.
- Das, J. K., Salam, R. A., Arshad, A., Finkelstein, Y., & Bhutta, Z. A. (2016). Interventions for Adolescent Substance Abuse: An Overview of Systematic Reviews. *Journal of Adolescent Health*, *59*(2), S61–S75. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.021>
- Domingues, S., Joana, L., Martins, I., Sampaio, J., Fonseca, G., & Lira, S. (2014). Comportamentos de risco dos adolescentes portugueses e influência do meio ambiente. *Nascer e Crescer*, *23*(3), 124–133.

-
- Ebru Ikiza, F., & Cakar, F. S. (2010). Perceived social support and self-esteem in adolescence. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 2338–2342. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.460>
- Ennett, S. T., Jackson, C., Bowling, J. M., & Dickinson, D. M. (2013). Parental Socialization and Children's Susceptibility to Alcohol Use Initiation. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 74(5), 694–702. <https://doi.org/10.15288/jsad.2013.74.694>
- Figueiredo, T., & Machado, T. S. (2010). Representação da vinculação a pais, pares e professores-estudos preliminares do IPPA-R para crianças do ensino básico. Em: *I Seminário Internacional "Contributos da Psicologia em Contextos Educativos"*. Braga, Universidade do Minho. 1384-1398.
- Friedlander, L. J., Reid, G. J., Shupak, N., & Cribbie, R. (2007). Social Support, Self-Esteem, and Stress as Predictors of Adjustment to University Among First-Year Undergraduates. *Journal of College Student Development*, 48(3), 259–274. <https://doi.org/10.1353/csd.2007.0024>
- Giannakopoulos, G., Dimitrakaki, C., Papadopoulou, K., Tzavara, C., Kolaitis, G., Ravens-Sieberer, U., & Tountas, Y. (2013). Reliability and validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire in Greek adolescents and their parents. *Health*, 05(11), 1774–1783. <https://doi.org/10.4236/health.2013.511239>
- Giannakopoulos, G., Tzavara, C., Dimitrakaki, C., Kolaitis, G., Rotsika, V., & Tountas, Y. (2009). The factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Greek adolescents. *Annals of General Psychiatry*, 8, 20. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-8-20>
- Goodman, A., & Goodman, R. (2009). Strengths and difficulties questionnaire as a dimensional measure of child mental health. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(4), 400–403. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181985068>
- Goodman, A., Lamping, D. L., & Ploubidis, G. B. (2010). When to use broader

internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the strengths and difficulties questionnaire (SDQ): Data from british parents, teachers and children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(8), 1179–1191. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9434-x>

Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345. <https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00015>

Habersaat, S., Romain, J., Mantzouranis, G., Palix, J., Boonmann, C., Fegert, J. M., Schmeck, K., Perler, C., Schmid, M., & Urben, S. (2018). Substance-use disorders, personality traits, and sex differences in institutionalized adolescents. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 44(6), 686–694. <https://doi.org/10.1080/00952990.2018.1491587>

Hale, D. R., Fitzgerald-Yau, N., & Viner, R. M. (2014). A systematic review of effective interventions for reducing multiple health risk behaviors in adolescence. *American Journal of Public Health*, 104(5), 19–41. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.301874>

He, J. P., Burstein, M., Schmitz, A., & Merikangas, K. R. (2013). The strengths and difficulties questionnaire (SDQ): The factor structure and scale validation in U.S. Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(4), 583–595. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9696-6>

Huang, C. (2010). Mean-level change in self-esteem from childhood through adulthood: Meta-analysis of longitudinal studies. *Review of General Psychology*, 14(3), 251–260. <https://doi.org/10.1037/a0020543>

Janeiro, I. (2008). Inventário de Auto-Estima de Coopersmith: Características psicométricas da versão portuguesa In *Actas da XIII Conferência Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Psiquilíbrios Braga.

Jones, M. (1959). The Concept of a Therapeutic Community. *American Journal of Orthopsychiatry*, 29(4), 721–736. <https://doi.org/10.1111/j.1939->

0025.1959.tb00243.x

- Kiviruusu, O., Huurre, T., Aro, H., Marttunen, M., & Haukkala, A. (2015). Self-esteem growth trajectory from adolescence to mid-adulthood and its predictors in adolescence. *Advances in Life Course Research*, 23, 29–43. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2014.12.003>
- Mahalik, J. R., Levine Coley, R., McPherran Lombardi, C., Doyle Lynch, A., Markowitz, A. J., & Jaffee, S. R. (2013). Changes in health risk behaviors for males and females from early adolescence through early adulthood. *Health Psychology*, 32(6), 685–694. <https://doi.org/10.1037/a0031658>
- Mason, W. A., Hanson, K., Fleming, C. B., Ringle, J. L., & Haggerty, K. P. (2015). Washington state recreational marijuana legalization: Parent and adolescent perceptions, knowledge, and discussions in a sample of low-income families. *Substance Use and Misuse*, 50(5), 541–545. <https://doi.org/10.3109/10826084.2014.952447>
- McLaughlin, A., Campbell, A., & McColgan, M. (2016). Adolescent Substance Use in the Context of the Family: A Qualitative Study of Young People’s Views on Parent-Child Attachments, Parenting Style and Parental Substance Use. *Substance Use and Misuse*, 51(14), 1846–1855. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1197941>
- Moor, B. G., van Leijenhorst, L., Rombouts, S. A. R. B., Crone, E. A., & van der Molen, M. W. (2010). Do you like me? Neural correlates of social evaluation and developmental trajectories. *Social Neuroscience*, 5(5), 461–482. <https://doi.org/10.1080/17470910903526155>
- Morel, A., Fontain, B., & Hervé, F. (1998). *Cuidados ao Toxicodependente*. Climepsi Editores.
- Mota, C. P., Costa, M., & Matos, P. M. (2016). Resilience and Deviant Behavior Among Institutionalized Adolescents: The Relationship with Significant Adults. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 33(4), 313–325. <https://doi.org/10.1007/s10560-015-0429-x>

-
- Mowlem, F., Agnew-Blais, J., Taylor, E., & Asherson, P. (2018). Do different factors influence whether girls versus boys meet ADHD diagnostic criteria? Sex differences among children with high ADHD symptoms. *Psychiatry Research*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.128>
- Naia, A., & Matos, M. G. De. (2007). Consumo de substâncias na adolescência. *Toxicodependências*, 13(3), 23-30.
- Negreiros, J. (2013). Parental Participation in Preventive Substance Use Family-Based Interventions : an Empirical Review. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 1723(1), 39–65. http://dx.doi.org/10.7179/PSRI_2013.212
- OMS. (2018a). No Title. Retrieved from <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- OMS. (2018b). No Title. Retrieved from http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/
- OMS. (2019). Coming of Age: Adolescent Health. Retrieved from <https://www.who.int/health-topics/adolescents/coming-of-age-adolescent-health>
- Onrust, S. A., Otten, R., Lammers, J., & Smit, F. (2016). School-based programmes to reduce and prevent substance use in different age groups: What works for whom? Systematic review and meta-regression analysis. *Clinical Psychology Review*, 44, 45–59. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.002>
- Park, E., McCoy, T. P., Erausquin, J. T., & Bartlett, R. (2018). Trajectories of risk behaviors across adolescence and young adulthood: The role of race and ethnicity. *Addictive Behaviors*, 76(February 2017), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.07.014>
- Pechorro, P., Marôco, J., Poiares, C., & Vieira, R. X. (2011). Validação da Escala de Auto-estima de Rosenberg com adolescentes portugueses em contexto forense e escolar. *Arquivos de Medicina*, 25(5–6), 174–179. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000400008>

-
- Rebelo, H., Bonito, J., Ferro, S., Cota, B., & Jesus, P. (2012). A intervenção do Centro de Respostas Integradas de Évora no âmbito da redução de riscos nas festividades académicas: um estudo na área da avaliação. Comunicação oral apresentada no I Congresso Nacional de Comportamentos de Saúde Infanto-Juvenis, realizado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu.
- Richter, J., Sagatun, Å., Heyerdahl, S., Oppedal, B., & Røysamb, E. (2011). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) - Self-Report. An analysis of its structure in a multiethnic urban adolescent sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 52(9), 1002–1011. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02372.x>
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press. <https://doi.org/S0034-98872009000600009>
- Ruchkin, V., Kuposov, R., Vermeiren, R., & Schwab-Stone, M. (2012). The Strength and Difficulties Questionnaire: Russian validation of the teacher version and comparison of teacher and student reports. *Journal of Adolescence*, 35(1), 87–96. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.06.003>
- Sadovnikova, T. (2016). Self-esteem and Interpersonal Relations in Adolescence. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 233(May), 440–444. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.10.181>
- Sampaio, D. (2012). *Lavrar o Mar*. (Leya, Ed.).
- Sánchez-Sosa, J. C., Villarreal-González, M. E., Ávila Guerrero, M. E., Jiménez, A. V., & Musitu, G. (2014). Contextos de socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados. *Psychosocial Intervention*, 23(1), 69–78. <https://doi.org/10.5093/in2014a7>
- Sanders-Phillips, K., Kliewer, W., Tirmazi, T., Nebbitt, V., Carter, T., & Key, H. (2014). Perceived racial discrimination, drug use, and psychological distress in African American youth: A pathway to child health disparities. *Journal of Social Issues*, 70(2), 279–297. <https://doi.org/10.1111/josi.12060>

-
- Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 2, p. 253-268.
- Sarvet, A. L., Wall, M. M., Keyes, K. M., Cerdá, M., Schulenberg, J. E., O'Malley, P. M., Johnston, L. D., & Hasin, D. S. (2018). Recent rapid decrease in adolescents' perception that marijuana is harmful, but no concurrent increase in use. *Drug and Alcohol Dependence*, 186, 68–74. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.12.041>
- Schinke, S., Schwinn, T., Hopkins, J., & Wahlstrom, L. (2016). Drug abuse risk and protective factors among Hispanic adolescents. *Preventive Medicine Reports*, 3, 185–188. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.01.012>
- SICAD. (2013). Linhas de orientação para a intervenção em dissuasão. Retrieved from <http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/Dissuasao/Documents/LOID.pdf>
- SICAD. (2017). IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17. *Climate Change 2013 - The Physical Science Basis*, (April), 1–30. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Sivertsen, B., Skogen, J. C., Jakobsen, R., & Hysing, M. (2015). Sleep and use of alcohol and drug in adolescence. A large population-based study of Norwegian adolescents aged 16 to 19 years. *Drug and Alcohol Dependence*, 149, 180–186. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.01.045>
- Ståhlberg, O., Boman, S., Robertsson, C., Kerekes, N., Anckarsäter, H., & Nilsson, T. (2017). A 3-year follow-up study of Swedish youths committed to juvenile institutions: Frequent occurrence of criminality and health care use regardless of drug abuse. *International Journal of Law and Psychiatry*, 50, 52–60. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.09.004>
- Stapinski, L. A., Montgomery, A. A., & Araya, R. (2016). Anxiety, depression and risk of cannabis use: Examining the internalising pathway to use among Chilean adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 166, 109–115. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.06.032>

-
- Steinberg, L. (2007). Risk taking in adolescence: New perspectives from brain and behavioral science. *Current Directions in Psychological Science*, 16(2), 55–59. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00475.x>
- Steinberg, L. (2010). A dual systems model of adolescent risk-taking. *Developmental Psychobiology*, 52(3), 216–224. <https://doi.org/10.1002/dev.20445>
- Surugiu, S. I., & Moşoiu, C. (2013). The Aggressive Behavior of Adolescents in Institutionalized System. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 78, 546–550. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.04.348>
- Thompson, H. M., Wojciak, A. S., & Cooley, M. E. (2016). Self-esteem: A mediator between peer relationships and behaviors of adolescents in foster care. *Children and Youth Services Review*, 66, 109–116. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2016.05.003>
- UNODC. (2016). UNODC Research- United Nations on Drugs and Crime. *World Drug Report*. <https://doi.org/978-92-1-148286-7>
- Valero, M., Ballester, L., Orte Socías, M. del C., & Fernández, J. A. A. (2017). Meta-analysis of family-based selective prevention programs for drug consumption in adolescence. *Psicothema*, 29(3), 299–305. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.275>
- Van Ryzin, M. J., Fosco, G. M., & Dishion, T. J. (2012). Family and peer predictors of substance use from early adolescence to early adulthood: An 11-year prospective analysis. *Addictive Behaviors*, 37(12), 1314–1324. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.06.020>
- Vasters, G. P., & Pillon, S. C. (2011). O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(2), Tela 1 - Tela 8.
- Villanti, A., Boulay, M., & Juon, H. (2011). Addictive behaviors peer , parent and media influences on adolescent smoking by developmental stage. *Addictive Behaviors*, 36(1–2), 133–136. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.08.018>

-
- Yang, T. C., Chen, I. C., Choi, S. Won, & Kurtulus, A. (2018). Linking perceived discrimination during adolescence to health during mid-adulthood: Self-esteem and risk-behavior mechanisms. *Social Science and Medicine*, (June), 0–1. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.06.012>
- Yoon, S., Pei, F., Wang, X., Yoon, D., Lee, G., Shockley McCarthy, K., & Schoppe-Sullivan, S. J. (2018). Vulnerability or resilience to early substance use among adolescents at risk: The roles of maltreatment and father involvement. *Child Abuse and Neglect*, 86(April), 206–216. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.09.020>
- Yu, J., Putnick, D. L., Hendricks, C., & Bornstein, M. H. (2017). Health-Risk Behavior Profiles and Reciprocal Relations With Depressive Symptoms From Adolescence to Young Adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 61(6), 773–778. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.07.002>
- Zappe, J. G., & Dell’Aglia, D. D. (2016). Variáveis pessoais e contextuais associadas a comportamentos de risco em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(1), 44–52. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000102>
- Zuffianò, A., Alessandri, G., Luengo Kanacri, B. P., Pastorelli, C., Milioni, M., Ceravolo, R., Caprara, M. G., & Caprara, G. V. (2014). The relation between prosociality and self-esteem from middle-adolescence to young adulthood. *Personality and Individual Differences*, 63, 24–29. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.01.041>



Anexos

Anexo 1: Escala de autoestima de Rosenberg

Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale)

(Rosenberg, 1989; adaptação Portuguesa de Pechorro, Marôco, Poiares & Vieira, 2011)

As seguintes afirmações dizem respeito à perceção que tens de ti mesmo/a. Pedimos-te que preenchas a escala de acordo com o grau de identificação que as afirmações têm para ti, isto é, responde sempre de forma a que a tua concordância/discordância face às afirmações seja sempre sincera e o mais próximo da realidade possível.

Discordo Fortemente..... 0
Discordo.....1
Concordo.....2
Concordo Fortemente.....3

		0	1	2	3
1	De um modo geral, estou satisfeito/a comigo próprio/a.				
2	Por vezes penso que não presto.				
3	Sinto que tenho algumas boas qualidades.				
4	Sou capaz de fazer coisas tão bem como a maioria das outras pessoas.				
5	Sinto que não tenho motivos para me orgulhar de mim próprio/a.				
6	Por vezes sinto que sou um/a inútil.				
7	Sinto que sou uma pessoa de valor.				
8	Gostaria de ter mais respeito por mim próprio/a.				
9	De um modo geral, sinto-me um/a fracassado/a.				
10	Tenho uma boa opinião de mim próprio/a.				

Anexo 2: Inventário de Vinculação aos Pais e Pares (IPPA – R)

IPPA-R – Escala de Vinculação aos Pais

Figueiredo, T. & Machado, T., 2008. Versão portuguesa do “Inventory of parents and peer attachment” de Armsden & Greenberg (1987)

Por favor lê com atenção cada uma das afirmações que se seguem e assinala o grau em que cada um descreve a forma **como te sentes em relação aos teus pais, ou outros(as) cuidadores(as)** (se for este o caso, indica quais: _____). Não existem respostas certas ou erradas, **responde de acordo com o que geralmente sentes.**

Nunca Verdadeira	Poucas Vezes Verdadeira	Algumas Vezes Verdadeira	Muitas Vezes Verdadeira	Sempre Verdadeira
1	2	3	4	5

	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
1- Os meus pais respeitam os meus sentimentos.	1	2	3	4	5
2- Penso que os meus pais são uns bons pais.	1	2	3	4	5
3- Eu gostava de ter outros pais.	1	2	3	4	5
4- Os meus pais aceitam-me tal como eu sou.	1	2	3	4	5
5- Eu gosto de pedir a opinião dos meus pais acerca das coisas que me preocupam.	1	2	3	4	5
6- Não vale a penas mostrar os meus sentimentos junto dos meus pais.	1	2	3	4	5
7- Os meus pais conseguem notar quando estou preocupada com alguma coisa.	1	2	3	4	5

8- Eu sinto-me envergonhado(a) ou ridículo(a) quando falo dos meus problemas com os meus pais.	1	2	3	4	5
9- Os meus pais esperam demasiado de mim.	1	2	3	4	5
10- Eu fico irritado(a) mais vezes do que os meus pais dão conta.	1	2	3	4	5
11- Quando conversamos sobre algum assunto, os meus pais valorizam a minha opinião.	1	2	3	4	5
12- Os meus pais confiam nas minhas decisões.	1	2	3	4	5
13- Os meus pais já têm os seus problemas, por isso não os incomodo com os meus.	1	2	3	4	5
14- Os meus pais ajudam-me a compreender-me melhor.	1	2	3	4	5
15- Eu conto aos meus pais os meus problemas e preocupações	1	2	3	4	5
16- Irrito-me facilmente com os meus pais.	1	2	3	4	5
17- Eu sinto-me zangado(a) com os meus pais.	1	2	3	4	5
18- Eu não recebo muita atenção dos meus pais.	1	2	3	4	5
19- Os meus pais ajudam-me a falar das minhas preocupações.	1	2	3	4	5
20- Os meus pais compreendem-me.	1	2	3	4	5
21- Quando estou zangado(a) com alguma coisa, os meus pais procuram ser compreensivos.	1	2	3	4	5
22- Eu confio nos meus pais.	1	2	3	4	5
23- Os meus pais não entendem o que estou a passar agora.	1	2	3	4	5
24- Eu posso contar com os meus pais quando preciso de desabafar.	1	2	3	4	5

25- Se os meus pais sabem que algo me está a preocupar, eles perguntam-me o que se passa.	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

IPPA-R – Escala de Vinculação aos Pares

Figueiredo, T. & Machado, T., 2008. Versão portuguesa do “Inventory of parents and peer attachment” de Armsden & Greenberg (1987)

Por favor lê com atenção cada uma das afirmações que se seguem e assinala o grau em que cada um descreve a forma como te sentes **em relação aos(às) teus(tuas) amigos(as)**. Não existem respostas certas ou erradas, **responde de acordo com o que geralmente sentes**.

Nunca Verdadeira	Poucas Vezes Verdadeira	Algumas Vezes Verdadeira	Muitas Vezes Verdadeira	Sempre Verdadeira
1	2	3	4	5

	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
1- Eu gosto de pedir a opinião aos(às) meus(minhas) amigos(as) acerca das coisas que me preocupam.	1	2	3	4	5
2- Os(as) meus(minhas) amigos(as) conseguem notar quando estou preocupado(a) com alguma coisa.	1	2	3	4	5
3- Quando conversamos sobre algum assunto, os(as) meus(minhas) amigos(as) valorizam a minha opinião.	1	2	3	4	5
4- Eu sinto-me envergonhado(a) ou ridículo(a) quando falo dos meus problemas com os(as) meus(minhas) amigos(as).	1	2	3	4	5
5- Eu gostava de ter outros(as) amigos(as).	1	2	3	4	5
6- Os(as) meus(minhas) amigos(as) compreendem-me.	1	2	3	4	5
7- Os(as) meus(minhas) amigos(as) ajudam-me a falar das minhas preocupações.	1	2	3	4	5

8- Os(as) meus(minhas) amigos(as) aceitam-me tal como eu sou.	1	2	3	4	5
9- Eu sinto necessidade de estar em contacto com os(as) meus(minhas) amigos(as) mais vezes.	1	2	3	4	5
10- Os(as) meus(minhas) amigos(as) não entendem o que eu estou a passar agora.	1	2	3	4	5
11- Eu sinto-me sozinho(a) ou à parte quando estou com os(as) meus(minhas) amigos(as).	1	2	3	4	5
12- Os(as) meus(minhas) amigos(as) escutam o que eu tenho para dizer.	1	2	3	4	5
13- Eu sinto que os meus amigos são bons(boas) amigos(as).	1	2	3	4	5
14- Sinto facilidade em falar com os(as) meus(minhas) amigos(as).	1	2	3	4	5
15- Quando me sinto zangado(a) com alguma coisa, os(as) meus(minhas) amigos(as) procuram ser compreensivos.	1	2	3	4	5
16- Os(as) meus(minhas) amigos(as) ajudam-me a compreender-me melhor.	1	2	3	4	5
17- Os(as) meus(minhas) amigos(as) preocupam-se com o que eu sinto.	1	2	3	4	5
18- Eu sinto-me zangado/a com os(as) meus(minhas) amigos(as).	1	2	3	4	5
19- Eu posso contar com os(as) meus(minhas) amigos(as) quando preciso de desabafar.	1	2	3	4	5
20- Eu confio nos(as) meus(minhas) amigos(as).	1	2	3	4	5
21- Os(as) meus(minhas) amigos(as) respeitam os meus sentimentos.	1	2	3	4	5
22- Eu fico irritado(a) mais vezes do que os(as) meus(minhas) amigos(as) dão conta.	1	2	3	4	5
23- Parece que os(as) meus(minhas) amigos(as) estão zangados(as) comigo sem razão.	1	2	3	4	5

24- Eu posso falar com os(as) meus(minhas) amigos(as) acerca dos meus problemas e preocupações.	1	2	3	4	5
25- Se os(as) meus(minhas) amigos(as) sabem que algo me está a preocupar, eles perguntam-me o que se passa.	1	2	3	4	5

Anexo 3: Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por)

Versão para Adolescentes

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marca, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responderes a todas as afirmações o melhor que puderes, mesmo que não tenhas a certeza absoluta ou que a afirmação te pareça estranha. Por favor, responde baseando-te na forma como as coisas te têm corrido nos últimos seis meses.

Nome.....

Masculino/Feminino

Data de nascimento

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Tento ser simpático/a com as outras pessoas. Preocupo-me com o que sentem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sou irrequieto/a, não consigo ficar quieto/a muito tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho muitas dores de cabeça, de barriga ou vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosto de partilhar com os outros (comida, jogos, esferográficas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irrito-me e perco a cabeça muitas vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou quase sempre sozinho/a, jogo sozinho/a. Sou reservado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalmente faço o que me mandam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupo-me muito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosto de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sossego, estou sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ando sempre á pancada. Consigo obrigar os outros a fazer o que eu quero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ando muitas vezes triste, desanimado/a ou a chorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os meus colegas geralmente gostam de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou sempre distraído/a. Tenho dificuldades em me concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fico nervoso/a em situações novas. Facilmente fico inseguro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sou simpático/a para os mais pequenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sou muitas vezes acusado/a de mentir ou enganar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As outras crianças ou jovens metem-se comigo, ameaçam-me ou intimidam-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosto de ajudar os outros (pais, professores ou outros jovens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penso nas coisas antes de as fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiro coisas que não são minhas, em casa, na escola ou noutros sítios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dou-me melhor com adultos do que com os da minha idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho muitos medos, assusto-me facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente acabo o que começo. Tenho uma boa atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tens algum outro comentário ou preocupação? Descreve.

Versão para Acompanhantes

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marque, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responda com base no comportamento do seu filho / da sua filha nos últimos seis meses.

Nome da criança

Masculino/Feminino

Data de nascimento

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca para quieto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral as outras crianças gostam dele/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a e pouco seguro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mente frequentemente ou engana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As outras crianças metem-se com ele/a, ameaçam-no/a ou intimidam-no/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sempre pronto/a a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensa nas coisas antes de as fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouba em casa, na escola ou em outros sítios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tem algum outro comentário ou preocupação? Descreva.

Anexo 4: Entrevista

	Tipo de Perguntas		Questões de Investigação a que correspondem
	Adolescente	Acompanhante	
Motivo da Vinda CRI (Problema ou Não-Problema Principal)	“Que problemas/dificuldades te trouxeram aqui?” “O que achas desses problemas?” “Qual é a causa desses problemas?” “O que achas que os teus pais pensam sobre essas dificuldades?”	“Qual é a sua perceção do problema?”	<i>Questão 5:</i> Qual a perceção que os adolescentes têm dos seus comportamentos de consumo? São estes percebidos como um problema que precisa de ser resolvido?
O Processo Terapêutico	“Qual é a tua expectativa em relação ao processo?”	“O que espera deste processo?”	<i>Questão 6:</i> Quais as expectativas que os adolescentes e os pais/acompanhantes que procuram o CRI, têm em relação ao processo terapêutico?
Escola e Tempos Livres	“Como é para ti a escola?” “O que fazes nos teus tempos livres?”	“Como é a escola para ele/a?” “O que faz ele/a nos tempos livres?”	

Anexo 5: Consentimento Informado

O presente consentimento tem como objetivo solicitar a sua participação informada num estudo de avaliação da consulta de adolescentes “Adoles.Sendo”, da responsabilidade do Centro de Respostas Integradas do Alentejo Central da ARSA e da Direção Regional do Alentejo do IPD. Este estudo realiza-se com a colaboração do Departamento de Psicologia da Universidade de Évora. A sua participação consiste no preenchimento de questionários e na resposta a algumas questões sob o formato de entrevista. No âmbito desta(s) entrevista(s), solicitamos também a sua autorização para que a mesma possa ser gravada em formato áudio, de forma a permitir a posterior transcrição e análise das suas respostas.

Garantimos a confidencialidade e o anonimato de todos os dados assim recolhidos, sendo os mesmos exclusivamente utilizados no âmbito deste estudo e a identificação dos participantes/utentes jamais será revelada.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como eventuais esclarecimentos que me foram facultados. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para este âmbito e com as garantias de confidencialidade e anonimato.

Assinatura de Utente/Participante:

Assinatura do Encarregado de Educação do Utente/Participante

____/____/____

Anexo 6: Domínios, categorias, subcategorias e exemplos retirados das entrevistas com os adolescentes.

Domínios	Categorias	Subcategorias	Exemplos
Como chega à consulta	Apanhado pela polícia (7)		
	Trazido pelos Pais/Acompanhantes (35)		
	Vinda por iniciativa própria (1)		
Motivo da vinda ao CRI	Consumos de drogas (31)		<p>“Fui apanhado a consumir pela polícia, mandaram-me para a CDT que me mandou para aqui.” – Adolescente 36</p> <p>“A instituição acha que tenho problemas com drogas.” – Adolescente 39</p>
	Não sei (1)		“Não sei porque estou aqui” – Adolescente 9
	Roubos e coisas más (1)		“Fazia coisas más... roubava.” – Adolescente 12
	Faltas à escola e mau comportamento (2)		“A CPCJ enviou-me por causa das faltas na escola. Mas aqui estou por causa das substâncias que consumo entre aspas.” – Adolescente 27

	Problema de saúde (1)		“Tive um ataque de epilepsia” – Adolescente 28
	Jogos tecnológicos (2)		“Por causa de jogar muito computador. E por faltar à escola.” – Adolescente 17
	Para explicarem à minha mãe o que são drogas (1)		“Fui eu que pedi à minha mãe para lhe dizerem o que é que era, num modo geral. Porque da minha boca ela não ouvia.” – Adolescente 30
Perceção que o adolescente tem desse problema /situação	É um problema (20)	Para os outros (18)	“É um problema, mas não tão grave como ele pensam” – Adolescente 28
		Para mim (2)	“É um problema porque agora não posso estar no curso que quero, devido aos meus comportamentos.” – Adolescente 35
	Não é um problema (20)	Já parei (3)	“Não é um problema, já não consumo.” – Adolescente 33
		Porque gosto (4)	“Não é um problema para mim. Gosto de fumar” – Adolescente 42
		Estilo de vida (2)	“Não acho tão mau como a cocaína e cavalo, é mais um estilo de vida” – Adolescente 11
		Sem motivo (7)	“Não acho que tenha problema nenhum.” – Adolescente 30

		Consumo experimental (4)	“Acho que não é um problema, só experimentei” – Adolescente 41	
Atribuições que fazem das causas / razões destes	Sem razão para consumo (4)		“Não tenho motivo para consumir, é como quem bebe ou fuma tabaco.” – Adolescente 30	
	Porque gosto (5)		“Eu consumo porque quero, porque gosto.” – Adolescente 1	
	Para chamar a atenção dos outros (1)		“Só queria chamar a atenção da minha família” – Adolescente 12	
	Amigos/Convívio (12)		“Foi pelos amigos.” – Adolescente 10	
	Para não pensar nos problemas pessoais (5)		“Foi uma fase, uma curtidão, com amigos (más companhias). Às vezes era para esquecer problemas.” – Adolescente 6	
Perceção que acham que os pais têm destas dificuldades/ problemas.	Não querem que consuma (33)	Perderam a Confiança em Mim (1)	“Acham que não devo consumir, e perderam a confiança em mim.” – Adolescente 29	
		Repreenderam-me (14)	“O que todas as mães fazem, preocupam-se com os filhos, dava-me na cabeça, com razão.” – Adolescente 6	
		Falaram comigo (13)	Entenderam-me (5)	“Eles não gostam, mas percebem o meu lado, mas acham que sou muito novo.” – Adolescente 36
			Não me Entenderam (8)	“O meu pai ficou um bocado chateado.” – Adolescente 43
	Não sei o que pensam (3)		“Só tenho pai! Não sei o que ele pensa.” – Adolescente 15	

	Pensam que sou dependente (1)		“Pensam que sou dependente.” – Adolescente 9	
	Acham que os médicos é que sabem (1)		“Dizem que os médicos é que sabem.” - 28	
	Não dizem nada (2)		“Eles não me disseram nada porque já sabem que eu consumo, eu sou muito agarrada a eles.” – Adolescente 1	
Expectativas em relação ao processo	Não sei (13)		“Não sei, vamos ver no que vai dar.” – Adolescente 1 “Sei lá...” – Adolescente 7	
	Espero que sejam consultas de psicologia (1)		“Espero que sejam consultas de psicologia, porque é calmo.” – Adolescente 41	
	Espero que feche o processo na CDT (1)		“Espero que o processo acabe e que fique limpo” – Adolescente 11	
	Espero que acabe rápido (1)		“Que acabe rápido.” – Adolescente 26	
	Espero que ajude (24)	Na Minha Relação com os Outros (2)		“Espera que a ajude a recuperar a confiança dos pais.” – Adolescente 29
		A Mudar a Visão dos Outros Sobre Mim (4)		“Espero que as pessoas mudem o pensamento sobre mim, não é por consumir que sou uma má pessoa.” – Adolescente 27
		Encontrar Aqui um Apoio (2)		“Espero que me possam ajudar, que me possa apoiar nestas pessoas.” – Adolescente 31

		Deixar de Fumar/ Fumar Menos (9)	“Espero sair dos consumos.” – Adolescente 19
		Informações Sobre as Substâncias (1)	“Ensinar os problemas que pode dar.” – Adolescente 43
		Não Referem o Tipo de Ajuda (6)	“É só para me ajudar.” – Adolescente 42
Outros aspetos relevantes	Escola	Gosta (26)	“Gosto da escola.” – Adolescente 38
		Não gosta (17)	“Odeia escola, mas os amigos são porreirinhos, conhece um todos os dias.” – Adolescente 37
	Atividades	Artes (9)	“Gosto de pintar, desenhar, ler e escrever.” – Adolescente 35
		Desporto (21)	“Faço equitação e kickboxing.” – Adolescente 41
		Saída com amigos (19)	“Gostos de sair com amigos.” – Adolescente 26
	Relações pessoais	Boas relações (17)	“Tenho boas relações na instituição.” – Adolescente 31
		Más relações (6)	“Não tenho muitos amigos, a adaptação à instituição não foi muito boa.” – Adolescente 9

Anexo 7: Domínios, as categorias, as subcategorias e exemplos retirados das entrevistas com os acompanhantes.

Domínios	Categorias	Subcategorias	Exemplos
Como chega a consulta	Apanhado pela polícia (7)		
	Trazido pelos pais/acompanhantes (35)		
	Vinda por iniciativa própria (1)		
Motivo da vinda ao CRI	Consumos de drogas (28)		“Porque foi apanhado com aquilo... ha-xixe.” – Acompanhante 11
	Roubos e fugas (3)		“Pelos roubos.” – Acompanhante 12
	Problemas de saúde (1)		“Teve um ataque epilético e também consome cannabis.” – Acompanhante 28
	Faltas à escola e mau comportamento (6)		“Pelo mau comportamento na escola.” – Acompanhante 25
	Uso indevido da internet (2)		“Comportamentos desviantes (roubos, publicação de fotos na net, consumos de drogas)” – Acompanhante 18
	Conflito nas relações (1)		“Tem muita dificuldade nas suas relações.” – Acompanhante 33

	Problemas emocionais (2)		“Consumos e os problemas emocionais.” – Acompanhante 14
Percepção dos acompanhantes sobre as causas do problema	Grupo de pares (21)		“Pressão do grupo, para se integrar, porque é fixe.” – Acompanhante 18
	Disfuncionalidade familiar (9)		“A família está toda ligada aos consumos, viviam precariamente e consumiam perto dos filhos.” – Acompanhante 33
	Agressividade e dificuldades de autorregulação emocional (7)		“Dificuldades de autorregulação emocional.” – Acompanhante 14
	Baixa autoestima e necessidade de aceitação (5)		“Por dificuldades de autoestima e controlo emocional.” – Acompanhante 15
	Tendência natural para vícios (3)		“Ele é propício a vícios, em pequeno a chupeta e outras coisas que roía, pode ter a ver com isso.” – Acompanhante 30
Expectativas em Relação ao Processo Terapêutico	Intervenção no comportamento de consumos (25)	Controlar os Consumos (8)	“Controlar os consumos, para conseguirmos controlar os comportamentos dela.” – Acompanhante 39
		Abandonar os Consumos (17)	“Espero que fique bom e que nunca mais torne a fumar.” – Acompanhante 11
	Perceber a necessidade dos consumos (2)		“Que a ajude a perceber porque ela tem esta necessidade.” – Acompanhante 31
	Reintegração e apoio emocional (17)		“Reintegração dela na vida. Trabalhar os consumos, mas também as suas outras dificuldades.” – Acompanhante 18

Outros aspetos relevantes	Escola	Gosta (8)	“Gosta da escola.” – Acompanhante 30
		Não gosta (35)	“Não gosta muito da escola, é preguiçoso.” – Acompanhante 24
	Atividades	Desporto (21)	“Tem ginásio.” – Acompanhante 13
		Música (9)	“Quer seguir música.” – Acompanhante 28
		Saídas com amigos (20)	“Sai com amigos.” – Acompanhante 24
	Condição médica	Com medicação (4)	“Faz medicação psiquiátrica.” – Acompanhante 31
		Sem medicação (39)	