



**Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais**

**Mestrado em Psicologia**

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

**Adolescentes e Comportamentos Aditivos: Os Utentes na  
Consulta Adolesendo**

Tatiana Filipa Campaniço Poupinha

Orientador(es) | Constança Biscaia

Évora 2021

---

---

---

---



**Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais**

**Mestrado em Psicologia**

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

**Adolescentes e Comportamentos Aditivos: Os Utentes na  
Consulta Adolesendo**

Tatiana Filipa Campaniço Poupinha

Orientador(es) | Constança Biscaia

Évora 2021

---

---

---

---



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente | Nuno Rebelo dos Santos (Universidade de Évora)

Vogais | Constança Biscaia (Universidade de Évora) (Orientador)  
Sofia Alexandra Tavares (Universidade de Évora) (Arguente)

“Num momento completamente louco, desvairada, passei-me da cabeça e pedi-lhe para experimentar um bocado, só para ver que efeito aquilo tinha (...) Só sei que me senti noutra lugar. Era como se apenas o meu corpo estivesse ali e eu pudesse vê-lo de longe. Não foi tão mau como eu imaginava. Por momentos, serviu-me para aguentar aquele mau bocado.”

*A Lua de Joana* de Maria Teresa Maia Gonzalez

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar, quero agradecer em especial à Professora Doutora Constança Biscaia por me ter aceite como sua orientanda e por me ter acompanhado durante esta longa jornada que teve tantos altos e baixos. Queria ainda agradecer por toda a disponibilidade, pelo apoio e conhecimento que me proporcionou durante este período de realização da dissertação de mestrado.

Quero também agradecer ao Centro de Respostas Integradas de Évora por me ter recebido nas suas instalações para realizar este estudo. Agradecer principalmente ao Dr.º Duarte Coxo por toda a disponibilidade e paciência para todos os meus telefonemas e dúvidas em relação à recolha dos dados da investigação e ainda aos restantes técnicos da equipa por toda a ajuda ao longo deste processo.

Agradecer a todos os adolescentes pela colaboração neste estudo e também aos pais pela disponibilidade para informarem os seus filhos sobre este projeto e permitirem a participação dos mesmos.

Aos meus pais, por acreditarem em mim e me incentivarem a ser melhor todos os dias da minha vida, pois sem esforço e dedicação nunca alcançaremos os nossos sonhos.

Um enorme obrigada aos meus amigos algarvios que sempre estiveram e continuarão a estar ao meu lado, desde o primeiro ao último dia nesta minha caminhada no mundo da Psicologia.

Às minhas amigas de Évora também por todo o apoio e por terem sido um porto de abrigo desde o início ao fim do curso. Apesar de longe continuamos a caminhar juntas.

Obrigada a todos vós!

## **Adolescentes e Comportamentos Aditivos: Os Utentes na Consulta Adolesendo**

### **Resumo**

A presente investigação teve como objetivo caracterizar os jovens que procuraram a Consulta Adolesendo e compreender a sua perceção em relação ao processo terapêutico. É uma amostra de conveniência, constituída por 24 desses jovens com idades compreendidas entre os 14 e 24 anos. Os instrumentos utilizados foram o Questionário de Capacidades e Dificuldades e uma Entrevista Semiestruturada. Os resultados permitiram verificar que os jovens apresentam dificuldades ao nível do comportamento e essas dificuldades estão relacionadas com problemas emocionais e de hiperatividade. Os jovens percecionam os consumos de substâncias enquanto comportamentos de risco e a maioria não traziam expectativas iniciais, no entanto as opiniões são diferentes antes e depois das consultas. No processo terapêutico os jovens consideraram como fundamental as consultas e relação estabelecida com os psicólogos e em relação aos benefícios do mesmo consideraram a diminuição e cessação dos consumos e uma melhoria nas relações com o país.

**Palavras-chave:** Adolescência, Consumo de Substâncias, Comportamentos de Risco, Intervenção nas Dependências; Perceção dos Jovens.

## **Adolescents and Additive Behaviors: The Patients at the AdolesSendo Appointments**

### **Abstract**

The present investigation aimed to characterize the young people who sought the AdolesSendo Consultation and to understand their perception in relation to the therapeutic process. It is a convenience sample, consisting of 24 of these young people aged between 14 and 24 years old. The instruments used were the Strengths and Difficulties Questionnaire and a Semi-structured Interview. The results showed that young people have behavioral difficulties and these difficulties are related to emotional and hyperactivity problems. Young people perceive substance use as risky behaviors and most did not bring initial expectations, however, opinions are different before and after appointments. In the therapeutic process, young people considered consultations and relationships established with psychologists as fundamental and in relation to its benefits, they considered the decrease and cessation of consumption and an improvement in relations with the parents.

**Keywords:** Adolescence, Substance Use, Risk Behavior, Addiction Intervention; Perception of Youth.

## Índice

<b>Introdução</b> .....	1
<b>Parte I – Fundamentação Teórica</b> .....	4
1. Adolescência e Comportamentos de Dependência.....	4
2. Prevenção e Intervenção em Adolescentes com Comportamentos Aditivos .....	12
3. Os Serviços de Comportamentos Aditivos e Dependências em Portugal .....	17
<b>Parte II – Estudo Empírico</b> .....	20
4. Objetivos da Investigação.....	20
5. Método.....	21
5.1. Caracterização da Amostra.....	21
5.2. Instrumentos .....	23
5.2.1. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ).....	23
5.2.2. Entrevista Semiestruturada .....	25
5.3. Procedimentos .....	25
5.3.1. Procedimentos de Recolha de Dados.....	25
5.3.2. Procedimentos de Análise de Dados.....	27
6. Apresentação dos Resultados .....	28
6.1. Capacidades e Dificuldades dos Adolescentes em Acompanhamento.....	28
6.2. Entrevista aos Adolescentes com Comportamentos de Adição.....	32
7. Discussão dos Resultados .....	37



<b>Conclusão .....</b>	<b>47</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>53</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>62</b>

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Descrição da Amostra – variáveis sociodemográficas (N=24).....	21
<b>Tabela 2.</b> Medidas Descritivas das Escalas do SDQ .....	28
<b>Tabela 3.</b> Resultados dos Testes de Mann-Whitney para as escalas SDQ entre os níveis da variável Género.....	29
<b>Tabela 4.</b> Resultados dos Testes de Mann-Whitney para as Escalas do SDQ entre os níveis da variável Grupo Etário .....	30
<b>Tabela 5.</b> Resultados dos Testes de Mann-Whitney para as Escalas do SDQ entre os níveis da variável Grupo Escolar.....	30
<b>Tabela 6.</b> Correlações de Spearman ( <i>r</i> ) e respectivos <i>p-values</i> ( <i>p</i> ) entre Escalas do SDQ.....	31
<b>Tabela 7.</b> Tabela de referência cruzada entre as variáveis Grupo Etário e Grupo Escolar .....	32
<b>Tabela 8.</b> Teste de Independência do Qui-Quadrado: Grupo Etário vs Grupo Escolar. 32	
<b>Tabela 9.</b> Forma como os Adolescentes Chegam à Consulta e a Percepção dos Motivos da sua Vinda .....	33
<b>Tabela 10.</b> Percepção dos Adolescentes Acerca dos Comportamentos de Risco e a Forma como se Enquadram os Consumos .....	34
<b>Tabela 11.</b> As Expetativas que os Adolescentes Traziam em Relação ao Acompanhamento.....	35
<b>Tabela 12.</b> Forma como os Adolescentes Avaliam o Acompanhamento em Termos de Processo e Resultados.....	37

## **Índice de Anexos**

<b>Anexo 1.</b> Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ) - Versão Adolescentes .....	63
<b>Anexo 2.</b> Entrevista Semiestruturada com os Adolescentes Ativos em Consulta .....	64
<b>Anexo 3.</b> Consentimento Informado .....	66
<b>Anexo 4.</b> Análise de Conteúdo: Domínios, Categorias, Subcategorias, Frequências e citações retiradas das entrevistas com os jovens .....	68

## **Introdução**

A adolescência é marcada por uma fase de desenvolvimento com profundas transformações, podendo ser considerado um dos períodos mais desafiadores na vida de um indivíduo (Alhyas, Al Ozaibi, Elarabi, El-Kashef, Wanigaratne, Almarzouqi, Alhosani & Al Ghaferi, 2015). As mudanças que ocorrem neste momento surgem de forma muito mais rápida, intensiva e acentuada, do que em qualquer outra fase do desenvolvimento humano (Bizarro, 2000 *cit in* Batista, 2010). É nesta época que os adolescentes constroem a sua autonomia pessoal e as relações interpessoais assumem um elevado impacto na sua vida, porém, é também nesta fase que os adolescentes se encontram expostos a inúmeros factores de risco.

Durante a adolescência, os jovens tendem a assumir determinados comportamentos de risco, cujo objetivo é a procura de novas experiências e desafios, permitindo assim o seu desenvolvimento psicossocial. Contudo, a adoção desses comportamentos de uma forma continua podem provocar consequências graves ao longo do tempo, pois há um comprometimento da saúde e do bem-estar dos jovens (Dworkin, 2005 *cit in* Zappe, Alves & Dell’Aglia, 2018). Neste sentido, define-se como comportamentos de risco aqueles que prejudicam e ameaçam a saúde ao nível físico e/ou mental e que têm repercussões ao longo do tempo, nomeadamente, o uso de tabaco, álcool, drogas ilícitas e comportamentos sexuais (e.g. doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada) (Brenner et al., 2004; Guedes & Lopes, 2010 *cit in* Zappe, Alves & Dell’Aglia, 2018).

O consumo de substâncias psicoativas durante o período da adolescência tornou-se um problema em todo o mundo, devido as características e fatores típicos desta fase, como é o caso da influência do grupo de pares, a necessidade de afirmação/imposição e a construção da sua identidade e própria personalidade (Costa, 2013). Neste período, verifica-se uma mudança ao nível das relações interpessoais do adolescente e os distintos contextos sociais onde este se encontra inserido diariamente (Naia, Simões & Matos, 2007). A literatura tem demonstrado precisamente a importância dessas mesmas relações sociais, dos quais a família e o grupo de pares assumem um papel importantíssimo, mas muito distinto nas diferentes fases da adolescência (Onrust, Otten, Lammers & Smit, 2016).

O consumo de substâncias na adolescência está altamente associado a uma fragilidade e limitação por parte do jovem para responder a determinadas situações difíceis e complexas do seu dia-a-dia (Bernardy & Oliveira, 2012). Os consumos de substâncias aditivas nesta fase encontram-se correlacionados com a delinquência, comportamentos antissociais e traços disfuncionais na personalidade, inclusive a impulsividade (Habersaat, Romain, Mantzouranis, Palix, Boonmann, Fegert, Schmeck, Perler, Schmid & Urben, 2018). Neste sentido, torna-se fundamental dar ênfase aos programas de prevenção/intervenção destinados a reduzir comportamentos de risco, uma vez que estes têm início no período da adolescência e, muitas vezes, tendem a prosseguir e agravar na idade adulta (Mahalik, Coley, Lombardi, Lynch, Markowitz & Jaffee, 2013).

A seguinte investigação centra-se no projeto “AdolesSendo” e procura estudar as percepções que os adolescentes têm da consulta de acompanhamento, dos seus comportamentos e os motivos/dificuldades que os trazem até ao serviço. Neste sentido, o estudo será realizado no Centro de Respostas Integradas (CRI) do Alentejo Central, contando com uma amostra de 24 adolescentes, com idades compreendidas entre os 14 e 24 anos, que se encontram ativos em consulta há menos de 24 meses. É de salientar que, para a maioria destes adolescentes, este é o primeiro acompanhamento psicológico num serviço especializado na prevenção e intervenção nas diferentes dependências (e.g. álcool, tabaco, jogos virtuais). Torna-se fundamental compreender os comportamentos de risco que surgem na adolescência, mais especificamente, se os consumos de substâncias aditivas são apenas um momento de experimentação e curiosidade ou se estão relacionados com outros fatores e dificuldades na vida de cada jovem. Os profissionais deste serviço têm em mãos um constante desafio no trabalho com estes adolescentes, sendo que a intervenção junto dos mesmos começa no momento do acolhimento, tentando compreender questões como o motivo da sua vinda e as motivações de cada indivíduo para o processo, ou seja, as expetativas e objetivos que cada jovem traz em relação ao acompanhamento no serviço.

A dissertação apresenta-se estruturada em três partes. Na Parte I, apresenta-se a fundamentação teórica sobre o tema em estudo, mais concretamente, uma revisão sobre alguns aspetos teóricos e investigações realizadas recentemente, dividindo-se assim em três pontos principais: A adolescência e os comportamentos de dependência; A prevenção

e intervenção em adolescentes com comportamentos aditivos e, por fim, são referidos os serviços que atuam nesta área em Portugal. De seguida, a Parte II incide sobre o estudo empírico onde estão presentes os objetivos do estudo, bem como o método do estudo, onde está presente a caracterização da amostra, a descrição dos instrumentos, os procedimentos da recolha e análise de dados e são apresentados os resultados obtidos e a discussão dos mesmos. Para finalizar, apresenta-se a conclusão da investigação, as suas limitações e sugestões a desenvolver em estudos futuros.

## Parte I – Fundamentação Teórica

### 1. Adolescência e Comportamentos de Dependência

A palavra adolescência surgiu do latim e tem como significado o “*fazer-se homem/mulher*” ou “*crescer na maturidade*” (Muuss, 1976), o que remete para uma fase de desenvolvimento biopsicossocial pois é neste período que ocorrem as transformações ao nível do corpo e de adaptação a novas condições psicológicas e ambientais, dirigindo o indivíduo desde a infância até à adultez (Ferreira & Nelas, 2006). O período da adolescência é um momento particular na vida de cada pessoa e apenas no final do século XIX, foi aceite e reconhecida como uma etapa do desenvolvimento humano (Ferreira & Nelas, 2006 *cit in* Batista, 2010). A Organização Mundial de Saúde (OMS), estima que cerca de 1,2 bilhões de pessoas no mundo, ou seja, 1 em cada 6 pessoas são adolescentes com idades entre os 10 a 19 anos, que estão numa fase de maturação fisiológica (OMS, 2018).

É na adolescência que os jovens se tornam conscientes acerca das suas alterações ao nível fisiológico, psicológico e social, gerando um ciclo de desorganização e reorganização do sistema psíquico, ocorrendo de diferente forma no sexo masculino e feminino. Contudo, ambos apresentam conflitos semelhantes relativamente à dificuldade em compreender a crise de identidade neste período da sua vida (Ferreiras & Nelas, 2006). Desta forma, a adolescência é vista como um período de desenvolvimento significativo, na medida em que os jovens vivenciam novas experiências e descobertas (Cavalcante, Alves & Barroso, 2008), nomeadamente a procura de identidade, de autonomia, o distanciamento dos seus progenitores e a construção de novas relações interpessoais (Sadovnikova, 2016).

Ao longo desta fase de transição os adolescentes encontram-se expostos a diversas influências do meio ambiente onde estão inseridos, demonstrando maior vulnerabilidade para um possível desenvolvimento de comportamentos de risco (Domingues, Martins, Sampaio, Fonseca, & Lira, 2014). Dentro destes comportamentos é possível identificar os consumos de drogas, comportamentos sexuais de risco e comportamentos antissociais (Chita, Negreiros & Barreiras, 2014). Habitualmente, os comportamentos como o uso de drogas começam por curiosidade em experimentar algo novo, no entanto podem evoluir

para graves dependências com consequências avassaladoras (Naia, Simões & Matos, 2007).

Na literatura existem inúmeras definições do conceito de droga. A OMS determina o conceito de droga como *“toda a substância que, pela sua natureza química, afeta a estrutura e o funcionamento do organismo”*. Por sua vez, o autor Jervis (1977), demonstra que *“droga é todo o conjunto de substâncias químicas introduzidas voluntariamente no organismo com o fim de modificar as condições psíquicas e que, enquanto tal, criam mais ou menos facilmente uma situação de dependência no sujeito”* (Fonte, 2006).

Sabe-se que, as drogas alteram os indivíduos num todo, quer na sua forma de ser, de pensar, de agir, de sentir e no seu comportamento. Estas podem ser classificadas como drogas psicoativas e encontram-se separadas em duas categorias distintas, as drogas lícitas (e.g. álcool e tabaco) e ilícitas (e.g. cocaína, heroína e cânabis) (Doninni, Cordeiro, Lima & Viegas, 2017). De modo geral, as drogas psicoativas são todas as substâncias que têm efeitos no Sistema Nervoso Central do ser humano, produzindo nos indivíduos alterações de humor, comportamento e cognição, dando ao sujeito ainda sensações de prazer, euforia, alívio, entre outras (Cavalcante, Alves, & Barroso, 2008). As drogas psicoativas podem ser divididas em três tipos, consoante a forma que afetam a atividade cerebral dos sujeitos – drogas depressoras, estimulantes e alucinógenas ou psicodislépticas. É de salientar que estas substâncias podem levar o sujeito à dependência (Carlini, Nappo, Galduróz, & Noto, 2001), sendo essa dependência física ou psicológica (Cavalcante, Alves, & Barroso, 2008).

O consumo de substâncias psicoativas durante a adolescência é considerado um problema grave nas sociedades pós-modernas. Esta questão tornou-se um problema com um enorme impacto ao nível mundial devido as consequências que as dependências de substâncias podem ter na vida atual de um adolescente e, no seu futuro enquanto adultos (Costa, 2013). Segundo os dados apresentados pelo *United Nations Office on Drugs and Crimes* (UNODC, 2016), estima-se que em 2014, cerca de 247 milhões de pessoas no mundo consumiram substâncias ilícitas, sendo que, aproximadamente mais de 29 milhões de pessoas sofrem de perturbações relacionadas com o consumo dessas mesmas. Foram também apresentados os resultados do estudo do IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral em Portugal no ano de 2016/2017, onde foi



possível verificar que dentro das substâncias psicoativas ilícitas, a *cannabis* é a substância que evidencia maiores resultados de consumo, apresentando um valor de 10,9% de prevalência na população jovem adulta com idades entre os 15 e os 34 anos (Balsa, Vital & Urbano, 2018). Apesar de a prevalência do consumo de *cannabis* ter permanecido estável a nível Europeu nos últimos anos, recentemente houve um aumento significativo nos tratamentos para problemáticas relacionadas com o consumo desta substância (Manthey 2019 *cit in* Martínez-Vispo & Dias, 2020). Mais concretamente, em 2017, cerca de 83.000 de indivíduos, iniciaram pela primeira vez na Europa um tratamento devido ao consumo de *cannabis*, o que supõe um aumento de 76% entre o ano de 2006 e 2017 (EMCDDA 2019 *cit in* Martínez-Vispo & Dias, 2020).

No que diz respeito às diferenças no sexo masculino e feminino no consumo de substâncias, alguns estudos têm demonstrado que os consumos são mais frequentes nos rapazes, independentemente da substância e da temporalidade considerada (Balsa, Vital & Urbano, 2018). Porém, recentemente, estudos têm evidenciado um aumento no consumo de substâncias no sexo feminino, sendo que há uma maior experimentação e uso de álcool entre as raparigas. Enquanto que, os rapazes apresentam um maior consumo em relação ao tabaco e experimentação de drogas ilícitas (Malta et al., 2010; Meneses et al., 2009 *cit in* Zappe, Alves & Dell’Aglia, 2018). A partir destes resultados, é possível constatar que é cada vez menor a diferença entre géneros no que concerne aos padrões de consumo (Chita, Negreiro, & Barreira, 2014). Relativamente à idade média de início de consumos de substâncias, verifica-se que os mesmos são maiores entre jovens com uma faixa etária dos 16 aos 18 anos (Moraes & Braga, 2003). De forma sistematizada, os dados adquiridos demonstram que os consumos de experimentação ocorrem em média aos 17 anos, enquanto que o consumo regular de substâncias como o tabaco e de canabinoides ocorrem, em média, aos 18 anos (Balsa, Vital & Urbano, 2018).

Os adolescentes são considerados o grupo mais vulnerável ao consumo abusivo de substâncias psicoativas devido as características e fatores típicos da adolescência, tais como, a influência do grupo de pares, a necessidade de afirmação perante os outros, a formação da sua identidade, entre muitos outros aspetos (Fox, Towe, Stephens, Walker & Roffman, 2011, *cit in* Costa, 2013). Apesar dos fatores referidos que podem desencadear o consumo de substâncias psicoativas nos adolescentes, as emoções e os

sentimentos apresentam-se também como um fator importante, pois estão associados à depressão, sofrimento psíquico, ansiedade, sentimento de culpa e baixa autoestima (Marques & Cruz, 2000). Estudos têm salientado que os elevados níveis de ansiedade são um dos principais fatores associados ao início dos consumos de substâncias na adolescência, pois os jovens estão mais suscetíveis a esses comportamentos de risco, face as mudanças constantes nessa fase de desenvolvimento. De acordo com os autores Takei e Schivoletto (2000), a ansiedade é vista como um dos fatores motivadores para o início do consumo de drogas lícitas, como por exemplo o álcool, ou outro tipo de drogas ilícitas (Lopes & Rezende, 2013).

Como supracitado, na adolescência os jovens confrontam-se com diversos desafios, o que leva à procura de respostas rápidas e eficazes como forma de gerir as suas frustrações, encontrando um refúgio no consumo de substâncias (Oshri *et al*, 2001 *cit in* Costa, 2013). Existem muitos fatores que podem levar ao início dos consumos na adolescência, tais como a curiosidade em experimentar algo novo, a influência de pares e/ou da família, a pouca supervisão parental, problemas comportamentais e os traços de personalidade do adolescente (Grevenstein, Nagy & Kroeninger-Jungaberle, 2015). Apesar dos fatores referidos, é necessário também ter em conta questões como a facilidade e disponibilidade de substâncias aditivas ao alcance dos jovens, pois as vendas em estabelecimentos comerciais demonstram pouca fiscalização, sendo comum a venda desses produtos a menores de idade. Para além das vulnerabilidades dos jovens no campo individual e contextual, é necessário ter em consideração que o uso de substâncias apresentam-se como um dos principais fatores para situações de destrutibilidade dos jovens, nomeadamente os acidentes, violência, suicídio, gravidez em idades precoces, transmissão de doenças por via sexual entre outras (Cavalcante, Alves & Barroso, 2008).

Ao longo dos anos a investigação tem tentado compreender a associação entre as relações interpessoais e os comportamentos de risco durante a fase da adolescência. De acordo com o autor Becoña (2002), o dia-a-dia de um jovem é composto por diferentes dimensões, nomeadamente ao nível individual, familiar, escolar, grupo de pares e a comunidade onde está inserido, o que pressupõe um enorme leque de fatores de risco e fatores de proteção na vida de um adolescente (Iglesias & Tomás, 2011 *cit in* Barros, 2015).

A família é caracterizada como um núcleo primordial de proteção, afeto e socialização para uma criança e adolescente, o que permite o seu desenvolvimento biopsicossocial (Braga, Moreno, Silva & Balduinos, 2018). Nos últimos anos, têm sido realizados diversos estudos que pretendem analisar o papel dos pais no desenvolvimento sociocognitivo dos seus filhos (Baurim, 1971; Maccoby & Martin, 1983; Darling & Steinberg, 1993; Alvarenga & Piccinini, 2001 *cit in* Paiva & Ronzani, 2009) e na promoção de saúde mental do mesmos (Li, Stanton & Feigelman, 2000; Verdurmen, Monshouwer, Dorsselaer, Bogt & Vollebergh, 2005 *cit in* Paiva & Ronzani, 2009).

No que diz respeito ao consumo de substâncias aditivas, o contexto familiar desempenha um papel fundamental, pois pode ser visto como um fator de proteção, isto é, como um meio de suporte para o jovem, mas pode também ser considerado como um fator de risco, pois é dentro deste contexto que, por vezes, se iniciam os consumos de álcool e drogas (Paiva & Ronzani, 2009). Os aspetos relacionados com a família têm sido amplamente investigados e têm demonstrando que um comportamento parental de risco, tende a associar-se com os mesmos comportamentos de risco adotados pelo adolescente.

O consumo de substâncias aditivas dentro do seio familiar, as relações conflituosas entre os seus membros (Moral et al., 2010 *cit in* Zappe, Alves & Dell'Aglio, 2018) e a perceção de um desequilíbrio familiar (Santander et al., 2008 *cit in* Zappe, Alves & Dell'Aglio, 2018) aumenta a probabilidade de consumo por parte do adolescente (Raphaelli et al., 2011; Wagner et al., 2010 *cit in* Zappe, Alves & Dell'Aglio, 2018). Os consumos de substâncias psicoativas pelos adolescentes surgem como forma de lidar com as situações de *stress* que ocorrem dentro do meio familiar (Jorge, Ferreira, Ferreira, Zarzar, Pordeus & Kawachi, 2018). Desta forma, o pouco suporte parental, os comportamentos de riscos pelos próprios pais (e.g. consumo de álcool e drogas), as atitudes permissivas dos progenitores relativamente ao jovem consumir drogas e a incapacidade dos mesmos em controlar os comportamentos dos seus filhos apresentam-se como fatores predisponentes para a iniciação e o uso contínuo de drogas lícitas e ilícitas (Bahr, Hofman & Yang, 2005 *cit in* Paiva & Ronzani, 2009).

Em contrapartida, o ambiente familiar é também considerado um fator de proteção, pois a intimidade, a proximidade familiar, o estabelecimento de uma relação coesa com todos os elementos familiares e a monitorização parental demonstraram resultados

positivos uma vez que se verifica uma redução significativa dos comportamentos de risco, nomeadamente, comportamentos sexuais de risco, mau desempenho escolar e o consumo de bebidas alcoólicas. O apoio dos pais contribui para uma baixa frequência no consumo de substâncias aditivas, nos comportamentos antissociais, violência e comportamentos sexuais perigosos (Zappe, Alves & Dell’Aglia, 2018).

Realizou-se um estudo que teve como objetivo comparar adolescentes consumidores e não consumidores, e segundo os autores Pratta, Santos & Guimarães (2009) foi possível corroborar o quão fundamental é o diálogo e comunicação entre a família no que concerne aos padrões de consumos. De acordo com os autores, um ambiente familiar que não permite que os elementos expressem os seus sentimentos, ideias e opiniões e, muito menos, a possibilidade de serem ouvidos e compreendidos, é referido pelos adolescentes consumidores como sendo um dos principais aspetos negativos em toda a dinâmica familiar (Guimarães, 2009 *cit in* Júnior, Custódio, Guimarães & Correia, 2016). A falta de comunicação no contexto familiar pode criar diversas dificuldades principalmente no relacionamento entre os seus elementos, podendo até mesmo afetar gravemente o bem-estar e o sistema psíquico dos jovens (Pratta & Santos, 2006). Para além do referido, a família também pode atuar de forma protetora pois evidencia um papel crucial na prevenção de consumo de substâncias nos jovens (Bernardy & Oliveira, 2012).

Durante muitos anos a questão do grupo de pares foi considerada como a principal influência no que diz respeito aos consumos de substâncias aditivas, contudo diversos estudos têm demonstrado que essa não era única e exclusivamente a causadora dessa problemática na fase da adolescência (Paiva & Ronzani, 2009).

Neste período, o grupo de pares é muito importante em diversos contextos da vida dos adolescentes, nomeadamente o suporte emocional, o desenvolvimento da personalidade, a construção de identidade, (Gouveia-Pereira, Pedro, Amaral, Alves-Martins & Peixoto, 2012) e a procura de um sentido de *self*, o que implica a experimentação de novos valores, estilos de vida e ideias/pensamentos (Tavares, 2018). Na adolescência surge uma forte necessidade de adesão ao grupo, sendo necessário um modelo de identificação e aceitação do adolescente pelos pares (Canavez, Alves & Canavez, 2017). Há fatores que evidenciam ser fundamentais para a construção de uma personalidade saudável nos adolescentes, nomeadamente um bom relacionamento e

envolvimento com os outros e o sentimento de identificação e participação num grupo de pares (Berk, 1993 *cit in* Ebru Ikiza & Cakarab, 2010).

Tal como referido anteriormente, na literatura têm sido associados diversos fatores ao consumo de substâncias nos adolescentes. Um dos principais fatores está associado ao grupo de amigos que evidenciam uma enorme influência na experimentação e progressão do consumo de substâncias aditivas (D'Amico & McCarthy, 2006; Di Napoli, 2009; Ellickson, Tucker, Klein, & Saner, 2004; Martino, Ellickson, & McCaffrey, 2009 *cit in* Cardoso & Malbergier, 2014). Na fase da adolescência, os jovens são mais recetivos à opinião e julgamentos do grupo de pares, o que poderá ter influência nos comportamentos, aumentando a probabilidade de os adolescentes iniciarem o consumo de substâncias (Cardoso & Malbergier, 2014). Para além da necessidade de valorização social, os jovens, na sua maioria, apresentam dificuldades na imposição de opiniões e ideias acabando por ser influenciados pelo grupo de pares, o que contribui também fortemente para o início do consumo de álcool e/ou outras drogas (Duan *et al.*, 2009 *cit in* Cardoso & Malbergier, 2014). Ao longo dos anos, verificou-se que os jovens consumidores procuram a aprovação do grupo, considerando assim como um símbolo de união entre todos os seus elementos (Alhyas, Al Ozaibi, Elarabi, El-Kashef, Wanigaratne, Almarzouqi, Alhosani & Al Ghaferi, 2015).

Em compensação, o grupo de amigos pode também ser analisado enquanto fator de proteção, uma vez que o apoio dos mesmos tende a diminuir o envolvimento dos jovens em comportamentos que os coloque em risco (Cairano, Kliwer, & Rabaglietti, 2009 *cit in* Zappe, Alves & Dell'Aglio, 2018). O envolvimento dos jovens num grupo coeso e em que esteja presente um ambiente de bem-estar e satisfação reduz drasticamente os hábitos de consumos (Simões, Matos & Foguet, 2006). Deste modo, é possível comprovar a importância que as amizades assumem no período da adolescência, sendo que podem apresentar-se como um fator de proteção ou fator de risco, tendo em conta a qualidade das relações interpessoais estabelecidas entre os jovens e as próprias normas e comportamentos dentro do grupo (Cairano *et al.*, 2009 *cit in* Zappe, Alves & Dell'Aglio, 2018).

Para além da família e do grupo de amigos, o contexto escolar também surge como um ambiente preponderante na experimentação e inserção ou até mesmo no afastamento

dos consumos, pois a escola é também considerada um dos primeiros agentes de socialização na vida de um jovem, visto que os mesmos frequentam este espaço grande parte dos seus dias (Iglesias & Tomás, 2011 *cit in* Barros, 2015).

Em suma, considera-se que a família e o grupo de pares são os principais fornecedores de apoio e valorização social para um adolescente (Ebru Ikiza & Cakarab, 2010), contudo é necessário ter em consideração todos fatores de risco e de proteção, de modo a que se possam desenvolver e implementar programas no âmbito da prevenção e intervenção direcionados para as problemáticas das adições e dependências na fase da adolescência (Alhyas et al., 2015).

## 2. Prevenção e Intervenção em Adolescentes com Comportamentos Aditivos

Tendo em conta que a adolescência é considerada uma fase complexa do desenvolvimento e em que há um maior risco para o início do consumo de substâncias, sabe-se também que esta é uma fase muito propícia para as intervenções direcionadas para os jovens com comportamentos aditivos e de dependência (Frasquilho, 1996 *cit in* Barros, 2015).

A adolescência, tal como referido anteriormente, é marcada por mudanças e adaptações na vida do indivíduo até à idade adulta (Vasters & Pillon, 2011), sendo que este é um período crucial para o desenvolvimento de padrões de consumos excessivos (Botvin & Griffin, 2007). O uso precoce de substâncias psicoativas nos adolescentes apresentam como consequências, um maior risco de os jovens sofrerem de problemas de saúde e, ainda uma maior probabilidade de desenvolverem dependências. Por este motivo, os adolescentes e pré-adolescentes têm sido o principal alvo em programas de prevenção, uma vez que os comportamentos de risco adquiridos nesta fase da vida podem prolongar-se (Cartana, Santos, Fenili, & Spricigo, 2004).

Ao longo dos anos, tem-se verificado uma maior necessidade de se fazerem mais intervenções preventivas que proporcionem conhecimentos e aptidões que ajudem os indivíduos a lidar com os riscos que estão associados aos padrões de consumo excessivos (SICAD, 2013). É necessário ter em conta alguns princípios para que um programa de prevenção seja estruturado e programado de forma eficaz, assim “*os programas de prevenção devem focar-se no tipo de problema que o consumo de substâncias representa dentro de uma comunidade e devem reforçar os fatores de proteção e reduzir os fatores de risco*” (Hawkins et al. 2002 *cit in* NIDA, 2003).

Os programas de prevenção necessitam de abordar todas as formas de consumo de substâncias psicoativas, de forma isolada ou em combinação, incluindo o uso de substâncias legais (e.g. álcool e tabaco), o uso de drogas ilegais (e.g. canábis e heroína) e ainda o uso incorreto de substâncias adquiridas legalmente (e.g. inalantes), medicamentos prescritos ou medicação vendida sem receita (Johnston et al. 2002 *cit in* NIDA, 2003). Por sua vez, devem ainda centrar-se em questões relacionadas com os riscos específicos da população alvo, nomeadamente, a idade, o gênero e a etnia para uma melhor eficácia

de execução do programa (Oetting et al., 1997; *cit in* NIDA, 2003). Na maioria, os estudos direcionados para a prevenção têm se demonstrado eficazes porque permitem a participação e interação ativa dos jovens e o reforço das suas competências, a partir da utilização de técnicas interativas, nomeadamente, as discussões em grupo e *roleplays* (Botvin et al., 1995; citado por NIDA, 2003).

Inicialmente, os tipos de programas de prevenção surgiram como, prevenção primária, secundária e terciária. No entanto, houve a necessidade de modificar os conceitos existentes relativamente aos tipos de prevenção. Neste sentido, no âmbito do uso de substâncias psicoativas tem sido classificada como prevenção universal, prevenção seletiva e prevenção indicada (Cartana, Santos, Fenili, & Spricigo, 2004). A prevenção universal é direcionada para a população em geral e todos os indivíduos são considerados como tendo o mesmo nível de risco; A prevenção seletiva é dirigida aos indivíduos ou subgrupos da população geral que apresentam determinadas características de risco significativamente maior que a média, evidenciadas por fatores de risco biológico, psicológico ou social; A prevenção indicada tem como principal alvo os indivíduos que apresentam comportamentos de alto risco, demonstrando sinais de consumos (WHO, 2004). Deste modo, as intervenções preventivas têm como objetivo prevenir o início dos consumos de substâncias e a evolução para o abuso das mesmas, o que as diferencia das intervenções de tratamento para sujeitos que apresentam dependências (Tavares, 2018).

A prevenção pode ocorrer em diversos contextos como é o caso do contexto familiar, escolar e na comunidade em geral. O ambiente escolar tem demonstrado ser o mais privilegiado para a aplicação de estratégias preventivas. Em primeiro lugar, as abordagens direcionadas para a prevenção do uso de substâncias nas escolas, cujas intervenções remetem para os fatores psicossociais que se encontram associados à experimentação e ao início do uso de substâncias psicoativas, tem evidenciado resultados significativos a curto e longo-prazo (Botvin, 1999; Emmers, Bekkering & Hannes, 2015 *cit in* Tavares, 2018). Em segundo lugar, sabe-se que, é no ambiente escolar que se encontra a população que representa um maior risco no uso de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, sendo que os programas de prevenção universal conseguirão atingir um maior número de jovens adolescentes (Becona, 2002; Botvin, 1999; EMCDDA, 2008 *cit in* Tavares, 2018). Para além disso, os programas de prevenção universais e seletivos têm evidenciado resultados



positivos no período inicial da adolescência, no momento da prevenção do uso de substâncias (Onrust, *et al.*, 2016).

A investigação evidencia que a intervenção que é realizada com as famílias tem demonstrado ser um dos fatores principais para se alcançar resultados positivos na prevenção dos consumos com os jovens adolescentes (Negreiros, 2013 *cit in* Tavares, 2018). Segundo os autores, Foxcroft & Tsertsvadze (2011), os programas de prevenção em contexto familiar permitem o desenvolvimento de competências parentais, nomeadamente o suporte parental, a definição e imposição de limites e regras e monitorização parental. Todavia, apesar dos programas de intervenção em contexto familiar representarem um dos fatores principais para uma intervenção bem-sucedida, estes programas confrontam-se, muitas vezes, com a baixa aderência e participação dos pais, tornando-se necessário abordar e desenvolver algumas dimensões destas intervenções preventivas (Negreiro, 2013 *cit in* Tavares, 2018).

No seguimento dos programas de prevenção é também possível verificar que estes podem ser realizados de acordo com as diferentes fases da adolescência, sendo que é possível dividir os programas em três momentos: os programas direcionados para o início da adolescência, os programas direcionados para a fase média da adolescência e, por fim, os programas direcionados para o fim da adolescência (Onrust, *et al.*, 2016).

O início da adolescência é muito marcado pela influência e pressão do grupo de pares, porém ainda há uma forte ligação com os seus progenitores por isso estes tornam-se peças fundamentais ao longo das intervenções com os adolescentes. Os programas de prevenção nesta fase trabalham essencialmente as questões da tomada de consciência e decisão perante a pressão social que se encontram expostos todos os dias e ainda aprenderem a resistir essas mesmas influências, construindo assim as suas próprias decisões e opiniões relativamente ao consumo de substâncias. Desta forma, são utilizados diferentes métodos para ajustar as normas sociais em relação ao uso de substâncias, nomeadamente, as discussões em grupo; o uso de figuras modelo; o trabalho centrado nas perceções dos jovens em relação ao uso e consumo de substâncias; disponibilizar informação relativamente às mesmas e ainda ensiná-los que o consumo de substâncias no início da adolescência não é visto como algo normativo, pois não permite um bom desenvolvimento dos jovens (Onrust, *et al.*, 2016). Por sua vez, estudos têm evidenciado

que, apesar dos jovens passarem menos tempo com os seus pais nesta fase da vida, estes continuam a ter uma influência significativa na vida dos filhos (Forehand & Wierson, 1994; Windle et al., 2008 *cit in* Onrust, *et al.*, 2016).

Os programas de prevenção direcionados para a fase média da adolescência enfrentam enormes dificuldades. Esta é uma fase extremamente complicada, uma vez que os jovens encontram-se em constantes mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais e, em contrapartida à fase anterior, os jovens já não estabelecem uma forte ligação com os seus progenitores e recusam a orientação e educação das figuras modelo (Onrust *et al.*, 2016). Os adolescentes nesta fase desejam que as suas necessidades sejam rapidamente satisfeitas, adquirindo assim comportamentos normalmente impulsivos, cujo objetivo é a busca de prazer e de sensações imediatas, tornando-os assim mais predisponentes a aquisição de comportamentos de risco, tais como o consumo de substâncias aditivas de maneira a alcançarem a satisfação máxima das suas necessidades (Moor *et al.*, 2010; Steinberg, 2010 *cit in* Onrust *et al.*, 2016).

Estudos têm demonstrado que os programas universais permitem a mudança de comportamento nesta fase da adolescência, contudo apenas os jovens que evidenciam um alto risco de consumo de substâncias e que estão dispostos a aceitar a mudança é que beneficiam verdadeiramente dos mesmos. Normalmente, são aplicados programas cognitivo-comportamentais, pois permitem que os jovens aprendam a criar estratégias de *coping* para lidar com o *stress* e a ansiedade provenientes dos hábitos de consumo que foram adquiridos ao longo do tempo (Onrust *et al.*, 2016).

Por fim, os programas direcionados para o fim da adolescência apresentam resultados bastante significativos, pois nesta altura os jovens já não estão focados na pressão social e na influência do grupo de pares, pelo contrário. Nesta fase, os adolescentes preocupam-se mais com a construção da sua identidade, planeiam o seu futuro e desejam adquirir o máximo de competências para se tornarem jovens adultos bem-sucedidos, assim os programas que se focam em questões como a individualidade e orientação para o futuro são os mais adequados neste período da vida. É importante salientar nestes programas de prevenção o impacto e os riscos que os consumos têm na saúde dos jovens e as possíveis consequências negativas, tornando-se fundamental a aprendizagem de exercícios de autocontrolo, tomada de decisão e resolução de problemas pois estas competências serão

cruciais para o futuro dos jovens. Contudo estas estratégias parecem não funcionar com adolescentes que já evidenciem elevados padrões de consumos, pois estes consumos já fazem parte da sua identidade. O envolvimento dos pais nesta fase, torna-se novamente importante nos programas de prevenção, pois no fim da adolescência as relações entre os filhos e os pais voltam a reestabelecer-se (Onrust *et al.*, 2016).

Em modo conclusivo, é essencial que todos os indivíduos que fazem parte do processo de crescimento e desenvolvimento dos jovens adolescentes - quer sejam os pais, professores, grupo de pares -, tenham consciência do quão importante é detetar precocemente os padrões de consumos. A prevenção de uma dependência é mais eficaz quanto mais cedo for detetada e analisada enquanto fator de risco para a vida dos adolescentes (Domingues *et al.*, 2014).

### **3. Os Serviços de Comportamentos Aditivos e Dependências em Portugal**

A intervenção psicológica direcionada para os Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD), tem demonstrado ser uma área bastante complexa devido as múltiplas dimensões envolvidas nesta problemática. Os primeiros tratamentos dos CAD surgem em Portugal por volta de 1973 e 1974 começando primeiramente com a consulta de toxicod dependência no Serviço Psiquiatra do Hospital de Santa Maria e os Centros de Estudos e Profilaxia da Droga (CEPD), sendo que estes últimos se encontram inseridos no âmbito do Ministério da Justiça. Deste modo, o primeiro centro de tratamento dedicado somente à problemática da toxicod dependência surge em 1978, no âmbito da saúde, o Centro das Taipas. Os tratamentos dessa altura centravam-se, em grande parte, na resposta ao quadro sintomático que estava associado à privação dos consumos, nomeadamente, os sintomas de dor, ansiedade e mal-estar físico do individuo (Melo & Duran, 2019).

Atualmente, como forma de dar resposta à problemática de consumos de substâncias, existem em Portugal diversos serviços inseridos na Administração Regional de Saúde (ARS), especializados na área dos Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD). Estes contam com o apoio de diversos profissionais de saúde, na medida em que se consiga dar resposta às necessidades de todos os indivíduos ao nível físico e psicológico.

No âmbito dos serviços das ARS especializados nos CAD existe uma Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD), que se encontra em funcionamento desde Abril de 1996 e, cujo objetivo é a prevenção, o tratamento e reinserção dos sujeitos com padrões de comportamento aditivos. Destacam-se assim competências como, o asseguramento e execução de programas de intervenção local com vista à redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências; o planeamento, coordenação e promoção, ao nível da área de intervenção geográfica, de programas de prevenção, de tratamento, de redução de riscos, de minimização de danos e de reinserção social; o asseguramento da implementação de procedimento e meios de recolha de dados, procedimentos de consolidação e envio ao SICAD; e ainda, a colaboração com SICAD, no que diz respeito à definição dos requisitos para licenciamento de unidades de prestação de cuidados nos setores social e privado, monitorizando ainda o seu comportamento

(Decreto-Lei nº 124/2011, 29 de dezembro). Por sua vez, é também importante realçar o papel do SICAD, o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (antigo IDT – Instituto de Droga e Dependência), sendo que estão aqui também inseridas as ARS, bem como as DICAD, estando em funcionamento desde 2009. O SICAD fornece diretrizes de prevenção juntamente com a DICAD, que, por conseguinte, é responsável por transmitir a informação adquirida aos CRI. Assim o SICAD tem como missão o planeamento e acompanhamento de programas que promovem a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências.

Os Centros de Respostas Integradas (CRI) que estão inseridos na DICAD, apresentam-se como estruturas locais de cariz operativo e de administração, referenciados a um território definido. Dispõem de equipas técnicas especializadas e multidisciplinares com o objetivo de chegar às diferentes áreas de missão - prevenção, tratamento e reinserção. Apresentam-se como unidades de prestação de cuidados de saúde a indivíduos com comportamentos aditivos e dependências, tais como, as drogas ilícitas (e.g. cocaína, heroína e canábis), o álcool, tabaco e consumos sem substância (e.g. compras, jogos e sexo). Por sua vez, são também unidades que prestam cuidados num regime ambulatorio, na área da toxicodependência e do álcool, de forma gratuita e confidencial (Rebelo, Bonito, Ferro, Cota, & Jesus, 2012).

O CRI-Alentejo Central (Évora) possui espaços específicos de consulta direcionados para todas as faixas etárias, sendo que recentemente foi criada uma consulta específica para os adolescentes com comportamentos aditivos. Os adolescentes são acompanhados de forma regular por psicólogos, enfermeiros e médicos, de acordo com as suas necessidades. Inicialmente, a consulta para adolescentes era integrada na sede do CRI de Évora, porém existia pouca aderência, provavelmente face ao estereotipo de ser “um local para toxicodependentes”, criando-se assim uma colaboração com o IPDJ (Instituto Português do Desporto e da Juventude). Desta forma, a iniciativa da consulta com adolescentes surgiu, precisamente, por se entender que as diferentes faixas etárias apresentavam carências distintas. Neste sentido, o CRI também desenvolve programas de prevenção direcionados para os adolescentes, nomeadamente o programa “*Eu e os Outros*”, que é aplicado em escolas com o objetivo de dar a entender aos jovens os

problemas ligados ao consumo de substâncias psicoativas, integrando a temática das substâncias com situações do dia-a-dia (Melo, Leonardo, Roque, Abraão, Buco, Frazão, Jesus & Pinto, 2016). Um outro programa de prevenção é o “*Risca o Risco*” que até ao momento apresenta resultados bastante satisfatórios, por isso o seu uso frequente. Este programa tem como objetivo reduzir e prevenir comportamentos de risco, o consumo de drogas entre outros comportamentos de risco no contexto académico, a partir da divulgação e disponibilização de contraceptivos, testes de controlo de álcool e substâncias aditivas (Rebelo, *et al.*, 2012).

No que diz respeito à chegada de um novo utente ao serviço do CRI implica que se realize um acolhimento, mesmo que não seja o próprio a fazer o pedido. O acolhimento é visto como a fase inicial de todo o tratamento, de modo a que se consiga compreender o pedido do individuo, a motivação para o processo (e.g. expectativas, receios e objetivos). Quando os adolescentes chegam ao serviço pela primeira vez têm de comparecer com os pais ou tutores - caso estejam institucionalizados.

Deste modo, o CRI apresenta três diferentes áreas de missão, com o objetivo de adequar e adaptar o acompanhamento a cada caso em específico, da melhor forma possível. A primeira área remete para a prevenção, que se centra na divulgação e esclarecimento sobre o que são os comportamentos de risco, através do desenvolvimento de ações, direcionadas para as diferentes faixas etárias. Em segundo lugar é o tratamento, que é adaptado às necessidades de cada utente e, de acordo com a substância consumida pelo mesmo. É ainda possível que haja a hipótese de internamento, acompanhamento psicológico, social e/ou farmacológico. Em terceiro lugar, a reinserção, que se enquadra na fase final do acompanhamento que visa direcionar o individuo na sua vida, a partir de atividades que suprimam o consumo da substância. Assim, dentro destas três áreas de missão é possível encontrar diferentes intervenções em cada uma delas consoante o trabalho dos diferentes técnicos e profissionais.

## Parte II – Estudo Empírico

### 4. Objetivos da Investigação

Tal como supracitado, a adolescência é caracterizada como uma fase de desenvolvimento em que os jovens tendem adotar determinados comportamentos de risco como é o caso do uso de substâncias psicoativas (Grevenstein, Nagy & Kroeninger-Jungaberle, 2015). Nesta fase, o consumo de substâncias é uma questão extremamente importante, uma vez que os adolescentes encontram-se mais recetivos às influências sociais, apresentam baixos níveis de tolerância e podem tornar-se dependentes de uma substância, ingerindo baixas quantidades em comparação com os adultos. Neste sentido, a prevenção e intervenção são muito importantes nesta área, pois quanto mais cedo os jovens iniciam os consumos de substâncias, maior será a probabilidade de criarem dependência (Rozin & Zagonel, 2012 *cit in* Barros, 2015).

A presente investigação centra-se num estudo de avaliação do projeto “AdolesSendo”, mais precisamente, uma consulta direcionada para os adolescentes no Centro de Respostas Integradas (CRI) do Alentejo Central. As consultas destinam-se a jovens até aos 18 anos e que se encontrem sinalizados devido a problemáticas de dependência. No momento da consulta, preza-se essencialmente, a partilha de ideias e experiências de cada jovem; ajudar os jovens a pensar sobre si e sobre as suas relações interpessoais, bem como a importância que as mesmas têm para si e, pretende-se ainda que, os jovens reflitam sobre a relação que estabelecem com o objeto de dependência em concreto.

Mais concretamente, este estudo tem como objetivo geral caracterizar os adolescentes se encontram em consulta no referido projeto e compreender a perceção que têm do processo de acompanhamento deste serviço. Com base no que foi referido, foi possível definir alguns objetivos mais específicos aos quais se pretende dar resposta ao longo da investigação. Deste modo, foram delineados como objetivos específicos: (1) perceber os fatores de vulnerabilidade e risco emocional dos jovens; (2) forma como os adolescentes chegam à consulta e a perceção dos motivos da sua vinda; (3) explorar com os adolescentes o que são comportamentos de risco e a forma como nestes se enquadram os consumos, (4) compreender as expetativas que os adolescentes trazem em relação ao

acompanhamento e por fim, (5) a forma como os jovens avaliam o acompanhamento no serviço em termos do processo e resultados.

## **5. Método**

### **5.1. Caracterização da Amostra**

Para a realização deste estudo os dados da amostra foram recolhidos no CRI de Évora mais especificamente na consulta para os adolescentes que se enquadra no projeto AdolesSendo. No momento da realização do estudo encontravam-se em acompanhamento no âmbito deste projeto 77 jovens. No entanto, a nossa amostra resulta da participação de 24 jovens (amostra não probabilística de conveniência) com idades compreendidas entre os 14 e 24 anos de idade ( $M= 17.29$ ), dos quais 11 são do sexo feminino (45.8%) e 13 são do sexo masculino (54.2%). Estes jovens residem todos na região do Alentejo, sendo que uma grande parte habita na cidade de Évora (62.5%). Em relação aos agregados familiares, estes adolescentes coabitam na sua maioria com os seus pais e irmãos (25.0%) e os pais e um irmão ou irmã (20.8%). Quanto ao nível da escolaridade a maioria da amostra tem o Ensino Básico (70.8%), sendo que uma grande parte dos jovens com 18 anos ou mais encontram-se neste respetivo ciclo escolar, tal como será referido mais à frente no nosso estudo. O CRI é uma instituição de prevenção e intervenção que atua nos diversos comportamentos aditivos, no que diz respeito a este grupo de jovens a principal problemática que os traz até ao serviço são os consumos de substâncias, nomeadamente o consumo de *cannabis* (87.5%). A maioria destes adolescentes encontravam-se pela primeira neste tipo de acompanhamento, sendo que apenas 2 jovens (8.3%) já tinham frequentado um tratamento no âmbito da intervenção nos comportamentos aditivos. Sabe-se também que habitualmente estes jovens vêm encaminhados por outras entidades como é o caso da polícia e Tribunais. Contudo, no que concerne ao processo judicial só 4 jovens (16.7%) é que apresentam algum tipo de processo crimínogeno. Na tabela 1 encontram-se descritas as principais variáveis sociodemográficas.



**Tabela 1***Descrição da Amostra – variáveis sociodemográficas (N=24)*

	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>M (DP)</i>
<i>Idade</i>	24		17,29 (DP= 1.85)
14-17 ( $\leq 17$ )	13	54.2%	
18-24 ( $\geq 18$ )	11	45.8%	
<i>Género</i>			
Feminino	11	45.8%	
Masculino	13	54.2%	
<i>Escolaridade</i>			
Ensino Básico (2º e 3º Ciclo)	17	70.8%	
Ensino Secundário	7	29.2%	
<i>Área de Residência</i>			
Évora	15	62.5%	
Redondo	1	4.2%	
Estremoz	3	12.5%	
Vendas Novas	2	8.3%	
Viana do Alentejo	1	4.2%	
Borba	1	4.2%	
Portel	1	4.2%	
<i>Agregado Familiar</i>			
Pais e Irmão/ã	5	20.8%	
Pais e Irmãos	6	25.0%	
Pai	2	8.3%	
Mãe	3	12.5%	
Mãe e Avó(s)	3	12.5%	
Pais, Irmãos e Avós	1	4.2%	
Padrasto e Mãe	1	4.2%	
Padrasto, Mãe e Irmãos	1	4.2%	
Pai e Mãe	2	8.3%	
<i>Patologia Aditiva</i>			
Cannabis	21	87.5%	
Cannabis e Tabaco	2	8.3%	
Cannabis e Haxixe	1	4.2%	
<i>Tratamentos Anteriores</i>			
Não	22	91.7%	
Sim	2	8.3%	

<i>Processo Judicial</i>		
Sem Processo	20	83.3%
Com processo	4	16.7%

## 5.2. Instrumentos

A presente investigação envolveu na recolha de dados a utilização de um instrumento de autorrelato - Questionário de Capacidades e Dificuldades – SDQ (Goodman, 2001), sendo apenas utilizada a versão para adolescentes e uma entrevista semiestruturada.

### 5.2.1. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

O Questionário de Capacidades e Dificuldades (*Strengths and Difficulties Questionnaire*, SDQ) (Anexo 1) foi desenvolvido em 1997, no Reino Unido, por Goodman. O SDQ foi traduzido e adaptado para a população portuguesa pelos autores Fleitlich, Loureiro, Fonseca e Gaspar (2005). É um instrumento breve que pretende identificar problemas de saúde mental em crianças, podendo ser preenchido pelos pais/cuidadores responsáveis, professores e a própria criança. O SDQ permite distinguir entre amostras clínicas e amostras da população geral, sendo utilizado como um método de triagem para detetar perturbações mentais e como ferramenta para uma posterior intervenção psicológica (Goodman & Goodman, 2009). O instrumento possui três versões, uma direcionada para os pais ou cuidador e outra para os professores, sendo que em ambas as versões estes devem-se centrar na criança/adolescente com idades compreendidas entre os 4 e os 16 anos de idade. A versão de autorrelato remete para o preenchimento do/a próprio/a criança/adolescente com idades entre os 11 e os 16 anos (Goodman, Renfrew & Mullick, 2000). No entanto, o instrumento tem sido utilizado com sujeitos com idades superiores, como é o caso do estudo de Michelson, Malik, Parikh, Weiss, Doyle, Bhat & Patel (2020) que contou com uma amostra de jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 20 anos, faixa etária na qual se situa a quase totalidade dos sujeitos da nossa amostra (apenas um sujeito tem mais de 20 anos).

Este questionário refere-se a acontecimentos dos últimos seis meses e é composto por 25 itens, dos quais 10 remetem para a avaliação das capacidades, 14 são relativos às

dificuldades dos jovens e um item que é neutro “Dou-me melhor com os adultos do que com os da minha idade”. Cada item apresenta três opções de resposta numa escala tipo Likert, “Não é verdade”; “É um pouco verdade” e “É muito verdade”, cuja cotação varia entre 0, 1 e 2 pontos. A opção “É um pouco verdade” é sempre cotada com 1 valor, enquanto que as outras duas opções podem ser cotadas com 0 ou 2 pontos, consoante o item. Os 25 itens encontram-se agrupados em cinco escalas, cada uma constituída por 5 itens, correspondendo a cinco subescalas como: Sintomas Emocionais, ex: “Ando muitas vezes triste, desanimado/a ou a chorar”; Problemas de Comportamento, ex: “Ando sempre à pancada. Consigo obrigar os outros a fazer o que eu quero”; Hiperatividade, ex: “Sou irrequieto/a, não consigo ficar quieto/a muito tempo”; Problemas de relacionamento com os pares, ex: “Tenho pelo menos um bom amigo/uma boa amiga” e Comportamento Pró-Social “Tento ser simpático/a com as outras pessoas. Preocupo-me com o que sentem”. A pontuação de todas as subescalas, com exceção à de Comportamento Pró-social, são somadas, de modo a obter uma pontuação total de dificuldades que pode variar entre 0 e 40 (Goodman & Goodman, 2009).

As propriedades psicométricas do SDQ demonstram-se bastante adequadas pois é apresentada uma consistência interna de 0.73, pelo que se considera ser uma ferramenta de avaliação muito útil (Goodman, 2001). No que diz respeito as vantagens na utilização do SDQ ressalta o seu formato simples, abrangente e sucinto, o que permite um maior foco nas capacidades e dificuldades dos sujeitos, fornece melhores informações sobre dificuldades de atenção/hiperatividade, relação com os pares e o comportamento pró-social (Fleitlich & cols., 2000 *cit in* Stivanin, Scheuer & Assumpção, 2008). Por sua vez, outras vantagens remetem para o facto de este se encontrar traduzido para mais de 40 idiomas, estar disponível para usos não comerciais sem custos e poder ser aplicado em diversos contextos (e.g. contexto clínico como instrumento de triagem). A validade do SDQ foi avaliada e verificaram-se correlações positivas com outros instrumentos como é o caso do questionário de Rutter, no qual foi inicialmente baseada a *Child Behaviour Check List* e *Youth Self-Report* (Achenbach, 1991; Becker, Woerner, Hasselhorn, Banaschewski, & Rothenberger, 2004; Elander & Rutter, 1996; Goodman, 2001; Goodman et al., 2003; Goodman & Scott, 1999; Smedje, Broman, Hetta, & von Knorring, 1999 *cit in* Roy, Veenstra & Clench-Aas, 2008). As propriedades psicométricas e a estrutura fatorial do SDQ têm sido satisfatoriamente replicadas em diversos países no

mundo (Roy, Veenstra & Clench-Aas, 2008). Em Portugal, as propriedades psicométricas foram investigadas a partir das três versões do SQD – pais, professores e autorrelato -, num estudo com uma amostra de 1082 crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 15 anos, o que contribuiu para a evidência da validade e confiança da utilidade do questionário. A partir deste estudo, o SDQ apresentou uma elevada utilidade, pois permite fazer uma avaliação precisa e breve das crianças e adolescentes (Marzocchi et al., 2004).

### **5.2.2. Entrevista Semiestruturada**

Nesta investigação foi realizada uma entrevista semiestruturada (Anexo 2) direcionada aos adolescentes que se encontram na consulta AdolesSendo. Esta entrevista é constituída por três grupos de questões. O primeiro grupo remete para a perceção que os adolescentes têm do seu problema, procurando recolher-se dados relativamente à forma como chegam à consulta e a perceção dos motivos da sua vinda ao serviço. O segundo remete para a perceção do que são comportamentos de risco e a forma como neste se enquadram ou não os consumos. Para finalizar, o terceiro grupo diz respeito à perceção que os jovens têm relativamente ao processo terapêutico, tendo-se recolhido dados, no que diz respeito, às expectativas e a avaliação do acompanhamento em termos do processo e resultados.

## **5.3. Procedimentos**

### **5.3.1. Procedimentos de Recolha de Dados**

Com base nos objetivos formulados nesta investigação realizou-se um estudo transversal, tendo sido feita a recolha de dados com os adolescentes que integram a consulta do projeto “AdolesSendo” implementado pelo CRI de Évora. Inicialmente recorreu-se aos processos clínicos dos utentes de modo a recolher informação relativamente aos dados sociodemográficos e questões relacionadas com os consumos, bem como a utilização do Sistema Informático Multidisciplinar (SIM) quando foi necessário confirmar e clarificar alguns dados que não estavam disponíveis nos processos dos adolescentes (e.g. números de telefone).

Os dados da amostra foram recolhidos através de contacto telefónico entre o mês de Julho de 2020 e o mês de Janeiro de 2021, no âmbito do projeto referido. Pretendeu-se contactar os adolescentes que se encontravam no momento em consulta, contudo devido à pandemia causada pelo COVID-19, não foi possível estabelecer contacto direto com os jovens para a aplicação dos instrumentos, tendo surgido apenas a opção de comunicar com os mesmos por via telefónica. Inicialmente a adesão por parte dos jovens a este método não foi como esperado, por isso foi necessário recorrer também à aplicação dos instrumentos presencialmente nas instalações do IPDJ de Évora com as devidas autorizações e medidas de proteção aplicadas pela Direção-Geral de Saúde (DGS). No entanto, ao longo dos meses verificou-se que os jovens não estavam a comparecer na consulta, tendo-se optado por recorrer ao plano inicial – os contactos telefónicos. Assim, o método que demonstrou ser mais eficaz para a recolha de dados, em função das circunstâncias em que o país se encontrava, foi o contacto via telefone, tendo sido toda a amostra recolhida desse modo.

Antes de iniciar a recolha de dados, foram contactados os pais dos jovens, menores de idade, com o objetivo de explicar a investigação e pedir autorização para a participação dos filhos neste estudo. Seguidamente, em conversa com os jovens, estes foram informados sobre os objetivos da investigação e os aspetos ético-deontológicos relativos à mesma - o Consentimento Informado (Anexo 3). De seguida, foi aplicado o SDQ e a Entrevista Semiestruturada, sendo que o preenchimento do questionário demorou entre 3-5 minutos e a realização da entrevista variou entre os 5 a 12 minutos.

É de salientar ainda que, no princípio da investigação tinham sido escolhidos três instrumentos, nomeadamente o SDQ, a IPI (*Important People Interview*), de modo a recolher dados sobre as figuras de vinculação mais relevantes destes jovens e o papel por elas desempenhado e uma entrevista semiestruturada para recolher informação sobre a perceção que estes têm sobre o acompanhamento no serviço. Contudo, visto que surgiram alterações na forma como os dados iriam ser recolhidos e tendo-se optado pela opção de realizar os contactos via telefone, foi necessário reduzir os instrumentos de modo a que a chamada telefónica não fosse muito extensa e pouco apelativa à participação dos jovens. Neste sentido, optou-se por manter a entrevista e escolher o SDQ (versão para

adolescentes) como instrumento de avaliação, visto que é um questionário breve e capaz de avaliar de forma ampla as várias dimensões da vida de uma criança/adolescente.

### 5.3.2. Procedimentos de Análise de Dados

Após a recolha de dados, procedeu-se ao tratamento estatístico dos mesmos a partir do programa IBM SPSS *Statistics* (versão 24), de modo a analisar os dados resultantes do questionário SDQ e foi realizada uma análise de conteúdo das entrevistas aplicadas aos jovens.

Na primeira parte da investigação, foi caracterizada a amostra através das variáveis sociodemográficas, fazendo-se uma análise descritiva da mesma através de cálculos de medidas descritivas tais como: média, mediana, desvio-padrão, mínimo/máximo e percentagens. O questionário SDQ foi também analisado descritivamente obtendo-se os cálculos de médias e desvio-padrão.

De seguida, para a utilização de testes paramétricos em amostras de pequenas dimensões ( $n \leq 30$ ) é necessária a verificação do pressuposto de normalidade. Assim, testou-se a hipótese de normalidade com recurso ao teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors e ao teste de Shapiro-Wilks. Os testes de normalidade foram aplicados para cada grupo de género (rapazes e raparigas), para os grupos etários (grupo 1 – idade  $\leq 17$ ; grupo 2 idade  $\geq 18$ ) e para os grupos escolares (grupo 1 – ensino básico; grupo 2 – ensino secundário). Com base nos resultados dos testes de normalidade realizados verificou-se que, para os grupos considerados, não existia evidência estatística de que os dados seguissem uma distribuição normal ( $p \leq 0.05$ ), pelo que se optou pela utilização de testes não paramétricos. Em particular, utilizou-se o Teste de Mann-Whitney para comparar medianas de valores entre grupos independentes e o Teste de independência do Qui-Quadrado que testa as hipóteses, **H0: As variáveis são independentes vs H1: As variáveis não são independentes**, para analisar associações significativas entre diferentes variáveis nominais (ou consideradas como tal). De modo a verificar possíveis correlações entre as escalas evidenciadas no questionário recorreu-se as Correlações de Spearman. Para os testes estatísticos realizados foi considerado o nível de significância  $\alpha=0.05$ . Com base nos níveis de significância (*p-value*) obtidos nos

outputs do SPSS para os testes realizados, a regra de decisão para rejeitar  $H_0$  foi: **Rej.  $H_0$  se  $p\text{-value} \leq \alpha$ .**

Por fim, para realizar a análise dos dados qualitativos recolhidos a partir das entrevistas, procedeu-se ao tratamento da informação através de uma metodologia de análise de conteúdo. As entrevistas foram gravadas, transcritas e numeradas para serem analisadas. Após o processo de audição e leitura integral das mesmas foi possível definir *a priori* os domínios de análise, em conformidade com as grandes questões temáticas da entrevista, como por exemplo, “*Como chega à consulta no CRP*”. De acordo com as respostas recolhidas nas entrevistas, foi possível identificar diversas Categorias e Subcategorias.

## 6. Apresentação dos Resultados

### 6.1. Capacidades e Dificuldades dos Adolescentes em Acompanhamento

Em concordância com o que foi referido anteriormente, realizou-se uma análise descritiva para cada uma das escalas do questionário SDQ. No que concerne aos resultados obtidos, a Escala de Comportamento Pró-Social foi a que apresentou uma pontuação média mais elevada com um valor de 9.46 e um desvio-padrão de 0.88. Por outro lado, dentro das escalas de dificuldades a que tem uma pontuação média maior é a Escala de Hiperatividade com um valor de 5.17 e um desvio-padrão de 2.40, enquanto que a escala que evidencia pontuações mais baixas é a Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas com uma média de 1.54 e um desvio-padrão de 1.58 (Tabela 2).

**Tabela 2**

*Medidas Descritivas das Escalas do SDQ*

<b>Adolescentes (N=24)</b>	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Sintomas Emocionais	1	7	3.33	1.71
Prob. de Comportamento	0	8	3.13	1.59
Hiperatividade	0	10	5.17	2.40

Prob. de Relacionamento com os Colegas	0	5	1.54	1.58
Pontuação Total de Dificuldades	5	22	13.17	4.90
Comportamento Pró-Social	7	10	9.46	0.88

De seguida, para verificar a possível existência de diferenças significativas entre os níveis das variáveis Género e Grupo Etário dos jovens relativamente às pontuações das escalas obtidas na aplicação do questionário foram realizados testes de Mann-Whitney. Os resultados demonstram que não existem diferenças significativas entre as pontuações dadas por rapazes e por raparigas relativamente as escalas do SDQ (Tabela 3).

**Tabela 3**

*Resultados dos Testes de Mann-Whitney para as escalas SDQ entre os níveis da variável Género*

<b>SDQ</b>	U de Mann-Whitney	Sig. ( <i>p-value</i> )
Sintomas Emocionais	49.0	<i>p</i> =0.184
Prob. Comportamento	71.0	<i>p</i> =0.976
Hiperatividade	63.5	<i>p</i> =0.639
Prob. Relacionamento com Colegas	71.0	<i>p</i> =0.976
Pontuação Total de Dificuldades	62.0	<i>p</i> =0.581
Comportamento Pró-Social	55.0	<i>p</i> =0.264

Decidiu-se criar a variável de Grupo Etário (grupo 1 – idade  $\leq 17$ ; grupo 2 idade  $\geq 18$ ), com o objetivo de agrupar o maior número de jovens por idades, visto que a amostra era reduzida. No entanto, apurou-se que também não existem diferenças significativas nas pontuações dadas entre o grupo de jovens com menos de 18 anos e o grupo de jovens com idade igual ou superior a 18 anos para nenhuma das diferentes escalas do questionário, tal como apresentado na Tabela 4.



**Tabela 4***Resultados dos Testes de Mann-Whitney para as Escalas do SDQ entre os níveis da variável Grupo Etário*

<b>SDQ</b>	U de Mann-Whitney	Sig. ( <i>p-value</i> )
Sintomas Emocionais	68.5	<i>p</i> =0.859
Prob. Comportamento	70.5	<i>p</i> =0.952
Hiperatividade	61.0	<i>p</i> =0.538
Prob. Relacionamento com Colegas	64.5	<i>p</i> =0.669
Pontuação Total de Dificuldades	64.0	<i>p</i> =0.663
Comportamento Pró-Social	66.0	<i>p</i> =0.710

Com o intuito de verificar se existiam algumas diferenças estatisticamente significativas ao nível da escolaridade dos jovens criou-se a variável Grupo Escolar. Assim, um grupo é constituído pelos jovens que frequentam o Ensino Básico e outro pelos que frequentam o Ensino Secundário. Os resultados mostram a existência de diferenças significativas nas pontuações da Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas entre os alunos do Ensino Básico e do Ensino Secundário ( $U=29.5$ ;  $p=0.044$ ), apresentando os alunos de Ensino Básico pontuações mais elevadas do que os alunos do Ensino Secundário (Tabela 5). Desta forma, o que podemos concluir é que os jovens que frequentam o Ensino Básico apresentam mais dificuldades no relacionamento com os colegas do que os alunos que frequentam o Ensino Secundário.

**Tabela 5***Resultados dos Testes de Mann-Whitney para as Escalas do SDQ entre os níveis da variável Grupo Escolar*

<b>SDQ</b>	U de Mann-Whitney	Sig. ( <i>p-value</i> )
Sintomas Emocionais	48.500	<i>p</i> =0.47
Prob. Comportamento	41.5	<i>p</i> =0.23
Hiperatividade	55.5	<i>p</i> =0.79
Prob. Relacionamento com Colegas	29.5	<b><i>p</i>=0.044*</b>
Pontuação Total de Dificuldades	45.5	<i>p</i> =0.37
Comportamento Pró-Social	42.5	<i>p</i> =0.20

Na Tabela 6 são apresentados os resultados das correlações obtidas entre as escalas do SDQ. A partir dos valores apresentados, observam-se correlações significativas entre

a escala de Problemas de Comportamento e a escala de Sintomas Emocionais ( $r=0.478$ ,  $p=0.018$ ), e entre a escala de Problemas de Comportamento e a escala de Hiperatividade ( $r=0.430$ ,  $p=0.036$ ). Não foi possível verificar a existência de outras correlações significativas entre as restantes escalas ( $p > 0.05$ ). Relativamente à Escala de Pontuações Totais, uma vez que esta resulta da soma das quatro escalas consideradas (Sintomas Emocionais; Problemas de Comportamento; Hiperatividade e Problemas de Relacionamento com Colegas) era de esperar que as pontuações fossem significativas, pois todas elas apresentam associações significativas. Assim sendo, é possível verificar que a escala que demonstrou valores mais significativos foi a escala da hiperatividade ( $r=0.802$ ;  $p<0.001$ ) e, logo de seguida, a escala de problemas de comportamento ( $r=0.724$ ;  $p<0.001$ ).

**Tabela 6**

*Correlações de Spearman (r) e respetivos p-values (p) entre Escalas do SDQ*

<b>Adolescentes</b>	SE	PC	H	PRC	PT	CPS
Sintomas Emocionais (SE)	---	<b><math>r=0.478^*</math></b> <b><math>p=0.018</math></b>	$r=0.127$ $p=0.555$	$r=0.037$ $p=0.863$	<b><math>r=0.523^*</math></b> <b><math>p=0.009</math></b>	$r=0.117$ $p=0.585$
Pr. Comportamento (PC)	<b><math>r=0.478^*</math></b> <b><math>p=0.018</math></b>	---	<b><math>r=0.430^*</math></b> <b><math>p=0.036</math></b>	$r=0.186$ $p=0.384$	<b><math>r=0.724^*</math></b> <b><math>p&lt;0.001</math></b>	$r=-0.032$ $p=0.880$
Hiperatividade (H)	$r=0.127$ $p=0.555$	<b><math>r=0.430^*</math></b> <b><math>p=0.036</math></b>	---	$r=0.394$ $p=0.056$	<b><math>r=0.802^*</math></b> <b><math>p&lt;0.001</math></b>	$r=-0.098$ $p=0.650$
Pr. Relacionamento Colegas (PRC)	$r=0.037$ $p=0.863$	$r=0.186$ $p=0.384$	$r=0.394$ $p=0.056$	---	<b><math>r=0.590^*</math></b> <b><math>p=0.002</math></b>	$r=0.272$ $p=0.198$
Pontuação Total (PT)	<b><math>r=0.523^*</math></b> <b><math>p=0.009</math></b>	<b><math>r=0.724^*</math></b> <b><math>p&lt;0.001</math></b>	<b><math>r=0.802^*</math></b> <b><math>p&lt;0.001</math></b>	<b><math>r=0.590^*</math></b> <b><math>p=0.002</math></b>	---	$r=0.056$ $p=0.796$
Comport. Pró-Social (CPS)	$r=0.117$ $p=0.585$	$r=-0.032$ $p=0.880$	$r=-0.098$ $p=0.650$	$r=0.272$ $p=0.198$	$r=0.272$ $p=0.198$	---

**Legenda:** A Pontuação Total é obtida pela soma da pontuação total de todas as escalas com exceção da escala de Comportamento Pró-Social.

Para além disto, foram também analisadas as associações entre variáveis qualitativas nominais, recorrendo ao Teste de independência do Qui-Quadrado. Os valores obtidos na tabela de referência cruzada entre o Grupo Etário e o Grupo Escolar (Tabela 7) evidenciam que os alunos com 17 anos ou menos apresentam uma percentagem maior de

frequência no Ensino Básico (76.9%) do que no Ensino Secundário (23.1%), esses valores foram comparados através do teste não paramétrico de igualdade entre proporções binomiais ( $p=0.092$ ). Pode também observar-se que, do mesmo modo, os alunos com 18 anos ou mais apresentam uma maior percentagem de frequência no Ensino Básico (63.6%) do que no Ensino Secundário (36.4%), contudo essa diferença não é significativa ( $p=0.549$ ).

**Tabela 7**

*Tabela de referência cruzada entre as variáveis Grupo Etário e Grupo Escolar*

		Grupo Escolar		
		Ensino Básico	Ensino Secundário	Sig. ( <i>p-value</i> )
Grupo Etário	$\leq 17$	76.9%	23.1%	$p=0.092$
	$\geq 18$	63.6%	36.4%	$p=0.549$

A partir do resultado obtido no teste do Qui-Quadrado entre as variáveis Grupo Etário e Grupo Escolar (Tabela 8) pode verificar-se que não se rejeita a hipótese de independência entre as variáveis ( $p=0.659$ ). Deste modo, podemos concluir que não existe evidência estatística de haver associação significativa entre o Grupo Escolar que o aluno frequenta e o seu Grupo Etário, o que demonstra insucesso escolar por parte dos adolescentes.

**Tabela 8**

*Teste de Independência do Qui-Quadrado: Grupo Etário vs Grupo Escolar*

	Estatística de teste	Sig. ( <i>p-value</i> )
Qui-Quadrado de Pearson	0.509	$p=0.659$

## 6.2. Entrevista aos Adolescentes com Comportamentos de Adição

As entrevistas com os jovens tiveram como objetivo compreender as suas perceções em relação aos diversos momentos que abrangem o processo terapêutico no serviço. De acordo com as tabelas que serão apresentadas podemos verificar que foram criados

Domínios, Categorias e Subcategorias consoante as respostas adquiridas ao longo das entrevistas. É também possível verificar as Frequências de Resposta das Unidades de Registo dos jovens, agrupando-as assim em determinadas Categorias ou Subcategorias. Em maior detalhe, é possível verificar no Anexo 4 os Domínios em que a entrevista se centra, as Categorias, Subcategorias, Frequência e as Unidades de Registo provenientes das respostas dos jovens.

O primeiro domínio remete para “Como chega à consulta”, dividindo-se em quatro categorias: *Iniciativa dos pais* (e.g. “Foram os meus pais.”), *Notificação pela Polícia, Tribunal, CPCJ e CDT* (e.g. “Fui notificada pela polícia.”; “Abri um processo na CPCJ e depois passou para o CRI.”), *Encaminho/a por técnicos de saúde (médicos/psicólogos)* (e.g. “Foi por causa do meu médico de família que me encaminhou para aí”; “Foi a Psicóloga da escola que me encaminhou.”) e, por último, a categoria com menos frequência de resposta, por *Iniciativa Própria* (e.g. “Foi uma escolha minha.”). No domínio que diz respeito à “Perceção do jovem em relação aos motivos que o trouxeram à consulta”, a categoria com maior frequência por parte dos jovens é o *Consumo de Drogas* (e.g. “Foi uns problemas que eu tive com alguns consumos e que não devia.”; “Foi por ter sido apanhada com droga.”), para além desta categoria surgiram mais duas categorias, nomeadamente: *Faltar as aulas e mau comportamento* (e.g. “Não queria saber da escola.”; “Eu acho que era por causa dos meus comportamentos”) e *Problema Familiar* (e.g. “Porque tive um problema de família e deixei-me perder um pouco.”) (Tabela 9).

**Tabela 9**

*Forma como os Adolescentes Chegam à consulta e a Perceção dos Motivos da sua Vinda*

Domínio	Categoria	Subcategoria	Frequências
<b>Como chega à Consulta</b>	Iniciativa dos pais		4
	Notificação pela Polícia, Tribunal, CPCJ e CDT		9
	Encaminhado/a por técnicos de saúde (médicos/psicólogos)		10
	Iniciativa Própria		1
	Consumo de Drogas		20

<b>Percepção do jovem em relação aos motivos que o trouxeram à consulta</b>	Faltar as aulas e mau comportamento Problema Familiar	3 1
---	--	--------

No terceiro domínio, pretendeu-se avaliar a “Percepção do que são comportamentos de risco e a forma como neste se enquadram os consumos”, dividindo este domínio em três grandes categorias de análise, sendo uma referente aos consumos como *É um comportamento de risco*, outra *Não é um comportamento de risco* e *Ser ou Não um Comportamento de Risco em função da forma como é consumido*. Na primeira categoria os jovens consideraram que os consumos de substâncias são efetivamente comportamentos de risco como é possível verificar através das unidades de registo (e.g. “Oh claro que é sempre um comportamento de risco não é. Mas pronto há umas que fazem mais mal que outras. No geral, são todas um comportamento de risco.”; “Fumar uma ganza, por exemplo é.”). A segunda categoria demonstra que são poucos os jovens que consideram que os consumos não são um comportamento de risco, pois há uma frequência de resposta baixa (e.g. “Epá, na lei é mas para mim não é nenhum comportamento de risco.”). Por fim, a terceira categoria diz respeito as diferentes perspetivas dos jovens em relação aos comportamentos de risco e a forma como os consumos são experienciados (e.g. “Depende, porque vai de pessoa para pessoa e a quantidade”) (Tabela 10).

**Tabela 10**

*Percepção dos Adolescentes Acerca dos Comportamentos de Risco e a Forma como se Enquadram os Consumos*

<b>Domínio</b>	<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Frequências</b>
<b>Percepção do que são comportamentos de risco e a forma como neste se enquadram os consumos</b>	É um comportamento de risco		16
	Não é um comportamento de risco		2
	Ser ou Não um Comportamento de Risco em função da		6

---

forma como é  
consumido

---

O domínio seguinte tem como foco principal as expectativas dos adolescentes no âmbito do acompanhamento no CRI. Neste sentido, o quarto domínio remete para as “Expectativas iniciais dos jovens em relação ao acompanhamento”, sendo que a partir daqui originaram-se quatro categorias principais: *Relação com o Psicólogo* (e.g. “Acho que as minhas expectativas eram as consultas e a relação com o psicólogo que eu acho que isso deve-se criar com todos os pacientes.”), *Deixar de Consumir* (e.g. “A minhas expectativas eram largar os consumos e pronto fazer-me à vida.”), *Abandonar o Processo Terapêutico* (e.g. “A minha expectativa era mesmo deixar de ir.”) e, por fim, *Não tinha Expectativas* (e.g. “Não, eu no início não tinha expectativas achava mesmo que não ia aí fazer nada. Pronto, eu achava que ia ser mais uma coisa em vão.”). Tendo em conta a última categoria referida, obteve-se duas subcategorias: *Expectativas Iniciais Mudaram* e *Expectativas Iniciais Não Mudaram* ao longo das consultas. Os jovens apresentaram uma maior frequência de resposta na primeira subcategoria, sendo evidente as mudanças ao longo do processo (e.g. “Sim, mudaram porque depois eu já ia aí à vontade.”). A segunda subcategoria demonstrou que foram poucos os jovens em que as expectativas não se alteraram (e.g. “Eu ia por ir, sem expectativas. Eu era obrigado a ir.”) (Tabela 11).

**Tabela 11**

*As Expectativas que os Adolescentes Traziam em Relação ao Acompanhamento*

Domínio	Categoria	Subcategoria	Frequências
<b>Expectativas iniciais dos jovens em relação ao acompanhamento</b>	Relação com o		5
	Psicólogo		
	Deixar de Consumir		5
	Abandonar o processo		1
	terapêutico	Expectativas iniciais mudaram	10
	Não tinha Expectativas	Expectativas iniciais não mudaram	4

Esta investigação centrou-se também em tentar compreender que avaliação fazem os jovens do acompanhamento no serviço em termos do processo e resultados, tendo surgido o domínio relativo à “Forma como os adolescentes avaliam o processo terapêutico”. Com o intuito de aprofundar esta questão, foi perguntado aos jovens o que consideram mais importante e menos importante neste processo terapêutico, permitindo que refletissem também um pouco sobre a sua passagem no CRI. Posto isto, surgiram então três categorias principais: *Aspetos Positivos*, *Aspetos Negativos* e *Desvalorização do Processo*. Na primeira categoria surgiram duas subcategorias que remetem para *Consultas e relação estabelecida com os psicólogos do serviço* (e.g. “As conversas com o Dr. ° foram importantes, porque apesar de eu não deixar de faltar completamente e os comportamentos nem sempre serem os melhores, ajudaram-me e muito as consultas.”) e *Informação sobre os riscos dos consumos* (e.g. “O aspeto importante foi o que me deu a conhecer sobre outros tipos de drogas e o mal que nos podem trazer.”). De seguida, na segunda categoria surgiram também duas subcategorias: *Análises Regulares* (e.g. “O resto para mim acho que não fazia muita falta as análises e eu ter de ir obrigatoriamente fazer xixi para um copo e ter as certezas daquilo que eu já sabia que consumia.”) e *Foco Exclusivo nos Consumos* (e.g. “O menos importante era quando me falavam sempre nos consumos, eu achava isso desnecessário.”). A partir da terceira categoria foi possível analisar que alguns jovens não conseguiram retirar nenhuns aspetos positivos e negativos do processo, tendo desvalorizado completamente o acompanhamento, tal como é possível verificar (e.g. “Não, não é assim importante. As coisas que eu faço lá podia fazer em casa ou noutra sítio qualquer.”; “Eu acho que não há nada para ser sincera.”).

Por fim, o último domínio diz respeito à “Perceção do jovem acerca dos benefícios do processo terapêutico na sua vida” e é onde se encontra a segunda categoria com mais frequência de resposta ao longo da análise das entrevistas: *Diminuir/Deixar de consumir* (e.g. “Sim, está a ter impacto porque eu deixei totalmente de consumir.”). Para além desta categoria, surgiram mais duas categorias que são: *Mudanças Internas e na Relação com os Outros* (e.g. “Ajudaram-me não só a ver a minha perspetiva mas também a dos meus pais e de outras pessoas, o que foi muito importante.”) e, a última categoria remete para: *Processo terapêutico sem resultados* (e.g. “O CRI não me ajudou em nada.”), onde é possível evidenciar que, uma pequena parte dos jovens, não consideram que o

acompanhamento no serviço tenha tido qualquer tipo de benefícios/resultados na sua vida (Tabela 12).

**Tabela 12**

*Forma como os Adolescentes Avaliam o Acompanhamento em Termos de Processo e Resultados*

<b>Domínio</b>	<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Frequências</b>
<b>Forma como os adolescentes avaliam o processo terapêutico</b>	Aspectos Positivos	Consultas e relação estabelecida com os psicólogos do serviço	10
		Informação sobre os riscos dos consumos	3
	Aspectos Negativos	Análises Regulares	2
		Foco exclusivo nos consumos	2
<b>Perceção do jovem acerca dos resultados do processo terapêutico na sua vida</b>	Desvalorização do acompanhamento		7
	Diminuir/Deixar os consumos		17
	Mudanças Internas e na Relação com os Outros		8
	Processo terapêutico sem resultados		3

## 7. Discussão dos Resultados

A presente investigação incidiu sobre uma amostra de jovens que frequentavam as consultas do projeto AdolesSendo, com idades compreendidas entre os 14 e 24 anos de idade. Na amostra é maior o número de jovens do sexo masculino, embora não tenha significado estatístico a diferença entre o número destes e das raparigas. Alguns estudos têm mostrado que os consumos tendem a ser mais frequentes nos rapazes, no entanto é possível comprovar que é cada vez menor a diferença entre ambos os géneros (Balsa,



Vital & Urbano, 2018), pois nesta investigação tanto os rapazes como as raparigas apresentavam comportamentos aditivos. A principal patologia aditiva deste grupo de jovens era o consumo de *cannabis*, o que vai de encontro com um estudo recente que demonstra que entre as drogas ilícitas mais consumidas em Portugal, destaca-se significativamente o consumo de canabinoides pelos mais jovens (Lavado, Caldo & Feijão, 2020). Hoje em dia, os adolescentes tendem a procurar cada vez mais este tipo de substância, o que podemos relacionar com o seu fácil acesso e à visão inofensiva que se tem criado em redor do consumo da mesma (Carliner et al. 2017 cit in Martínez-Vispo & Dias, 2020).

Na primeira questão de investigação, pretendeu-se compreender as capacidades e dificuldades dos jovens acompanhados em consulta. Os resultados da análise descritiva das escalas do SDQ demonstraram que os jovens pontuam mais na Escala de Comportamento Pró-Social que remete para a escala das capacidades e pontuam menos nas escalas de dificuldades. Consoante os valores apresentados, os adolescentes demonstraram uma maior perceção das suas capacidades do que das suas dificuldades, o que nos pode levar a pensar que estes jovens tendem a idealizar o seu funcionamento, evitando o confronto com as suas próprias dificuldades ou seja com o que os deixa mais vulneráveis. No entanto, é de salientar que a escala de Hiperatividade é a escala que pontua mais alto nas dificuldades sentidas pelos jovens. Conforme os resultados obtidos podemos refletir acerca da necessidade que os jovens têm de agir em função das suas dificuldades emocionais invés de tentarem entrar em contacto com as mesmas. Alguns estudos têm demonstrado que, na versão de autopreenchimento do SDQ, as escalas de Hiperatividade e de Problemas de Comportamento são pontuadas com valores mais baixos pelos jovens, o que não acontece nesta investigação, pelo contrário (He, Burstein, Schmitz, & Merikangas 2013).

Foram analisadas as diferenças entre o género e o grupo etário relativamente as pontuações obtidas nas escalas do questionário. No que diz respeito ao género, os resultados demonstraram que não existiam diferenças significativas entre rapazes e raparigas nas pontuações relativas às escalas do instrumento. Consoante a literatura, os autores He, Burstein, Schmitz, & Merikangas (2013) demonstraram que os rapazes obtêm habitualmente resultados mais altos na Escala de Hiperatividade em oposição às raparigas

que apresentam resultados mais altos nas capacidades Pró-sociais, o que não se verificou neste estudo.

Em relação ao grupo etário, também não se verificaram diferenças significativas entre o grupo de jovens com menos de 18 anos e o grupo de jovens com idade igual ou superior a 18 anos. Segundo um estudo realizado pelos autores Giannakopoulos, Tzavara, Dimitrakaki, Kolaitis, Rotsika, & Tountas, (2009), verificou-se que um grupo de adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 17 anos apresentaram pontuações mais altas nas Escalas de Hiperatividade e Problemas de Comportamento no SDQ. Mais recentemente, os autores Ortuño-Sierra, Fonseca-Pedrero, Paño & Aritio-Solana (2014) apresentaram resultados em relação à idade e as pontuações no SDQ, revelando que o grupo de estudo com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos apresentavam pontuações mais altas na Escala de Sintomas Emocionais, Problemas de Comportamento, Hiperatividade e ainda na Escala de Pontuações Totais de Dificuldades.

Deste modo, visto que os nossos dados são diferentes do que tem sido apresentado na literatura é possível questionarmo-nos sobre possíveis razões destas diferenças surgirem. O SDQ tem sido aplicado em diversos contextos culturais, contextos escolares e em populações clínicas. O nosso estudo centra-se numa população clínica em específico, enquanto que os estudos referidos em relação as diferenças entre o grupo etário e o género são estudos realizados noutros contextos, o que poderá ter tido influência nos resultados obtidos nesta investigação. Ainda assim, é necessário também refletir acerca da problemática patente na nossa investigação que são os consumos de substâncias nos jovens. Nos estudos apresentados os jovens que foram avaliados não têm a mesma problemática que a nossa amostra clínica, por isso considera-se que seja compreensível que as nossas conclusões sejam diferentes do que é evidenciado na literatura.

Foram também analisadas as diferenças entre o grupo escolar e as escalas do SDQ, onde foram obtidos resultados significativos nas pontuações da Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas entre os alunos do Ensino Básico e do Ensino Secundário. A partir dos dados obtidos, os jovens que frequentam o Ensino Básico apresentam mais dificuldades no relacionamento com os colegas do que os alunos que frequentam o Ensino Secundário. Na adolescência o grupo de pares desempenha um papel extremamente importante pois neste período de desenvolvimento os jovens apresentam

uma forte necessidade do sentimento de adesão, identificação e aceitação de um grupo. No nosso estudo podemos relacionar as dificuldades sentidas pelos jovens do Ensino Básico com a questão da idade, uma vez que a maior parte dos sujeitos que têm 18 anos ou mais estão no Ensino Básico, querendo isto dizer que, a diferença de idades entre estes jovens e o respetivo ciclo escolar em que estão pode influenciar no relacionamento, identificação e aceitação entre os colegas mais novos (Canavez, Alves & Canavez, 2017).

Em relação aos resultados obtidos nas correlações entre as escalas do SDQ, verificou-se que quanto maior as dificuldades sentidas pelos adolescentes na Escala de Problemas de Comportamento, maior são as dificuldades na Escala de Sintomas Emocionais e de Hiperatividade. Em concordância com os resultados obtidos, a literatura tem demonstrado que efetivamente nas versões de autorrelato do SDQ, existe uma maior correlação entre as escalas de Problemas de Comportamento e Hiperatividade e vice-versa (Giannakopoulos, Dimitrakaki, Papadopoulou, Tzavara, Kolaitis, Ravens-Sieberer & Tountas, 2013). Relativamente à correlação entre a Escala de Problemas de Comportamento e a Escala de Sintomas Emocionais, a literatura tem demonstrado que as correlações mais fortes entre as escalas são a Escala de Sintomas Emocionais e Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas ( $r = 0,78$ ), o que não se verificou neste estudo. Contudo, consideramos que uma vez que estes jovens tendem a adotar determinados comportamentos de risco era expeável que também apresentassem dificuldades ao nível emocional, porque habitualmente problemas emocionais tendem a estar relacionados com o desenvolvimento de comportamentos de risco (e.g. consumo de substâncias) (Guillot, Blackledge, Douglas, Cloutier, Liautaud, Pang & Leventhal, 2020). A questão das dificuldades emocionais acabou também por ser referido por alguns jovens ao longo das entrevistas realizadas, o que nos permite ir ao encontro da correlação obtida na investigação.

No presente estudo verificou-se que relativamente à escolaridade os jovens com 18 anos ou mais apresentaram uma maior percentagem de frequência no Ensino Básico (63,6%) do que no Ensino Secundário (36,4%), o que evidencia insucesso escolar. Neste sentido, estes resultados eram expeáveis dado que os jovens que se encontram em acompanhamento tendem a adotar determinados comportamentos que os colocam numa posição de risco, nomeadamente o consumo de substâncias psicoativas (e.g. haxixe,

*cannabis*). Tal como foi encontrado na literatura, também nesta investigação foi possível verificar que o uso de drogas ilícitas estão altamente relacionados com posteriores problemas de saúde mental, problemas familiares, abandono e insucesso escolar (Mokdad, Marks, Stroup & Gerberding, 2004 *cit in* Ali, Mouton, Jabeen, Ofoemezie, Bailey, Shahid & Zeng, 2011). De acordo com esta investigação e à semelhança do que aparece na literatura, os aspetos como o baixo rendimento escolar e o faltar as aulas podem ser um indicador de alerta para os pais e professores de que o jovem pode estar envolvido em práticas de risco como é o caso do consumo de substâncias (Kuehn, 2011 *cit in* Ali, Mouton, Jabeen, Ofoemezie, Bailey, Shahid & Zeng, 2011).

As restantes questões de investigação fazem parte da componente qualitativa, que remetem para o estudo das perceções que os adolescentes têm do acompanhamento, dos seus comportamentos e os motivos e dificuldades que os trazem até ao serviço.

Na segunda questão de investigação pretendeu-se analisar a forma como os adolescentes chegam à consulta e os motivos que os trazem. Primeiramente, foi possível perceber que uma grande parte dos adolescentes que chegam até à consulta vêm encaminhados e não por vontade própria. Ao longo da investigação percebeu-se também que esta situação é bastante comum pois grande parte dos adolescentes que chegam até aos serviços de intervenção nos consumos aditivos vêm sinalizados por entidades como a escola, sistema de judicial ou até pelos pais. A literatura tem demonstrado que os jovens que são encaminhados pelo sistema de justiça, quando comparados com jovens que recorrem aos serviços por vontade própria, têm mais dificuldades em compreender os benefícios e necessidades do acompanhamento, tornando-se mais resistentes à mudança e aos tratamentos (De Leon, Melnick, & Hawke, 2000 *cit in* Abdel-Salam & Gunter 2014). Contrariamente ao que é referido, apesar de uma parte significativa dos jovens terem vindo encaminhados pelo sistema da justiça, apenas dois desses jovens (A5 e A10) é que ao longo das entrevistas demonstraram insatisfação e resistência ao acompanhamento que lhes foi proposto. No que diz respeito aos motivos que trazem os jovens até ao serviço, a maioria refere que é devido aos consumos de substâncias psicoativas, a *cannabis*. Os restantes referem que os motivos que os trazem são problemas ao nível escolar, familiar e mau comportamento.

A terceira questão de investigação pretendeu explorar com os jovens o que são comportamentos de risco e como os consumos de substâncias se enquadram ou não nesses comportamentos. A maioria dos jovens afirmou que os consumos de substâncias se enquadram nos comportamentos de risco, enquanto que a restante parte afirma que os consumos não se enquadram e ainda que dependem da forma como são consumidos. Tal como referido anteriormente, tendo em conta que a maioria dos jovens não procurou ajuda por vontade própria, era de esperar que fosse dado um maior número de respostas na categoria *Não são Comportamentos de Risco*. Porém, não foi isso que se verificou pois apenas dois jovens é que não consideraram os consumos prejudiciais para si. Os adolescentes demonstraram perceção acerca dos riscos que o consumo de tabaco e drogas ilícitas têm, principalmente na saúde como é possível evidenciar numa das respostas dadas: “Sim o que eu fazia era comportamento de risco porque estava a prejudicar a saúde”. Contrariamente aos resultados desta investigação, recentemente estudos demonstraram que a perceção de risco em relação ao consumo de *cannabis* tem vindo a diminuir cada vez mais, criando-se uma visão inofensiva em relação ao consumo dessa substância (Carliner et al. 2017 cit in Martínez-Vispo & Dias, 2020). No entanto, apesar dos resultados obtidos na investigação considerámos importante também refletir acerca do momento em que os dados foram recolhidos, pois se a recolha tivesse sido feita numa fase inicial do processo provavelmente teríamos recolhido perspetivas diferentes, uma vez que houve jovens que afirmaram que a sua perceção mudou a partir do início das consultas. No momento em que as entrevistas foram realizadas, o respetivo grupo de jovens demonstrou uma maior reflexão ao nível da relação que estabelecem com o objeto de dependência.

No que diz respeito as expetativas iniciais dos jovens em relação ao acompanhamento terapêutico e tendo como objetivo responder à quarta questão de investigação, foi possível verificar que foram muitos os adolescentes que afirmaram que não tinham expetativas quando chegaram à consulta. Os restantes referiram que tinham expetativas em relação ao psicólogo do serviço e na ajuda para deixar de consumir. Sabe-se que, quando os indivíduos chegam a um acompanhamento sem noção dos seus problemas e com ausência de motivação, isto coloca limitações no estabelecimento de objetivos terapêuticos (Sá, 2005). O facto de os jovens muitas vezes serem obrigados a frequentar acompanhamento terapêutico influencia fortemente as expetativas com que eles vão dirigir-se e encarar o

tratamento (Steinberg & Silverberg, 1986 *cit in* Batista, 2010). Os dados da investigação vão de encontro com a literatura, uma vez que a maioria dos jovens não veio por vontade própria, por isso era de esperar que os mesmos não trouxessem expectativas muito consistentes acerca do acompanhamento no serviço. Neste sentido, visto que muitos dos adolescentes vinham sem expectativas, torna-se fundamental na consulta de acolhimento que o psicólogo consiga estabelecer um contacto positivo com o jovem com o intuito de o motivar e incitar para o acompanhamento. A entrevista motivacional tem demonstrado ser uma intervenção eficaz no aumento da motivação para a mudança em distintos comportamentos e contextos no trabalho com jovens (Andretta & Oliveira, 2005; Brown et al., 2003; Colby et al., 2005; D’Amico, Miles, Stern, & Meredith, 2008; Lawendowski, 1998; McCambridge & Strang, 2004; Monti et al., 1999 *cit in* Andretta & da Silva Oliveira, 2011).

Ainda relacionado com o facto de os jovens não trazerem expectativas surgiram então duas subcategorias. Uma grande parte de adolescentes referiram que as suas expectativas iniciais mudaram ao longo do acompanhamento, enquanto que a restante parte da amostra referiu que não houve mudanças. A maioria dos jovens associaram essas mudanças a fatores como por exemplo a relação com o psicólogo e o “à vontade” de se dirigirem até ao serviço. Tal como referido anteriormente, considera-se que uma abordagem motivacional esteja relacionada com mudanças como as que os jovens mencionaram. Em relação aos sujeitos que não traziam expectativas e que assim se mantiveram, torna-se curioso analisar pois alguns desses jovens são os mesmos que mais à frente se enquadraram numa das categorias que remete para a *Desvalorização do Processo*, levando-nos a concluir que estes adolescentes tinham pouco interesse e motivação para iniciar um acompanhamento direcionado para a cessação dos consumos (Garner, Godley & Funk, 2008).

Em relação à categoria da *Relação com o Psicólogo* alguns jovens referem que precisavam de “desabafar”, o que evidencia a necessidade de apoio psicológico não só centrado nos consumos mas em várias dimensões das suas vidas, como é possível comprovar: “A expectativa de conseguir falar e expressar-me melhor com alguém. Sentir-me melhor comigo mesma por conseguir partilhar as minhas coisas com outras pessoas”. No que remete para a categoria *Deixar de Consumir*, é possível concluir que apesar de

inicialmente a decisão não tenha sido dos próprios de vir até as consultas, os mesmos demonstraram que precisavam de ajuda para colocar os consumos de parte, como é salientado por um dos adolescentes: “Eu vinha com as expetativas de deixar a droga de lado”. Apesar da maioria dos jovens apresentarem uma maior frequência de resposta na categoria *Não tinha expetativas*, estas duas últimas categorias são igualmente importantes, pois a questão principal aqui apresentada é o facto dos adolescentes conseguirem reconhecer que necessitavam de apoio tanto ao nível psicológico como ao nível dos consumos.

A quinta questão de investigação remete para a avaliação que os jovens fazem do acompanhamento terapêutico em termos de processo e resultados. A partir da análise de conteúdo realizada, foi possível verificar que a grande parte dos jovens referiram que um dos principais aspetos positivos no processo terapêutico foram as consultas e relação estabelecida com os psicólogos do serviço, enquanto que uma pequena parte referiu a importância da informação sobre os riscos dos consumos. Face os dados recolhidos na nossa investigação, considerámos que de facto as consultas e a relação que os jovens estabeleceram com os psicólogos foram dos factores mais importantes ao longo das consultas, contribuindo principalmente para uma maior adesão dos jovens e resultados positivos no tratamento terapêutico. Em concordância com o que é encontrado na literatura, a aliança terapêutica tem demonstrado ser um dos princípios mais importantes para um tratamento eficaz no abuso de substâncias na adolescência e é ainda considerada como um preditor consistente dos resultados positivos ao longo do processo psicoterapêutico. Os autores Karver e colegas (2006) realizaram 49 estudos com adolescentes com o intuito de analisar a importância da relação terapêutica em intervenções no consumo de substâncias. Os resultados obtidos foram consistentes com os dos autores Martin e colegas (2000), que verificaram que existia uma associação positiva entre a aliança terapêutica e os resultados no tratamento com adultos ( $r = 0,21$ ) (Garner, Godley & Funk, 2008).

Relativamente aos aspetos negativos do processo, foram poucos os jovens que os referiram dando como justificação que no geral o acompanhamento tinha sido positivo. No entanto, os poucos que responderam nomearam aspetos como as análises regulares e o foco exclusivo nos consumos. De seguida, uma categoria que também se destacou foi a

*Desvalorização do Processo*, uma vez que alguns jovens não souberam referir nem aspetos positivos, nem aspetos negativos, apresentando uma postura de pouco interesse e reflexão acerca do seu processo ao longo das consultas. Assim, podemos relacionar este desinteresse com o que foi referido anteriormente, sendo que a maioria dos jovens são encaminhados por outros, acontece que o acompanhamento é visto muitas vezes como uma obrigação e não como uma oportunidade de ajuda.

Em relação à forma como os jovens avaliam o processo no serviço em termos de resultados/benefícios na sua vida, houve um maior número de jovens que referiu que o principal benefício foi *Diminuir/Deixar de Consumir*. De acordo com os resultados obtidos, podemos verificar que as intervenções são extremamente importantes nos consumos de substâncias principalmente na fase da adolescência, uma vez que quanto mais cedo os adolescentes iniciam os consumos, maior é a probabilidade de virem a desenvolver uma dependência na idade adulta (Rozin & Zagonel, 2012 *cit in* Barros, 2015). Grande parte da amostra relatou benefícios ao nível da diminuição e cessação de consumos, o que vai de encontro ao que é pretendido neste tipo de intervenções, pois tem sido demonstrado que diferentes tipos de intervenção revelam reduções significativas no consumo de drogas e álcool por parte dos adolescentes, apresentando fortes evidências em relação à importância do tratamento com os adolescentes logo no início dos consumos. Uma intervenção atempada evita que mais tarde os jovens necessitem de tratamento especializado como é o caso das Comunidades Terapêuticas (Carney & Myers, 2012). No entanto, muito antes das intervenções é fundamental o trabalho realizado na prevenção, pois o objetivo é impedir que os jovens iniciem os consumos de álcool, tabaco e droga, evitando a entrada dos mesmos neste tipo de serviços como é a consulta do projeto AdolesSendo.

Por fim, outra categoria que sobressaiu neste domínio foi em relação as mudanças internas e na relação com os outros. Alguns jovens referiram que os benefícios do acompanhamento estavam relacionados com aspetos pessoais e nas relações interpessoais, como por exemplo: “Mudanças desde a nível pessoal, profissional e relações interpessoais. Tudo em mim melhorou de certa forma”. A partir dos nossos dados é possível constatar que o acompanhamento teve um impacto notório, para além da diminuição e cessação de consumos, ao nível pessoal e também na melhoria das relações



interpessoais dos jovens, principalmente nas relações com os pais. Um estudo realizado com adolescentes, demonstrou que a qualidade dos relacionamentos familiares, grupo de amigos e outras pessoas consideradas importantes são vistas como um marcador relevante na percepção de mudanças terapêuticas após o tratamento. As mudanças nas relações interpessoais, remetem para uma maior harmonia e conexão, maior envolvimento interpessoal e flexibilidade no relacionamento com os outros, assim estas mudanças apresentam-se como um indicador de bem-estar para os adolescentes. Deste modo, as relações interpessoais são muito importantes para um adolescente, pois os relacionamentos são vistos como o fator que mais se relaciona com a autodefinição do sujeito e na avaliação do seu próprio bem-estar (Harter 1999; Smetana 2011 *cit in* Moses & Claypool, 2018).

## Conclusão

A adolescência é considerada um período de enorme vulnerabilidade para o envolvimento dos jovens em comportamentos de risco. Durante este período, os adolescentes tendem a adotar determinados comportamentos de risco, como é o caso do consumo excessivo de álcool, consumo de drogas, comportamentos sexuais de risco, entre muitos outros. Sabe-se que este tipo de comportamentos têm graves consequências a curto, médio e longo prazo na saúde dos jovens, o que nos remete para a importância da monitorização, prevenção e intervenção nestas problemáticas (Martin-Storey & Benner, 2019).

O objetivo principal desta investigação foi caracterizar os sujeitos que se encontravam a ser acompanhados no CRI de Évora no âmbito do projeto AdolesSendo, procurando assim estudar as perceções que estes jovens têm do processo terapêutico. Este estudo contou com uma amostra de 24 participantes, dos quais 11 são do sexo feminino e 13 são do sexo masculino. O presente estudo dividiu-se em duas metodologias, sendo uma quantitativa, cujos dados foram recolhidos através do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) e outra qualitativa em que foi realizada uma entrevista semiestruturada.

Através dos resultados obtidos no método quantitativo foi possível retirar algumas conclusões relevantes. Apesar da amostra não ser representativa da população, através da caracterização da mesma conseguimos compreender que se encontravam em acompanhamento mais jovens rapazes do que raparigas, contudo esta diferença não era significativa. A literatura tem demonstrado existirem cada vez menos diferenças entre os géneros no que toca ao consumo de substâncias (Lavado, Caldo & Feijão, 2020). Em relação ao que trouxe os jovens até à consulta foi principalmente o consumo de *cannabis*, o que nos permite concluir que esta substância, entre todas as outras drogas ilícitas, continua a ser a mais procurada e consumida pelos mais jovens em Portugal.

Os dados recolhidos a partir do SDQ, permitem-nos concluir que estes jovens apresentam pontuações mais elevadas nas escalas das capacidades do que nas escalas de dificuldades. Contudo, quando analisamos as escalas das dificuldades verificámos que a Hiperatividade é percecionada entre todas as outras escalas como a maior dificuldade para

os jovens, fazendo-nos pensar sobre a dificuldade que os jovens têm de estar em contacto com os seus problemas emocionais, agindo em função dos mesmo em vez de os pensarem. Quando analisadas as diferenças entre o grupo escolar e as escalas do SDQ, conseguimos verificar que os alunos do Ensino Básico apresentam mais dificuldades no Relacionamento com os Colegas do que os alunos do Ensino Secundário. Isto permite-nos pensar que a questão da idade poderá estar relacionada com as dificuldades sentidas pelos jovens, uma vez que um grande número de jovens com 18 anos ou mais frequentam o Ensino Básico, ou seja a idade e o ciclo escolar que frequentam pode ter impacto nas relações que estabelecem com os seus colegas mais novos. Concluimos também que uma grande parte da amostra evidencia insucesso escolar, visto que a idade dos jovens não corresponde ao ano escolar que frequentam.

Quando analisadas as correlações entre as escalas do instrumento, observou-se que os Problemas de Comportamento têm um grande impacto na vida dos adolescentes, pois quanto maior essa dificuldade maior a associação com os Sintomas Emocionais e a Hiperatividade.

Com a análise das entrevistas concluimos que efetivamente os jovens vêm encaminhados por determinadas entidades ou pelos pais e não por iniciativa própria até aos serviços no âmbito dos consumos aditivos e dependência. Em relação aos comportamentos de risco e o consumo de substâncias, o nosso estudo teve resultados interessantes, uma vez que um grande número de participantes consideraram que os consumos se enquadram nos comportamentos de risco, o que não era exetável tendo em conta o modo como estes jovens chegam até ao serviço. Isto permite-nos concluir que os jovens têm perceção dos riscos em relação aos consumos, nomeadamente nas consequências negativas para a saúde.

Através desta investigação concluiu-se também que, apesar de um grande número de jovens não terem expetativas em relação ao acompanhamento, houve mudanças em relação as expetativas iniciais com o decorrer das consultas sendo que essas mudanças resultam principalmente da relação estabelecida com o/a psicólogo/a do serviço. A partir dos resultados alcançados, isto permite-nos confirmar o que tem sido estudado ao longo dos tempos pois a relação estabelecida entre o psicólogo e o paciente tem enorme importância para todo o decorrer do processo terapêutico. Para além disso foi também

possível retirar como conclusões que, apesar de poucos, alguns jovens fizeram referência a expectativas relacionadas com um trabalho direcionado para o apoio psicológico, o que foi também surpreendente porque habitualmente isto não acontece, uma vez que os jovens apresentam pouca perceção acerca das suas dificuldades.

Com base nos nossos resultados foi também possível retirar conclusões em relação à perceção dos jovens relativamente ao acompanhamento terapêutico em termos do processo e dos resultados do mesmo. No que remete para os aspetos positivo do processo sobressaiu claramente a importância da relação estabelecida entre o psicólogo e os jovens, o que consideramos estar fortemente relacionado com uma maior adesão e resultados positivos do processo terapêutico. Uma grande parte dos jovens não referiu aspetos negativos, tendo a maioria avaliado o acompanhamento como positivo. No entanto, alguns jovens evidenciam uma desvalorização do acompanhamento, o que poderá resultar do facto de terem vindo obrigados, dificultando assim a sua implicação no processo. Em relação aos benefícios do processo retiramos como fundamental que a maioria dos jovens refere ter conseguido diminuir ou até mesmo deixar os consumos, manifestando-se também, uma efetiva melhoria ao nível pessoal e nas relações interpessoais, principalmente as relações com os pais tiveram melhorias significativas.

Face aos resultados analisados ao longo deste estudo, torna-se cada vez mais importante o reforço nos projetos de prevenção no âmbito destas problemáticas, na fase da adolescência. Em Portugal, atualmente existem cada vez mais programas de prevenção em diversos contextos (e.g. contexto escolar) com o intuito de passar informação sobre as diversas substâncias, para a sensibilização dos seus efeitos e ainda a diminuição de riscos que estão associados aos consumos das mesmas (Rebelo, *et al.*, 2012). No que remete para a intervenção, esta também assume um papel fundamental relativamente aos comportamentos de risco adquiridos pelos adolescentes pois são diversos os motivos pelos quais os jovens iniciam o consumo de drogas, sendo que cada individuo estabelece um modo de relação distinto com as substâncias psicoativas, na medida em que nem todos os adolescentes que experimentam desenvolvem dependência no futuro (Vasters & Pillon, 2011). As intervenções devem ter como foco a relação estabelecida entre as diferentes substâncias, pois existem evidências que as mesmas apresentam influência mútua em condições de consumo (Cohn, Villanti, Richardson, Rath, Williams, Stanton &

Mermelstein, 2015). É ainda de salientar que, consoante a relação que o jovem estabeleça com a substância, isto também terá um grande impacto na adesão às propostas de intervenção (Vasters & Pillon, 2011). No entanto, sabe-se que este tem sido um longo caminho a percorrer pelas equipas que trabalham na área dos comportamentos aditivos e de dependência, uma vez que os jovens continuam a ser a população mais vulnerável à adoção deste tipo de comportamentos de risco.

A presente investigação apresenta algumas limitações que devem ser tidas em consideração. Primeiramente, é necessário ter em conta a situação em que o mundo se encontra devido à pandemia, o que teve enorme influência no contacto direto com a amostra que fez parte deste estudo. Como consequência desta situação, podemos considerar que o tamanho da amostra é uma das principais fragilidades neste estudo, uma vez que é uma amostra com um número reduzido de participantes, não respeitando o número mínimo que deve ser utilizado ( $n \geq 30$ ). Assim, considera-se que o baixo número de participantes teve influência nos resultados encontrados. A segunda limitação diz respeito ao método utilizado para a recolha dos dados, pois os jovens muitas das vezes não atendiam os telefonemas ou quando atendiam assumiam uma postura de pouco interesse e desvalorização para com o trabalho que estava a ser realizado, limitando assim a recolha da informação. Ainda nesta linha de pensamento, podemos considerar uma outra limitação o facto da informação relativa as respostas dadas pelos jovens nas entrevistas tenham algumas distorções ou enviesamentos acerca do seu acompanhamento em consulta. Por fim, considera-se também uma limitação a questão de a amostra ser de conveniência porque não permite que os dados sejam generalizados na população em geral.

Com o intuito de dar continuidade à investigação centrada nesta temática das perceções dos jovens em relação ao processo de acompanhamento num serviço de intervenção nos comportamentos aditivos, seria importante que os estudos futuros considerassem realizar investigações que avaliem o acompanhamento dos jovens nos diversos momentos, desde a primeira até à última consulta, de modo a avaliar a evolução das suas perceções em relação ao acompanhamento terapêutico. Para além disso, seria também interessante explorar a perceção dos progenitores em relação à entrada dos jovens num processo terapêutico, bem como nos resultados dessa mesma intervenção, uma vez

que no nosso estudo um dos principais benefícios referidos pelos jovens foram as mudanças nas relações com os pais. Assim era possível ter uma visão geral acerca das perceções tanto do adolescente como dos seus progenitores no decorrer da intervenção.

## 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 It's Use: a Qualitative Study in Abu Dhabi. JRSM Open*, 6(2), 205427041456716. <https://doi.org/10.1177/2054270414567167>
- Ali, S., Mouton, C. P., Jabeen, S., Ofoemezie, E. K., Bailey, R. K., Shahid, M., & Zeng, Q. (2011). Early detection of illicit drug use in teenagers. *Innovations in Clinical Neuroscience*.
- Andretta, I., & da Silva Oliveira, M. (2011). Motivational interview with adolescent drug users who have an infringement. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(2), 218–226. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000200002>
- Balsa, C., Vidal, C., & Urbano, C. (2018). *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17. Relatório final*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. <https://doi.org/10.1111/mmi.12003>
- Barros, A. C. R. (2015). *Programa de prevenção indicada em jovens consumidores de cannabis*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Departamento de Educação, Portugal.
- Batista, C. D. P. D. C. (2010). *Expectativas e Opinião Actual de Adolescentes Sobre o Processo Terapêutico*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Bernardy, C. C. F., & Oliveira, M. L. F. de. (2012). *Uso de Drogas por Jovens Infratores: Perspetiva da Família. Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(5). <https://doi.org/10.4025/ciencucuidaude.v11i5.17072>

- Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2007). *School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. International Review of Psychiatry*.  
<https://doi.org/10.1080/09540260701797753>
- Braga, A. R. C., Moreno, M., Silva, G. P., & Balduino, F. R. (2018). *As Práticas Psicológicas com Crianças e Adolescentes em Situações de Vulnerabilidade*. Faculdade de Psicologia do Pantanal, Brasil.
- Canavez, M., Alves, A., & Canavez, L. (2017). Fatores Predisponentes para o Uso Precoce de Drogas por Adolescentes. *Cadernos Unifoa*, 5(14), 57–63.
- Cardoso, L. R. D., & Malbergier, A. (2014). *A Influência dos Amigos no Consumo de Drogas entre Adolescentes. Estudos de Psicologia (Campinas)*, 31(1), 65–74.  
<https://doi.org/10.1590/0103-166x2014000100007>
- Carlini, E. A., Nappo, S. A., Galduróz, J. C. F., & Noto, A. R. (2001). Drogas Psicotrópicas: o que são e como agem. *Revista Imesc*, (3), 9-35.
- Carney, T., & Myers, B. (2012). Effectiveness of early interventions for substance-using adolescents: Findings from a systematic review and meta-analysis. *Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy*. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-7-25>
- Cartana, M. H. F., Santos, S. M. A., Fenili, R. M., & Spricigo, J. S. (2004). Prevenção do Uso de Substâncias Psicoativas. *Texto Contexto Enfermagem*, 13(2), 286-289.
- Cavalcante, M. B. P. T., Alves, M. D. S., & Barroso, M. G. T. (2008). Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 12(3), 555-9. <https://doi.org/10.1590/s1414-81452008000300024>
- Chita, V., Negreiro, J., & Barreira, 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](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>

Costa, E. (2013). Os fatores de risco e proteção para a recuperação do consumo abusivo/dependência de substâncias psicoativas na adolescência. *Psicologia.pt- O Portal dos Psicólogos*.

Decreto-Lei nº 124/2011, de 29 de dezembro – *Lei Orgânica do Ministério da Saúde*.

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.

Doninni, D., Cordeiro, D., Lima, B., & Viegas, S. (2017). Drogas lícitas e ilícitas: uma abordagem grupal com adolescentes. *Revista Em Extensão*, 16(1), 115–130. [https://doi.org/10.14393/ree-v16n12017\\_rel03](https://doi.org/10.14393/ree-v16n12017_rel03)

Ebru Ikiza, F., & Cakar, F. S. (2010). Perceived social support and self-esteem in adolescence. In *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 2338–2342. Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.460>

Ferreira, M., & Nelas, P. B. (2006). Adolescências... Adolescentes... *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 0(32), 141–162. Instituto Politécnico de Viseu.

Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, M. F. (2005). Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por) [Strengths and Difficulties Questionnaire- Portuguese version]. Retrieved from <http://portefoliompap.webnode.pt/escala-sdq/>

Fonte, C. (2006). Comportamentos Aditivos: Conceito de Droga, Classificações de Drogas e Tipos de Consumo. *Revista Da Faculdade de Ciências Da Saúde*, 104–112.

- Foxcroft, DR., & Tsertsvadze, A. (2011). Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009307>
- Gaete, J., Montero-Marin, J., Valenzuela, D., Rojas-Barahona, C. A., Olivares, E., & Araya, R. (2018). Mental health among children and adolescents: Construct validity, reliability, and parent-adolescent agreement on the ‘Strengths and Difficulties Questionnaire’ in Chile. *PLoS ONE*, *13*(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191809>
- Garner, B. R., Godley, S. H., & Funk, R. R. (2008). Predictors of Early Therapeutic Alliance Among Adolescents in Substance Abuse Treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, *40*(1), 55–65. <https://doi.org/10.1080/02791072.2008.10399761>
- 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.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*, 1337-1345.
- Goodman, R., Renfrew, D., & Mullick, M. (2000). Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health

clinics in London and Dhaka. *European child & adolescent psychiatry*, 9 (2), 129-134.

Gouveia-Pereira, M., Pedro, I., Amaral, V., Alves Martins, M., & Peixoto, F. (2012). Dinâmicas Grupais na Adolescência. *Análise Psicológica*, 18(2), 191–201. <https://doi.org/10.14417/ap.414>

Grevenstein, D., Nagy, E., & Kroeninger-Jungaberle, H. (2015). Development of risk perception and substance use of Tobacco, alcohol and cannabis among adolescents and emerging adults: Evidence of directional influences. *Substance Use and Misuse*, 50(3), 376–386. <https://doi.org/10.3109/10826084.2014.984847>

Guillot, C. R., Blackledge, S. M., Douglas, M. E., Cloutier, R. M., Liautaud, M. M., Pang, R. D., ... Leventhal, A. M. (2020). Indirect Associations of Anxiety Sensitivity with Tobacco, Alcohol, and Other Drug Use Problems Through Emotional Disorder Symptoms in Adolescents. *Behavioral Medicine*, 46(2), 161–169. <https://doi.org/10.1080/08964289.2019.1573797>

Habersaat, S., Ramain, 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>

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>

Jorge, K. O., Ferreira, R. C., Ferreira, E. F., Zarzar, P. M., Pordeus, I. A., & Kawachi, I. (2018). Peer group influence and illicit drug use among adolescent students in Brazil: A cross-sectional study. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(3). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00144316>

Júnior, D. D. F., Custódio, B. F., Guimarães, H. N., & Correia, L. P. L. (2016). Drogadicção em Adolescentes: O papel interventivo da Família. *ID on Line*

- Lavado, E., Caldo, V., & Feijão, F. (2020). Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e Outros Comportamentos Aditivos e Dependências, 2019. Retrieved from [http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD\\_ESTUDOS/Attachments/207/Apresenta%C3%A7%C3%A3o\\_do\\_estudo.pdf](http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/207/Apresenta%C3%A7%C3%A3o_do_estudo.pdf)
- Lopes, A. P., & Rezende, M. M. (2013). Ansiedade e consumo de substâncias psicoativas em adolescentes. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30(1), 49–56. <https://doi.org/10.1590/s0103-166x2013000100006>
- Mahalik, J. R., Coley, R. L., Lombardi, C. M. P., Lynch, A. D., 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>
- Marques, A. C. P. R., & Cruz, M. S. (2000). O adolescente e o uso de drogas. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22, 32-36. <https://doi.org/10.1590/s151644462000000600009>
- Martínez-Vispo, C., & Dias, P. C. (2020). Risk Perceptions and Cannabis Use in a Sample of Portuguese Adolescents and Young Adults. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00392-z>
- Martin-Storey, A., & Benner, A. (2019). Externalizing Behaviors Exacerbate the Link between Discrimination and Adolescent Health Risk Behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(9), 1724–1735. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01020-3>
- Marzocchi, G. M., Capron, C., Pietro, M., Tauleria, E. D., Duyme, M., Frigerio, A., Gaspar, M. F., Hamilton, H., Pithon, G., Simões, A. & Théron, C. (2004). *The use of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Southern European Countries*. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-004-2007-1>

- Melo, R & Duran, D. (2019). *O lugar da psicoterapia em comportamentos aditivos e dependências*. In: Biscaia, C., & Neto, D (Coord.). *A Prática Profissional da Psicoterapia*, (pp. 376-390). Lisboa: OPP.
- Melo, R., Leonardo, J., Roque, A., Abraão, I., Buce, C., Frazão, C., Jesus, P., & Pinto, M. (2016). *Linhas Orientadoras do Programa Eu e os Outros*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Michelson, D., Malik, K., Parikh, R., Weiss, H. A., Doyle, A. M., Bhat, B., ... Patel, V. (2020). Effectiveness of a brief lay counsellor-delivered, problem-solving intervention for adolescent mental health problems in urban, low-income schools in India: a randomised controlled trial. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 4(8), 571–582. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30173-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30173-5)
- Moraes, L. M. P., & Braga, V. A. B. (2003). O Adolescente e as Drogas Psicoativas: Uma Abordagem Conceitual. *Rev. RENE*, 67–74. <https://doi.org/10.15253/rev>
- Moses, T., & Claypool, E. J. (2018). Adolescents' Perceptions of Post-treatment Change: Making Progress Toward a Developmentally-Sensitive Evaluation Process. *Journal of Child and Family Studies*, 27(12), 3922–3934. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1213-2>
- MUUSS, R. (1976). *Teorias da adolescência*. Belo Horizonte. Interlivros.
- Naia, A., Simões, C., & Matos, M. (2007). Consumo de substâncias na adolescência. *Revista Toxicodependências*, 13(3), 23-30.
- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2003). *Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide for parents, educators, and community leaders*. Maryland: National Institute on Drug.
- OMS. (2018). No Title. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>.
- 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*. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.002>

Ortuño-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., Paíno, M., & Aritio-Solana, R. (2014). Prevalence of emotional and behavioral symptomatology in Spanish adolescents. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental (English Edition)*, 7(3), 121–130. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2014.06.002>

Paiva, F. S., & Ronzani, T. M. (2009). Estilos Parentais e Consumo de Drogas entre Adolescentes: Revisão Sistemática. *Psicologia Em Estudo*, 14 (1), 177–183. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722009000100021>

Pratta, E. M. M., & dos Santos, M. A. (2007). Família e Adolescência: A Influência do Contexto Familiar no Desenvolvimento Psicológico de seus Membros. *Psicologia Em Estudo*, 12(2), 247–256. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722007000200005>

Rebello, 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. In C. Albuquerque (Coord.). *Comportamentos de saúde infantojuvenis: perspetivas e realidades* (pp. 19-29). Viseu: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu.

Sá, I. (2005). Características da terapia com crianças e adolescentes: implicações para a prática clínica. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 5-18.

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>

SICAD. (2013). *Rede de referência/articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências*. Lisboa: SICAD. Retrieved from [http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RedeReferenciacao/Documents/Rede\\_de\\_Refereciacao\\_17\\_03\\_2014.pdf](http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RedeReferenciacao/Documents/Rede_de_Refereciacao_17_03_2014.pdf)

SICAD. (2019) *Relatório Anual 2019 – A situação do País em matéria de Drogas e Toxicodependências*. Lisboa: SICAD. Retrieved from

[http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD\\_PUBLICACOES/Attachments/169/SumarioExecutivo\\_RelatoriosAnuaisSPMDT\\_19\\_.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/169/SumarioExecutivo_RelatoriosAnuaisSPMDT_19_.pdf)

Simões, C., Matos, M. G. & Foguet, J. B. (2006). Consumo de substâncias na Adolescência: Um Modelo Explicativo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (2), 147-164.

Stivanin, L., Scheuer, C. I., & Assumpção, F. B. (2008). SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire): Identificação de características comportamentais de crianças leitoras. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(4), 407–413. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000400003>.

Tavares, A. I. (2018). *Prevenção do consumo de substâncias nos adolescentes: a intervenção em contexto escolar: validação de um programa preventivo*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Portugal.

UNODC. (2016). UNODC Research- United Nations on Drugs and Crime. *World Drug Report*.

Van Roy, B., Veenstra, M., & Clench-Aas, J. (2008). Construct validity of the five-factor Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in pre-, early, and late adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 49(12), 1304–1312. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01942.x>

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), 317–324. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000200013>

World Health Organization [WHO]. (2004). Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options. World Health Organization, Geneva. Retrieved from [http://www.who.int/entity/mental\\_health/evidence/en/prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_sr.pdf](http://www.who.int/entity/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf)

Zappe, J. G., Alves, C. F., & Dell’Aglío, D. D. (2018). Comportamentos de Risco na Adolescência: Revisão Sistemática de Estudos Empíricos. *Psicologia Em Revista*, 24(1), 79–100. <https://doi.org/10.5752/p.1678-9563.2018v24n1p79-100>



# **ANEXOS**

## Anexo 1. Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ) - Versão Adolescentes

### Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por)

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 à 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"/>

Assinatura .....

Data .....

**Muito obrigado pela tua ajuda**

© Robert Goodman, 2005

## Anexo 2. Entrevista Semiestruturada com os Adolescentes Ativos em Consulta

<b>Objetivos</b>	<b>Questões</b>
<b>1) Identificar o / os motivos que trazem o jovem à consulta no CRI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Foi uma escolha tua ou de outrem vires até às consultas no CRI?</li><li>- Que motivo/s te trouxe (ram) até à consulta no CRI?"</li></ul>
<b>2) Perceções que o jovem tem desses motivos e causas a que os atribuem</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Consideras que esse(s) motivo(s) são um problema?</li><li>- Consegues referir uma possível causa(s) desse problema(s) ter surgido?</li><li>- Então se não consideras como um problema, porque é que será que te obrigaram a vir até ao CRI, tens alguma ideia?</li><li>- Qual o impacto que este problema tem na tua vida?</li></ul>
<b>3) Perceção de que o comportamento é um comportamento de risco e a forma como nele se enquadram ou não os comportamentos aditivos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- O que é para ti um comportamento de risco? Consegues dar-me um exemplo de um comportamento de risco?</li><li>- Neste caso, consideras que tens algum tipo de comportamento de risco?</li><li>- O consumo de substâncias é para ti um comportamento de risco?</li></ul>
<b>4) Compreender a expectativa(s) que o jovem tem do processo terapêutico quando iniciou e no momento em que se encontra</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- O que é que esperavas ou esperas quando iniciaste o acompanhamento terapêutico no CRI?</li><li>- Consideras que as expectativas que tinhas inicialmente estão a ser cumpridas ou algo mudou até agora?</li><li>- Se sim, em que sentido é que as tuas expectativas mudaram? O que é que está a ser diferente do que esperavas?</li></ul>

---

	- Achas que me conseguirias dizer o que consideras mais importante ou o menos neste processo terapêutico?
<b>5) Perceção do jovem acerca dos benefícios do acompanhamento terapêutico na sua vida.</b>	- Consideras que houve mudanças na tua vida desde que iniciaste o acompanhamento terapêutico no CRI? - Se sim, a que fatores é que atribuis essas mesmas mudanças? - Pensas que este acompanhamento terapêutico terá algum impacto na tua vida futura?
<b>6) Perceção do jovem relativamente ao processo terapêutico direcionado para os comportamentos de risco.</b>	- Consideras que o acompanhamento terapêutico no CRI teve algum impacto no teu comportamento no que diz respeito ao consumo de substâncias?

---

### Anexo 3. Consentimento Informado

#### **Investigação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica**

#### **“Adolescentes e Comportamentos Aditivos: Os Utentes na Consulta AdolesSendo”**

Este trabalho de investigação, denominado “Adolescentes e Comportamentos Aditivos: Os Utentes na Consulta AdolesSendo”, é um estudo transversal, realizado no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade de Évora. Trata-se de um estudo centrado no projeto AdolesSendo, tendo como objetivos principais estudar a população de adolescentes que, neste momento, está a ser acompanhada no CRI, em termos do seu funcionamento e da forma como vivenciam todo o seu processo no serviço. Desta forma, pretende-se adquirir um melhor conhecimento dos jovens que recorrem ao projeto “AdolesSendo” e da forma como percebem o acompanhamento que nele recebem.

A investigação, orientada pela Prof.<sup>a</sup> Doutora Constança Biscaia, envolve na recolha de dados a utilização de um instrumento de avaliação: o SDQ (Questionário de Capacidades e Dificuldades) (Goodman & Goodman, 2001) e ainda a realização de uma Entrevista Semiestrutura, que será gravada em formato de áudio, para a posterior transcrição e análise das respostas de cada adolescente.

Garante-se a confidencialidade e o anonimato dos dados, que só serão utilizados no âmbito desta investigação. A participação neste estudo é voluntária e sem qualquer custo, sendo que pode recusar-se a participar no mesmo a qualquer momento, sem que daí resulte qualquer consequência.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

.....

Eu, \_\_\_\_\_, tendo tomado conhecimento da finalidade do estudo e sido devidamente esclarecido(a) relativamente aos diferentes aspetos da minha participação no mesmo, declaro que aceito participar voluntariamente nesta investigação.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Anexo 4. Análise de Conteúdo: Domínios, Categorias, Subcategorias, Frequências e citações retiradas das entrevistas com os jovens

Domínios	Categorias	Subcategorias	Frequências	Unidades de Registo
	Iniciativa dos pais		4	<p>“Foram os meus pais.” <b>A1</b></p> <p>“Os meus pais.” <b>A6</b></p> <p>“Incentivaram-me (pais)” <b>A7</b></p> <p>“Foi o meu pai.” <b>A18</b></p>
<b>Como chega à consulta</b>	Notificação pela Polícia, Tribunal, CPCJ e CDT		9	<p>“Foi basicamente por eu ter sido apanhada com droga” <b>A2</b></p> <p>“Foi através de outra pessoa (CPCJ).” <b>A9</b></p> <p>“Abri um processo na CPCJ e depois passou para o CRI. “<b>A10</b></p> <p>“Fui notificada pela polícia.” <b>A11</b></p> <p>“Fui encaminhado pelo CDT.” <b>A12</b></p> <p>“Era a Dr.<sup>a</sup> do Tribunal e acompanhava-me e tudo e mais alguma coisa. Então ela depois reencaminhou-me para aí.” <b>A15</b></p>

---

Encaminhado/a por técnicos de  
saúde (médicos/psicólogos)

10

“Porque eu fui apanhada com substâncias que não deveria ter.”

**A16**

“Foi a partir do Tribunal.” **A17**

“Normalmente, as queixas para a CPCJ são feitas anonimamente, e eu e uma amiga minha, alguém fez mas não se baseava em nada. Como houve uma queixa, eles foram obrigados a abrir o processo mas como não tinham muito por onde puxar a única medida que foi aplicada, pelo menos a mim, foi as consultas com o Dr. ° D.”

**A24**

“Foi por causa do meu médico de família que me encaminhou para aí.” **A3**

“Eu fui porque foi uma psicóloga do hospital que me encaminhou.” **A5**

---



---

“Foi a Psicóloga da escola que me encaminhou.” **A8**

“Foi a minha psicóloga a Dr<sup>a</sup>. H.” **A13**

“Foi o meu médico de família. A minha mãe falou com o meu médico de família e como o médico de família conhecia o Dr. D., encaminhou-me para aí.”

**A14**

“Foi a psicóloga da escola.” **A19**

“Eu fui para o hospital por causa da erva e depois encaminharam-me para aí.” **A20**

“Eu andava noutro psicólogo e ele aconselhou-me o Dr. D.”

**A21**

“Foi a partir da escola. A partir da psicóloga.” **A22**

“Eu estava na psicóloga da escola e acho que de lá mandaram-me para aí.” **A23**

---

Iniciativa própria

1

“Foi uma escolha minha.” **A4**

---

---

**Percepção do jovem em relação  
aos motivos que o trouxeram à  
consulta**

Consumo de drogas

20

“Foi devido ao consumo de  
drogas.” **A1**

“Foi por ter sido apanhada com  
droga.” **A2**

“Apanhei um susto que me  
levou ao extremo.” **A4**

“Comecei a fumar.” **A5**

“Foi por causa dos consumos de  
drogas.” **A8**

“Foi uns problemas que eu tive  
com alguns consumos e que não  
devia.” **A9**

“Foi porque eu comecei a fumar.  
Abri um processo na CPCJ e  
depois passou para o CRI.” **A10**

“Fomos apanhados com droga e  
depois fui reencaminhada para  
aí.” **A11**

“Foi por ter sido apanhado pela  
polícia com 1grama de Haxixe,  
algo assim do género.” **A12**

“Oh, foi por causa dos  
estupefacientes.” **A13**

---

---

“Porque eu fumava THC.” –

**A14**

“Foi por causa dos estupefacientes.” **A15**

“Foi basicamente porque na altura era moda e toda a gente que fumava era fixe e eu lá fui atrás.” **A16**

“Foi por causa dos consumos.”

**A17**

“Fumava muitas ganzas.” **A18**

“Então porque fumava e essas cenas assim.” **A19**

“Sim foi isso, por causa da erva.” **A20**

“Tive um episódio em que fui parar ao hospital por causa do consumo de drogas.” **A21**

“Para aí foi o consumo de drogas (haxixe).” **A22**

“Havia consumos e foi isso supostamente a denuncia que fizeram a CPCJ.” **A24**

---

Faltar às aulas e mau comportamento	3	<p>“Porque eu houve uma altura que faltava muito.” <b>A3</b></p> <p>“Não queria saber da escola.” – <b>A6</b></p> <p>“Eu acho que era por causa dos meus comportamentos (...) Faltava as aulas e assim.” <b>A23</b></p>	
Problema familiar	1	<p>“Porque tive um problema de família e deixei-me perder um pouco.” <b>A7</b></p>	
<p><b>Perceção do que são comportamentos de risco e a forma como neste se enquadram os consumos</b></p>	É um Comportamento de Risco	16	<p>“Sim, eu acho que consumir é um comportamento de risco” <b>A1</b></p> <p>“Há pessoas que veem casos que pessoas que consomem droga são um fator de risco, mas se formos a ver bem pessoas que consomem álcool também são um fator de risco. A única diferença é que o álcool é uma droga legal e a droga ilegal.” <b>A2</b></p> <p>“Oh claro que é sempre um comportamento de risco não é. Mas pronto há umas que fazem</p>

---

mais mal que outras. No geral, são todas um comportamento de risco.” **A3**

“Sim, por exemplo consumir drogas acho que é um comportamento de risco” **A6**

“Sim, para mim o consumo é.” **A8**

“Nessa altura era sempre só mais um, só mais um e correr o risco de ficar viciado ou até de ter uma overdose. Eu não media as consequências mas hoje sim.”

**A9**

“Fumar uma ganza, por exemplo é.” **A10**

“Não, eu considero mesmo que é um comportamento de risco o álcool e drogas e assim.” **A13**

“Só depois das consultas com o Dr. é que comecei a perceber que eram comportamentos de risco.” **A14**

---

---

“Opa, sim o que eu fazia era comportamento de risco porque estava a prejudicar a saúde mas no resto não.” **A15**

“Se for por exemplo derivado aos consumos pode ser o facto de consumir demasiado.” **A16**

“Só depois de falar com o Dr. é que eu percebi essas coisas.” **A17**

“Ahh, o fumar por exemplo, acho eu.” **A20**

“Os consumos se não forem consumos controlados e se o fizer só porque sim e para estar “fixe”, claro que é um comportamento de risco.” **A21**

“É qualquer coisa que eu faça que possa ser retirado aos meus pais ou que me possa prejudicar a sério (...) Oh, sim isso de drogas também é comportamentos de risco.” **A23**

---

---

Não é um Comportamento de Risco

2

“Então não é preciso ir muito longe os consumos e o estarmos muito agarrados as tecnologias porque as pessoas estão sempre em casa e não convivem só vivem para isso.” **A24**

“A meu ver não é, dos outros não sei.” **A18**

“Epá, na lei é mas para mim não é nenhum comportamento de risco.” **A22**

Ser ou Não um Comportamento de Risco em função da forma como é consumido

6

“Depende, porque vai de pessoa para pessoa e a quantidade.” **A4**

“Mas isso não tem a ver com o que é consumido mas sim com as pessoas. Acho que o risco são as pessoas.” **A5**

“Não, desde que não exceda os limites.” **A7**

“Se não forem todo o dia a toda a hora, não acho que seja comportamento de risco.” **A11**

---

			<p>“Depende do tipo de substâncias.” <b>A12</b></p> <p>“Depende do álcool, do tipo de drogas depende tudo.” <b>A19</b></p>
			<p>“Que tinha que falar com um psicólogo.” <b>A1</b></p> <p>“A expectativa de conseguir falar e expressar-me melhor com alguém. Sentir-me melhor comigo mesma por conseguir partilhar as minhas coisas com outras pessoas.” <b>A8</b></p>
<b>Expetativas iniciais dos jovens em relação ao acompanhamento</b>	Relação com o Psicólogo/a	5	<p>“Tinha expetativas ao nível das consultas e do psicólogo” <b>A9</b></p> <p>“Só queria mesmo desabafar.” <b>A18</b></p> <p>“Acho que as minhas expetativas eram as consultas e a relação com o psicólogo que eu acho que isso deve-se criar com todos os pacientes.” <b>A24</b></p>
	Deixar de Consumir	5	<p>“Esperava que me fossem dizer que eu tinha de deixar de fumar.” <b>A1</b></p>



				<p>“Queria mesmo deixar de usar cocaína.” <b>A4</b></p> <p>“Tinha a expectativa que me iam ajudar a deixar de fumar.” <b>A13</b></p> <p>“A minhas expectativas eram largar os consumos e pronto fazer-me à vida.” <b>A16</b></p> <p>“Eu vinha com as expectativas de deixar a droga de lado.” <b>A20</b></p>
Abandonar o processo terapêutico			1	<p>“A minha expectativa era mesmo deixar de ir.” <b>A2</b></p>
Não tinha expectativas	Expectativas iniciais mudaram		10	<p>“Mudou só nas conversas com o Dr., porque a única diferença é que falávamos dos factores de risco, mas por vezes, conseguíamos falar de coisas do meu dia-a-dia, tipo só para não estarmos sempre a falar da mesma coisa.” <b>A2</b></p> <p>“Quando eu entrei cá, eu não queria ir (...), mas sim depois ao</p>

---

longo do tempo foi uma boa opção.” **A3**

“Sim, mudou. Tanto que mudou que eu deixei de consumir.” **A6**

“Mudou pouco, tal como expliquei a situação há pouco.”  
**A7**

“Sim mudaram, comecei a ir as consultas e a falar com o Dr. D. porque eu gosto muito de falar com ele.” **A14**

“Ja mesmo sem expetativas (...) Mas depois mudou e foi bom.”  
**A15**

“Claro, bastante. Ajudou-me muito.” **A18**

“Não, não tinha expetativas (...) Mas até foi bom depois o acompanhamento.” **A19**

“Eu achava que ia ser mais uma coisa em vão, mas na verdade, tem me ajudado bastante e mudei de ideias.” **A21**

---

		<p>Expetativas iniciais não mudaram</p>	4	<p>“Sim, mudaram porque depois eu já ia aí à vontade.” <b>A23</b></p> <p>“Sinceramente, não porque eu acho que tudo o que foi falado eu já estava à espera que fosse falado. Não me surpreendeu em nada.” <b>A5</b></p> <p>“O CRI não é assim uma ajuda. O CRI simplesmente só me dá os papeis a dizer-me se sim ou se não.” <b>A10</b></p> <p>“Acho que não mudou, manteve-se tudo igual.” <b>A17</b></p> <p>“Eu ia por ir, sem expetativas. Eu era obrigado a ir.” <b>A22</b></p>
<p><b>Forma como os adolescentes avaliam o processo terapêutico</b></p>	<p>Aspetos Positivos</p>	<p>Consultas e relação estabelecida com os psicólogos do serviço</p>	10	<p>“Com o Dr. D. foi mesmo as conversas que nós tivemos porque ele dava-me conselhos e falávamos.” <b>A2</b></p> <p>“Acho mais importante foi a forma como os psicólogos lidam, pelo menos comigo.” <b>A3</b></p> <p>“As conversas com o Doutor.” <b>A6</b></p>

---

“Mais importante foram as conversas com os doutores.”

**A12**

“O mais importante foi sem dúvida ter gostado da companhia do Dr. D. que ele ajudou-me muito.” **A13**

“Opa, o mais importante é que eles estavam sempre de volta de mim, tanto a Dr.<sup>a</sup> A. como o Dr. D. e aconselhavam-me bué e falavam bué comigo. Eu ia aí e eles não se focavam tipo só no fazer os testes. Eles focavam-se mesmo em tentar-me ajudar.”

**A15**

“Acho que o importante é que o Dr. me fez perceber muita coisa à minha volta e me fez crescer um bocado.” **A18**

“O positivo foi ter ido para aí para as consultas.” **A22**

“As conversas com o Dr. foram importantes, porque apesar de

---

---

Informação sobre os riscos dos consumos

3

eu não deixar de faltar completamente e os comportamentos nem sempre serem os melhores, ajudaram-me e muito as consultas.” **A23**

“O mais importante foi ter gostado muito do Dr., da maneira como ele falou comigo, de me colocar à vontade, de me explicar que tinha de fazer os testes e explicar que, caso fosse positivo ou negativo, ele iria estar lá para me apoiar.” **A24**

“No aspeto positivo, eu acho que eles tentam aprofundar a questão dos consumos.” **A8**

“Importantes foi eu ter percebido e entendido melhor as coisas dos consumos, não sei explicar bem.” **A14**

“Olhe o aspeto importante foi o que me deu a conhecer sobre outros tipos de drogas e o mal que nos podem trazer.” **A20**

---

Aspetos Negativos	Análises Regulares	2	<p>“O resto para mim acho que não fazia muita falta as análises e eu ter de ir obrigatoriamente fazer xixi para um copo e ter as certezas daquilo que eu já sabia que consumia.” <b>A2</b></p> <p>“O menos importante penso que foram as análises.” <b>A12</b></p> <p>“O menos importante é que eles se focam muito no consumo e não vêm também os outros problemas.” <b>A8</b></p>
	Foco exclusivo nos consumos	2	<p>“O menos importante era quando me falavam sempre nos consumos, eu achava isso desnecessário.” <b>A23</b></p>
Desvalorização do Processo		7	<p>“O mais importante é que se não fosse a minha vontade eu estava igual ao que estava.” <b>A1</b></p> <p>“Daí do acompanhamento não foi nada de importante porque isto tudo partiu de mim e da relação com os meus amigos.” <b>A4</b></p>

	<p>“Acho que é difícil dizer isso porque lá está eu já sabia dos riscos bem na minha cabeça até antes de ir.” <b>A5</b></p> <p>“Não me lembro muito bem. Já foi a algum tempo, foi há um ano.” <b>A7</b></p> <p>“Não, não é assim importante. As coisas que eu faço lá podia fazer em casa ou noutra sítio qualquer.” <b>A10</b></p> <p>“Não houve nada de positivo nem negativo. Não tenho nada a dizer.” <b>A17</b></p> <p>“Eu acho que não há nada para ser sincera.” <b>A19</b></p>
<p><b>Perceção do jovem acerca dos benefícios do processo terapêutico na sua vida</b></p> <p>Diminuir/ Deixar os Consumos</p>	<p>17</p> <p>“Consumo mas com menos frequência.” <b>A1</b></p> <p>“Já, reduzi os consumos.” <b>A4</b></p> <p>“Deixei de consumir.” <b>A6</b></p> <p>“É só de vez em quando.” <b>A7</b></p> <p>“Sim, teve impacto. Eu deixei de consumir.” <b>A8</b></p>

---

“Deixei totalmente de consumir.” **A9**

“Eu só faço isto de vez em quando, muito de vez em quando.” **A11**

“Deixar os consumos. Eu acho que vai ser bom a longo prazo.”

**A12**

“Sim, está a ter impacto porque eu deixei totalmente de consumir.” **A13**

“Às vezes vamos sair e assim e por diversão sim. No dia-a-dia não. (...) Sim, já reduzi.” **A15**

“Eu notei porque desde que deixei os consumos já não me esquecia de tantas coisas, tinha mais vontade de fazer as coisas e não tinha preguiça (...) A única coisa que não consigo deixar é mesmo o tabaco.” **A16**

“Comecei a consumir menos.”

**A17**

---



---

Mudanças Internas e na Relação  
com os Outros

8

“Pronto, deixei de fumar mais ou menos e essas coisas todas.”

**A19**

“Eu já deixei totalmente de consumir.” **A20**

“Opa, a única coisa que faço é fumar, eu já não consumo outras substâncias como antes. O fumar é o menos dos males.”

**A21**

“Eu depois deixei mesmo de consumir.” **A22**

“Não, agora só se for uma festa mas também não é qualquer festa, só se for numa ocasião muito especial.” **A23**

“Acho que isto ter acontecido foi bom, vou levar sempre qualquer coisa dessa altura. Vou sempre recordar as coisas que me disseram, as coisas que eu fiz para não voltar a repetir. Portanto, acho que sim que vou

---

---

sempre levar coisas para o futuro. “**A3**

“A relação com os meus pais melhorou.” **A6**

“Oh, ajudaram na relação que estavam um pouco mal com a minha mãe.” **A7**

“Ajudaram-me não só a ver a minha perspetiva mas também a dos meus pais e de outras pessoas, o que foi muito importante.” **A9**

“Agora eu posso ajudar e aconselhar as outras pessoas a não fazerem o mesmo que eu fiz.”; “No comportamento com a minha mãe principalmente.” **A14**

“Eu acho que o principal é que me fez crescer.” **A18**

“Opá, mudanças desde a nível pessoal, profissional e relações interpessoais. Tudo em mim melhorou de certa forma. Um

---

---

Processo terapêutico sem  
resultados

3

coisas demoram mais tempo, outras já as consegui resolver mas no geral tem sido mesmo muito bom.” **A21**

“Acho que isto mudou a minha maneira de ver as coisas e também da forma como me relaciono com as pessoas e tudo mais.” **A24**

“Não porque eu consumia porque queria, ou seja, não era por uma pessoa me dizer que eu iria de o deixar de fazer.” **A2**

“Não, pela mesma razão. Porque não mudou nada porque o que me disseram eu já sabia.” **A5**

“O CRI não me ajudou em nada.” **A10**

---