



UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA  
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



# CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS, ESTILOS DE VIDA ACTIVOS E A SAÚDE DOS ADOLESCENTES PORTUGUESES

**Mafalda Sofia da Costa Lopes Ferreira**

---

Dissertação elaborada para obtenção do Grau de Doutor em Ciências da Educação,  
Especialidade Educação para a Saúde

**Júri:**

**Presidente**

Reitor da Universidade Técnica de Lisboa

**Vogais**

Mestre Pedro Santos Pinto Gamito, Professor catedrático da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Doutora Maria Margarida Nunes Gaspar de Matos, Professora catedrática da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa

Doutor José Manuel Fragoso Alves Diniz, Professor catedrático da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa

Doutora Maria do Céu Lourinho Soares Machado, Professora associada da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos, Professora auxiliar da Universidade Lusíada

Doutora Maria Celeste Rocha Simões, professora auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa

**Orientador:**

Professora Doutora Maria Margarida Nunes Gaspar de Matos

**Coorientador:**

Professor Doutor José Manuel Fragoso Alves Diniz

Com o apoio:

**FCT**

Fundação para a Ciência e a Tecnologia  
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E DO ENSINO SUPERIOR

7 de Maio de 2013



Aos meus pais e ao meu irmão,



## **Agradecimentos**

À minha Orientadora dos trabalhos de doutoramento, Professora Doutora Margarida Gaspar de Matos, pela orientação exímia deste projecto em termos técnico-científicos, bem como pelo seu incentivo constante.

Ao Professor Doutor José Manuel Fragoso Alves Diniz, pelo apoio prestado em todos os momentos de solicitação.

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Celeste Simões, pelo seu inestimável apoio e empenho no acompanhamento deste projecto.

À Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), pela concessão da bolsa que permitiu a realização deste trabalho.

À equipa Aventura Social, por partilhar momentos inesgotáveis de reflexão e dúvida ao longo destes anos.

A todos os que contribuíram com o seu carinho, ajuda e estímulo, para a concretização deste trabalho, a quem devo ter chegado aqui.



## **Resumo**

O presente estudo tem como objectivo verificar se a associação dos adolescentes a determinadas rotinas, opções de vida e contextos sociais influencia o consumo de substâncias. A fase da adolescência potencia novas experiências, pelo que é primordial no estudo dos comportamentos de saúde e estilos de vida. O instrumento utilizado foi o questionário Health Behaviour in School-aged Children, tendo sido utilizadas variáveis relativas a consumos de substâncias e a comportamentos que se associam a este tema, para explorar e contextualizar os resultados destes estudos. Serão assim estudadas: 1) diferenças de género e idades, no que se refere ao consumo de substâncias e estilos de vida; 2) factores de risco e protecção associados ao consumo de tabaco, álcool e drogas; 3) padrões associados ao consumo de substâncias nos últimos anos; 4) processos sociais associados aos consumos em contextos sociais e ambientais como família, pares, escola e comunidade. Pretendeu-se também identificar um modelo explicativo do consumo de substâncias nos adolescentes e a evolução na última década, verificando-se que os comportamentos de risco estão relacionados e que os contextos são determinantes para a saúde dos adolescentes.

**Palavras-chave:** consumo de substâncias, estilos de vida, lazer e tempos livres, saúde positiva, adolescência.



## **Abstract**

The present study aims to examine if the association of adolescents to certain routines, life choices and their social contexts influences substance use. The stage of adolescence potentiates new experiences, for which it is crucial in the study of health behaviors and lifestyles. The instrument used was the Health Behaviour in School-aged Children questionnaire, for which it was used the variables related to the consumption of substances and also the variables that are central to behaviors related to this topic, with the purpose of exploring and contextualizing the results. Therefore, it will be studied: 1) differences in gender and age, in relation to substance use and lifestyles, 2) risk factors associated with the protection and use of tobacco, alcohol and drugs, 3) patterns associated with consumption of substances over the past few years; 4) social processes associated with consumption in social and environmental contexts such as family, peer, school and community. The intention of this study was to identify an explanatory model of substance use in adolescents and its evolution over the past decade, with particular focus on the behaviors of substance use, noticing that risk behaviors are related and that the contexts are crucial to the health of adolescents.

**Keywords:** substance use, lifestyles, recreation and leisure time, positive health, adolescence.



**Índice Geral**

Capítulo 1 - Introdução .....	1
1.1 – Notas introdutórias.....	1
1.2 – Organização da tese.....	2
Capítulo 2 – Problema e objectivos .....	5
2.1. Problema .....	5
2.2. Objectivos .....	6
Capítulo 3 – Revisão de literatura .....	9
3.1. Comportamentos de saúde na adolescência.....	9
3.1.1. Introdução.....	9
3.1.2. Adolescência.....	11
3.1.3. Principais contextos socializadores.....	12
3.1.3.1. Família.....	14
3.1.3.2. Escola .....	16
3.1.3.3. Pares/Amigos .....	18
3.2. Saúde e comportamentos de risco .....	22
3.2.1. Comportamentos relacionados com a saúde.....	25
3.2.2. Comportamentos relacionados com o risco.....	29
3.3. Consumo de substâncias .....	32
3.3.1. Tabaco .....	36
3.3.1. Álcool.....	37
3.3.1. Drogas ilícitas .....	39
3.4. A saúde dos adolescentes: estudo Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) .....	41
Capítulo 4 - Metodologia .....	55
4.1. - O Estudo HBSC .....	55
4.2. - O Instrumento de pesquisa HBSC.....	57
4.3. - Metodologia utilizada HBSC.....	58
4.3.1. - A amostra HBSC .....	58
4.3.2. – Análise de dados HBSC .....	59
4.4. – Objectivos e variáveis da investigação .....	59
Capítulo 5 – Estudos.....	65

---

Estudo 1 – “The influence of risk and protective factors on tobacco, alcohol and drugs in adolescence” .....	67
Estudo 2 – “Preferências musicais e culturas juvenis e a sua relação com o consumo de substâncias na adolescência” .....	81
Estudo 3 – “The role of social and emotional competences on risk behaviors in adolescence” .....	105
Estudo 4 – “Risk behaviour: substance use among Portuguese adolescents” .....	125
Estudo 5 – “Decreases in adolescent weekly alcohol use in Europe and North America: Evidence from 28 countries 2002-2010” .....	137
Estudo 6 – “Substance use in Portuguese adolescents: Explanatory model for Portuguese study HBSC 2010” .....	151
Capítulo 6 – Discussão .....	165
Capítulo 7 – Limitações e recomendações .....	171
7.1. – Limitações globais do estudo .....	171
7.2. - Recomendações .....	172
Capítulo 8 - Conclusões .....	175
Referências Bibliográficas .....	179

## Índice Tabelas

Tabela 1. Descrição da amostra total e parcial HBSC 2010	43
Tabela 2. Descritivas da variável nacionalidade	43
Tabela 3. Descritivas da variável tabaco	44
Tabela 4. Descritivas da variável álcool	44
Tabela 5. Descritivas da variável embriaguez	45
Tabela 6. Descritivas da variável periodicidade do consumo de álcool	45
Tabela 7. Descritivas da variável periodicidade do consumo de drogas no último mês	46
Tabela 8. Descritivas da variável experimentação de drogas ilícitas	46
Tabela 9. Descritivas da variável <i>cannabis</i>	46
Tabela 10. Descritivas da variável comunicação com a família	47
Tabela 11. Descritivas da variável monitorização parental	48
Tabela 12. Descritivas da variável comunicação com amigos	48
Tabela 13. Descritivas da variável facilidade em arranjar novos amigos	48
Tabela 14. Descritivas da variável tempo passado com amigos	49
Tabela 15. Descritivas da variável escola, relação com colegas e com professores	49
Tabela 16. Descritivas da variável escola	50
Tabela 17. Descritivas das variáveis saúde e felicidade	51
Tabela 18. Descritivas das variáveis sintomas físicos e psicológicos	51
Tabela 19. Descritivas da variável lutas	52
Tabela 20. Descritivas da variável lesões e andar com armas	52
Tabela 21. Descritivas da variável provocação na escola	52
Tabela 22. Descritivas da variável assistir e reagir a situações de provocação	53
Tabela 23. Descrição das amostras HBSC em estudo	59
Tabela 24. Descrição das variáveis utilizadas nos diferentes estudos	61
Table 25. Questions about risk and protective behaviors, and substance use, used in the present study	71
Table 26. Multiple linear regression for tobacco consumption	73
Table 27. Multiple linear regression for drunkenness	73
Table 28. Multiple linear regression for illicit drugs use	94
Tabela 29. Regressão Logística – Variáveis preditoras do consumo de tabaco	94
Tabela 30. Regressão Logística – Variáveis preditoras do consumo de tabaco	94
Tabela 31. Regressão Logística – Variáveis preditoras de alguma vez ter estado embriagado	95
Tabela 32. Regressão Logística – Alguma vez ter estado embriagado	95
Tabela 33. Regressão Logística – Variáveis preditoras do consumo de drogas no último mês	95
Tabela 34. Regressão Logística – Consumo de drogas no último mês	96
Tabela 35. Regressão Logística – Variáveis Preditoras do consumo de tabaco	97
Tabela 36. Regressão Logística – Consumo de tabaco	97
Tabela 37. Regressão Logística – Variáveis preditoras de alguma vez ter estado embriagado	98
Tabela 38. Regressão Logística – Alguma vez ter estado embriagado	98
Tabela 39. Regressão Logística – Variáveis preditoras do consumo de drogas no último mês	99
Tabela 40. Regressão Logística – Consumo de drogas no último mês	99
Table 41. Differences between gender group and substance use	113
Table 42. Interaction effect between Social and Emotional Competences (SEC) Subscales and gender for the different types of substance use	116
Table 43. Differences between gender/age group and substance use	130
Table 44. Differences between year of HBSC survey and substance use	130
Table 45. Differences between year of HBSC survey and substance use, by gender	131
Table 46. Differences between year of HBSC survey and substance use, by age group	132
Table 47. Trends in adolescent weekly alcohol use by country and region	144
Table 48. Sample size by year and country	149
Table 49. Model fit indexes	157
Table 50. Explained Variance	159
Table 51. Correlations for independent variables	159

**Nota:** As tabelas 25-28, 41-51 estão em inglês uma vez que fazem parte dos estudos publicados/em revisão/submetidos em revistas internacionais.



## **Índice Figuras**

<b>Figura 1</b> – Trajectórias do desenvolvimento durante a adolescência	28
<b>Figura 2</b> – Modelo explicativo do consumo de substâncias na adolescência	36
<b>Figura 3</b> – Trends in adolescent weekly alcohol use by region and by demographic group	146
<b>Figura 4</b> – Substance use explanatory model.	158

**Nota:** As figuras 3 e 4 estão em inglês uma vez que fazem parte de estudos aceites em revistas internacionais.

## Índice Abreviaturas

**DGS** – Direcção-Geral da Saúde

**ES** – educação sexual

**FNUAP** – Fundo das Nações Unidas para a População

**GTES** - Grupo de trabalho de educação sexual/educação para a saúde

**HBSC** - *Health Behavior in School-aged Children*

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**ONU** - Organização das Nações Unidas

**WHO** - *World Health Organization*

## **Capítulo 1 - Introdução**

### **1.1 – Notas introdutórias**

O consumo de substâncias na adolescência é um tema amplamente estudado e debatido ao longo das últimas décadas de investigação, contudo, parece ser um tema que, pela sua complexidade e multiplicidade de factores envolvidos, ainda não atingiu a sua maturidade, uma vez que à medida que evoluem as gerações, sociedades e culturas evoluem também as variáveis a ter em consideração quando estamos perante este tipo de comportamento.

Embora se conheçam na sua grande maioria os factores que podem contribuir ou prever o consumo de substâncias na adolescência, bem como as consequências do mesmo, são poucos os modelos que contribuem com maior carácter explicativo ou compreensivo, urgindo a necessidade de uma mudança de paradigma no que respeita quer à compreensão, quer à eficácia na prevenção deste tipo de comportamento frequentemente adoptado pelos adolescentes.

Para melhor compreendermos este conceito na sua plenitude, torna-se essencial a abordagem de temáticas relacionadas que de alguma forma contribuem e/ou influenciam para a evolução e enquadramento do mesmo.

Em geral, adolescentes que adoptam pelo menos um comportamento de risco, acumulam maior propensão para outros comportamentos de risco, nomeadamente o uso de substâncias, evidenciando a necessidade de estudar este comportamento em relação com outros e em diferentes contextos. Em particular, os comportamentos de risco podem ser vividos como algo positivo, no sentido em que são encarados pelos adolescentes como uma forma de demonstrar a si próprios ou aos outros a capacidade de ser autónomos, manifestando crucial importância a forma como estes comportamentos são posteriormente ajustados, permitindo a adopção de comportamentos adaptados e um estilo de vida saudável. Assim, verifica-se que muitas vezes os problemas na adolescência resultam da interacção de vários factores de risco e não apenas de um único factor.

Efectivamente muitos factores ligados à protecção e ao risco na área da saúde, tiveram a sua génese na infância e na adolescência, fruto de uma aprendizagem social,

de uma experimentação ou de uma adesão a um grupo de pertença, que se tornou uma alternativa. Assim, numa perspectiva de promoção e educação para a saúde, os jovens são um importante alvo, sendo de prever acções específicas para cenários específicos. Por outro lado, estes jovens, quando enquadrados no sistema de ensino regular tornam-se mais acessíveis a programas que os apoiam nas suas escolhas relacionadas com a sua saúde e estilos de vida saudáveis.

Para facilitar a compreensão do uso de substâncias durante a adolescência é então fundamental avaliar as diferenças das características pessoais, contexto social, cultural e ambiental, bem como a interacção entre estes factores.

Com o objectivo de alcançar esse fim, pretendeu-se organizar a tese de forma a incluir a apresentação do problema, os objectivos gerais e a metodologia do estudo, a revisão de literatura de forma a estabelecer o estado da arte sobre o tema central, a apresentação de seis estudos que pretendem contribuir para uma melhor compreensão das variáveis relevantes para o objectivo desta dissertação, a discussão e conclusões da mesma.

## **1.2 – Organização da tese**

Esta tese encontra-se organizada em oito capítulos distintos, incluindo as referências bibliográficas. Nos dois primeiros capítulos é abordada uma introdução e o enquadramento do problema relativo à investigação, estando em evidência o objectivo geral e os objectivos específicos definidos ao longo dos estudos apresentados. O terceiro capítulo foca-se no enquadramento teórico, onde se pretende explanar os principais conceitos teóricos e investigação desenvolvida pela literatura científica nacional e internacional, permitindo desta forma contextualizar o problema abordado nesta dissertação, bem como sustentar os objectivos delineados abrangendo a teoria mais recente destes tópicos. No quarto capítulo, apresentam-se as questões metodológicas, procurando sistematizar a metodologia utilizada no estudo central que sustenta os objectivos desta tese, bem como dos diferentes estudos efectuados ao longo desta tese com a realização dos objectivos mais específicos, sendo indicado em rodapé o estado da publicação (publicado, no prelo, aceite, em revisão ou submetido), na primeira página de cada artigo. Estes artigos compõem o quinto capítulo, onde se

pretendeu estudar as diferentes variáveis e as suas relações, sendo que para isso foi realizado um primeiro artigo que incluiu as grandes temáticas desta tese, procurando relacionar os factores de risco e de protecção em relação ao consumo de substâncias, dando origem a um segundo artigo que pretendeu focar as preferências musicais e o sentimento de pertença a uma cultura juvenil, caracterizando desta forma os estilos de vida dos jovens e as diferenças que estes estilos implicam em termos de consumos. Avaliados os contextos nos artigos anteriores, tornou-se pertinente no terceiro artigo focar as características pessoais e relacionais, procurando avaliar as competências pessoais e sociais dos jovens e a influência destas competências ou a carências delas no consumo de substâncias. Após a realização destes três artigos com o foco nos factores de risco e protecção, estilos de vida e características pessoais e relacionais, emergiu a necessidade de caracterizar a evolução dos consumos ao longo dos últimos anos, no sentido de melhor compreender este comportamento e a sua evolução de forma a constituir conhecimento de referência para acções de prevenção dos consumos e promoção de estilos de vida saudáveis, nacional e internacionalmente. Para concluir, após o estudo da evolução da variável principal em estudo, e no sentido de englobar de forma compreensiva as variáveis estudadas nos artigos anteriores, impôs-se a necessidade de validar um modelo explicativo ao nível do consumo de substâncias. Cada um destes artigos encontra-se organizado de acordo com as normas específicas da revista científica da área à qual foi submetida, o que geralmente se reflectiu no cumprimento da estrutura da *American Psychological Association* (APA): Resumo, Introdução, Método, Resultados, Discussão e Referências. Os artigos que complementam os diferentes estudos estão escritos na língua específica de exigência de publicação da revista na qual foram aceites ou submetidos, estando as referências bibliográficas apresentadas no final de cada estudo do capítulo cinco relativo aos estudos, bem como no final desta dissertação, em ambos os casos em conformidade com a 6ª versão das normas da APA.

Por último, os capítulos seis, sete e oito prendem-se com a discussão e conclusões, onde se procura apontar os pontos-chave deste trabalho, bem como as respectivas limitações e recomendações.



## Capítulo 2 – Problema e objetivos

### 2.1. Problema

A adolescência caracteriza-se pela descoberta e experimentação que resulta consequentemente na construção da personalidade do adolescente. O consumo de substâncias nesta fase acarreta vários riscos para a saúde dos adolescentes, sendo importante o estudo deste comportamento, mas principalmente dos comportamentos que com este risco se relacionam.

Neste estudo pretende-se explorar os determinantes do consumo de substâncias na adolescência:

1. Quem são os adolescentes que consomem substâncias na adolescência? (tratado nos artigos 1, 2, 3 e 4)
2. Quais os comportamentos e contextos que podem ser protectores no que respeita ao consumo de substâncias? (tratado nos artigos 1, 3 e 6)
3. Quais os comportamentos de risco mais relacionados com o consumo de substâncias? (tratado no artigo 1)
4. Poderemos afirmar que adolescentes com competências pessoais e sociais mais elevadas consomem substâncias menos frequentemente? (tratado no artigo 3)
5. Novos olhares, novos horizontes: que mudanças no estilo de vida dos adolescentes poderão influenciar o consumo de substâncias? (tratado no artigo 2)
6. De que forma tem evoluído o consumo de substâncias ao longo dos últimos anos ao nível nacional e internacional? (tratado no artigo 4 e 5)
7. Qual a importância dos contextos na vida dos adolescentes e qual a influência desses contextos aliados a características pessoais na adopção de comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de substâncias? (tratado no artigo 6)

## 2.2. Objectivos

O presente estudo tem como objectivo verificar se a associação dos adolescentes a determinadas rotinas, opções de vida e respectivos contextos sociais influenciam o consumo de substâncias. Serão estudadas: 1) diferenças de género e de idades, no que se refere ao consumo de substâncias e estilos de vida; 2) factores de risco e protecção associados ao consumo de tabaco, álcool e drogas; 3) padrões associados ao consumo de substâncias ao longo dos últimos anos a nível nacional e internacional; 4) processos sociais associados aos consumos em contextos sociais e ambientais como a família, pares, escola e comunidade.

Pretendeu-se com este estudo identificar um modelo explicativo do consumo de substâncias nos adolescentes e a sua evolução ao longo da última década, com especial foco nos comportamentos de consumo de substâncias, verificando-se que os comportamentos de risco se encontram relacionados e que os contextos são determinantes para a saúde dos adolescentes.

Com o intuito de alcançar estes objectivos foram realizados seis estudos com objectivos mais específicos:

**Artigo 1** – “Protective factors and risk associated with substance use in adolescence”: com o objectivo de caracterizar os adolescentes que consomem substâncias, explorando quais os comportamentos que mais se relacionam com os consumos, quer ao nível do risco quer da protecção.

**Artigo 2** – “Preferências musicais e culturas juvenis e a sua relação com o consumo de substâncias na adolescência”: com o objectivo de caracterizar os grupos de adolescentes mediante as suas escolhas por diferentes estilos.

**Artigo 3** – “The role of social and emotional competences on risk behaviors in adolescence”: com o objectivo de compreender o impacto das competências pessoais e sociais na saúde dos adolescentes, visando o estabelecimento de estratégias de intervenção.

**Artigo 4** – “Risk Behaviour: Substance Use among Portuguese Adolescents”: com o objectivo de compreender a evolução do consumo de tabaco, álcool e drogas ao longo dos últimos anos.

**Artigo 5** – “Decreases in adolescent weekly alcohol use in Europe and North America: Evidence from 28 counties, 2002 – 2010”: com o objectivo de avaliar a evolução do consumo de álcool nacional e internacionalmente, procurando diferenças entre os 28 países em estudo.

**Artigo 6** – “Substance use in Portuguese adolescents: Explanatory model for Portuguese study HBSC 2010”: com o objectivo de replicar e validar um modelo explicativo para o consumo de substâncias, nos diferentes contextos da vida do adolescente, procurando estabelecer os determinantes que devem ser considerados na prevenção deste comportamento.

Assim, esta tese é constituída por seis estudos. A realização deste estudos teve em consideração os pontos mais relevantes encontrados ao nível do enquadramento teórico e da literatura mais recente, onde se evidenciam os contextos em que o adolescente se insere, família, pares, escola e comunidade, as características pessoais e relacionais, a adopção de diferentes estilos de vida que podem ter na sua base comportamentos de maior risco ou protecção ao nível dos consumos, e a evolução destas variáveis e do consumo de substâncias na adolescência, o que permitirá enquadrar este último no seu todo, contribuindo para a elaboração de acções preventivas que tomam em consideração não só o comportamento mas as variáveis que com ele se relacionam, evidenciando a necessidade de focalizar e estruturar as acções de prevenção de acordo com os contextos em que os adolescentes se inserem, os estilos de vida adoptados e as características de cada um, indo ao encontro das suas necessidades. Estes artigos permitem ainda identificar a quem devemos dirigir as acções e atenções na promoção da saúde e prevenção do risco, evidenciando os grupos de maior risco.

No capítulo seguinte será apresentado o enquadramento teórico que fundamenta e justifica a pertinência dos objectivos e que valida a lógica que levou à realização dos diversos artigos.



## Capítulo 3 – Revisão de literatura

### 3.1. Comportamentos de saúde na adolescência

#### 3.1.1. Introdução

O desafio de um tema que procura compreender comportamentos de saúde é por si só, largamente extenso e complexo na sua natureza, sendo que se a este tema juntarmos a fase da adolescência, este desafio torna-se ainda mais aliciante do ponto de vista da investigação, não só pela procura de respostas que permitam melhorar a saúde e qualidade de vida dos indivíduos, mas também por permitir fazê-lo desde uma idade em que se começam a adoptar comportamentos que definem em larga escala o estilo de vida adoptado na idade adulta.

Actualmente, podemos considerar que quando falamos em comportamentos de saúde estamos a focar o conceito de saúde, tal como foi definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como "um estado completo de bem-estar físico, social e mental, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (OMS, 1993), permitindo desta forma olharmos para os indivíduos saudáveis no seu todo, biopsicossocial.

De acordo com o estudo dos autores Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak e Hawkins (2002), as abordagens teóricas propostas na área da promoção da saúde apontam três factores fundamentais que influenciam os comportamentos relacionados com a saúde: (1) a intenção da pessoa, (2) a inexistência de restrições envolvimentoais que impeçam o comportamento ou a existência de recursos envolvimentoais necessários para a realização do comportamento e (3) as competências do indivíduo (capacidade para realizar o comportamento). Assim, introduzindo o conceito e noção de saúde positiva, podemos considerar que está grandemente associada às competências do indivíduo, incluindo componentes associadas a competências sociais, emocionais, comportamentais e cognitivas.

Ao nível dos comportamentos de saúde, a promoção da saúde surge com um conceito de educação que pretende criar ambientes encorajadores da saúde e de comportamentos, desenvolvendo assim políticas de saúde pública adequadas, aumentando os recursos individuais e fortalecendo a acção comunitária, onde, de acordo

com a OMS, se verifica que a promoção da saúde trabalha com os indivíduos e as comunidades com o objectivo de maximizar o potencial da saúde, considerando que estes benefícios para a saúde passam não só por medidas políticas e económicas, como também por mudanças comportamentais (Ogden, 2004).

O estudo dos comportamentos de saúde apoiado na educação para a saúde assume assim uma importância primordial na medida em que vai além da restrição da abordagem de doença, privilegiando o conceito de saúde, sendo as acções educativas enquadradas num contexto de promoção da saúde e mudança comportamental.

Enquadrando os comportamentos de saúde na adolescência, verifica-se que existe um largo conjunto de comportamentos que promovem a saúde nos jovens mas também um largo conjunto de comportamentos que aumentam a probabilidade do adolescente adoptar comportamentos que colocam em risco a sua saúde, bem-estar e em última instância a sua própria vida, contribuindo desta forma para estilos de vida menos saudáveis. É precisamente neste ponto que se torna imprescindível ampliar a abordagem deste estudo a comportamentos de risco que colocam em causa o crescimento saudável e a escolha por um estilo de vida que permita uma melhor qualidade de vida no que concerne à saúde global dos indivíduos.

De entre os vários comportamentos que colocam em risco a saúde dos adolescentes destaca-se o consumo de substâncias (tabaco, álcool, drogas), tema central no desenvolvimento do presente estudo, mas também comportamentos como a violência, o suicídio, o abandono escolar precoce, entre outros.

Para o estudo destes comportamentos de saúde e de risco impõe-se tomar em consideração não só os factores individuais mas também os contextos em que o adolescente se insere, nomeadamente a família, a escola e o grupo de pares, uma vez que as escolhas por determinado estilo de vida são muitas vezes influenciadas pelos contextos sociais e pelas relações que o jovem estabelece nos diferentes contextos.

Ao longo do presente capítulo pretende-se abordar de forma concisa os conceitos que contribuíram para a construção e elaboração da lógica dos diferentes artigos que compõem esta dissertação.

### 3.1.2. Adolescência

A adolescência tem sido ao longo dos anos objecto de estudo por parte de investigadores uma vez que se caracteriza como uma fase de mudanças físicas, psicológicas, socioculturais e cognitivas, em que os jovens procuram uma identidade e autonomia, enfrentando escolhas relativas aos seus pares, em contexto escolar e social, à família e à comunidade, constituindo-se desta forma como uma fase que privilegia a absorção de informação através da curiosidade e descoberta, bem como a construção de alicerces para a idade adulta, na busca pela identidade. É assim, um período de desenvolvimento com rápidas alterações físicas, psicológicas, socioculturais e cognitivas caracterizadas por esforços para confrontar e superar os desafios e para estabelecer uma identidade e autonomia (DiClemente, Hansen & Ponton, 1996; Michael & Ben-Zur, 2007).

O processo básico do desenvolvimento do adolescente envolve modificar relações entre o indivíduo e os múltiplos níveis do contexto em que o jovem se encontra. Variações na existência e no ritmo dessas relações promovem uma grande diversidade e representam factores de risco ou protectores através deste período de vida. A multiplicidade de contextos sociais e interpessoais em que o adolescente se move representa desafios adicionais e possibilidades acrescidas de estes virem a desenvolver problemas de ajustamento, com consequências negativas na sua saúde.

Independentemente das considerações específicas que podem ser feitas ao período etário a que corresponde esta fase da adolescência, considera-se que estes períodos de vida são fundamentais no que respeita à aprendizagem, opções e competências de vida, assim como no estabelecimento de relações pessoais. Actualmente, a adolescência é um período menos estático em termos etários, prolongando-se desta forma até à terceira década de vida, estando esta alteração relacionada com múltiplos factores culturais, sociais, ambientais e mesmo pessoais. As condições de vida sofreram várias alterações até aos dias de hoje, sendo notória a dificuldade de autonomia e independência por parte dos adolescentes e jovens adultos, principalmente devido ao prolongamento dos estudos, bem como dificuldades na entrada no mundo laboral e maiores dificuldades económicas, o que leva consequentemente a uma maior dependência.

Assim, podemos considerar, tanto a adolescência como a juventude, períodos críticos para o desenvolvimento de comportamentos e atitudes saudáveis incluindo responsabilidades e direitos sobre a saúde (Matos, 2002).

Considera-se que durante a adolescência as interações sociais estendem-se do núcleo familiar para outros contextos sociais com os seus pares e outros adultos, devendo-se este facto aos processos naturais associados ao desenvolvimento no período da adolescência, e também por uma grande parte do tempo ser passada na escola, em espaços recreativos e comunitários (Matos et al, 2003). Algumas das tarefas desta fase prendem-se com o desenvolvimento da independência e autonomia, mas também com a identificação, formação e aceitação dos pares sendo que, todas estas tarefas contribuem para a adopção de comportamentos de risco, nomeadamente, do consumo de substâncias (Franzkowiak, 1987; Fergusson & Horwood, 1995). Relativamente ao consumo de substâncias em específico é necessário ter-se em conta não só os diversos tipos de ambiente (social, escolar e familiar) de cada sujeito como também as leis e regulamentos referentes à comunidade onde o adolescente se insere.

Muito haveria a considerar na forma como a fase da adolescência é ultrapassada por cada um de nós, e pese embora esta fase se associe a uma passagem por escolhas e desafios repletos de riscos para a saúde, é também importante salientar que a grande maioria dos jovens ultrapassa esta fase com sucesso, adoptando estilos de vida saudáveis na idade adulta, tendo em conta as suas experiências individuais marcadas pelo risco em maior ou menor grau, que surgem como forma de adaptação.

### **3.1.3. Principais contextos socializadores**

A importância das relações sociais tem um peso inquestionável na vida de qualquer pessoa, sendo que a qualidade das relações que se estabelecem durante a infância e adolescência parece oferecer um contributo essencial sobre a satisfação e o sucesso social na passagem para a idade adulta (Pérez, Maldonado, Andrade, & Díaz, 2007). O desenvolvimento destas relações acontece nos diferentes espaços em que a criança e o adolescente se desenvolvem, se afirmam e se constroem, sendo

imprescindível olharmos para o adolescente nos diferentes contextos em que este se relaciona, nomeadamente no seio da família, dos amigos e da escola.

No que concerne ao ambiente familiar, este constitui um importante factor a ter em consideração, quer isoladamente quer em interacção com outros factores determinantes na adopção de comportamentos de risco. A qualidade da vida familiar e as práticas parentais parecem assim ter uma grande influência na prevenção dos comportamentos de risco nos adolescentes (consumo de álcool e drogas, comportamentos de violência, entre outros) (Pereira & Matos, 2004), sendo especialmente importante na relação familiar o diálogo entre gerações e o conhecimento que os pais têm sobre os seus filhos.

Durante as duas últimas décadas, a OMS (2003) tem estimulado o desenvolvimento da promoção da saúde nos diferentes contextos socializadores que influenciam e são influenciados pelos adolescentes. Isto é especialmente importante nas escolas, no sentido em que permite envolver a comunidade escolar, propiciando a interacção do ambiente familiar com o escolar. No seio do ambiente escolar identificam-se factores como a falta de motivação para a aprendizagem, o fraco desempenho escolar, a vontade de ser independente, articulada à falta de interesse na realização pessoal, que podem favorecer comportamentos de risco, entre os quais, o uso de substâncias (Schenker & Minayo, 2005). Também a desigualdade económica afecta em termos de saúde os jovens na medida em que limita o acesso aos serviços de saúde e aos custos ligados a opções de vida saudável (Matos & Sampaio, 2009).

Samdal e Dür (2000) referem que um ambiente escolar que seja promotor de saúde constitui-se como um recurso para o desenvolvimento de comportamentos facilitadores de saúde e bem-estar, sendo que a satisfação com a escola pode contribuir para a qualidade de vida dos jovens, englobando a percepção da escola, relação com os professores e com os colegas.

Por sua vez, o reflexo da importância das relações de pares tem sido assinalável na adopção de diversos programas preventivos nos quais a educação pelos pares surge como uma estratégia eficaz de intervenção (Turner & Shepherd, 1999; Main, 2002). A investigação sugere que os jovens, provavelmente ouvem e personalizam as mensagens, pelo facto do mensageiro ser semelhante e partilhar as mesmas preocupações e pressões,

resultando por vezes em mudanças de atitudes e comportamentos (Advocates for Youth, 2002).

Assim, a influência dos pares na fase da adolescência assume primordial importância, remetendo para fenómenos sociais emergentes como a influência social, presente quando se verifica que o comportamento de um adolescente é condição para o comportamento de outro, sendo esta influência tanto maior quanto maior a coesão existente no grupo (Vala & Monteiro, 2002). Esta influência pode levar a alterações comportamentais, positivas ou negativas, demonstrando que optar por um estilo de vida saudável é um factor essencial para o bem-estar dos adolescentes e que a posição do grupo poderá ser condição indispensável nessa escolha (Hartup, 2005; Goldestein, Davis-Kean, & Eccles, 2005; Bourne, 2001).

Por último, torna-se ainda importante referir neste ponto a influência da comunidade ou ambiente social envolvente onde o adolescente se insere, também apontada como facilitadora de comportamentos protectores ou de risco.

#### **3.1.3.1. Família**

A família assume indubitavelmente um papel fundamental no desenvolvimento da criança e do adolescente, influenciando desde a genética, à passagem de valores, crenças, normas, e atitudes e na saúde e bem-estar do jovem, em geral, através do envolvimento familiar e educação. Embora exista uma maior tendência para o desapego à família e maior apego ao grupo de pares, durante a adolescência, os pais continuam a ser a sua principal base de suporte para as questões de protecção, segurança, problemas escolares e de saúde (Braconnier & Marcelli, 2000). O conhecimento dos pais sobre o tipo de grupo em que o adolescente se insere e o tipo de comportamentos em que se envolve poderá facilitar a prevenção de comportamentos de risco (Sussman et al., 2007).

A família, enquanto agente modelador, pode assim funcionar como um factor de protecção ou como um factor de risco. De entre as variáveis mais referenciadas ao nível familiar, destaca-se o controlo parental como factor protector na adopção de comportamentos de risco, evidenciando uma forte protecção para a ausência de

consumo de substâncias durante a adolescência, minimizando o envolvimento em comportamentos de risco, assim como o envolvimento com grupos de pares com comportamentos desviantes (Ennett, Foshee, Bauman, Hussong, Cai, & McNaughton Reyes, 2008), sendo que a promoção de competências facilitadoras das relações interpessoais e de resolução de problemas podem estabelecer importantes estratégias para um melhor ajustamento familiar (Sanders, 2000).

A relação que os adolescentes mantêm com os pais torna-se um factor importante na opção do adolescente por um estilo de vida saudável, sendo que a comunicação e suporte parental poderão constituir-se como factores de protecção para os comportamentos de risco (Anteghini, Fonseca, Ireland, & Blum, 2001). Torna-se ainda importante considerar que os comportamentos adoptados pelos pais são vistos como modelo para os que serão adoptados pelos adolescentes (Bricker, Peterson, Sarason, Andersen, & Rajan, 2007). Um exemplo desta influência familiar pode ser a atitude dos pais relativamente ao consumo de substâncias, uma vez que estudos apontam que os adolescentes que têm a percepção que os pais têm uma posição de reprovação forte relativamente ao consumo de álcool consomem menos álcool do que os adolescentes que têm percepção que os seus pais reprovam este consumo mas de forma mais moderada (Martino, Ellickson, & McCaffrey, 2009). Assim, o relacionamento positivo com os pais assume-se como factor protector dos comportamentos de risco, como são exemplo o consumo de substâncias, a gravidez na adolescência, a delinquência, entre outros (Anteghini, Fonseca, Ireland, & Blum, 2001).

Com a evolução da sociedade assiste-se cada vez mais a um decréscimo do tempo que os pais podem despende com os seus filhos, a qualidade do tempo passado em família constitui-se assim como imprescindível no estabelecimento de relações afectivas e de suporte que contribuam para um melhor desenvolvimento do jovem. A ligação afectiva entre pais e filhos continua a ser um dos principais factores determinantes do bem-estar emocional dos jovens (Resnick et al., 1997), e do entendimento que os jovens têm da sua família (Simón, Triana, & Camacho, 2001). Os autores que se debruçam sobre o estudo da família, com toda a sua complexidade, estão de acordo em dois pontos-chave: por um lado é importante que os pais promovam a autonomia, estejam presentes e se envolvam nas suas escolhas através do diálogo, mas

por outro, um estilo demasiado intromissivo ou de punição coloca os adolescentes numa situação de maior vulnerabilidade ao risco (McElhaney & Allen, 2001).

### 3.1.3.2. Escola

A escola pode ser um factor de risco ou de protecção para a saúde (Samdal, 1998). O ambiente escolar é responsável pela transmissão de normas e padrões comportamentais, representando um papel determinante no processo de socialização dos adolescentes.

Experiências positivas no ambiente escolar podem constituir um recurso para o bem-estar subjectivo dos adolescentes, sendo que a escola se constitui como um importante agente de socialização e um espaço privilegiado de encontros e interacções entre os jovens. No entanto, alguns factores como o mau desempenho académico, a falta de motivação para a aprendizagem, combinada à falta de interesse em investir na realização pessoal, podem de certa forma contribuir para o envolvimento em comportamentos de risco, entre os quais, o consumo de substâncias.

Um ambiente escolar promotor de saúde poderá constituir um recurso para o desenvolvimento de comportamentos de saúde e de bem-estar, podendo a satisfação com a escola contribuir para a qualidade de vida dos jovens. Um ambiente escolar compreendido como positivo entre os jovens, poderá influenciar positivamente o comportamento dos mesmos. Os dados obtidos num estudo realizado por Bonny et al. (2000), indicam que os jovens com maior ligação à escola, apresentam um melhor estado de saúde, sendo que a satisfação com a escola parece assim estar fortemente relacionada com a percepção de bem-estar e segurança (Samdal, 1998).

Os professores constituem um dos principais elementos do contexto escolar. A ligação que o professor estabelece com os alunos, o suporte que oferece, as expectativas que tem em relação aos seus alunos e as mensagens que transmite acerca das suas capacidades, são factores importantes para o desenvolvimento de competências em relação a si próprio e à vida escolar. O papel do professor surge como fundamental na promoção de capacidades de decisão e de escolha de estilos de vida saudáveis, sendo

por isso, a formação de professores fulcral, devendo ter como objectivo uma formação pluricultural que contemple a valorização das características e culturas dos jovens (Neto & Ruiz, 1998).

A percepção de que o professor não dá apoio está relacionada com a falta de ligação à escola e também com a adopção de comportamentos de risco, como é o caso da iniciação do consumo de tabaco (Samdal & Dür, 2000). De uma forma geral, uma relação com o professor percebida como negativa está associada a comportamentos de risco (consumo de substâncias e violência) e a sintomas de mal-estar físico e psicológico (Matos, 2009). No estudo português HBSC de 2010, verifica-se que são os rapazes que referem com mais frequência que os professores não os tratam com justiça, não se interessam por eles, têm expectativas muito elevadas, e que pensam que os professores não acham boas as suas capacidades (Matos et al., 2011).

Por outro lado, um elevado suporte por parte dos colegas também parece ser um dos factores mais fortemente relacionado com o bem-estar subjectivo (Samdal, 1998), sendo que um fraco suporte social dos colegas da turma está associado a níveis mais elevados de queixas somáticas (Torsheim & Wold, 2001).

Um outro factor importante para a realização e satisfação escolar são as expectativas que os pais têm em relação aos seus filhos. As elevadas expectativas dos pais estão associadas à satisfação com a escola (Samdal & Dür, 2000), sendo que a boa relação com a família encontra-se associada às atitudes positivas em ambiente escolar (Carter, McGee, Taylor, & Williams, 2007).

Quando pensamos no contexto escolar não podemos descurar o que este espaço representa ao nível da adaptação e desenvolvimento, uma vez que ao longo dos diferentes ciclos escolares o adolescente atravessa vários períodos de transição, por vezes, de difícil adaptação. Por este motivo considera-se que a escola tem um papel importante na promoção da resiliência nos estudantes, sendo um ambiente favorável à aquisição desta competência, que envolve a participação dos jovens e tem níveis elevados de exigência. Um ambiente escolar percebido como positivo pelos adolescentes, está fortemente associado à percepção de bem-estar dos jovens e de algum modo neutraliza o efeito da desigualdade económica entre os alunos (Matos et. al., 2009).

A existência da educação para a saúde nas escolas permite desta forma colmatar as desigualdades, nomeadamente incluindo temas como a promoção de competências de comunicação interpessoal, competências de resolução de problemas e gestão de conflitos (Matos, 2001) permitindo aos adolescentes participar e envolver-se mais na vida escolar, sendo promotora de saúde, atenuando a percepção reduzida de bem-estar e os problemas de internalização e externalização.

### **3.1.3.3. Pares/Amigos**

No contexto da interacção social, a relação com os pares é considerada como uma das influências da criança e do jovem mais importantes para o seu desenvolvimento social e emocional (Oliveira, 1999). A amizade é um conceito associado à felicidade, uma vez que promove o suporte social, partilha de interesses, de sentimentos e de emoções (Chung & Furnham, 2002), sendo que a ausência de amigos está habitualmente associada a sentimentos de solidão, tristeza e consumo de substâncias (Tomé, Matos, & Diniz, 2008; Bogart, Colens, Ellickson & Klein, 2007).

É no início da adolescência que os grupos e os amigos adquirem uma maior importância na vida dos jovens, sendo que esta crescente importância está relacionada com as necessidades individuais de intimidade, identificação e construção de identidade, advinda do relacionamento com os seus pares.

Durante a adolescência os jovens tendem assim a passar mais tempo com os seus pares do que com a sua família, no entanto, a relação dos adolescentes com os pais não perde a sua função protectora, promovendo a segurança nos jovens (Hair, Moore, Garrett, Ling, & Cleveland, 2008). Assim, verifica-se que simultaneamente à necessidade de integração num grupo de pares, os adolescentes tendem a distanciar-se do controlo parental e de figuras de autoridade, ficando mais vulneráveis ao risco (Engels & Bogt, 2001).

Uma boa relação com um grupo de pares apoiante, que adopte comportamentos protectores será também ela promotora de adopção do mesmo tipo de comportamento entre os adolescentes que pertencem ao grupo (Hartup, 2005). Vários estudos demonstram que as raparigas têm maior tendência para manter amizades mais próximas,

onde existe maior partilha de sentimentos (Clark & Lohéac, 2006; Nangle, 2004), enquanto os rapazes se envolvem mais em comportamentos de risco e se encontram inseridos em grupos de pares mais alargados (Kuntsche & Gmel, 2004). Assim, uma amizade mais próxima e de suporte pode ser mais importante durante a adolescência do que a aceitação no grupo de pares em si, uma vez que a percepção do tipo de amizade que os adolescentes estabelecem revela-se promotora de um bom ajustamento emocional (Demir & Urberg, 2004).

Se por um lado a pertença a um grupo de pares alargado que adopte comportamentos de risco aumenta a vulnerabilidade para a adopção desses mesmos comportamentos, também os adolescentes que apresentam: maiores níveis de sentimentos de solidão, maior predisposição para o abuso de substâncias, perturbações psicológicas, comportamentos sexuais de risco, entre outros (Saluja, Lachan, Scheidt, Overpeck, Sun, & Giedd, 2004).

Num estudo realizado por Pearson e Michell (2000) num grupo de 115 adolescentes que frequentava o ensino secundário, verificou-se que o consumo de substâncias estava mais associado ao isolamento social, quando comparados com adolescentes que pertenciam a grupos mais alargados.

A falta de amigos ou a solidão é assim, em alguns estudos, associada ao consumo de substâncias, devido às características dos adolescentes, que na sua maioria apresentam baixo rendimento académico e poucas expectativas em relação ao futuro (Ellickson, Tucker, & Klein, 2001), estando desta forma mais associadas a problemas com o abuso de álcool, e ou substâncias ilícitas (Heinrich, & Gullone, 2006).

No relacionamento com os pares, torna-se ainda importante referir que os adolescentes que se sentem bem aceites pelos colegas, que os percebem como simpáticos e prestáveis, com quem convivem e partilham momentos prazerosos referem ser mais felizes, sendo que os jovens menos aceites pelos colegas apresentam mais frequentemente sintomas de mal-estar físico e psicológico (Matos et al., 2011). Os amigos podem assim, ser uma influência positiva nos comportamentos pró-sociais (Tomé et al., 2009), mas também negativa, como no consumo de substâncias e comportamentos de violência (Matos et al., 2011), sendo os jovens mais velhos os que

apresentam maior risco e associação à prática de mais comportamentos de risco para a saúde, como fumar, beber álcool e ficar embriagado (Settertobulte, 2000).

A importância do grupo de pares e da pertença grupal na adolescência é inquestionável pela literatura (Croizer, 2000; Hargreaves e North, 2000; Tarrant, Mckenzie e Hewitt, 2006). A relação com os colegas contribui positivamente para o desenvolvimento do adolescente por meio de caminhos inacessíveis à família, uma vez que passam mais tempo com eles (Kirchler, Pombeni & Palmonari, 1991; Durkin, 1995). Enquanto factor social, o adolescente sente maior afinidade com alguns pares, iniciando seu sentimento de pertença a determinados grupos, e este processo apresenta-se indispensável na construção da identidade social dos adolescentes (Tarrant, MacKenzie & Hewitt, 2006).

O grupo social, a cultura juvenil associada e a identidade grupal construída organizam-se segundo protótipos que ajudam a construir relações sociais com os pares (Steglich, Snijders & West, 2006): comportamentos, valores, atitudes e preferências são, muitas vezes, determinados não só por efeitos de conformismo mas também por tentativas de comparação e percepção criadas por diversos factores.

É o grupo social que vai, na maioria das vezes, definir vários aspectos da vida dos adolescentes, como o modo de se vestir, pentear ou sua postura, mas também comportamentos de risco e de consumo de substâncias. Neste sentido, vários estudos referentes a culturas grupais revelam diversidade nos comportamentos, nos valores e nas atitudes associados às mesmas, ou seja, enquanto algumas culturas juvenis aparecem num espectro mais desviante, outras demonstram enquadrar o seu comportamento por regras de obediência e até comportamentos pró-escolares (Peixoto et al., 2001).

A adolescência é também o período do desenvolvimento humano em que o tempo dedicado à música está no auge (Crozier, 2000). North e Hargreaves (1999) defendem que a adolescência pode apresentar-se como um “período crítico” na determinação das preferências musicais e também um importante instrumento nas percepções sociais dos adolescentes. Os autores afirmam que uma possível consequência para a especial importância que os adolescentes dão à música é o facto destes a usarem como guia para prováveis características que podem observar nos outros e que enviam acerca deles próprios, tornando-se uma forma de definir sua própria

identidade. Assim, tendo em conta a importância que a música tem para os jovens, ao expressarem uma preferência por um estilo de música, os adolescentes enviam implicitamente uma mensagem que implica um determinado leque de atitudes, valores e opiniões.

Por outro lado, o papel mais importante da música como factor de identificação e coesão com a cultura grupal surge na adolescência, quando as preferências musicais servem como enquadramento de significados sociais partilhados e estados de consciência comuns por meio dos quais os adolescentes se identificam com outros, mas, especialmente, com os seus pares. Quando um grupo se focaliza num determinado estilo musical, os seus membros beneficiam duplamente: tornam-se membros de uma elite cultural e das conseqüentes gratificações emocionais dos sentimentos de pertença; distinguem-se de outros grupos e percebem-se como superiores a esse mesmo grupo, o que aparentemente beneficia o autoconceito e a auto-estima individual e colectiva (North & Hargreaves, 1999; Russell, 2000; Zillmann & Gan, 2000; Tarrant, North & Hargreaves, 2001; Pessoa, 2007).

Esta importância e a capacidade modeladora de atitudes sociais e comportamentos têm levado alguns investigadores a considerarem determinados estilos musicais potencialmente perigosos para os jovens, na medida em que a música e os seus *performers* são percebidos como responsáveis pelo consumo de substâncias, comportamentos agressivos ou delinquência (Russell, 2000; Mulder, Bogt, Raaijmakers & Vollebergh, 2007). Neste sentido, vários estudos confirmam a presença do conformismo, relativamente à opinião da maioria ou por efeitos de prestígio, no estabelecimento das preferências musicais (Aesbicher, Hewstone & Henderson, 1983; Crozier, 2000).

Por fim, sublinha-se a importância do grupo de pares num desenvolvimento saudável do adolescente, uma vez que relações de amizade consideradas de qualidade contribuem para a satisfação e bem-estar dos adolescentes, no entanto, esta influência pode ser negativa quando os efeitos de prestígio e popularidade no grupo levam o adolescente a adoptar comportamentos de risco que colocam em causa a sua saúde.

### 3.2. Saúde e comportamentos de risco

O conceito de saúde deve ser entendido como global, conjugando as dimensões mental, física e social que dela fazem parte. Devemos ainda ter em consideração na estrutura global de saúde a interligação entre as diferentes dimensões e de como estas se influenciam, no sentido em que um desequilíbrio numa das dimensões terá certamente impacto nas restantes, afectando a saúde global do indivíduo. Segundo as directrizes da OMS (WHO, 2001), o aumento do conhecimento e compreensão destas relações, evidencia o papel fundamental que a saúde mental tem para o bem-estar geral dos indivíduos e das comunidades onde estes se relacionam.

Os comportamentos promotores de saúde podem assim ser influenciados por múltiplos factores como valores, atitudes, hábitos ou sentimentos, conferindo aos adolescentes sensação de bem-estar (Dias, Duque, Silva, & Durá, 2004). Irwin (cit. por Matos et. al., 2001) considera fundamental contemplar o relacionamento que os adolescentes incrementam com o seu grupo de referência e com os comportamentos exploratórios relacionados, de forma a encontrar uma noção global de comportamento social e saúde.

Torna-se essencial fazer assim a distinção de comportamento de saúde que é qualquer actividade desenvolvida por um indivíduo, qualquer que seja o seu estado de saúde actual ou percebido, com o objectivo de promover, proteger ou manter a saúde, quer esse comportamento seja objectivamente eficiente ou não para o fim e comportamentos de risco que podem ser definidos como formas específicas de comportamento associadas com o aumento de susceptibilidade a uma doença específica (WHO, 1986).

Em geral, adolescentes que adoptam pelo menos um comportamento de risco, acumulam maior propensão para outros comportamentos de risco, nomeadamente o uso de substâncias (Crome & McArdle, 2004). Em particular, os comportamentos de risco podem ser vividos como algo positivo, no sentido em que são encarados pelos adolescentes como uma forma de demonstrar a si próprios ou aos outros a capacidade de serem autónomos (Angel, Richard & Valleur, 2000), manifestando crucial importância a forma como estes comportamentos são posteriormente ajustados, permitindo a adopção

de comportamentos adaptados e um estilo de vida saudável. Assim, verifica-se que muitas vezes os problemas na adolescência resultam da interacção de vários factores de risco e não apenas de um único factor (Mental Health Europe, 2001).

Efectivamente muitos factores ligados à protecção e ao risco na área da saúde, tiveram a sua génese na infância e na adolescência, fruto de uma aprendizagem social, de uma experimentação ou de uma adesão a um grupo de pertença, que se tornou uma alternativa. Assim, numa perspectiva de promoção e educação para a saúde, os jovens são um importante alvo, sendo de prever acções específicas para cenários específicos. Por outro lado, estes jovens enquadrados no sistema de ensino regular tornam-se mais acessíveis a programas que os apoiam nas suas escolhas relacionadas com a sua saúde e estilos de vida saudáveis.

King e colaboradores (1996), com base nos dados do estudo Europeu (HBSC), defendem que um ambiente escolar de aceitação/suporte contribui para a felicidade e saúde dos adolescentes, acrescentando que adolescentes mais satisfeitos com a escola revelam menor probabilidade de fumar ou beber em excesso, e maior probabilidade de desenvolver relacionamentos positivos com professores e amigos, percebendo-se como mais saudáveis e apresentando uma maior adopção de comportamentos protectores da saúde.

Quando pensamos em saúde e comportamentos de risco, pensamos também nos estilos de vida adoptados pelos adolescentes, sendo que estes estilos de vida estão ligados aos valores, às motivações, às oportunidades e a questões específicas ligadas a aspectos culturais, sociais e económicos (OMS, 1985). Podemos assim considerar que os estilos de vida estão relacionados com valores, motivações, oportunidades, aspectos culturais, sociais e económicos, sendo no entanto, delicada a opção entre um estilo de vida saudável e os comportamentos de risco na adolescência, entendendo-se necessário tomar medidas de promoção de saúde, tornando o estilo de vida saudável uma opção fácil e prestigiante (Matos et. al., 2003).

Podem-se identificar diversos factores que poderão contribuir para a iniciação e aumento do consumo de substâncias no início da adolescência, tais como idade, etnia, estrutura familiar, estatuto socioeconómico dos pais, atitudes tabágicas dos pais e do grupo de pares, ligação com a família, fraco envolvimento escolar, entre outros, sendo

que o nível de maturidade psicossocial parece ter também efeitos no consumo de substâncias no adolescente.

O grupo social, a cultura juvenil associada e a identidade grupal construída organizam-se segundo protótipos que ajudam a construir as relações sociais com os pares (Steglich, Snijders & West, 2006): comportamentos, valores, atitudes e preferências são muitas vezes determinados não só por efeitos de conformismo, mas também por tentativas de comparação a uma percepção criada por diversos factores.

Enquanto o efeito psicossocial do conformismo revela que os indivíduos dependem do grupo para acederem à aceitação e aprovação social, conformando-se com a opinião da maioria ou submetendo-se a efeitos de prestígio porque antecipam recompensas e punições (Crozier, 2000), muitas opções respeitantes ao estilo de vida são feitas com base na imagem do padrão que uma pessoa tem (North & Hargreaves, 1999), o que muitas vezes determina as suas escolhas e preferências.

Risby e McDill (1975, cit. por Brown, Mory & Kinney, 1994) sugerem a distinção dos adolescentes por dois sistemas de recompensa: um formal, caracterizado por uma submissão à autoridade dos adultos, e um informal, conformista à cultura juvenil e que se apresenta como mais irreverente e motivado na obtenção de prazer e procura de sensações.

Os estilos de vida adoptados pelos adolescentes assumem primordial importância na medida em que reflectem atitudes e comportamentos que podem estar relacionados com uma maior adopção de comportamentos de risco na adolescência, nomeadamente o consumo de substâncias. Maxwell (2002) verificou que os adolescentes que reportavam ter amigos que se envolviam em comportamentos de risco tinham maior probabilidade de mais tarde se envolver em algum desses comportamentos.

Hanish (2005) refere os adolescentes integrados em grupos desviantes poderão ter maior probabilidade de desenvolver comportamentos de risco como o abuso de substâncias. Torna-se necessário salientar que o tempo livre disponível após o fim das aulas, é por vezes onde ocorrem determinados comportamentos de risco, devendo ser alvo de atenção por pais e educadores, de forma a minimizar esses comportamentos (Goldestein, Davis-Kean, & Eccles, 2005). No entanto, é importante considerar que os amigos ou o grupo de pares não podem ser considerados a única razão para que os

adolescentes se envolvam em comportamentos de risco, devemos por isso ter em conta outras variáveis envolvidas neste processo, assegurando assim uma forma mais eficaz de planear as intervenções. São poucos os estudos que se debruçam sobre a análise da influência positiva dos pares no comportamento dos adolescentes. Relativamente à influência dos pares nos comportamentos de saúde, verifica-se que embora existam muitos estudos sobre esta temática, são poucos aqueles que procuram compreender a influência positiva do grupo, sendo que nesses se verifica que a pressão dos pares pode motivar os adolescentes para bons resultados académicos e têm um papel essencial nas competências sociais dos adolescentes (Padilla-Walker & Bean, 2009). O suporte familiar é outra fonte de influência que não pode ser descurado no planeamento de intervenções com os adolescentes.

De uma forma geral, a socialização permite ao adolescente experimentar e desenvolver-se, servindo suporte emocional, proporcionando experiências positivas e permitindo ao adolescente sentir-se como parte integrante de um grupo, através do qual a socialização lhe permite adquirir valores, competências e preferências que orientam o seu comportamento (Tarrant, MacKenzie & Hewitt, 2006). A relação com os colegas contribui positivamente para o desenvolvimento do adolescente através de caminhos inacessíveis à família, uma vez que passam mais tempo com os colegas do que com as famílias e adultos, auxiliando assim as suas escolhas relativas aos estilos adoptados (Durkin, 1995). Assim, os processos de comparação, de diferenciação e de identificação social são essenciais na constituição de grupos com os quais os sujeitos se identificam. Enquanto actor social, o adolescente vai sentindo uma maior afinidade com alguns pares iniciando o seu sentimento de pertença a determinados grupos e este processo apresenta-se como indispensável na construção da identidade social dos adolescentes (Brown, Mory & Kinney, 1994; Tarrant, MacKenzie & Hewitt, 2006).

### **3.2.1. Comportamentos relacionados com a saúde**

Se considerarmos os múltiplos factores com impacto na saúde verificamos que muitos desses factores são de ordem comportamental. Os estilos de vida e a adopção por comportamentos relacionados com a saúde levam-nos à análise de padrões comportamentais saudáveis ou não saudáveis que determinam o estilo de vida e a saúde

global e bem-estar dos indivíduos. Os estados de mal-estar, perturbação ou doença são influenciados por um estilo de vida não saudável que por sua vez envolvem algum risco para a saúde, mantidos ao longo do tempo e apresentados em vários contextos (Andrews & Dishion, 1994). Os comportamentos relacionados com a saúde, para além da influência que têm no presente para cada indivíduo, têm também influência sobre os comportamentos futuros. Vários estudos têm mostrado que o comportamento anterior constitui o principal preditor do comportamento futuro, bem como de futuras intenções comportamentais (Ogden, 1996).

Podemos hoje considerar que a saúde e a doença são determinadas de uma forma multicausal e que devem ser abordadas numa perspectiva compreensiva e multidisciplinar. Os comportamentos relacionados com a saúde e a doença são o produto de muitos motivos e processos. Desde Alma-Ata (WHO, 1978) e a Conferência de Otawa (OMS, 1986) que se tem recomendado o investimento na promoção da saúde e na prevenção da doença.

A percepção de bem-estar está associada à saúde, na medida em que tem sido assinalada como um forte indicador de problemas na adolescência. Na ausência ou fragilidade da percepção de bem-estar parecem ocorrer com mais frequência situações de depressão, suicídio ou problemas de relacionamento, sendo estes distúrbios muitas vezes revelados por sinais físicos ou psicológicos (Green & Pope, 2000; Hansen, Holstein, Due & Currie, 2003).

Uma vez que os jovens manifestam menor vulnerabilidade à doença, a adolescência é geralmente considerada como um período de saúde (Irwin et al., 2002), sendo que a grande maioria dos jovens se percebe como saudável (Matos, 2011). Alguns conceitos enquadrados neste âmbito surgem na literatura nomeadamente, os factores protectores e de risco e o desenvolvimento positivo dos jovens. Os factores protectores são definidos como o conjunto de influências ou condições que reduzem os efeitos da exposição a factores de risco diminuindo a probabilidade de ocorrência de comportamentos desadequados na perspectiva da saúde. Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak e Hawkins (2002) identificam alguns factores que se pretendem promover: resiliência, competências sociais, emocionais, cognitivas, comportamentais e morais, auto-determinação, auto-eficácia, identidade positiva, expectativas positivas no futuro,

reconhecimento de comportamentos positivos, oportunidades para um envolvimento pro-social e normas sociais. Outros aspectos têm sido referidos, como a autonomia na tomada de decisão (Dickey & Deatrck, 2000), a percepção de auto-eficácia (Rimal, 2000), os padrões de ajustamento, a auto-gestão a condições crónicas de saúde (Williams, Holmbeck & Greenley, 2002) e o ajustamento psicossocial (Zweig, Phillips & Lindberg, 2002).

Em todo o mundo, as principais causas de morte na adolescência são os acidentes ou lesões não intencionais, as doenças sexualmente transmissíveis, os homicídios e o suicídio, sendo muitas destas causas de origem comportamental (OMS, 2009), sendo a fase da adolescência uma fase considerada por excelência como a ideal para prevenir estes comportamentos, uma vez que é nesta fase que os jovens estão mais permeáveis à aprendizagem e mudança de comportamento (Irwin et al., 2002).

No percurso do desenvolvimento dos jovens, estes podem apresentar diferentes trajectórias face ao risco, de acordo com os autores Compas e colaboradores (1995) estas trajectórias podem ser definidas com cinco traçados distintos (ver Figura 1).

Assim, de acordo com os autores, a trajectória um e dois apresentam-se como lineares e ao mesmo tempo opostas, sendo que a primeira traduz-se num percurso ajustado ao longo de toda a adolescência, sem envolvimento em comportamentos de risco muitas vezes protegidos pelos contextos protectores em que se inserem, já na segunda trajectória o percurso dos jovens traça-se manifestamente pelo risco, ou seja, considera-se que os jovens que apresentam este tipo de trajectória são confrontados ao longo do seu crescimento com factores de risco aos quais acabam por ceder, não apresentando factores de protecção suficientes para fazer face ao risco a que se encontram expostos, sendo que este percurso pode manter-se assim na idade adulta. No que concerne à trajectória três, esta traduz-se num baixo nível de funcionamento no início da adolescência, com uma recuperação ao longo deste período, evidenciando um momento de viragem que tende a manter-se como ajustado na idade adulta. Por seu turno, a trajectória quatro reflecte um declínio do ajustamento do adolescente, estando esta diminuição de adaptação muitas vezes relacionada a acontecimentos negativos neste período de vida, como por exemplo, um processo de divórcio ou morte de um familiar. Por último, mas não menos importante, a trajectória cinco reflecte o percurso que

muitos jovens apresentam ao longo da fase da adolescência, evidenciando a adoção de comportamentos de risco durante a adolescência com conseqüente recuperação a um ajustamento saudável, sendo muitos destes comportamentos transitórios e abandonados na passagem à idade adulta (Compas et al., 1995).

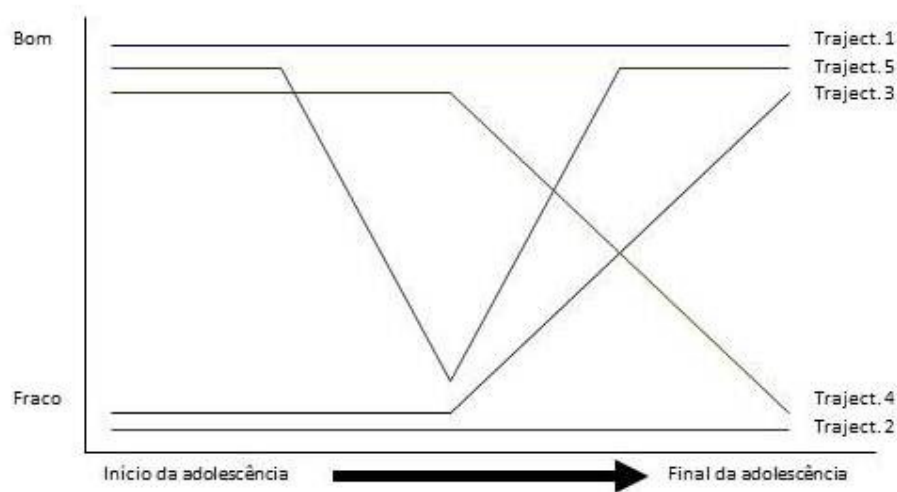


Figura 1. Trajectórias do desenvolvimento durante a adolescência (Compas et al., 1995, p. 271).

Estas trajetórias apresentadas pelos autores contemplam assim as diferentes formas como o adolescente se desenvolve e se posiciona face ao risco, sendo no entanto, importante referir que em muitos casos os contextos em que o adolescente se insere, as relações que estabelece com os seus pares e com os adultos significativos e os factores individuais influenciam em grande medida a trajetória a seguir. Muitos dos comportamentos adoptados na adolescência, nomeadamente os de risco, apresentam-se como transitórios e fazem parte até do desenvolvimento normal dos jovens, no entanto, também muitos destes comportamentos transitam para a idade adulta, principalmente nos casos em que os jovens apresentam desde cedo baixos níveis de ajustamento ou que apresentam dificuldades de funcionamento e adaptação.

### 3.2.2. Comportamentos relacionados com o risco

Quando abordamos os comportamentos relacionados com a saúde cabe-nos abordar não só os comportamentos de saúde positivos, mas também os comportamentos de saúde negativos. Como já vimos no ponto anterior, os comportamentos de saúde positivos assentam em comportamentos que contribuem para a promoção da saúde e para a prevenção do risco, tentando desta forma evitar um estado de doença, ou mesmo possibilitando a sua detecção precoce. No extremo oposto, encontram-se os comportamentos de saúde negativos, também conhecidos como comportamentos de risco, uma vez que se referem a comportamentos que, pela sua frequência ou intensidade, aumentam o risco de doença ou acidente.

Existem muitos factores que poderão minorar o envolvimento em comportamentos de risco, nomeadamente um grupo de pares que adopte comportamentos de saúde positivos, um bom ambiente familiar, uma boa relação com a escola, entre outros. Neste sentido, Piko e Kovács (2010) verificaram que bons resultados académicos promoviam nos adolescentes um maior sentimento de sucesso pessoal, evitando desta forma o envolvimento em comportamentos de risco como o consumo de substâncias. Torna-se assim importante a compreensão dos factores que contribuem para a adopção dos comportamentos de saúde positivos, mas também dos factores que propiciam uma maior vulnerabilidade ao risco, ajudando desta forma a prevenir o envolvimento em comportamentos prejudiciais para a sua saúde.

Para além da diferenciação entre comportamentos positivos e negativos de saúde, é imprescindível, dentro dos comportamentos de risco a diferenciação dos níveis de risco destes comportamentos. Esta discussão assenta na base de que alguns autores defendem que na fase da adolescência alguns dos comportamentos considerados de risco apresentam um nível de perigo mais moderado e devem ser encarados como fazendo parte do desenvolvimento normal do adolescente, na procura de experiências construtivas que irão contribuir para a construção da sua identidade (Kliewer & Murrele, 2007; WHO, 1986), sendo muitas vezes normativos e saudáveis (Ponton, 1997).

As relações interpessoais positivas possuem uma importância fundamental ao longo da vida e crescimento do adolescente, proporcionando-lhe um maior sentimento de bem-estar psicológico, nomeadamente na fase de integração e aceitação num grupo. Este sentimento de bem-estar parece estar fortemente associado a maiores níveis de felicidade e satisfação com a vida, diminuindo o risco do envolvimento em comportamentos lesivos para a saúde (Corsano, 2006).

Assim, verifica-se que ter amigos com quem nos relacionamos positivamente é condição essencial para o bem-estar dos adolescentes, sendo que a falta de amigos pode actuar como factor de risco, uma vez que os adolescentes que não têm amigos surgem como os que mais experimentam substâncias como heroína e ecstasy, os que mais fumam, e também os que mais referem o consumo de substâncias ilícitas no último mês (Tomé, Matos, & Diniz, 2008). Verifica-se ainda que as relações de amizade e as interacções sociais têm impacto na saúde mental dos jovens, sendo que quando não existe sentimento de pertença a um grupo, ou quando se verifica a rejeição por parte dos pares ou a ruptura nas relações sociais, a saúde mental dos jovens poderá ser afectada (Bakker, Ormel, Verhulst, & Oldehinkel, 2009).

É precisamente na ausência destas relações saudáveis que os comportamentos de risco se tornam mais preocupantes, isto porque quando estes comportamentos negativos levam ao afastamento dos adolescentes do grupo de pares, da família e da própria comunidade, colocam-no num risco acrescido de enfrentar adversidades sem suporte e sem factores de protecção que moderem esta ligação ao risco.

Lerner e Galambos (1998) falam de três critérios que podem ser úteis para distinguir estes dois tipos de comportamentos: a idade de início do comportamento, a duração do comportamento, e o estilo de vida do jovem. Os comportamentos de risco quando começam cedo têm mais probabilidade de se tornar verdadeiros problemas. Se estes comportamentos ultrapassam a experimentação, isto é, se com o passar do tempo estes comportamentos são mantidos, encontra-se mais um sinal de possíveis problemas futuros. Por último, se estes comportamentos surgem aliados a outros comportamentos de risco e, como tal, permitem categorizar o estilo de vida do jovem como estilo de vida de risco, então os adolescentes podem já estar envolvidos em problemas significativos. Também Braconnier e Marcelli (2000) falam da necessidade de estar atento aos aspectos

quantitativos dos comportamentos de risco, até mais do que os qualitativos, para que perante determinados sinais se realize uma intervenção preventiva de uma escalada nos comportamentos problema. Entre os sinais apontados pelos autores, encontra-se a questão da repetição do comportamento de risco (consumos, violência, problemas escolares) da duração do comportamento (durante mais de 3 meses ou mesmo 6 meses ou mais), e a questão da acumulação de comportamentos de risco e acontecimentos de vida negativos.

Segundo Trimpop (1994), os factores mais determinantes na percepção do risco são as preferências pessoais, as experiências anteriores, e as interpretações individuais do risco. Dentro das interpretações individuais do risco encontra-se uma percepção comum entre os jovens, a percepção da invulnerabilidade. A percepção de invulnerabilidade é, segundo Schwarzer e Fuchs (1995), uma das potenciais causas dos comportamentos de risco. As percepções do risco são muitas vezes distorcidas e reflectem uma “pré-disposição optimista”, o que conduz a uma subestimação do risco objectivo. Weinstein (1987, cit. in Ogden, 1996) apresenta quatro factores que contribuem para as percepções incorrectas do risco e da susceptibilidade a este último, que constituem o chamado “optimismo irrealista”: a) falta de experiência pessoal com o problema; b) a crença de que é possível prevenir o problema através de acções pessoais; c) a crença de que se o problema ainda não apareceu, também não irá aparecer no futuro; d) e a crença de que não se trata de um problema frequente.

Todas estas teorias se debruçam sobre importantes influências dos comportamentos de risco, dado que os níveis biológico, psicológico e social funcionam como factores determinantes do comportamento (Agra, 1995). A tendência actual, no entanto, não é estudar estes factores de forma segmentada mas sim em conjunto, dadas as influências e inter-relações que existem entre os factores pertencentes a diversos domínios. Cada vez mais os modelos de estudo do desenvolvimento na adolescência e dos comportamentos de risco reflectem uma orientação interdisciplinar e transaccional (Compas et al., 1995).

Dentro dos factores que estão por detrás dos comportamentos de risco, encontram-se variáveis biológicas, psicológicas, cognitivas e envolvimentoais. Os modelos actuais de análise dos comportamentos colocam cada vez mais ênfase na

análise das relações entre variáveis de diferentes níveis, no sentido de uma compreensão mais abrangente da complexidade inerente aos comportamentos de risco. Reflexo disso, são alguns dos modelos sociocognitivos, como a teoria da acção reflectida, a teoria do comportamento planeado e o modelo composto da relação atitude-comportamento, que derivam de uma das áreas com maior produção de modelos e teorias explicativas dos comportamentos relacionados com a saúde.

Uma questão que tem atraído o interesse dos investigadores no estudo destes comportamentos, tem sido a questão da co-ocorrência de comportamentos de risco. Uma das teorias mais conhecidas neste âmbito é a teoria do comportamento problema de Jessor (Jessor et al., 1991). De acordo com esta teoria, os indivíduos que entram em comportamentos de risco apresentam uma tendência que os predispõe para este tipo de comportamentos. Esta tendência é o resultado de um balanço entre factores de risco e de protecção a nível pessoal, envolvimento e comportamental.

É importante referir a existência de factores de risco cumulativos que acarretam uma maior vulnerabilidade por parte do adolescente, nomeadamente em situações de disfunção familiar concomitantes com a influência negativa dos pares (Kuntsche & Jordan, 2006). Assim, os ambientes familiar, escolar e social representam um suporte fundamental na adopção de comportamentos protectores da saúde e na prevenção de comportamentos de risco, no sentido em que, adolescentes que adoptam pelo menos um comportamento de risco, acumulam maior propensão para outros comportamentos de risco (Crome & McArdle, 2004).

### **3.3. Consumo de substâncias**

Como já foi referido, a adolescência é um período de procura de experiências, limites e identidade, assumindo-se desta forma como o período privilegiado para o início do uso e abuso de substâncias (Gilvarry, 2000). O álcool e o tabaco assumem-se como as drogas mais utilizadas pelos adolescentes, a *cannabis* como a droga ilícita mais consumida, sendo muito frequente a associação do consumo de tabaco e álcool à condução do consumo de outras drogas ilegais.

Nos vários estudos Portugueses HBSC, com o objectivo de estudar os comportamentos de saúde dos adolescentes portugueses em idade escolar, verificou-se relativamente a todos os tipos de substâncias uma predominância do género masculino, relativamente à experimentação e ao consumo (Matos et al., 2011). Por seu lado, Kokkevi e colaboradores (2006), no estudo “Cross-Sectional School Population Survey” (ESPAD), de seis países Europeus, também verificaram que os rapazes apresentavam uma maior prevalência de consumo de substâncias ilícitas do que as raparigas, sendo estas diferenças pouco nítidas para o consumo de tabaco, o que também se verifica no último estudo HBSC português (Matos et al., 2011).

De acordo com o estudo European School Project on Alcohol and Drugs (OEDT, 2005), o uso de substâncias muito precoce está associado à iniciação do uso de outras substâncias como o tabaco e o álcool antes dos 13 anos de idade. O consumo prematuro de *cannabis* está também associado a outras adaptações em torno dos 15 anos. Em cada país, o uso precoce de *cannabis* está associado a altos níveis de outros comportamentos de risco e a questões ligadas a uma saúde pouco positiva com experiência de sintomas psicossomáticos, conflitos e *bullying* assim como experiências sexuais precoces.

De um modo geral, a grande maioria dos estudos concorda que são os rapazes e os adolescentes mais velhos que reportam um maior consumo de todo o tipo de substâncias. A excepção encontrada é ao nível do tabaco em que vários estudos recentes têm demonstrado ausência de diferenças de género quanto a este consumo. Relativamente à idade, os estudos indicam que o consumo tende a aumentar à medida que a idade aumenta.

Para facilitar a compreensão do uso de substâncias durante a adolescência é fundamental avaliar as diferenças das características pessoais, contexto social, cultural e ambiental, bem como a interacção entre estes factores. Os fenómenos sociais como a influência social ou a pressão dos pares assumem maior relevo nesta fase, na medida em que existe a necessidade de afiliação ao grupo, facilitando a emergência de situações de conformismo (Vala & Monteiro, 2002). O contexto escolar (grupo de pares) e social em que o adolescente está inserido, tem sido apontado como o preditor mais consistente do uso de substâncias na adolescência (Kuntsche & Jordan, 2006), notando-se a necessidade de explorar os comportamentos associados a estes contextos específicos,

bem como motivações e percepções de pertença a uma cultura ou grupo, permitindo um melhor entendimento do uso de substâncias com vista à prevenção de comportamentos lesivos para a saúde.

Brook e colaboradores (2003) descreveram um modelo que identifica características pessoais, relações parentais e de pares como factores críticos que predizem o uso de substâncias na adolescência, sugerindo os seguintes factores de risco: 1) funcionamento psicológico, que inclui características como a baixa auto-estima, impulsividade, isolamento, e problemas emocionais; 2) ambiente familiar, salientando-se as atitudes parentais face ao consumo e baixo nível de coesão familiar; 3) relação com o grupo de pares, destacando-se a criação de relações com pares consumidores, forma de integração/aceitação no grupo e insucesso ou abandono escolar precoce; e 4) acontecimentos de vida traumáticos, um elevado número de acontecimentos de vida negativos levam o adolescente a uma maior vulnerabilidade emocional, verificando-se uma diminuição do nível de satisfação com a vida e percepção de bem-estar, aumentando as probabilidades de desajustamento social e o risco.

Vários são os modelos que procuram explicar o consumo de substâncias. Becoña e Martín (2004) classificam estes modelos e teorias em três grandes grupos: 1) teorias parcelares e baseadas em poucos componentes, que explicam os comportamentos de consumo com base em poucos elementos; 2) teorias de estádios e evolutivas, que alicerçam a explicação dos comportamentos de consumo baseados em estádios ou fases de desenvolvimento do indivíduo; e 3) teorias integrativas e compreensivas, que pretendem explicar o consumo de substâncias através da integração de diversas abordagens ou pelo comportamento de consumo em si.

Dos modelos explicativos do consumo de substâncias, sublinha-se o que muitos têm em comum, o contexto social e as suas interacções. Assim destacam-se algumas teorias, tais como a Teoria da aprendizagem social (Bandura, 1977), o Modelo Social de Peele (Donovan, 1988), o Modelo do desenvolvimento social de Catalano e Hawkins (1996), a Teoria de socialização primária (Oetting, Donnermeyer & Deffenbacher, 1998), e mais recentemente o Modelo compreensivo e sequencial das fases para o consumo de drogas na adolescência, de Becoña (Beconã & Martín, 2004), que sustentam a importância crucial do contexto social e estilos de vida adoptados e

reforçam a necessidade de estudos integrativos nesta área que englobem o adolescente no seu todo.

Tendo em conta os contextos socializadores mais significativos nesta fase, verifica-se que o grupo de pares se apresenta enquanto factor de risco quando os amigos considerados modelos de comportamento apresentam uma maior tolerância, aprovação ou consumo de substâncias (Kodjo & Klein, 2002). Considera-se que existe uma tendência para adolescentes que querem iniciar o consumo de substâncias se aproximarem de pares semelhantes que consomem ou aprovam este comportamento (Tuttle et al., 2002), verificando-se que a influência de pares não deve ser apreciada de uma forma simplista, uma vez que esta está em interacção num processo onde factores individuais, familiares e sociais adversos se podem combinar de forma a aumentar a probabilidade do uso e abuso de substâncias.

Na sequência desta ideia de integração dos diferentes contextos, bem como de factores pessoais na explicação do consumo de substâncias, salienta-se o modelo explicativo para o consumo de substâncias desenvolvido por Simões (2007), que conclui que os jovens que têm mais dificuldades no contexto familiar e escolar e com os amigos, e apresentam mais frequentemente sintomas de mal-estar psicológico apresentam níveis mais elevados de consumo, sendo por isso factores determinantes do consumo de substâncias na adolescência. De acordo com este modelo, os principais contextos socializadores e as relações estabelecidas no seu âmbito têm impacto ao nível das percepções individuais de bem-estar e de satisfação com a escola, que por sua vez apresentam um impacto sobre o consumo de substâncias. Assim, segundo a autora (ver figura 2), o modelo propõe que a família (facilidade de comunicação com os pais), os amigos (facilidade de comunicação com os amigos), a relação com os colegas e a relação com os professores apresentam um impacto positivo ao nível do bem-estar subjectivo e da ligação à escola, e um impacto negativo ao nível dos sintomas psicológicos, por outro lado, os sintomas de mal-estar psicológico apresentam um impacto negativo ao nível do bem-estar subjectivo e da satisfação com a escola, e um impacto positivo ao nível do consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas, que a satisfação com a escola apresenta um impacto positivo ao nível do bem-estar e um impacto negativo ao nível do consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas, que o bem-estar subjectivo apresenta um impacto negativo ao nível do consumo de tabaco, álcool e

drogas ilícitas, e por último, que o consumo de tabaco apresenta um impacto positivo ao nível do consumo de álcool e de drogas ilícitas e o consumo de álcool apresenta um impacto positivo ao nível do consumo de drogas ilícitas.

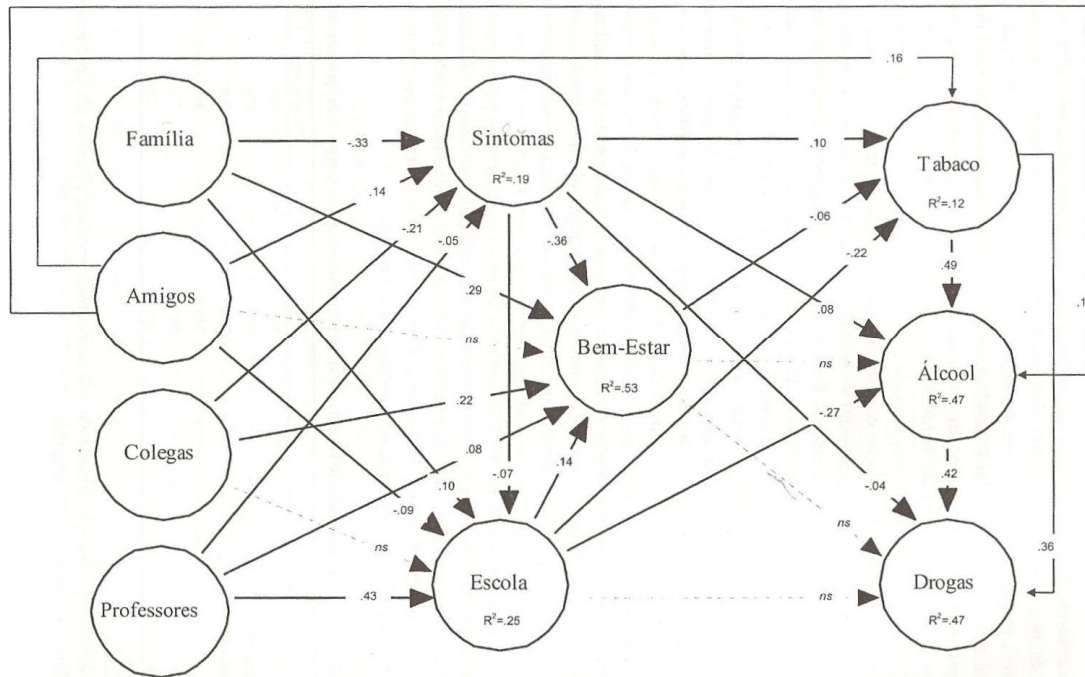


Figura 2. Modelo explicativo do consumo de substâncias na adolescência (Simões, 2007, p. 363).

### 3.3.1. Tabaco

A prevenção do consumo de tabaco tem sido reforçada nos últimos anos, na medida em que existe uma maior probabilidade de os jovens experimentarem o seu primeiro cigarro na adolescência, podendo desta forma mais cedo dar início aos seus hábitos tabágicos. Existe um elevado consumo de tabaco na adolescência, sendo a tendência dos últimos estudos de um aumento deste consumo por parte das raparigas (Matos et al., 2011). Ao nível da informação e prevenção, verifica-se que os efeitos negativos do consumo de tabaco têm sido largamente divulgados, nomeadamente ao nível de cancro e de doenças cardíacas.

No geral observa-se que os adolescentes que pertencem a um grupo de pares em que a maior parte dos amigos são fumadores, têm maior probabilidade de iniciarem o consumo de tabaco. Esse efeito é interpretado como a influência do grupo de pares (Go, Green Jr., Kennedy, Pollard, & Tucker, 2010). No entanto, verifica-se que a influência do grupo relativamente ao consumo de tabaco, não pode ser considerada a única explicação para esse comportamento entre os adolescentes, apesar de o consumo ser maior entre adolescentes que possuem amigos fumadores. A pressão do grupo é muitas vezes apontada como uma razão para o consumo de tabaco entre os adolescentes. A teoria cognitiva social sugere que a modelagem é o ponto crítico desse comportamento, uma vez que os adolescentes observam e cumprem as normas descritivas do comportamento real ou percebido dos outros (Holliday, Rothwell, & Moore, 2010).

Mercken, Snijders, Steglich e Vries (2009) no estudo realizado em seis países europeus, com 7704 adolescentes, encontraram que os adolescentes na maior parte dos países preferem procurar amigos com comportamentos similares aos seus, assim, no caso do consumo de tabaco, os adolescentes não eram influenciados pelos amigos, mas escolhiam ter amigos fumadores. Assim, os amigos podem ser escolhidos devido às similaridades comportamentais ou podem promover essa similaridade. Essa influência bidireccional pode ser positiva ou negativa, mas surge como parte das relações mantidas durante a adolescência (Sumter, Bokhorst, Steinberg, & Westenberg, 2009).

As características dos amigos e da própria amizade poderá ser outro factor para que essa influência tenha mais ou menos força. Os amigos do mesmo género podem influenciar a iniciação ao consumo de tabaco e marijuana, mais do que os de género oposto, podem ainda influenciar a iniciação, ou a interrupção do consumo de álcool, indicando que os amigos podem também ser uma protecção em determinados comportamentos de risco (Maxwell, 2002; Hartup, 2005).

### **3.3.1. Álcool**

A grande maioria dos estudos realizados na área dos consumos na fase da adolescência refere que o álcool é a substância mais utilizada pelos adolescentes e também aquela de que eles mais abusam (Matos, et al., 2011; ESPAD, 2008). Os efeitos

negativos do consumo do álcool incidem não só ao nível comportamental, mas também aumentando o risco de cancro, hipertensão, défices de memória, entre outros.

O consumo de álcool afecta de modo significativo a saúde física, social e mental dos indivíduos, das famílias e de toda a comunidade (WHO, 1996). O consumo de álcool está relacionado com determinantes socioeconómicos, que têm efeitos a nível das desigualdades sociais em saúde e têm consequências importantes a nível da estabilidade psicológica do próprio e dos que o rodeiam, em particular nas crianças e nos jovens, com repercussões a nível emocional e no rendimento escolar, em baixas e reformas precoces, no envelhecimento e morte prematuros (Marmot, 1997; OEDT, 2005; Kuntsche & Jordan, 2006).

O consumo de álcool em Portugal é um problema de saúde pública global que pode afectar todos, independentemente da idade, do género, de estatuto socioeconómico e cultural. Uma vez que o início do consumo de bebidas alcoólicas de um modo geral tem lugar na adolescência, deve ser dada maior atenção a este grupo mais vulnerável, até porque, hoje em dia, os jovens iniciam o consumo de álcool cada vez mais cedo. Tal é introduzido pela influência dos pares, dos pais e dos *media*, tornando o álcool um componente natural de muitas ocasiões sociais (Michael & Ben-Zur, 2007). A frequência de episódios de embriaguez é também um indicador da gravidade do consumo de álcool, uma vez que cada episódio de consumo excessivo de álcool envolve múltiplos riscos para a saúde (Settertobulte, Jensen & Hurrelmann, 2001; Kuntsche & Kuendig, 2006).

Beal, Ausiello, e Perrin (2001) observaram que o grupo de pares era o melhor preditor para os comportamentos de risco ao nível do consumo de substâncias para a saúde entre os adolescentes. A influência dos pais estava associada a diferenças no consumo de álcool, enquanto os pares influenciavam todos os outros comportamentos de risco para a saúde, como o consumo do álcool e tabaco, actividade sexual de risco ou o consumo de substâncias. Neste sentido, verifica-se que o envolvimento em comportamentos de risco pode ocorrer como manutenção ou iniciação das amizades ou como uma tentativa de integração num grupo de pares (Engels, & Bogt, 2001). A confirmar essa tendência, os principais motivos para o consumo de álcool apresentados pelos adolescentes estão relacionados a situações sociais que geralmente se desenrolam

na companhia dos amigos, como por exemplo: beber deixa as festas mais divertidas, facilita a aproximação aos outros, ajuda a relaxar ou facilita a partilha de experiências e sentimentos (Kuntsche, Knibbe, Gmel, & Engels, 2005). E por sua vez a imitação dos comportamentos de risco poderá ser maior quando o consumo se inicia numa situação social (Larsen, Engels, Souren, Granic, & Overbeek, 2010).

Kuntsche e Gmel (2004) num estudo realizado com 3861 adolescentes dos 8º e 9º anos de escolaridade, verificaram que os rapazes tendem a embebedar-se mais do que as raparigas, o que ocorre em grupos com diferentes níveis de integração social. Já Clark e Lohéac (2006), analisaram os dados do “National Longitudinal Study of Adolescent Health” (Add Health), que incluía adolescentes americanos que frequentavam do 7º ao 12º ano de escolaridade, e encontraram que o consumo de tabaco, álcool e marijuana, estavam associados ao comportamento do grupo de pares e que o efeito do grupo era mais forte para os comportamentos de risco, especialmente para o consumo de álcool, mais nos rapazes do que nas raparigas.

Vários estudos apontam que, embora a influência dos pares seja um factor a considerar no que respeita ao consumo de substâncias por parte dos adolescentes, a influência parental continua a ser a mais importante, pelo menos no que concerne à iniciação do consumo de álcool (Kuntsche & Kuendig, 2006).

Torna-se ainda importante salientar que o consumo de substâncias constitui um dos mais importantes factores associados ao risco na vida futura (Sheldrick, 1999) e nomeadamente o consumo de álcool e a sua dependência é uma das maiores causas de morte e doença na idade adulta.

### **3.3.1. Drogas ilícitas**

À semelhança das substâncias anteriores, o consumo de drogas ilícitas tem geralmente o seu início na adolescência, verificando-se que este consumo constitui um grave problema social (Negreiros, 1999). Uma das consequências mais graves deste tipo de consumo está relacionada com as perturbações mentais que podem ser despoletadas pelo uso precoce de algumas substâncias (APA, 1996). Desde os anos 60 que se tem verificado um aumento do número de jovens a experimentar drogas. A *cannabis* (a

droga ilícita mais consumida entre os adolescentes) tornou-se normativa entre uma minoria substancial de estudantes de liceu provenientes de muitos países industrializados (Costa e Silva, 2002; EMCDDA, 2003; Johnston, Bachmann & O'Malley 1999; Nic Gabhainn & Francois 2000; Ter Bogt, Fotiou & Nic Gabhainn 2004). Na Europa e nos E.U.A. o aumento do consumo de *cannabis* ocorreu nos anos noventa, onde os jovens reportavam consumir mais drogas e iniciar os consumos em idades mais precoces (Costa e Silva, 2002).

Num estudo com o objectivo de determinar a frequência de embriaguez e uso de marijuana de acordo com factores ao nível escolar e individual em adolescentes, verificou-se que os jovens que usavam marijuana na escola ou antes de ir para a escola, não só contribuíam para um ambiente escolar em que o uso de marijuana é aceitável, como tornavam acessível a obtenção de marijuana a jovens para quem a obtenção não era fácil, aumentando o seu uso pelos jovens (Kuntsche & Jordan, 2006). O estudo de Kokkevi e colaboradores (2007), baseado no “Cross-Sectional School Population Survey “ (ESPAD), com 16445 adolescentes de seis países Europeus, verificou que os rapazes apresentavam maior prevalência do consumo de substâncias ilícitas do que as raparigas e ainda que essas diferenças eram menos marcadas para o consumo de tabaco.

Segundo Engels & Bogt (2001) à semelhança do consumo de álcool e tabaco, a experimentação de marijuana e de outras drogas pode ser considerado como parte integrante do processo de se tornar adulto, constituindo uma tentativa de alcançar a condição de adulto pela qual os adolescentes tanto anseiam.

O uso e o abuso de drogas ilícitas tanto na adolescência como na idade adulta constituem um grave problema social. O consumo de substâncias como a marijuana, inalantes, anfetaminas, alucinogénios como o LSD, tranquilizantes, cocaína, opiáceos como a heroína, e os esteróides trazem graves problemas aos adolescentes (Hansen & O'Malley, 1996), sendo que as consequências do uso de drogas variam bastante em função do tipo de droga utilizado. Neste sentido as perturbações mentais constituem uma das graves consequências das drogas ilícitas a nível pessoal e social. O *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1996) apresenta algumas destas substâncias como potenciadoras de várias perturbações mentais, nomeadamente, os alucinogénios, as anfetaminas, a *cannabis*, a cocaína, os inalantes, os opiáceos, e os sedativos, hipnóticos

e ansiolíticos. O abuso destas substâncias pode estar na base de perturbações como o *delirium*, demência, perturbação psicótica, perturbação do humor, perturbação de ansiedade, disfunção sexual e perturbação do sono.

São diversos os estudos que apontam a cumulatividade do consumo das diferentes substâncias na fase da adolescência. Este é um ponto importante, uma vez que muitas vezes a iniciação do consumo de tabaco conduz à iniciação do consumo de outras drogas ilícitas. Para além desta associação, torna-se também importante perceber qual a percepção que os jovens têm do seu consumo e em que medida este consumo é assumido pelos próprios. De acordo com esta premissa, Ferreira e colaboradores (2009), procuraram perceber a associação entre alguns comportamentos de risco e o consumo de marijuana nos últimos 30 dias, associação esta que se revelou significativa para todos os comportamentos em estudo como acontece em estudos semelhantes (Angel, Richard & Valleur, 2000; Sutherland & Shepherd, 2001; Crome & McArdle, 2004; Kuntsche & Jordan, 2006). Neste estudo, por um lado os autores concluíram que os adolescentes que não respondem à questão relativa ao consumo de marijuana no último mês são também aqueles que mais referem já ter experimentado tabaco e maior consumo do mesmo, e que mais reportam o consumo de álcool.

Os motivos para o consumo de substâncias ilícitas na adolescência prendem-se no geral com factores pessoais, envolvimento e sociodemográficos. Neste sentido, sabemos que o risco de envolvimento aumenta com o aumentar da idade, sendo os rapazes que reportam um maior consumo de todas as substâncias, sendo fundamental ter em consideração outras variáveis para avaliação deste comportamento de risco, nomeadamente o estatuto socioeconómico, as relações familiares e interpessoais, bem como os factores psicológicos que muitas vezes predispõem o adolescente a envolver-se num tipo de consumo mais terapêutico e não tanto recreativo.

### **3.4. A saúde dos adolescentes: estudo HBSC**

Este ponto inserido no capítulo revisão da literatura pretende dar uma visão geral dos dados obtidos no estudo português Health Behaviour in School-aged Children (HBSC, 2010) de forma a enquadrar os comportamentos de saúde dos adolescentes portugueses, visando desta forma uma melhor compreensão dos estudos que compõem

esta dissertação, bem como uma abordagem global que caracteriza os adolescentes em causa, apresentando-se os dados relativos ao consumo de substâncias e a sua evolução ao longo dos estudos, bem como as temáticas que incluem as variáveis mais pertinentes utilizadas nos diferentes artigos, nomeadamente, o contexto familiar, o grupo de pares e o ambiente escolar, os comportamentos de saúde e bem-estar, e comportamentos de risco, como a violência.

O HBSC/OMS – *Health Behaviour in School aged Children* é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde ([www.hbsc.org](http://www.hbsc.org)). De 4 em 4 anos, estuda o estilo de vida dos adolescentes, seus problemas e contextos de vida em 43 países da Europa e da América do Norte. Utiliza amostras nacionais significativas e aleatórias.

Em Portugal, o estudo é realizado desde 1996, pela equipa do projecto *Aventura Social*, da Faculdade de Motricidade Humana e Centro da Malária e Doenças Tropicais, tendo-se realizado quatro estudos em 1998, 2002, 2006 e 2010.

Pretende-se estudar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas e verificar a sua evolução. Incluem-se adolescentes dos 6º, 8º e 10º anos de escolaridade de todo o continente e, em 2010, também da Madeira.

Em 2010 mantém-se o padrão das diferenças associadas ao género, com as raparigas a apresentar mais comportamentos de internalização (sintomas de mal-estar físico e psicológico e insatisfação com a vida) e os rapazes a apresentar mais comportamentos de externalização (p.e. diversas formas de violência, consumo de álcool e drogas, tempo de ecrã). Em alguns comportamentos a diferença parece estar a reduzir-se (p.e. o consumo de tabaco). As raparigas continuam mais próximas da escola e com mais monitorização parental. Os rapazes têm maior percepção de satisfação com a vida.

Também se mantém o padrão das diferenças associadas à idade, com os mais velhos (10º ano) a apresentar mais comportamentos de risco (p.e. nos consumos) e menos comportamentos de protecção (p.e. boa comunicação com os pais).

Os jovens incluídos na amostra encontram-se distribuídos em percentagens semelhantes no que se refere ao género (rapaz: 47,7%; rapariga: 52,3%). Relativamente

aos anos de escolaridade, pode observar-se que a maior percentagem dos jovens se encontra no 10º ano de escolaridade (6º ano: 30,8%; 8º ano: 31,6%; 10º ano: 37,6%).

Em seguida, apresentam-se a média de idades e a percentagem de rapazes e raparigas na amostra total e amostra parcial (alunos que frequentam os 8º e 10º anos). Ao longo da apresentação do estudo, algumas questões, identificadas no respectivo texto, só foram respondidas pela amostra parcial.

Tabela 1. Descrição da amostra total e parcial HBSC 2010

<b>Amostra total – alunos dos 6º, 8º e 10º anos (n=5050)</b>					
<b>Rapazes</b>	<b>Raparigas</b>	<b>Média</b>	<b>D.P</b>	<b>Mín.</b>	<b>Máx.</b>
<b>47,7%</b>	<b>52,3%</b>	13,98	1,85	10	21
<b>Amostra parcial - apenas alunos dos 8º e 10º anos (n=3494)</b>					
<b>Rapazes</b>	<b>Raparigas</b>	<b>Média</b>	<b>D.P</b>	<b>Mín.</b>	<b>Máx.</b>
<b>46,4%</b>	<b>53,6%</b>	14,94	1,30	13	21

A maioria dos jovens que constituem a amostra é de nacionalidade portuguesa, bem como os seus pais. A grande maioria dos jovens (98,3%) refere falar a língua portuguesa em casa com a sua família.

Tabela 2. Descritivas da variável nacionalidade

<b>Nacionalidade (n=4831)</b>				
<b>Portuguesa</b>	<b>PALOP'S</b>	<b>Brasileira</b>	<b>Ucraniana/Romena/ Moldava/Russa</b>	<b>Outra</b>
94,4%	1,4%	1,3%	0,8%	2,1%

- **Uso de substâncias**

No que concerne ao tabaco, a maioria dos adolescentes refere que nunca experimentou tabaco, sendo que os adolescentes referem mais frequentemente ter fumado um cigarro pela primeira vez aos 14 anos ou mais, no entanto, a grande maioria refere não fumar. Em relação à frequência de consumo de tabaco nos últimos 30 dias, verifica-se que a grande maioria refere não ter fumado, embora uma preocupante minoria refira tê-lo feito três vezes ou mais.

Tabela 3. Descritivas da variável tabaco

<b>Experimental tabaco (n=5003)</b>			
<b>Sim</b>	<b>Não</b>		
30%	70%		

<b>Quantos anos tinhas quando pela primeira vez...</b>			
	<b>11 anos ou menos</b>	<b>12-13 anos</b>	<b>14 anos ou mais</b>
<b>Fumaste um cigarro (n=1357)</b>	15,8%	40,8%	<b>43,4%</b>

<b>Consumo de tabaco (n=4964)</b>			
<b>Não fuma</b>	<b>Menos que uma vez/semana</b>	<b>Pelo menos uma vez/semana</b>	<b>Todos os dias</b>
88,1%	4,5%	2,9%	4,5%

<b>Quantas vezes nos últimos 30 dias:</b>			
	<b>Nunca</b>	<b>1 a 2 vezes</b>	<b>3 vezes ou mais</b>
<b>Fumaste um cigarro (n=4990)</b>	85,4%	6,0%	8,7%

No que concerne ao álcool e à idade de experimentação desta substância, verifica-se que cerca de 40% dos adolescentes refere ter bebido álcool pela primeira vez aos 12-13 anos, e cerca de 60% refere ter ficado embriagado pela primeira vez aos 14 anos ou mais.

Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, a bebida mais consumida todos os dias é a cerveja, no entanto a maioria dos jovens refere que raramente ou nunca consome as bebidas apresentadas.

Tabela 4. Descritivas da variável álcool

<b>Quantos anos tinhas quando pela primeira vez...</b>			
	<b>11 anos ou menos</b>	<b>12-13 anos</b>	<b>14 anos ou mais</b>
<b>Bebeste álcool (n=2907)</b>	26,4%	<b>41,9%</b>	31,7%
<b>Ficaste embriagado (n=1213)</b>	9,5%	28,8%	<b>61,7%</b>

<b>Consumo de bebidas alcoólicas</b>			
	<b>Todos os dias</b>	<b>Todas as semanas/meses</b>	<b>Raramente ou nunca</b>
<b>Cerveja (n=4942)</b>	0,5%	7,8%	<b>91,7%</b>
<b>Vinho (n=4911)</b>	0,4%	2,1%	<b>97,5%</b>
<b>Bebidas destiladas (n=4945)</b>	0,3%	9,9%	<b>89,8%</b>
<b>Alcopops (n=4903)</b>	0,3%	6,0%	<b>93,7%</b>
<b>Outra (n=4712)</b>	0,4%	5,3%	<b>94,3%</b>

A grande maioria dos jovens inquiridos refere nunca ter estado embriagado. Em relação à frequência de consumo de álcool e embriaguez nos últimos 30 dias, verifica-se que a grande maioria refere não ter ficado embriagado, e cerca de dois terços dos adolescentes referem não ter bebido álcool.

Tabela 5. Descritivas da variável embriaguez

<b>Embriaguez (n=5005)</b>			
<b>Nunca</b>	<b>Uma a três vezes</b>	<b>Quatro vezes ou mais</b>	
75,1%	18,9%	6%	
<b>Quantas vezes nos últimos 30 dias:</b>			
	<b>Nunca</b>	<b>1 a 2 vezes</b>	<b>3 vezes ou mais</b>
<b>Bebeste álcool (n=4966)</b>	<b>64,7%</b>	22,5%	12,7%
<b>Ficaste embriagado (n=4958)</b>	<b>91,1%</b>	6,7%	2,2%

Relativamente ao período do dia em que os adolescentes costumam beber, verifica-se que cerca de metade dos adolescentes refere não beber, e mais de um terço refere fazê-lo durante o fim-de-semana à noite (questão colocada apenas a alunos dos 8º e 10º anos de escolaridade).

Tabela 6. Descritivas da variável periodicidade do consumo de álcool

<b>Quando bebes, costumás fazê-lo: (n=1544)</b>	
<b>Todos os dias a qualquer hora</b>	4,0%
<b>Durante a semana de dia</b>	3,0%
<b>Durante a semana à noite</b>	3,8%
<b>Durante o fim-de-semana de dia</b>	3,0%
<b>Durante o fim-de-semana à noite</b>	<b>37,0%</b>
<b>Nunca bebes</b>	<b>49,2%</b>

Quando questionados sobre o consumo de drogas, a quase totalidade dos jovens refere que não consumiu nenhum tipo de droga no último mês. Ao nível da experimentação, verifica-se que os jovens referem mais frequentemente ter experimentado haxixe/erva, seguido de estimulantes e LSD. A grande maioria dos adolescentes inquiridos refere que nunca consumiu *cannabis* ao longo da vida, ao longo do último ano, nem no último mês.

Tabela 7. Descritivas da variável periodicidade do consumo de drogas no último mês

<b>Consumo de drogas no último mês (n=4328)</b>			
<b>Nenhuma</b>	<b>Uma vez</b>	<b>Mais do que uma vez</b>	<b>Consumo regularmente</b>
<b>93,9%</b>	2,7%	2%	1,4%

Tabela 8. Descritivas da variável experimentação de drogas ilícitas

<b>Experimentar os seguintes produtos:</b>	<b>%</b>
<b>Haxixe/erva (n=4622)</b>	<b>8,8</b>
<b>Estimulantes (n = 4579)</b>	<b>3,4</b>
<b>LSD (n= 4419)</b>	<b>2,0</b>
<b>Cocaína (n= 4583)</b>	1,9
<b>Ecstasy (n= 4549)</b>	1,8
<b>Medicamentos usados como drogas (n= 4560)</b>	1,6
<b>Heroína (n= 4595)</b>	1,4
<b>Doping (n= 4343)</b>	1,2

Tabela 9. Descritivas da variável *cannabis*

<b>Consumo de <i>cannabis</i>:</b>			
	<b>Nunca</b>	<b>1 a 2 vezes</b>	<b>3 vezes ou mais</b>
<b>Ao longo da vida (n=4973)</b>	<b>93,1%</b>	3%	3,9%
<b>No último ano (n=4890)</b>	<b>93,9%</b>	2,8%	3,3%
<b>No último mês (n=4885)</b>	<b>96,5%</b>	1,6%	1,9%

Em 2010, a maioria dos adolescentes não fuma tabaco. A percentagem de fumadores tem vindo a diminuir desde 2002. E os fumadores diários em 2006 eram 5% e em 2010 são 4,5%.

A maioria dos jovens não consome bebidas destiladas e nunca se embriagou. Desde 1998, o consumo diário de bebidas destiladas tem oscilado entre 0,3% e 1%. A percentagem mais elevada ocorreu em 2002 (1%), enquanto a menos elevada se verificou em 2010 (0,3%).

A percentagem de adolescentes que afirma que nunca se embriagou desceu entre 1998 e 2006, mas subiu em 2010. Contudo, a percentagem de jovens que se embriagou mais de dez vezes manteve-se.

A maioria dos jovens refere que não consumiu drogas no último mês. Observou-se uma grande diminuição de 1998 para 2002, relativamente ao número de adolescentes que não consumiu substâncias ilícitas nenhuma vez, tendo-se mantido sem alterações significativas desde essa altura. O consumo regular passou de 1,1%, em 2006, para 1,4%

em 2010. A experimentação de haxixe entre os adolescentes portugueses tem variado desde 1998 (3,8%), sendo que a maior percentagem foi observada em 2002 (9,2%). Desceu em 2006 (8,2%) e subiu ligeiramente em 2010 (8,8%). Também considerando a experimentação de outras drogas, ocorreu uma subida de 2006 para 2010: LSD, de 1,8% para 2%; cocaína, de 1,6% para 1,9%; e *ecstasy* de 1,6% para 1,8%.

- **Família e ambiente familiar**

Ao nível do agregado familiar, verifica-se que a maioria dos jovens refere viver com a mãe (92,1%), seguindo-se o pai (77,1%). No que diz respeito ao número de irmãos, quase metade dos jovens refere ter um irmão (género feminino ou masculino) e cerca de um terço afirma ter dois ou mais irmãos.

No que diz respeito ao ambiente familiar, embora a maioria dos jovens considere ser fácil falar com os pais, especialmente com a mãe, alguns referem ter dificuldades em dialogar, sobretudo com o pai.

Tabela 10. Descritivas da variável comunicação com a família

<b>Facilidade em falar com...</b>			
	<b>Fácil</b>	<b>Difícil</b>	<b>Não tenho/Não vejo</b>
<b>Pai (n=4856)</b>	55,0%	37,5%	7,6%
<b>Mãe (n=4782)</b>	78,0%	19,0%	3,0%
<b>Padrasto (namorado mãe) (n=3742)</b>	10,3%	10,0%	79,7%
<b>Madrasta (namorada pai) (n= 3629)</b>	6,9%	8,0%	85,1%
<b>Irmão mais velho (n= 4023)</b>	28,8%	14,5%	56,7%
<b>Irmã mais velha (n=3980)</b>	31,7%	10,3%	58,0%

Quando questionados acerca do conhecimento que os pais têm sobre si, a maioria dos jovens refere que os pais sabem muito sobre quem são os amigos, como gastam dinheiro, onde estão depois da escola, onde vão sair à noite e o que fazem no tempo livre (questão colocada apenas a alunos dos 8º e 10º anos de escolaridade). Relativamente ao nível de satisfação com a família, os adolescentes referem um valor médio de satisfação com a família de aproximadamente oito, numa escala de 0 a 10.

Tabela 11. Descritivas da variável monitorização parental

<b>Pais sabem realmente sobre:</b>			
	<b>Sabem muito</b>	<b>Sabem um pouco</b>	<b>Não sabem nada</b>
<b>Quem são os teus amigos (n=3198)</b>	<b>57,0%</b>	37,7%	5,2%
<b>Como é que gastas o dinheiro (n=3181)</b>	<b>56,1%</b>	35,9%	8,0%
<b>Onde estás depois da escola (n=3178)</b>	<b>66,4%</b>	27,1%	6,6%
<b>Onde vais sair à noite (n=3034)</b>	<b>68,2%</b>	22,4%	9,4%
<b>O que tu fazes no teu tempo livre (n=3166)</b>	<b>57,1%</b>	34,5%	8,4%

- **Relações de amizade e grupo de pares**

A maior parte dos adolescentes afirma ter dois ou mais amigos(as) (97%), sendo que a maioria considera fácil falar com os melhores amigos sobre os temas que os preocupam. Também a maior parte dos adolescentes considera fácil falar com os amigos do mesmo género e cerca de metade considera fácil falar com os amigos do género oposto. Cerca de metade dos alunos considera ser fácil arranjar novos amigos.

Tabela 12. Descritivas da variável comunicação com amigos

<b>Facilidade em falar com...</b>			
	<b>Fácil</b>	<b>Difícil</b>	<b>Não tenho/Não vejo</b>
<b>Melhor amigo (n=4624)</b>	85,7%	9,5%	4,9%
<b>Amigo do mesmo sexo (n=4620)</b>	79,1%	17,8%	3,1%
<b>Amigo do sexo oposto (n=4550)</b>	56,7%	38,6%	4,6%

Tabela 13. Descritivas da variável facilidade em arranjar novos amigos

<b>É fácil ou difícil para ti arranjar novos amigos? (n=4736)</b>			
<b>Muito fácil</b>	<b>Fácil</b>	<b>Difícil</b>	<b>Muito difícil</b>
23,4%	<b>60,9%</b>	13,2%	2,5%

Quando questionados sobre o número de dias que ficam com os amigos depois das aulas, a maioria dos adolescentes afirma ficar dois ou mais dias. Cerca de metade dos adolescentes afirma não sair nenhuma noite por semana com os amigos.

Tabela 14. Descritivas da variável tempo passado com amigos

<b>Ficar com amigos depois das aulas (n=4925)</b>			
<b>Nenhum dia</b>	<b>Um dia</b>	<b>Dois ou mais dias</b>	
<b>15,8%</b>	<b>12,7%</b>	<b>71,5%</b>	
<b>Sair à noite com os amigos (n=4926)</b>			
<b>Nenhuma noite</b>	<b>Uma noite</b>	<b>Duas noites</b>	<b>Três ou mais noites</b>
<b>58,7%</b>	<b>19,4%</b>	<b>13,2%</b>	<b>8,7%</b>

- **Escola e ambiente escolar**

No que se refere à escola e ambiente escolar, a grande maioria dos jovens refere gostar da escola e ainda que na sua relação com os colegas de turma, que estes gostam de estar juntos, são simpáticos e prestáveis, e que os aceitam como são. Considerando a opinião que os jovens têm sobre os seus professores, a maioria considera que quando precisa de ajuda pode tê-la.

Tabela 15. Descritivas da variável escola, relação com colegas e com professores

<b>Gostar da escola (n=5026)</b>			
<b>Gosta</b>	<b>Não gosta</b>		
<b>76,5%</b>	<b>23,5%</b>		
<b>Relação com os colegas:</b>			
	<b>Verdadeiro</b>	<b>Nem verdadeiro nem falso</b>	<b>Falso</b>
<b>Os colegas gostam de estar juntos (n=5014)</b>	<b>80,3%</b>	14,9%	4,8%
<b>Os colegas são simpáticos e prestáveis (n=4990)</b>	<b>79,5%</b>	13,7%	6,8%
<b>Os colegas aceitam-me como sou (n=4993)</b>	<b>86,4%</b>	8,8%	4,8%
<b>Relação com os professores:</b>			
	<b>Acontece poucas vezes</b>	<b>Não sei se acontece</b>	<b>Acontece muitas vezes</b>
<b>Sou encorajado a expressar os meus pontos de vista na aula (n=4699)</b>	23,9%	35,2%	<b>40,9%</b>
<b>Os professores tratam-nos com justiça (n=4685)</b>	17,2%	26,4%	<b>56,4%</b>
<b>Quando preciso de ajuda posso tê-la (n=4663)</b>	10,2%	20,4%	<b>69,4%</b>
<b>Os professores interessam-se por mim como pessoa (n=4672)</b>	13,4%	41,1%	<b>45,5%</b>

Verifica-se que a maioria dos jovens inquiridos refere que quase nunca falta às aulas. Quando questionados se sentem pressão com os trabalhos de casa, cerca de 38% dos jovens referem que sentem alguma e cerca de 41% afirma que, às vezes, é aborrecido ir à escola.

Três quartos dos adolescentes afirmam que nos últimos dois meses não aconteceu terem ficado sozinhos na escola por colegas seus não terem querido ficar com eles. A grande maioria dos alunos afirma sentir-se seguro na escola quase sempre ou sempre.

Relativamente às expectativas futuras, a maior parte dos jovens considera que vai continuar os estudos universitários (73,3%), no entanto 13,4% não sabe o que pensa fazer.

Tabela 16. Descritivas da variável escola

<b>Faltar às aulas (n=4650)</b>			
<b>Quase nunca</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Falto muito</b>	
<b>85%</b>	<b>13%</b>	<b>2%</b>	
<b>Pressão com os trabalhos de casa (n=4974)</b>			
<b>Nenhuma</b>	<b>Pouca</b>	<b>Alguma</b>	<b>Muita</b>
<b>20,5%</b>	<b>29,4%</b>	<b>37,8%</b>	<b>12,3%</b>
<b>Com que frequência pensas que ir à escola é aborrecido? (n=4731)</b>			
<b>Raramente ou nunca</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre/Sempre</b>	
<b>31%</b>	<b>40,8%</b>	<b>28,1%</b>	
<b>Quantas vezes aconteceu que colegas teus não quisessem estar contigo na escola e acabaste por ficar sozinho? (n=4676)</b>			
<b>Não aconteceu</b>	<b>Poucas vezes</b>	<b>Várias vezes</b>	
<b>75,4%</b>	<b>21,5%</b>	<b>3%</b>	
<b>Sentes-te seguro na escola? (n=4659)</b>			
<b>Raramente ou nunca</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre/Sempre</b>	
<b>4,7%</b>	<b>13,9%</b>	<b>81,3%</b>	

- **Saúde e bem estar**

Quando questionados sobre como consideram que está a sua saúde, cerca de metade dos adolescentes afirma que está boa, sendo que a maioria dos adolescentes refere raramente ou nunca ter sintomas físicos e psicológicos. Quando questionados sobre a sua felicidade, a maioria dos adolescentes afirma sentir-se feliz.

Tabela 17. Descritivas das variáveis saúde e felicidade

<b>Percepção de saúde (n=4987)</b>			
<b>Excelente</b>	<b>Boa</b>	<b>Razoável</b>	<b>Má</b>
33,9%	53,2%	12,3%	0,6%
<b>Percepção da felicidade (n=4751)</b>			
<b>Feliz</b>		<b>Infeliz</b>	
84,2%		15,8%	

Tabela 18. Descritivas das variáveis sintomas físicos e psicológicos

<b>Sintomas Físicos</b>			
	<b>Quase todos os dias</b>	<b>Mais do que uma vez por semana</b>	<b>Raramente ou nunca</b>
<b>Dor de cabeça (n=5015)</b>	4,1%	9,4%	<b>86,5%</b>
<b>Dor de estômago (n=5006)</b>	1,4%	3,7%	<b>94,9%</b>
<b>Dor de costas (n=4993)</b>	6,4%	7,5%	<b>86%</b>
<b>Dor de pescoço/ombros (n=4813)</b>	4,8%	6,9%	<b>88,3%</b>
<b>Sentir cansaço/Exaustão (n=4826)</b>	9,5%	11,9%	<b>78,6%</b>
<b>Ter tonturas (n=4997)</b>	1,8%	3,5%	<b>94,7%</b>
<b>Sintomas Psicológicos</b>			
	<b>Quase todos os dias</b>	<b>Mais do que uma vez por semana</b>	<b>Raramente ou nunca</b>
<b>Estar triste/deprimido (n=5000)</b>	5%	8,4%	<b>86,6%</b>
<b>Ter dificuldades em adormecer (n=4997)</b>	8,5%	8,1%	<b>83,5%</b>
<b>Estar irritado (n=5007)</b>	3,7%	9,9%	<b>86,4%</b>
<b>Estar nervoso (n=5009)</b>	6,2%	11,3%	<b>82,5%</b>
<b>Ter medo (n=4814)</b>	3,1%	4,6%	<b>92,3%</b>

- **Violência**

A maioria dos adolescentes afirma que nunca se envolveu em lutas no último ano, sendo que dos jovens que se envolveram, a maioria refere que foi com um(a) amigo(a) ou alguém que conhece.

Tabela 19. Descritivas da variável lutas

<b>Envolvimento em lutas no último ano (n=4949)</b>		
<b>Nunca</b>	<b>Uma a três vezes</b>	<b>Quatro vezes ou mais</b>
71,6%	22,7%	5,7%
<b>A última vez que estiveste envolvido numa luta, com quem lutaste? (n=1767)</b>		
<b>Com um(a) estranho(a)</b>		12,7%
<b>Com um irmão ou irmã</b>		11,7%
<b>Com um(a) namorado(a)</b>		1,0%
<b>Com um(a) amigo(a) ou alguém que conheço</b>		<b>58,8%</b>
<b>Com uma pessoa adulta</b>		1,9%
<b>Com mais do que uma destas pessoas mencionadas</b>		10,4%
<b>Com outra pessoa ainda não referida</b>		3,6%

No que se refere às lesões, mais de metade dos adolescentes afirma que não teve qualquer lesão no último ano. A maior parte dos adolescentes afirma ainda não ter andado com armas nos últimos trinta dias.

Tabela 20. Descritivas da variável lesões e andar com armas

<b>Lesões no último ano (n=4977)</b>		
<b>Nenhuma</b>	<b>Uma a três vezes</b>	<b>Quatro vezes ou mais</b>
61,9%	34,9%	3,6%
<b>Andar com armas no último mês (n=4725)</b>		
<b>Não andou</b>	<b>Um a cinco dias</b>	<b>Seis dias ou mais</b>
94,9%	3,1%	2%

Cerca de dois terços dos adolescentes refere que nunca foram provocados na escola nos últimos dois meses. A maioria dos adolescentes diz que nunca tomou parte em provocações na escola nos últimos dois meses.

Tabela 21. Descritivas da variável provocação na escola

<b>Provocado na escola nos últimos dois meses (n=4985)</b>		
<b>Nunca</b>	<b>Uma vez por semana</b>	<b>Várias vezes por semana</b>
<b>63,4%</b>	32,1%	4,6%
<b>Provocou na escola nos últimos dois meses (n=4986)</b>		
<b>Nunca</b>	<b>Uma vez por semana</b>	<b>Várias vezes por semana</b>
<b>68,2%</b>	29,1%	2,7%

No que respeita a assistir a situações de provocação na escola, cerca de 60% dos adolescentes refere já ter assistido. Dos jovens que referem ter assistido a situações de provocação na escola (n=2787), a maioria reporta que, relativamente à situação, não fez nada e afastou-se, seguindo-se dos que também referem não ter feito nada mas ter ficado a observar e que a maioria dessas situações ocorreu no recreio.

Tabela 22. Descritivas da variável assistir e reagir a situações de provocação

<b>Nos últimos dois meses, assististe a situações de provocação na escola? (n=4695)</b>	
<b>Sim</b>	<b>Não</b>
59,4%	40,6%
<b>Se sim, o que fizeste? (n=2787)</b>	
<b>Não fiz nada e afastei-me</b>	67,9%
<b>Não fiz nada e fiquei a observar</b>	54,8%
<b>Ajudei a vítima</b>	43,4%
<b>Chamei um adulto</b>	21,3%
<b>Encorajei o provocador</b>	10,7%
<b>Local da escola onde ocorreram as situações de provocação (n=2787)</b>	
<b>Recreio</b>	56%
<b>À volta da escola</b>	30,8%
<b>Corredores e escadas</b>	27%
<b>Sala de aula</b>	24%
<b>Espaços de educação física</b>	19,3%
<b>Casas de banho</b>	14,5%
<b>Refeitório</b>	10,1%
<b>Outro local</b>	7%



## Capítulo 4 - Metodologia

Neste capítulo serão abordados os aspectos metodológicos gerais, comuns aos estudos apresentados. Inicialmente é apresentada uma breve exposição do estudo Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), seguindo-se a descrição do instrumento de pesquisa HBSC, adoptado para a recolha nacional dos dados, e a metodologia utilizada no protocolo de aplicação do instrumento. O presente capítulo encerra com uma breve explicação dos objectivos e da escolha das variáveis de investigação seleccionadas.

### 4.1. - O Estudo HBSC

#### *HBSC*

O *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) é um estudo desenvolvido em colaboração com a Organização Mundial de Saúde (WHO). Os primeiros passos deste estudo remontam aos anos de 1983/1984, com a participação de três países: Finlândia, Noruega e Inglaterra. Desde então, o estudo tem sido realizado de 4 em 4 anos por uma rede europeia de profissionais ligados à saúde e à educação (Aarø, Wold, Kannas, & Rimpelä, 1986). Volvidas sete fases de investigação, em 2005-2006, fazem parte do estudo 43 países europeus e não-europeus. Portugal integrou o estudo em 1994 como membro convidado (Matos, Simões, & Canha, 2000) através da equipa Aventura Social/Faculdade de Motricidade Humana em parceria com o Centro da Malária e Doenças Tropicais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Em 1997/1998, a equipa Aventura Social levou a cabo o primeiro estudo nacional (Matos, Simões, Reis & Canha, 2000). O segundo estudo nacional ocorreu no ano de 2002 (Matos & Equipa Aventura Social, 2003), o terceiro em 2006 (Matos et al., 2006) e o quarto em 2010 (Matos et al., 2011).

O HBSC é um estudo de investigação e monitorização, com o objectivo de informar e dar suporte a políticas de promoção e educação para a saúde, nos programas e intervenções dirigidos a adolescentes, tanto a nível nacional como internacional.

A finalidade original do estudo tem-se mantido ao longo dos anos, enquadrando-se numa abordagem dos estilos de vida dos adolescentes, de forma a aumentar a compreensão dos comportamentos de saúde/bem-estar dos adolescentes, na sua relação com os diversos contextos sociais, através da recolha de dados entre os países. Deste

modo é possível comparar os dados não só entre regiões do país como entre vários países (Roberts et al., 2007). Com o decorrer dos diversos estudos foram formulados vários objectivos. Como principais objectivos do estudo HBSC destacam-se (Currie, Hurrelmann, Settertobulte, Smith, & Todd, 2000; Currie et al, 2004; Matos et al., 2006):

- Iniciar e manter uma pesquisa nacional e internacional sobre os comportamentos de saúde e contextos sociais nos adolescentes em idade escolar;
- Contribuir para o desenvolvimento teórico, conceptual e metodológico em áreas de pesquisa dos comportamentos de saúde e do contexto social da saúde nos adolescentes;
- Recolher dados relevantes junto dos adolescentes de forma a monitorizar a saúde e os comportamentos de saúde nos adolescentes dos países membros;
- Contribuir para uma base de conhecimento dos comportamentos de saúde e do contexto social da saúde nos adolescentes;
- Identificar resultados para audiências relevantes, incluindo investigadores, políticos de saúde e de educação, técnicos de promoção da saúde, professores, pais e adolescentes;
- Fazer a ligação com os objectivos da WHO especialmente na monitorização dos objectivos principais do HEALTH XXI no que respeita aos comportamentos de saúde dos adolescentes.

O estudo HBSC dispõe de um protocolo de pesquisa, seguido pelas equipas de investigação de todos os países participantes, que inclui aspectos como a ordem das questões, as questões obrigatórias e facultativas, orientações de tradução, orientações sobre procedimentos de amostragem e recolha de dados. Este protocolo de pesquisa facilita a posterior análise transnacional dos dados (Currie, Samdal, & Boyce, 2001). Este estudo cumpre estritamente as regras de Helsínquia e foi aprovado por uma comissão de ética.

## 4.2. - O Instrumento de Pesquisa HBSC

### *HBSC*

O questionário internacional do HBSC/OMS é desenvolvido numa lógica de cooperação pelos investigadores dos países que integram a rede. A aplicação do questionário é realizada de quatro em quatro anos, e para além de identificar e acompanhar a evolução dos padrões de comportamentos de saúde dos adolescentes na relação com os contextos, fornece estímulos à reflexão dos investigadores participantes do estudo para posteriormente melhorarem o instrumento de pesquisa bem como o protocolo que o acompanha no sentido de existir uma actualização constante face às próprias mudanças dos comportamentos dos adolescentes (Currie et al., 2001).

O protocolo de investigação inclui informações detalhadas e instruções abrangendo os seguintes aspectos (Roberts et al., 2007): quadro conceptual para o estudo; justificações científicas para cada uma das áreas temáticas do inquérito; versão internacional dos questionários e instruções para uso; orientações sobre metodologia de pesquisa, incluindo amostragem, recolha de dados, procedimentos e instruções para a preparação de bases de dados nacionais; exportação para o Banco Internacional de Dados sediado na Universidade de Bergen; e regras relativas à utilização de dados HBSC e publicações internacionais.

Os dados recolhidos em cada país são integrados numa base de dados internacional, o que possibilita comparações entre os resultados do questionário e o estudo de tendências de comportamentos que podem ser avaliados tanto a nível nacional como a nível internacional.

O estudo seguiu todas as normas para pesquisa com seres humanos, neste caso particular, com menores: aprovado por uma comissão de ética (Hospital São João - Porto), pela Comissão Nacional de Protecção de Dados, pelo Ministério da Educação, pelas Direções Regionais de Educação, pelas escolas participantes e mediante o consentimento informado dos pais, requerido através da comissão de pais de cada escola.

O questionário de tipo autopreenchimento é constituído por módulos: questões obrigatórias, questões específicas e questões de monitorização.

Do vasto grupo de questões do questionário HBSC, utilizaram-se, apenas, as questões consideradas mais apropriadas para este estudo.

### **4.3. - Metodologia Utilizada HBSC**

#### ***HBSC***

A metodologia utilizada em todos os anos em que foram realizados os estudos esteve de acordo com o protocolo internacional de Currie e colaboradores (2001).

As escolas participantes foram selecionadas de forma aleatória e a amostra estratificada pelas 5 regiões de Portugal continental. Os conselhos directivos de cada escola foram contactados telefonicamente de forma a confirmarem a sua disponibilidade.

A recolha dos dados foi feita através de um questionário enviado para as escolas participantes, por correio. A acompanhar os questionários foram enviadas: uma carta dirigida ao Presidente do Conselho Executivo, apresentando o estudo, uma cópia da autorização da Direcção Regional de Educação correspondente, uma carta com os procedimentos de aplicação do questionário destinada ao professor da turma seleccionada e ainda um questionário a ser preenchido pelo professor que acompanhou o processo de recolha de dados na turma.

Os questionários foram aplicados à turma na sala de aula. Os grupos escolhidos para aplicação do questionário frequentavam os 6º, 8º e 10º anos de escolaridade, de forma a enquadrar o maior número possível de jovens com 11, 13 e 15 anos de idade.

Após a aplicação dos questionários, solicitou-se à escola que procedesse ao reenvio destes pelo correio.

#### **4.3.1. - A amostra HBSC**

Neste estudo foram utilizadas diferentes amostras, consoante o estudo em causa. Assim, apresentam-se as diferentes amostras HBSC começando pelo estudo mais recente, para os respectivos estudos dos anos 2010, 2006 e 2002.

De modo a obter amostras representativas da população escolar portuguesa, foram seleccionadas aleatoriamente cerca de 10% das escolas públicas do ensino regular, da lista oficial fornecida pelo Ministério da Educação, estratificada pelas regiões educativas do país (cinco regiões escolares), tendo sido ainda incluída a região da Madeira na amostra relativa ao estudo de 2010. As escolas incluíram EBI/JI (Escola Básica Integrada/Jardim de Infância), EBI (Escola Básica Integrada), EB2 (Escola

Básica do 2º Ciclo), EB2,3 (Escola Básica do 2º e 3º Ciclo), EB3 (Escola Básica do 3º Ciclo), ES (Escola Secundária), EB2,3/ES (Escola Básica do 2º e 3º Ciclo /Escola Secundária) e EB3/ES (Escola Básica do 3º Ciclo /Escola Secundária).

O quadro seguinte apresenta as particularidades de cada amostra para os respectivos anos em estudo, no que respeita à distribuição por regiões, o género e o ano de escolaridade.

Tabela 23. Descrição das amostras HBSC em estudo

	<b>Amostra 2002</b> <b>N=6131</b>	<b>Amostra 2006</b> <b>N=4877</b>	<b>Amostra 2010</b> <b>N=5050</b>
<b>Escolas por região</b>			
<b>Norte</b>	38,5%	43,7%	40%
<b>Centro</b>	18,5%	15,4%	15,2%
<b>Lisboa e Vale do Tejo</b>	32,6%	28,8%	30,1%
<b>Alentejo</b>	5,2%	6,9%	6,3%
<b>Algarve</b>	5,2%	5,2%	4,9%
<b>Madeira</b>	-	-	3,5%
<b>Género</b>			
<b>Rapaz</b>	49%	49,6%	47,7%
<b>Rapariga</b>	51%	50,4%	52,3%
<b>Ano de escolaridade</b>			
<b>6º ano</b>	38,6%	31,7%	30,8%
<b>8º ano</b>	35,6%	35,7%	31,6%
<b>10º ano</b>	25,8%	32,6%	37,6%

#### 4.3.2. – Análise de dados HBSC

Após a recepção, os questionários foram digitalizados, traduzidos e interpretados através do programa “Eyes & Hands – Forms”, versão 5. Estes dados foram posteriormente transferidos para uma base de dados no programa “Statistical Package for Social Sciences – SPSS – Windows” (versão 18.0) e procedeu-se à sua análise e tratamento estatístico.

#### 4.4. – Objectivos e variáveis da investigação

De acordo com o objectivo geral, foram estabelecidos objectivos específicos para cada estudo no sentido de aprofundar o conhecimento das diferentes hipóteses. Os estudos realizados neste âmbito foram já publicados ou submetidos em revistas internacionais e nacionais. Seguem-se os objectivos específicos:

**Estudo 1:** O objectivo deste estudo foi aprofundar o conhecimento sobre a influência dos factores de protecção e dos factores de risco no consumo de substâncias na adolescência, analisando esta influência para cada uma das substâncias em estudo, nomeadamente o consumo de tabaco, álcool e substâncias ilícitas no último mês (neste estudo foi utilizada a amostra HBSC 2010).

**Estudo 2:** O propósito do presente estudo foi perceber qual a relação entre a música e as culturas dos adolescentes e o consumo de substâncias, nomeadamente o álcool, o tabaco e as substâncias ilícitas (neste estudo foi utilizada a amostra HBSC 2006).

**Estudo 3:** O objectivo deste estudo foi analisar o papel das competências sociais e emocionais no que respeita ao consumo de substâncias, procurando (1) analisar as diferenças de género ao nível das competências; (2) analisar a relação entre as competências sociais e emocionais e o consumo de substâncias (tabaco, álcool e drogas ilícitas); e (3) verificar se as competências são moderadoras na relação do género com o consumo de substâncias (neste estudo foi utilizada a amostra HBSC 2010).

**Estudo 4:** Este estudo teve como objectivo principal analisar a evolução do consumo de substâncias nos adolescentes portugueses ao longo dos últimos estudos portugueses HBSC, incluindo as amostras dos estudos de 2002, 2006 e 2010. Foram assim analisados os padrões de evolução ao nível do consumo de tabaco, álcool e substâncias ilícitas e ainda as diferenças de género e grupo etário ao longo dos três estudos (neste estudo foram utilizadas as três amostras HBSC 2010, 2006 e 2002).

**Estudo 5:** O objectivo deste estudo foi analisar a evolução do consumo semanal de álcool ao longo dos últimos anos, fazendo a comparação desta evolução entre 28 países em estudo (neste estudo foi utilizada a amostra internacional HBSC).

**Estudo 6:** O objectivo deste estudo foi replicar um modelo explicativo para o consumo de substâncias, considerando a amostra do HBSC realizado em 2010, procurando perceber as relações entre os diferentes contextos, o bem-estar físico e psicológico e os comportamentos de consumo na adolescência (neste estudo foi utilizada a amostra HBSC 2010).

De acordo com a finalidade de cada estudo, natureza da amostra e o desenho conceptual da investigação, foram definidas variáveis que, em alguns casos, tiveram que ser agregadas e recodificadas com vista a obter os resultados mais esclarecedores possíveis. As tabelas que se seguem pretendem expor as variáveis e respectivas opções de resposta, indicando ainda a que estudo respeitam.

Tabela 24 - Descrição das variáveis utilizadas nos diferentes estudos

Questões	Opções de resposta	Estudos
Nos últimos 12 meses, quantas vezes estiveste envolvido numa luta?	a) Não estive envolvido em nenhuma luta nos últimos 12 meses; b) 1 vez c) 2 vezes d) 3 vezes e) 4 vezes ou mais	1
Nos últimos 30 dias, quantos dias andaste com uma arma, por exemplo, uma navalha ou uma pistola?	a) Não andei com uma arma nos últimos 30 dias b) 1 dia c) 2 ou 3 dias d) 4 ou 5 dias e) 6 ou mais dias	1
Acontece-me faltar às aulas da escola:	a) Quase nunca/Só quando estou doente b) Algumas vezes c) Falto muito às aulas d) Neste momento praticamente não vou às aulas	1
Quantas vezes por semana saís à noite com os teus amigos?	a) 0 noites b) 1 noite c) 2 noites d) 3 noites e) 4 noites f) 5 noites g) 6 noites h) 7 noites	1
Quanto é que os teus pais (pelo menos um deles) sabem realmente sobre: a) Quem são os teus amigos b) Como é que gastas o teu dinheiro c) Onde estás depois da escola d) Onde vais sair à noite e) O que fazes com o teu tempo livre	a) Sabem muito b) Sabem um pouco c) Não sabem nada	1
A figura seguinte representa uma escada. O topo da escada é “10” e representa muito boa relação com a tua família, o fundo da escada é “0” e representa muito má relação com a tua família. Neste momento, onde achas que te situas na escada?	0 a 10	1

<p>A figura seguinte representa uma escada. O topo da escada é “10” e representa a melhor vida possível para ti, o fundo da escada é “0” e representa a pior vida possível para ti. Neste momento, onde achas que te situas na escada?</p>	<p>0 a 10</p>	<p>6</p>
<p>Para cada uma das afirmações assinala a resposta que melhor se ajusta àquilo que tu sentes:</p> <p>a) Quando estou a tentar aprender alguma coisa nova, se não consigo, desisto facilmente.</p> <p>b) Quando faço planos, tenho a certeza de que sou capaz de realizá-los.</p> <p>c) Quando não consigo fazer coisas à primeira, insisto e continuo a tentar até conseguir.</p>	<p>a) Nunca b) Raramente c) Algumas vezes d) Muitas vezes e) Sempre</p>	<p>1</p>
<p>É fácil ou difícil para ti arranjar novos amigos?</p>	<p>a) Muito difícil b) Difícil c) Fácil d) Muito fácil</p>	<p>1 6</p>
<p>Com relação aos seguintes tipos de música, indica o quanto gostas para cada um deles: a) música comercial; b) clássica; c) house/trance; d) soul/R&amp;B; e) punk/hardcore; f) heavy metal; g) reggae; h) jazz; i) hip hop/rap; j) rock; l) gótica; m) techno/hardhouse; n) country; o) popular; p) pimba; q) fado.</p>	<p>a) Não gosto nada b) Não gosto c) Nem gosto nem desgosto d) Gosto e) Gosto muito</p>	<p>2</p>
<p>Das seguintes, indica qual a cultura juvenil com que mais te identificas: a) desportista; b) surfistas; c) clássico; d) beto; e) punk; f) freak; g) dread; h) hippie; i) ambientalista; j) gótico; l) alternativo; m) mitras; n) rasta; o) heavy; p) radicais; q) cromos; r) hip hop; s) escuteiros; t) skinheads.</p>	<p>a) Não me identifico b) Sim, identifico-me</p>	<p>2</p>
<p>Com que à vontade te sentes a falar sobre os temas que te preocupam com as seguintes pessoas: a) Pai b) Mãe</p>	<p>a) Não tenho ou não vejo esta pessoa b) Muito difícil c) Difícil d) Fácil e) Muito fácil</p>	<p>6</p>
<p>Com que à vontade te sentes a falar sobre os temas que te preocupam com as seguintes pessoas: a) Amigo do mesmo sexo b) Amigo do sexo oposto</p>	<p>f) Não tenho ou não vejo esta pessoa g) Muito difícil h) Difícil i) Fácil j) Muito fácil</p>	<p>6</p>
<p>Quantos dias por semana ficas, normalmente, com os teus amigos depois das aulas?</p>	<p>a) 0 dias b) 1 dia c) 2 dias d) 3 dias e) 4 dias f) 5 dias g) 6 dias</p>	<p>6</p>

<p>Para cada uma das afirmações seguintes assinala a resposta que melhor se ajusta àquilo que tu sentes:</p> <p>a) Sinto-me mal quando alguém fica triste ou aborrecido.</p> <p>b) Tento perceber o que é que as outras pessoas estão a passar.</p> <p>c) Quando preciso de ajuda eu encontro alguém com quem falar.</p> <p>d) Sei onde procurar ajuda para resolver um problema.</p> <p>e) Tento lidar com os problemas falando ou escrevendo sobre eles.</p> <p>f) Consigo fazer a maioria das coisas se tentar.</p> <p>g) Consigo lidar com pessoas que têm opiniões diferentes das minhas.</p> <p>h) Faço bem muitas coisas.</p> <p>i) Consigo lidar com os meus problemas.</p> <p>j) Gosto de trabalhar em grupo com outras pessoas da minha.</p> <p>k) Defendo-me sem deitar os outros abaixo.</p> <p>l) Tento perceber o que os outros pensam e sentem.</p> <p>m) Tenho objectivos/sentido para a minha vida.</p> <p>n) Compreendo os meus sentimentos.</p> <p>o) Percebo as razões das coisas que faço.</p> <p>p) Tenho objectivos e planos para o futuro.</p>	<p>a) Nunca</p> <p>b) Raramente</p> <p>c) Às vezes</p> <p>d) Muitas vezes</p> <p>e) Sempre</p>	<p>3</p>
<p>Lê as seguintes frases em relação aos teus colegas de turma: (assinala uma opção para cada frase)</p> <p>a) Os alunos da minha turma gostam de estar juntos.</p> <p>b) A maior parte dos meus colegas são simpáticos e prestáveis.</p> <p>c) Os meus colegas aceitam-me como sou.</p>	<p>a) Discordo fortemente</p> <p>b) Discordo</p> <p>c) Nem concordo nem discordo</p> <p>d) Concordo</p> <p>e) Concordo fortemente</p>	<p>6</p>
<p>Lê as seguintes frases em relação aos teus professores: (assinala uma opção para cada frase)</p> <p>a) Os professores tratam-me com justiça.</p> <p>b) Quando preciso de ajuda posso tê-la.</p> <p>c) Os professores interessam-se por mim como pessoa.</p>	<p>a) Discordo fortemente</p> <p>b) Discordo</p> <p>c) Nem concordo nem discordo</p> <p>d) Concordo</p> <p>e) Concordo fortemente</p>	<p>6</p>
<p>Nos últimos 6 meses, com que frequência sentiste o seguinte: (assinala uma opção para cada)</p> <p>a) Estar triste/deprimido</p> <p>b) Estar irritado ou de mau humor</p> <p>c) Estar nervoso</p>	<p>a) Raramente ou nunca</p> <p>b) Quase todos os meses</p> <p>c) Quase todas as semanas</p> <p>d) Mais do que uma vez por semana</p> <p>e) Quase todos os dias</p>	<p>6</p>
<p>Dirias que a tua saúde é ou está:</p>	<p>a) Má</p> <p>b) Razoável</p> <p>c) Boa</p> <p>d) Excelente</p>	<p>6</p>

Actualmente o que sentes pela escola?	a) Não gosto nada b) Não gosto muito c) Gosto mais ou menos d) Gosto muito	6
Com que frequência pensas que ir à escola é aborrecido?	a) Nunca b) Raramente c) Às vezes d) Frequentemente e) Sempre	6
Sentes-te seguro na escola?	a) Nunca b) Raramente c) Às vezes d) Frequentemente e) Sempre	6
Com que frequência bebes alguma das seguintes bebidas alcoólicas: a) Cerveja; b) Vinho; c) Bebidas destiladas/licorosas	a) Nunca b) Raramente c) Todos os meses d) Todas as semanas e) Todos os dias	5 6
Quantas vezes fumas tabaco?	a) Eu não fumo b) Menos que uma vez por semana c) Pelo menos uma vez por semana, mas não todos os dias d) Todos os dias	1 2 3 4 5 6
Já alguma vez ficaste embriagado?	a) Não, nunca b) Sim, uma vez c) Sim, 2-3 vezes d) Sim, 4-10 vezes e) Sim, mais de 10 vezes	1 2 3 4 5 6
Quantas vezes consumiste drogas ilegais no último mês?	a) Nenhuma b) 1 vez c) Mais do que uma vez d) Consumo regularmente	1 2 3 4 5 6
Alguma vez experimentaste haxixe/erva?	a) Não b) Sim	6

## Capítulo 5 – Estudios



## **Estudo 1 – The influence of risk and protective factors on tobacco, alcohol and drugs in adolescence<sup>1</sup>**

### **Abstract**

**Aim:** The purpose of this study was to understand the relation between risk and protective factor and substance use in adolescence, including tobacco use, drunkenness and illicit drugs consumption.

**Methodology:** The sample included 3494 students, mean age 15 years old, in the 8<sup>th</sup> and 10<sup>th</sup> grades from the public school system in Portugal. Data collection was held within the HBSC (Health Behavior in School-aged Children) survey from 2010. For the purpose of this specific study, the questionnaire includes questions about risk and protective behaviors and substance use, namely tobacco use, drunkenness and illicit drugs consumption.

**Results:** Results confirmed that adolescents with higher levels of protective factors seem to consume less substances and adolescents who presents higher levels of risk factors are more likely to consume all the substances in study. There were statistically significant differences for the majority of risk and protective behaviours regarding tobacco, drunkenness and illicit drugs. Although the impact of risk is higher on substance use, the existence of protective factors seems to fade the impact of risk.

**Key-words:** Risk and Protective Factors; Substance Use; Adolescence.

---

<sup>1</sup> Ferreira, M., Matos, M.G & Diniz, J.A. (submitted in peer-review). The influence of risk and protective factors on tobacco, alcohol and drugs in adolescence. *The International Journal of Clinical and Health Psychology*. (IF= 1.842)

## **Introduction**

Adolescence is a transitional period of psychological, physical, and contextual variations and risk-taking. Risk behaviors including substance use in adolescence, as tobacco, alcohol and illicit drugs consumption, is one of the most concerning risk behaviors.

Rates of smoking among adolescents have been growing over the last decade in some countries (WHO, 2009). The most recent Portuguese statistics show that 15.6% of students from the 8<sup>th</sup> and 10<sup>th</sup> grades reported smoking at least once a week; though the majority of students reported not smoking at all (Matos et al, 2011). World Health Organization (2011) enhances alcohol consumption as one of the major risk factors on health problems representing a public health issue to society. In Portugal, according to the data of national HBSC (2010), 32% of students from the 8<sup>th</sup> and 10<sup>th</sup> grades have been drunk once or more times in life (Matos et al, 2011). Finally, the harmful use of illicit drugs is also recognized as a major public health problem throughout the world, and research on the long-term effects of chronic marijuana use shows association in cognitive functioning and respiratory problems (WHO, 2009). In Portugal, regarding illicit drug use in the last 30 days, 7.5% of students from the 8<sup>th</sup> and 10<sup>th</sup> grades reported using it once or more times, according to the same HBSC data (Matos et al., 2011).

### *Risk and Protective Factors for Adolescent Substance Use*

Over the years several research studies highlight the association between risk and protective factors and substance use in adolescence (Stone, Becker, Huber & Catalano, 2012).

Risk factors associated with adolescents' varied social contexts are related to increased substance use and abuse (Kliewer & Murrelle, 2007), and this behavior it seems to be linked not only to the availability of the substance, perceived safety and tolerance of substance but also to a large number of risk factors increasing the vulnerability to use substances. Between risk behaviors associated with a higher intake of substances in adolescence, stand up for the purpose of this study: (1) Low school bonding, adolescents who have a low commitment to school or missed their classes are more likely to become substance involved (Birckmayer et al., 2004); (2) Peers engaging

in problem behavior, adolescents who spend a large number of nights with their peers during the school time have higher rates of substance use (Van Ryzin, Fosco & Dishion, 2012; Matos, 2009); and (3) Violence involvement, is well-known the association between externalizing behaviors as aggression (Engels et al., 2005) antisocial or conduct problems (Bor, McGee, Hayatbakhsh, Dean & Najman, 2010).

On the other hand, protective factors was also been identified as predictors of lower rates of substance use in adolescence. According several research studies protective factors can increase the resistance to problem behavior and inhibit its development, for the present study will be considered the follow protective factors: (1) Parental Monitoring, family is a developing and socializing context were children learn and internalize values and norms, and a good parental monitoring is associated with better school adjustment, less antisocial and delinquent activities and lower substance use (Van Ryzin & Dishion, 2012); (2) Satisfaction with the global family atmosphere, adolescents who report better relation with parents are also less involved in risk behaviors such as substance use (Hartup, 2006); (3) Personal resilience, internal assets are closely related with global well-being, adolescents who presents higher levels of resilience and emotional and social competences are more likely to be involved in protective behaviors (Ferreira, et al., 2012); (4) Relation with peers, in adolescence peers become crucial in the personal development and to define their identities. Some studies enhance the importance of having friends to a healthy lifestyle and the lack of friends it's also related with higher rates of substance use (Tomé et al., 2008).

The aim of this study is: (1) to analyze the relation of risk and protective factors on tobacco consumption; (2) to analyze the relation of risk and protective factors on drunkenness; and (3) to analyze the relation of risk and protective factors on illicit drug use in the last thirty days.

## **Methods**

### **Sample**

Data was collected through a self-administered questionnaire from the Portuguese study of the Health Behavior in School-aged Children (HBSC) of 2010, a World Health Organization (WHO) collaborative cross-national study (Currie, Roberts, Morgan, & Smith, 2004; Matos et al., 2011). The study provides national representative

data of 3494 Portuguese adolescents, randomly chosen from those attending 8<sup>th</sup> and 10<sup>th</sup> grades of high school. The majority of adolescents have Portuguese nationality (94.2%), 46.4% boys and 53.6% girls. The students were proportionally distributed among six educational Portuguese regions. More than half of adolescents have low socio-economic status (55.9%).

### **Procedure**

The HBSC is a school-based survey of adolescent health behaviors and their psychosocial determinants, carried out every 4 years simultaneously in all participating countries, using an international standardized methodological protocol (Currie, Roberts, Morgan, & Smith, 2004; Currie, Samdal, Boyce, & Smith, 2001). The study base includes school children aged 11, 13 and 15 (6<sup>th</sup>, 8<sup>th</sup> and 10<sup>th</sup> grade students) in 44 countries in Europe and North America. According to the study protocol, data from each country are gathered from nationally representative samples. The HBSC uses a standard, self-administered in-class questionnaire that includes both mandatory and optional items. A detailed description of the methods and instrument of the HBSC can be found in Currie et al (Currie, 2006; Currie, Molcho, Boyce, Holstein, & Torsheim, 2008; Currie, Roberts, Morgan, & Smith, 2004). This Nationwide Survey was conducted during 2009/2010 school year and the sampling unit used was the class. The 139 schools in the sample were randomly selected from the official national list of public schools, stratified by region. In each school, classes were randomly selected for each grade, according to the international research protocol (Currie, Roberts, Morgan, & Smith, 2004). The questionnaire was carried by school teachers. This study had the approval of a scientific committee, the National Ethics Committee and the National Commission for Data Protection and followed strictly all the guidelines for human rights protection.

### **Measures**

The international standard questionnaire consists of three levels of questions which are used to create national survey instruments: core questions that each country is required to include to create the international dataset; optional packages of questions on specific topic areas from which countries can choose; and country-specific questions related to issues of national importance.

Survey questions cover a range of health indicators and health-related behaviors as well as the life circumstances of young people. Questions are subject to validation studies and piloting at national and international levels. The core questions provide information on: demographic factors (e. g., gender, age and state of maturation); social background (e. g., family structure and socio-economic status); social context (e. g., family, peer culture, school environment); health outcomes (e. g., self-rated health, injuries, overweight and obesity); health behaviors (e. g., eating and dieting, physical activity and weight reduction behavior); and risk behaviors (e. g., smoking, alcohol use, cannabis use, sexual behavior, bullying). For the purpose of this study, the following questions were used:

**Table 25.** Questions about risk and protective behaviors, and substance use, used in the present study

	<b>Items</b>	<b>Responses</b>
Risk behaviour: violence	During the past 12 months, how many times were you in a physical fight?	1. I have not 2. 1 time 3. 2 times 4. 3 times 5. 4 times or more
Risk behaviour: carry weapon	During the past 30 <sup>th</sup> days, on how many days did you carry a weapon, such as a gun, knife or club?	1. I did not carry a weapon during the past 30 days 2. 1 day 3. 2 to 3 days 4. 4 to 5 days 5. 6 or more days
Risk behaviour: school engagement	It happens missing classes:	1. Never 2. Sometimes 3. I miss a lot 4. At present, hardly go to school
Risk behaviour: nights with friends	How many nights per week do you usually spend out with your friends?	0. 0 nights To 8. 7 nights
Protective behaviour: Parental Monitoring Scale	How much did your parents really know about: Who are your friends? How do you spend your money? Where are you after school? Where are you going night out? What do you do with your free time?	1. Don't know nothing 2. Know a little 3. Know a lot
Protective behaviour: Satisfaction with the global family atmosphere scale	In general, how satisfied are you with the relationship in your family?	0. We have <u>very bad</u> relationships in our family; To 10. We have <u>very good</u> relationships in our family.
Protective behaviour: Resilience scale	When I'm learning something new, if I cannot, I give up easily. When I make plans, I am confident that I can perform them. When I cannot do things at first, I insist	1. Never 2. Rarely 3. Sometimes 4. A lot of the times 5. Ever

and keep trying until get it done.

Protective behaviour: Making friends	For you are easy or difficult make new friends?	1. Very difficult 2. Difficult 3. Easy 4. Very easy
Substance use: tobacco	How often do you smoke?	1. I do not smoke 2. Less than once a week 3. At least once a week, but not every day 4. Every day
Substance use: drunkenness	Have you ever been drunk?	1. No, never 2. Yes, once 3. Yes, 2-3 times 4. Yes, 4-10 times 5. Yes, more than 10 times
Substance use: illicit drugs	How often did you use illicit drugs in the last month?	1. None 2. Once 3. More than once 4. Often

## Data analysis

The data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 19. Reliability analyses were conducted with items of two subscales and both shown to have accepted reliability, namely parental monitoring with 5 items (Cronbach's alpha of 0.83) and resilience with 3 items (Cronbach's alpha of 0.65). Regarding the regression analyses, all variables were converted into Z scores, except “parental monitoring” and “resilience” scales. Only significant results were discussed.

## Results

The multiple linear regression analysis was performed to examine the predictors of consumption and abuse of tobacco, alcohol use (drunkenness) and illicit drugs use in the last month. Concerning *tobacco consumption*, a multiple linear regression model with four protective behaviour predictor variables: *parental monitoring scale*, *satisfaction with family*, *resilience scale* and *making friends* shown to be adjusted ( $F(4, 2756) = 39.518, p \leq .001$ ) and the regression equation explained 5.3%. In a second block when adding four predictor variables of risk behaviour the model explained 16.6%, also being an adjusted model ( $F(8, 2752) = 69.787, p \leq .001$ ) (table 26).

Table 26. Multiple linear regression for tobacco consumption

Variable	Variable included	$\beta$	t	p	Adj R <sup>2</sup>
<b>Tobacco consumption</b> Model 1	Parental monitoring	-0.142	-7.082	0.000	0.053
	Satisfaction with family	-0.062	-5.894	0.000	
	Resilience	-0.050	-2.519	0.012	
	Making friends	0.115	5.793	0.000	
<b>Tobacco consumption</b> Model 2	Parental monitoring	-0.083	-4.346	0.000	0.166
	Satisfaction with family	-0.055	-5.552	0.000	
	Resilience	-0.028	-1.489	0.136	
	Making friends	0.068	3.610	0.000	
	Violence	0.082	4.104	0.000	
	Carry weapon	0.019	1.102	0.271	
	School engagement	0.117	6.200	0.000	
	Nights with friends	0.284	14.884	0.000	

Concerning *drunkenness*, a multiple linear regression model shown to be explained by three of the four protective behaviours predicting variables: *parental monitoring scale*, *satisfaction with family* and *making friends* resulting in an adjusted model ( $F(4, 2776) = 28.535, p \leq .001$ ) and the regression equation explained 3.8%. In a second block when adding four predictor variables of risk behaviour, three of them, namely *violence*, *school engagement* and *spend nights with friends*, also being significant ( $F(8, 2772) = 83.935, p \leq .001$ ) and the regression equation explained 19.3% (table 27).

Table 27. Multiple linear regression for drunkenness

Variable	Variable included	$\beta$	t	p	Adj R <sup>2</sup>
<b>Drunkenness</b> Model 1	Parental monitoring	-0.117	-5.975	0.000	0.038
	Satisfaction with family	-0.048	-4.631	0.000	
	Resilience	-0.037	-1.893	0.058	
	Making friends	0.117	5.930	0.000	
<b>Drunkenness</b> Model 2	Parental monitoring	-0.055	-2.991	0.003	0.193
	Satisfaction with family	-0.041	-4.309	0.000	
	Resilience	-0.014	-0.784	0.433	
	Making friends	0.060	3.310	0.001	
	Violence	0.116	6.033	0.000	
	Carry weapon	0.031	1.815	0.070	
	School engagement	0.097	5.325	0.000	
	Nights with friends	0.330	17.986	0.000	

Concerning *illicit drug use in the last month*, also a multiple linear regression model shown to be explained by all of the four protective behaviours predicting variables: *parental monitoring scale*, *satisfaction with family*, *resilience* and *making friends* resulting in an adjusted model ( $F(4, 2588) = 25.825, p \leq .001$ ) and the regression equation explained 3.7%. In a second block when adding four predictor variables of risk behaviour the model explained 18.9% and shown to be adjusted ( $F(8, 2584) = 76.340, p \leq .001$ ) (table 28).

Table 28. Multiple linear regression for illicit drugs use

Variable	Variable included	$\beta$	t	p	Adj R <sup>2</sup>
<b>Illicit drugs use</b> Model 1	Parental monitoring	-0.134	-5.943	0.000	0.037
	Satisfaction with family	-0.054	-4.531	0.000	
	Resilience	-0.059	-2.575	0.010	
	Making friends	0.091	4.018	0.000	
<b>Illicit drugs use</b> Model 2	Parental monitoring	-0.051	-2.419	0.016	0.189
	Satisfaction with family	-0.034	-3.081	0.002	
	Resilience	-0.027	-1.285	0.199	
	Making friends	0.053	2.507	0.012	
	Violence	0.068	3.065	0.002	
	Carry weapon	0.217	11.039	0.000	
	School engagement	0.261	12.277	0.000	
Nights with friends	0.128	6.024	0.000		

Although the majority of students in the sample don't smoke (84.4%), never got drunk (68%) and never used illicit drugs in the last month (92.5%) the students who report these behaviors have other risk behaviors associated. Analyzing the differences between risk and protective factors we verified that risk factors explain strongly substance use, however the variables related with family showed to be a good predictor and protective factor regarding substance use. They remained significant predictors even when risk behaviors were added and contribute for the global explanation, which were not true for personal factors such as the resilience.

Although *ease in making friends* was first included in the first block (protective factor) in the assumption of its importance in adolescence well-being, it was however positively associated with all substance use, therefore considered a risk factor.

## **Conclusions**

In the present study we sought to establish a relation between risk and protective factors and substance use in adolescence, including tobacco consumption, frequency of drunkenness and consumption of illicit drugs in the last month.

Results showed that adolescents that refer no substance consumption present higher levels of protective factors but more important less risk factor associated. For smoking it was only found significant differences on violence, school engagement, nights spent with friends, and making friends with a positive association, and parental monitoring and satisfaction with family, appears in the opposite side, suggesting the importance of parental support and monitoring also with a positive relation, well reported in the literature about this theme (Wu, Chong, Cheng & Chen, 2012; Hummel et al., 2012; Ikiz & Cakar, 2010).

Regarding alcohol consumption, there were no significant differences for resilience scale and carry a weapon. Although the same pattern as tobacco consumption was verified for the other predictors in study. These results support the hypothesis that prevention needs to be consistent with each substance, whilst also showing the similarity in substances such as tobacco and alcohol in terms of intervention (Johnston, O'Malley, Bachman & Schulenberg, 2008).

Concerning illicit drugs, we can clearly verify that the adolescents that refer using of illicit drugs in the last month present higher levels of all risk factors in study.

Nevertheless, the overall explanation of the different models didn't seem stronger, it's important to analyse the influence that risk factors have in substance use, because for all substances in study we can verified that risk and protective factors together can explain four times more than protective factors alone. Some hypotheses can be raised to understand these results. The school context (peer group) and social environment in which the adolescent is integrated has been identified as the most consistent predictor of substance use in adolescence (Kuntsche & Jordan, 2006), highlighting the need to explore the behaviors associated with these specific contexts. Capaldi et al (2009) argue that while parents are most influential during childhood, peers have the strongest influence on problem behaviors during adolescence. However, according to the authors, parental monitoring at this age and their efforts at reducing the

opportunities for their child to engage in drinking with their peers is still one of the most important prevention strategies.

In addition, a positive family environment acts as a protection mechanism against negative peer influences, while poor satisfaction with family amplify the negative peer effects, as we can see by the results. These are crucial in order to enhance the prevention of behaviors that are harmful to one's health (Filho & Ferreira-Borges, 2008; Bachman, et al, 2008).

Although it's important to understand the whole system of contexts in which adolescents are involved, it's also important to rethink strategies to combat the current figures related to substance use (Hibell, 2009). The HBSC study aims to inform and have impact on policies for promotion and health education, and programs and interventions for adolescents, nationally and internationally, providing a valid set of indicators as a representation of health and lifestyles of adolescents (Hublet, et al, 2009).

The results of this research suggest that policies regarding substance use in adolescence should direct their attention towards youngsters who are more peer-oriented and are frequently going out at night. Policies should focus on the social and psychological processes in friendship groups that encourage substance use among its members. Furthermore, parental monitoring and satisfaction within family could be an effective strategy in preventing excessive substance use patterns.

According to several studies, besides personal characteristics, parental and peer relationships as critical factors to predict substance use in adolescence (Filho & Ferreira-Borges, 2008), it is also crucial to look at the importance of risk and protective factors level in order to establish a program for promotion of health in adolescence, contributing for higher well-being indicators (Matos, 2009; Schenker & Minayo, 2005).

### **Study's limitations**

A few limitations must be addressed regarding this study. The first concerns the self-report nature of the surveys. Self-reported data depends on selective memory and therefore findings may be biased.

The second limitation is the cross-sectional nature of the study, which does not allow causality assumption. Also considering this specific topic, social desirability effect can be expected and therefore results may be underestimated for substance users. Finally, this study used measures designed for a broad national survey. The post-hoc nature of the variables is also a limitation.

### **Acknowledgements**

Thanks to the Aventura Social Project Team for their fieldwork, collecting data. The first author have scholarships granted by FCT - (SFRH/BD/45671/2008)/FMH/UTL/CMDT-UNL.

### **References**

- Bachman, J.G., O'Malley, P.M., Schulenberg, J.E., Johnston, L.D., Freedman, P., & Messerschmith, E.E. (2008). The education-drug use connection. How successes and failures in school relate to adolescent smoking, drinking, drug use, and delinquency. New York, Lawrence Erlbaum Associates.
- Birckmayer, JD, Holder, HD, Yacoubian, GS, & Friend, KB. (2004). A general causal model to guide alcohol, tobacco, and illicit drug prevention: Assessing the research evidence. *Journal of Drug Education*, 34(2), 121-153.
- Bor, W., McGee, T.R., Hayatbakhsh, M.R., Najman, J.M. & Dean, A. (2010) Do antisocial females exhibit poor outcomes in adulthood? An Australian cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 7, 648–657. (ERA = B)
- Capaldi, D.M., Stoolmiller, M., Kim, H.K., & Yoerger, K. (2009). Growth in alcohol use in at-risk adolescent boys: Two-part random effects prediction models. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, 105, 109-117.
- Currie, C. (2006). The scientific context: what is HBSC telling us. Socioeconomic determinants of healthy.
- Currie, C., Molcho, M., Boyce, W., Holstein, B., & Torsheim, T. (2008). Researching health inequalities in adolescents: the development of the health behaviour in school-aged children (HBSC) family affluence scale. *Social Science & Medicine*, 66(6), 1429–1436.

- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., & Smith, R. (2004). Young people's health in context: international report from the HBSC 2001/02 survey. In WHO policy series: Health policy for children and adolescents. Copenhagen: WHO regional office for Europe.
- Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., & Smith, B. (2001). Health behaviour in school-aged children: AWHO cross-national study. Research protocol for the 2001/2 survey. Edinburgh, Scotland: Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU), University of Edinburgh.
- Engels R, Vermult A, Dubas J, Bot S and Gerris J. (2005) Long-term Effects of Family Functioning and Child Characteristics on Problem Drinking in Young Adulthood. *European Addiction Research*, Vol. 11 (1).
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A., & Lemma, P. (2005). School-based prevention for illicit drugs' use. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD003020. DOI: 10.1002/14651858.CD003020.pub2
- Ferreira, M., Simões, C., Matos, M.G., Ramiro, L., & Diniz, J.A. (2012). The role of social and emotional competence on risk behaviors in adolescence. *The International Journal of Emotional Education*, 4(1), 43-55.
- Filho, H.C. & Ferreira-Borges, C. (2008). *Uso de Substâncias: Álcool, Tabaco e outras Drogas*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Fothergill, K. E., & Ensminger, M. E. (2006). Childhood and adolescent antecedents of drug and alcohol problems: A longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 82(1), 61–76.
- Hartup, W. (2005). Peer interaction: What causes what? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3, 387-394.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., & Kraus, L. (2009). *The 2007 ESPAD Report - Substance Use Among Students in 35 European Countries*. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Stockholm.
- Hublet, A., Schmid, H., Clays, E., Godeau, E., Nic Gabhainn, S., Joossens, L., & Maes L. (2009). Association between tobacco control policies and smoking behaviour among adolescents in 29 European countries. *Addiction*, 104(11):1918-26.

- Hummel A, Shelton KH, Heron J, van den Moore L, Bree MB. (2012) A systematic review of the relationships between family functioning, pubertal timing and adolescent substance use. *Addiction*. doi: 10.1111/add.12055.
- Ikiz, F. E., & Cakar, F. S. (2010). Perceived social support and self-esteem in adolescence. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 5, 2338-2342.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2008). *Monitoring the future: National results on adolescent drug use. Overview of key findings, 2008*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Kliwer, W., & Murrelle, L. (2007). Risk and protective factors for adolescent substance use: Findings from a study in selected Central American countries. *Journal of Adolescent Health*, 40, 448-455.
- Kuntsche, E., & Jordan, M. D. (2006). Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors: Results of multilevel analyses. *Drug and Alcohol Dependence*, 84, 167-174.
- Matos, M. G., & Sampaio, D. (Eds.). (2009). *Jovens com Saúde: Diálogo com uma geração*. Lisboa: Texto.
- Matos, M.G.; Simões, C.; Tomé, G.; Camacho, I.; Ferreira, M.; Ramiro, L.; Reis, M., & equipa Aventura Social (2011). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Relatório do Estudo HBSC 2010*. ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL.
- Schenker, M., & Minayo, M. (2005). Factores de risco e de protecção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10,707-717.
- Simões, C. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Stone AL, Becker LG, Huber AM, Catalano RF. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addict Behavior*, 37(7):747-75. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.02.014.
- Tomé, G., Matos, M., & Diniz, A. (2008). Consumo de substâncias e isolamento social durante a adolescência. In M. Matos (Ed.), *Consumo de substâncias: Estilo de vida? À procura de um estilo?* (pp. 95-126). Lisboa, Portugal: Instituto da Droga e da Toxicodpendência.
- Van Ryzin MJ, Fosco GM, Dishion TJ. (2012). Family and peer predictors of substance use from early adolescence to early adulthood: an 11-year prospective analysis. *Addict Behavior*, 37(12):1314-24. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.06.020

- Van Ryzin MJ, Dishion TJ. (2012). The impact of a family-centered intervention on the ecology of adolescent antisocial behavior: modeling developmental sequelae and trajectories during adolescence. *Dev Psychopathol*, 24(3):1139-55. doi: 10.1017/S0954579412000582.
- Windle, M. (2003). Alcohol use among adolescents and young adults. *Alcohol Research and Health*, 27(1), 79 - 86.
- World Health Organization (WHO) (Ed.). (2002). *The world health report 2002 - Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: World Health Organization (WHO).
- World Health Organization (WHO) (2009). WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments. ISBN 978 92 4 156391 8.
- World Health Organization (WHO) (Ed.) (2011). *Global status report on alcohol and health*. Geneva: World Health Organization (WHO).
- Wu GH, Chong MY, Cheng AT, Chen TH. (2012). Correlates of family, school, and peer variables with adolescent substance use in Taiwan. *Soc Sci Med*, 64(12):2594-600.

## **Estudo 2 – Preferências musicais e culturas juvenis e a sua relação com o consumo de substâncias na adolescência<sup>2</sup>**

### **Resumo**

**Objectivo:** O propósito do presente estudo foi perceber qual a relação entre a música e as culturas dos adolescentes e o consumo de substâncias, nomeadamente o álcool, o tabaco e as substâncias ilícitas.

**Método:** Os dados enquadrados neste artigo provêm do estudo em colaboração com a Organização Mundial de Saúde (OMS), parte integrante do estudo europeu Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), desenvolvido em Portugal pela equipa Aventura Social. A amostra é constituída por 3331 adolescentes dos 8º e 10º anos do ensino público regular, com média de idades de 15 anos (SD=1,34). O instrumento no qual se baseia o estudo é um questionário de auto-administração aplicado nas escolas pelos professores, em que foram utilizadas questões relativas ao consumo de substâncias (tabaco, embriaguez e substâncias ilícitas), às preferências musicais e à percepção de identificação com diferentes culturas juvenis.

**Resultados:** Os resultados evidenciam que os estilos musicais e as culturas juvenis mais relacionados com comportamentos desafiantes e de externalização apresentam, de uma forma geral, um consumo mais elevado de substâncias.

**Conclusão:** Relativamente às variáveis género e idade, verifica-se maior prevalência destes consumos em rapazes e em turmas de 10º ano, confirmando os dados teóricos referidos pela literatura.

### **PALAVRAS-CHAVE**

Adolescentes, consumo de substâncias, culturas juvenis, preferências musicais.

---

<sup>2</sup> Ferreira, M., Matos, M.G., & Diniz, J.A. (2011). Preferências musicais e culturas juvenis e a sua relação com o consumo de substâncias na adolescência. *Adolescência e Saúde*, 8(4):13-26.

## ABSTRACT

*Aim: The purpose of this study was to understand the relationship between music and adolescent cultures and substance use, namely tobacco, alcohol and drugs.*

*Method: The data covered in this article derives from collaborative study with the World Health Organization (WHO), integral part of the Health Behavior in School-aged Children study (HBSC), developed by the Portuguese team. The sample consists of 3331 adolescents in the 8<sup>th</sup> and 10<sup>th</sup> grades of the public school system within the average of 15 years old (SD= 1.34). The measure, on which this study is based on, is a self-administration questionnaire, applied in school by teachers and in which some questions regarding substance abuse (tobacco, alcohol and drugs), musical preferences and the perception of identification within different juvenile cultures were used.*

*Results: The results show that, in general a bigger substance abuse is related to musical styles and juvenile cultures associated with defying and externalization behaviors.*

*Conclusion: According to the variants gender and age, it shows a bigger user on part of boys and in classes of the 10<sup>th</sup> grade, therefore, agreeing with the theoretical results of the literature.*

## KEY WORDS

Adolescence, substance use, youth cultures, music preferences.

## INTRODUÇÃO

Durante a adolescência há uma reorganização no âmbito social, ocorrendo algumas mudanças fundamentais: passar mais tempo com os seus amigos, que adquirem maior importância (Durkin, 1995; Burge, Goldblat & Lester, 2002; Oliveira, 2003), viver mais intensamente a aceitação e rejeição social e dar mais importância ao sexo oposto sobem na lista de prioridades. A atracção física e os padrões de comportamento (amizade, sociabilidade e competências) são normas implícitas da aceitação do grupo.

A importância do grupo de pares e da pertença grupal na adolescência é inquestionável pela literatura (Durkin, 1995; Gouveia-Pereira, 1995; Croizer, 2000; Hargreaves e North, 2000; Peixoto et al., 2001; Tarrant, Mckenzie e Hewitt, 2006). De uma forma geral, o grupo de pares funciona como “laboratório social” (Peixoto et al. 2001; Cotterell, 1996), à medida que permite ao adolescente experimentar e se desenvolver, servindo de suporte emocional, proporcionando experiências positivas e consentindo que ele se sinta como parte integrante de um grupo, pela socialização que lhe permite adquirir valores, competências e preferências e orientando seu comportamento (Tarrant, MacKenzie & Hewitt, 2006).

A relação com os colegas contribui positivamente para o desenvolvimento do adolescente por meio de caminhos inacessíveis à família, uma vez que passam mais tempo com eles (Kirchler, Pombeni & Palmonari, 1991; Durkin, 1995). Segundo Palmonari *et al.* (1979, 1988, cit. por Gouveia-Pereira, 1995), existe influência dos factores psicossociais no processo de reorganização do *self* dos adolescentes e nas definições que estes elaboram no processo de comparação de si próprios com os outros objectos sociais significativos existentes na sua vida. Destas comparações emergem critérios que ajudam a categorização dos grupos de pares, com os quais se identificam ou não, ou seja, os processos de comparação, diferenciação e identificação social são essenciais na constituição dos grupos com os quais os sujeitos se aproximam.

Enquanto factor social, o adolescente sente maior afinidade com alguns pares, iniciando seu sentimento de pertença a determinados grupos, e este processo apresenta-se indispensável na construção da identidade social dos adolescentes (Brown, Mory & Kinney, 1994; Tarrant, MacKenzie & Hewitt, 2006).

O grupo social, a cultura juvenil associada e a identidade grupal construída organizam-se segundo protótipos que ajudam a construir relações sociais com os pares (Brown, Mory & Kinney, 1994; Steglich, Snijders & West, 2006): comportamentos, valores, atitudes e preferências são, muitas vezes, determinados não só por efeitos de conformismo mas também por tentativas de comparação a percepção criadas por diversos factores.

Enquanto o efeito psicossocial do conformismo revela que os indivíduos dependem do grupo para acederem à aceitação e aprovação social, conformando-se com a opinião da maioria ou submetendo-se a efeitos de prestígio porque antecipam recompensas e punições (Crozier, 2000; Aesbicher, Hewstone & Henderson, 1983), muitas opções respeitantes ao estilo de vida são feitas baseadas na imagem do padrão que uma pessoa tem (North & Hargreaves, 1999), o que muitas vezes determina escolhas e preferências. Esta hipótese de “*self-to-prototype match*” baseia-se na presunção de que os indivíduos são motivados a reforçar e proteger sua autoimagem e identidade social por meio de preferências e comportamentos que se aproximem às do padrão que têm (North & Hargreaves, 1999).

É o grupo social que vai, na maioria das vezes, definir vários aspectos da vida dos adolescentes, como o modo de se vestir, pentear ou sua postura, mas também comportamentos de risco e de consumo de substâncias. Neste sentido, vários estudos referentes a culturas grupais revelam diversidade nos comportamentos, nos valores e nas atitudes associados às mesmas, ou seja, enquanto algumas culturas juvenis apareceram num aspecto mais desviante, outras demonstraram enquadrar o seu comportamento por regras de obediência e até comportamentos pró-escolares (Peixoto et al., 2001).

Risby e McDill (Brown, Mory & Kinney, 1994) sugerem a distinção dos adolescentes por dois sistemas de recompensa: um formal, caracterizado por uma submissão à autoridade dos adultos, e um informal, conformista à “cultura juvenil” e que se apresenta como mais irreverente e motivado na obtenção de prazer e procura de sensações.

### ***Estilos musicais***

A adolescência é o período do desenvolvimento humano em que o tempo dedicado à música está no auge (Crozier, 2000). As inegáveis importância e influência apresentadas na vida dos adolescentes demonstram-se não só pelo seu consumo (North & Hargreaves, 1999),, como também pelas cerca de sete horas que despendem, por dia, a ouvir música (North, Hargreaves & O’Neill, 2000; Zillmann & Gann, 2000).

North e Hargreaves (1999) defendem que a adolescência pode apresentar-se como um “período crítico” na determinação das preferências musicais e também um importante instrumento nas percepções sociais dos adolescentes. Os autores afirmam que uma possível consequência para a especial importância que os adolescentes dão à música é o facto destes a usarem como guia para prováveis características que podem observar nos outros e que enviam acerca deles próprios, tornando-se uma forma de definir sua própria identidade. Assim, tendo em conta a importância que a música tem para os jovens, ao expressarem uma preferência por um estilo de música, os adolescentes enviam implicitamente uma mensagem que implica um determinado leque de atitudes, valores e opiniões.

Por outro lado, o papel mais importante da música como factor de identificação e coesão com a cultura grupal surge na adolescência, quando as preferências musicais servem como enquadramento de significados sociais partilhados e estados de consciência comuns por meio dos quais os adolescentes se identificam com outros, mas, especialmente, com os seus pares. Quando um grupo se focaliza num determinado estilo musical, os seus membros beneficiam duplamente: tornam-se membros de uma elite cultural e das consequentes gratificações emocionais dos sentimentos de pertença; distinguem-se de outros grupos e percebem-se como superiores a esse mesmo grupo, o que aparentemente beneficia o auto-conceito e a auto-estima individual e colectiva (North & Hargreaves, 1999; Russell, 2000; Zillmann & Gan, 2000; Tarrant, North & Hargreaves, 2001; Pessoa, 2007).

Esta importância e a capacidade modeladora de atitudes sociais e comportamentos têm levado alguns investigadores a considerarem determinados estilos musicais potencialmente perigosos para os jovens, na medida em que a música e os seus *performers* são percebidos como responsáveis pelo consumo de substâncias,

comportamentos agressivos ou delinquência (Russell, 2000; Mulder, Bogt, Raaijmakers & Vollebergh, 2007).

Hansen e Hansen (1991), numa discussão a respeito do *rock* e do *punk*, teorizaram três hipóteses: a primeira é que as preferências reflectem a personalidade dos indivíduos e que as pessoas são atraídas por determinados estilos musicais, de acordo com o seu autoconceito e a sua percepção da realidade social; a segunda propõe que diferentes preferências por estilos de música ajudam a moldar atitudes e personalidades (teoria de cognição social); a terceira recomenda a combinação das duas primeiras, ou seja, que a direcção causal possui os dois sentidos.

Os estudos realizados tomam como pressuposto uma das duas primeiras hipóteses e têm sido várias as associações encontradas entre preferências musicais e comportamentos de risco. Contudo, enquanto uns têm seguido na tentativa de perceber o porquê de determinadas escolhas, considerando que os comportamentos de risco não são consequência da música, mas de factores de dimensão individual e de personalidade dos indivíduos (Roberts, Dimsdale, East & Friedman, 1998; Martino et. al, 2006), outros têm tentado perceber a influência da música nos comportamentos e nas atitudes efectivas dos adolescentes (Steglich, Sijders & West, 2006; Mulder, Bogt, Raaijmakers & Vollebergh, 2007).

No seguimento da primeira hipótese, Roberts *et al.* (1998) afirmam que a música parece ter influência directa no humor e nos afectos, e estes efeitos emocionais que a música provoca podem ser mediados pela apresentação da música ou por ideias pré-concebidas acerca da mesma. Uma vez que diferentes músicas podem provocar respostas emocionais diferentes, e diferentes tipos têm sido associados com comportamentos de risco, é possível que os adolescentes mais susceptíveis a comportamentos de risco tenham mais intensidade na resposta emocional a um estímulo, especificamente à música. Ou seja, é possível que o nível de resposta emocional seja um marcador de comportamentos de risco e possa ser mais preditivo deles do que propriamente as preferências musicais.

Os autores verificaram a existência de uma associação entre uma resposta emocional negativa à música e comportamentos de risco, especialmente ouvintes de *rock* e *heavy metal*. Contudo, a preferência pelo estilo musical não está *per se* associada a comportamentos de risco, mas sim a sua conjugação com uma resposta emocional negativa à música. Além disso, verificou-se também que respostas emocionais fortes, e

não necessariamente negativas, estavam associadas a comportamentos de risco, insinuando que a simples intensidade da resposta emocional é factor preponderante. Os autores supõem, finalmente, que o forte nível de resposta emocional à música também pode expressar-se em outras situações da vida. Várias investigações feitas de acordo com a segunda hipótese têm procurado comprovar a hipótese de que a exposição dos adolescentes a determinados estilos de música têm contribuído para certos comportamentos.

Alguns estilos musicais têm sido mais referidos nestes estudos, nomeadamente *heavy metal*, *rap* e *rock*, pois os fãs destes são associados à maior probabilidade de apresentar comportamentos delinquentes, menor sofisticação e comportamentos manifestamente mais rebeldes e antiautoritários dos que os que manifestam outras preferências (North & Hargreaves, 1999; North & Hargreaves, 2007). Bleich et al. (Zillmann & Gan, 2000) também consideram que a atracção pela música “desafiante” (especialmente o *rock* e o *rap*) é mais proeminente nos adolescentes que possuem problemas com os pais, na escola e com a sociedade em geral.

Dois outros estudos procuraram estabelecer a relação entre a música e as cognições sociais dos adolescentes: raparigas que declaravam preferência por música clássica foram caracterizadas pelos rapazes como mais atraentes do que as que ouviam *heavy metal* (North & Hargreaves, 1999).

Por outro lado, tem-se verificado que adolescentes com comportamentos de risco (enganar, roubar, fumar, relações sexuais desprotegidas, etc.) vêem mais televisão e ouvem mais rádio do que os seus amigos (Roberts, Dimsdale, East & Friedman, 1998).

Embora certos tipos de música como *heavy metal* e *punk rock* já tenham sido associados a pensamentos suicidas, comportamentos autodestrutivos, sentimentos de desespero e falta de esperança, abuso de substâncias e alienação de figuras autoritárias (Mulder, Bogt, Raaijmakers & Vollebergh, 2007), Bruge, Goldblat e Lester (2002) publicaram um estudo no qual mostram que conjugando as preferências musicais dos adolescentes se contribuiu efectivamente para uma maior previsibilidade de níveis mais altos de ideação suicida, recusando a associação directa entre um estilo musical específico e o suicídio.

Mais recentemente, Mulder, Bogt, Raaijmakers e Vollebergh (2007), procuraram perceber a expressão da preferência por certos estilos musicais nos comportamentos de

risco apresentados por adolescentes holandeses entre os 12 e os 16 anos. Para tal, os autores operacionalizaram duas variáveis: a expressão dos comportamentos de risco e os estilos musicais.

Considerando a primeira variável, os autores levaram em conta as concepções de Achenbach (Mulder, Bogt, Raaijmakers & Vollebergh, 2007), de que os comportamentos de risco se expressam por meio de processos de internalização (sintomas de ansiedade, depressão, somatizações ou isolamento), externalização (comportamentos agressivos e delinquentes e abuso de substâncias) ou em perturbações do pensamento, sociais e de atenção.

No que diz respeito à categorização dos estilos musicais, esta tem sido, até hoje, a tarefa mais complicada na estruturação sistemática das preferências (Russell, 2000; Zillmann & Gan, 2000). Aquilo que é ou não considerado estilo musical varia consoante a época, o contexto e a cultura. Além disso, o rápido crescimento da indústria musical e o constante aparecimento de conteúdos relativamente novos dificultam a realização de uma categorização estável.

Por este motivo e pelas limitações apresentadas por estudos anteriores que tinham considerado somente a dicotomia “musica desafiante ou *mainstream*”, os autores preferiram analisar os estilos musicais numa perspectiva tipológica, ou seja, relativa ao sentimento de pertença a um *taste group*, grupos de fãs com padrões de preferência semelhantes. Com algumas limitações, os *taste groups* são considerados pela sua existência consagrada, tamanho, manifestações sociais específicas e considerável influência no comportamento efectivo dos seus membros (Zillmann & Gan, 2000; Bruge, Goldblat e Lester, 2002; Mulder, Bogt, Raaijmakers & Vollebergh, 2007). Embora esta pertença recorra maioritariamente ao imaginário dos adolescentes, uma vez que eles têm de projectar a sua pertença a uma audiência em massa composta por indivíduos que, na sua maioria, não conhecem, os adolescentes sentem-se, efetivamente, membros destes *taste groups*, apresentando, inclusive, características externas que expressam para demarcar sua pertença, como o estilo do cabelo, a roupa ou os maneirismos (Russel, 2000).

Com esta mudança no paradigma de investigação os autores consideraram a importância da pertença a grupos de risco, ao invés da análise de factores de risco associados à audição de um estilo de música determinado.

Os *taste groups* foram construídos consoante análise das aproximações (maior preferência) e dos afastamentos (menor preferência) a quatro estilos musicais base: *rock* (*heavy metal, punk/hardcore/grunge, rock* e música gótica), *urban* (*hip hop, soul, R&B*), *pop dance* (*charts, house/transe/techno* e *club/mellow house*), e elite (música clássica e jazz).

O resultado desta análise revelou, por sua vez, seis *taste groups*. O grupo classificado como *middle of the road* (MOR) não revelou entusiasmo geral por música, demonstrando, apesar disso, preferência geral por *pop dance* e por música *mainstream* das tabelas de popularidade. Os fãs de *urban* demonstraram especial interesse por *pop* de tradição afro-americana, distanciando-se especialmente do *rock*, que geralmente é um género musical apreciado maioritariamente por caucasianos. O pequeno *taste group exclusive rock* mostra admiração mais cingida ao *metal* ou à música ruidosa, preterindo completamente outros estilos musicais e música presente nas tabelas, sendo, por isso, um grupo verdadeiramente não *mainstream*.

Os *rock-pop* apresentam um gosto musical mais abrangente, apreciando simultaneamente o *rock* e o *pop-dance* e colocando-se numa posição neutra face ao estilo *urban*. O grupo elitistas destaca-se pela sua preferência exclusiva por música clássica e jazz. Finalmente os omnívoros preferem o estilo elite com scores mais elevados que o grupo anterior, mas revelam entusiasmo geral por todos os outros estilos musicais.

Relativamente à análise das diferenças de géneros na composição dos *taste groups*, os MOR, *urban* e *elitistas* são constituídos essencialmente por público feminino, ao contrário do *rock* e *rock-pop*, que parece ser mais apreciado por rapazes.

Os resultados deste estudo permitiram, em primeiro lugar, verificar que as preferências musicais, à semelhança de outros preditores de perturbações na adolescência, são um factor na etiologia dos problemas de comportamento dos adolescentes.

Relativamente às associações encontradas entre os comportamentos de risco e os *taste groups*, verificou-se que o grupo MOR revelou poucos problemas de internalização, ao contrário dos *exclusive rock, omnívoros* e *elitistas*, tendo os últimos, por sua vez, apresentado forte tendência de isolamento.

Vários estudos confirmam a presença do conformismo, relativamente à opinião da maioria ou por efeitos de prestígio, no estabelecimento das preferências musicais (Aesbicher, Hewstone & Henderson, 1983; Crozier, 2000).

Uma vez que estas são criadas com referência ao grupo e à crítica grupal, determinadas escolhas musicais feitas pelos adolescentes parecem ser motivo de vergonha para os eles, tendo consideráveis implicações nas identidades pessoal e social, na autoestima do sujeito (Crozier, 2000) e, como mostra o estudo de Mulder, Bogt, Raaijmakers e Vollebergh (2007), também revelando um nível mais alto de perturbações de internalização. Steglich, Snijder e West (2006) verificaram, relativamente ao consumo de álcool, que este tende a aproximar os grupos e as dinâmicas de adolescentes com características semelhantes.

Relativamente aos problemas de externalização, verificou-se que os grupos *urban*, *rock-pop*, *exclusive rock* foram indicados como tendo imagens de resistência à autoridade e de orientação de pares projectadas pelo *hip hop* e por géneros mais violentos de *rock*. Estes três grupos foram previamente associados a comportamentos de transgressão, resistência à autoridade e abuso de substâncias, e parecem ser quem melhor sincroniza as preferências musicais com os comportamentos externalizantes.

Por fim, autores alertam que ouvir música, ainda que desafiante, pode desempenhar papel importante na forma como os adolescentes lidam com o *stress*, podendo ser considerado um mecanismo de *coping*.

O presente estudo tem como objectivo perceber qual a relação entre a música e as culturas dos adolescentes e o consumo de substâncias, procurando preditores do consumo de tabaco, álcool e substâncias psicoactivas.

## MÉTODO

### *Amostra*

A amostra utilizada neste estudo é constituída pelos sujeitos participantes no estudo realizado em Portugal Continental em 2006, parte integrante do estudo europeu Health Behaviour in School aged Children (HBSC) ([www.hbsc.org](http://www.hbsc.org); [www.fmh.utl.pt/aventurasocial](http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial); [www.aventurasocial.com](http://www.aventurasocial.com)). Portugal foi incluído como parceiro neste estudo pela primeira vez em 1996.

O estudo HBSC iniciou-se em 1982 por meio de uma equipa de investigadores da Finlândia, Noruega e Inglaterra e, desde 1985/86, é realizado a cada quatro anos. Ao longo do tempo o estudo foi crescendo e actualmente conta com a participação de 44 países europeus e da América do Norte, em colaboração com a Organização Mundial de Saúde (OMS), (Roberts et al., 2007). O estudo tem como objectivo conseguir uma nova e maior compreensão do comportamento de saúde dos adolescentes, saúde e bem-estar no seu contexto social, através da recolha de dados que permitam comparações nacionais e internacionais (Roberts et al., 2007).

O estudo português incluiu alunos dos 8º e 10º anos do ensino público regular com média de idades de 15 anos (SD=1,34). A amostra nacional consistiu em 3331 estudantes de 257 turmas de 125 escolas portuguesas escolhidas aleatoriamente, representativa dos referidos anos de escolaridade e estratificada por regiões de educação regional. Os alunos foram distribuídos da seguinte forma: norte - 41,9%; centro - 15,6%; Lisboa - 29,4%; Alentejo - 7,5%; e Algarve - 5,7%. Destes, 52,6% eram raparigas e 47,4%, rapazes, distribuídos da seguinte forma: 52,2% no 8º ano de escolaridade e 47,8% no 10º ano de escolaridade.

A taxa de resposta foi de 92% para escolas, 87% para turmas e 87% para alunos.

## INSTRUMENTO

O instrumento no qual se baseia o estudo é um questionário de auto-administração aplicado nas escolas pelos professores.

O questionário fornece informação sobre os indicadores de saúde e comportamentos relacionados com a saúde e as circunstâncias de vida dos adolescentes.

As questões abrangem: informação demográfica, incluindo idade, estrutura familiar, estatuto socioeconómico; relações sociais com a família, amigos e ambiente escolar; comportamento de saúde, como a atividade física, comportamento alimentar, consumo de álcool, tabaco, marijuana, comportamento sexual, violência, *bullying*, entre outros; e indicadores de bem-estar, incluindo sintomas físicos e psicológicos, satisfação com a vida, entre outros (Currie et. al, 2000; 2004).

No estudo português, o questionário inclui todos os itens obrigatórios que abrangem questões demográficas, aspectos da saúde comportamental e psicossocial, seguindo o formato indicado no protocolo internacional (Currie et. al, 2001).

No presente trabalho foram utilizadas questões relacionadas com o consumo de substâncias, nomeadamente consumo de tabaco, embriaguez e drogas no último mês. Foram conjuntamente utilizadas questões relativas às preferências musicais e à percepção de identificação com diferentes culturas juvenis.

### ***Consumo de tabaco***

Avaliada por meio de uma pergunta em que se questionavam os inquiridos sobre “quantas vezes fuma tabaco?”. Opções de respostas: não fuma; fuma.

### ***Embriaguez***

Operacionalizada por meio da pergunta “alguma vez já ficou embriagado?”. Opções de respostas: não, nunca; sim, uma vez ou mais.

### ***Consumo de drogas no último mês***

Medida pela pergunta “quantas vezes usou drogas ilegais no último mês?”. Opções de respostas: não consumiu; consumiu.

### ***Preferências musicais***

Avaliada pela questão “com relação aos tipos musicais a seguir, indique o quanto gosta de cada um: música comercial, clássica, *house/trance*, *soullr&b*, *punk/hardcore*, *heavy metal*, *reggae*, *jazz*, *hip hop/rap*, *rock*, gótica, *techno/hardhouse*, *country*, popular, pimba e fado”. Opções de respostas: não gosto nada; não gosto; nem gosto nem desgosto; gosto; e gosto muito.

### ***Culturas juvenis***

Operacionalizada por meio da pergunta “qual a cultura juvenil com que você mais se identifica: desportista, surfistas, clássico, beto, *punk*, *freak*, *dread*, *hippie*, ambientalista, gótico, alternativo, mitras, rasta, *heavy*, radicais, cromos, *hip hop*, escuteiros, *skinheads*?”. Opções de resposta: não me identifico; sim, me identifico.

## PROCEDIMENTO

As unidades de análise usadas neste estudo foram as turmas. Em cada escola elas foram selecionadas aleatoriamente a fim de se encontrar o número requerido de alunos para cada turma, que era proporcional ao número dos mesmos fornecidos pelo Ministério da Educação (ME). O estudo ocorreu em Janeiro de 2006, quando os professores administraram os questionários na sala de aula, sendo a participação dos alunos voluntária.

## RESULTADOS

De acordo com o propósito do estudo foram realizadas análises factoriais nas variáveis preferências musicais e percepção de pertença a culturas juvenis, no sentido de agrupar coerentemente os diversos itens que compõem as questões anteriormente referidas. Relativamente aos indicadores de consumo de substâncias, verifica-se que cerca de 84,4% da amostra referem não fumar (N=2.780), 67,5% nunca se embriagaram (N=2.224) e a grande maioria (94,2%) não consumiu drogas no último mês (N=2.888).

Segue-se, assim, a descrição das análises factoriais das variáveis já referidas, seguida da apresentação de regressões logísticas das mesmas com as variáveis relativas ao consumo de substâncias, nomeadamente o de tabaco, embriaguez e de substâncias ilícitas durante o último mês, com vista a encontrar variáveis preditoras dos mesmos, incluindo-se ainda regressões logísticas, mas com a inclusão das variáveis sexo e ano de escolaridade.

### ***Preferências Musicais***

Por meio da realização da análise factorial dos 16 estilos musicais, encontraram-se quatro factores representativos das preferências pelos diversos estilos, sendo eles denominados da seguinte forma: *rock*, popular, urbana/*dance* e, por último, elitista. No global, os quatro factores explicam 61,9% da variância total (KMO=0.830), usando a extracção dos componentes principais (com rotação *varimax*, com *eigenvalues* superiores a 1).

Com relação às variáveis preditoras do consumo de tabaco, verifica-se que é significativo o factor da música urbana/*dance*, sendo a preferência por esta preditora de um consumo de tabaco 1,3 vezes mais elevado (Tabela 29).

Quando inseridas as variáveis sexo e ano de escolaridade, verifica-se que não existem diferenças significativas ao nível do sexo, existindo diferenças significativas para a escolaridade, sendo que os adolescentes do 8º ano apresentam pouco mais da metade do consumo de tabaco que os jovens do 10º ano escolar (Tabela 30).

**Tabela 29.** Regressão Logística – Variáveis predictoras do consumo de tabaco

	<b>β</b>	<b>SE</b>	<b>95 % IC</b>	<b>OR</b>
<b>I. Rock</b>	-0,01	0,08	(0,86-1,16)	0,999
<b>II. Popular</b>	0,07	0,07	(0,93-1,25)	1,080
<b>III. Urbana/Dance</b>	0,25	0,08	(1,10-1,51)	1,289***
<b>IV. Elitista</b>	-0,13	0,08	(0,76-1,02)	0,879

\*p≤.05; \*\*p≤.01; \*\*\*p≤.001

**Tabela 30.** Regressão Logística – Variáveis predictoras do consumo de tabaco

	<b>β</b>	<b>SE</b>	<b>95 % IC</b>	<b>OR</b>
<b>I. Rock</b>	0,01	0,08	(0,87-1,17)	1,007
<b>II. Popular</b>	0,09	0,08	(0,94-1,27)	1,094
<b>III. Urbana/Dance</b>	0,22	0,08	(1,06-1,46)	1,244**
<b>IV. Elitista</b>	-0,18	0,08	(0,74-1,01)	0,863
<b>Género</b>	---	---	Referente	1
<b>Género (1)</b>	-0,06	0,15	(0,70-1,28)	0,947
<b>Escolaridade</b>	---	---	Referente	1
<b>Escolaridade (1)</b>	-0,40	0,16	(0,49-0,92)	0,673*

\*p≤.05; \*\*p≤.01; \*\*\*p≤.001

No que diz respeito às variáveis predictoras de alguma vez ter estado embriagado, verifica-se que é significativo apenas o factor da música urbana/dance, sendo a preferência por esta música predictor de uma frequência de embriaguez 1,3 vezes mais elevada (Tabela 31).

Incluindo as variáveis sexo e ano de escolaridade, observa-se que existem diferenças significativas para a música popular além da variável predictor na análise anterior, tendo os adolescentes que preferem esta música 1,1 vezes maior frequência de embriaguez do que os que não preferem este estilo musical. São ainda os rapazes que apresentam 1,4 vezes mais frequência de alguma vez ter estado embriagado, sendo os adolescentes do 8º ano que apresentam metade dessa frequência, face aos adolescentes do 10º ano (Tabela 32).

**Tabela 31.** Regressão Logística – Variáveis preditoras de alguma vez ter estado embriagado

	$\beta$	SE	95 % IC	OR
<b>I. Rock</b>	0,05	0,06	(0,94-1,18)	1,053
<b>II. Popular</b>	0,11	0,06	(1,00-1,25)	1,116
<b>III. Urbana/Dance</b>	0,26	0,06	(1,15-1,46)	1,294***
<b>IV. Elitista</b>	-0,09	0,06	(0,82-1,03)	0,918

\*p≤.05; \*\*p≤.01; \*\*\*p≤.001

**Tabela 32.** Regressão Logística – Alguma vez ter estado embriagado

	$\beta$	SE	95 % IC	OR
<b>I. Rock</b>	0,04	0,06	(0,92-1,17)	1,040
<b>II. Popular</b>	0,14	0,06	(1,02-1,29)	1,147*
<b>III. Urbana/Dance</b>	0,21	0,06	(1,09-1,39)	1,232***
<b>IV. Elitista</b>	-0,10	0,06	(0,80-1,02)	0,902
<b>Género</b>	---	---	Referente	1
<b>Género (1)</b>	0,69	0,12	(1,09-1,74)	1,375**
<b>Escolaridade</b>	---	---	Referente	1
<b>Escolaridade (1)</b>	-0,39	0,12	(0,39-0,64)	0,502***

\*p≤.05; \*\*p≤.01; \*\*\*p≤.001

Nas Tabelas 33 e 34, relativas às variáveis preditoras do consumo de drogas no último mês, verifica-se que os adolescentes com preferência pela urbana/dance e pela rock apresentam consumo de drogas no último mês 1,7 e 1,3 vezes mais elevado, respectivamente. Observa-se ainda que os rapazes consumiram 2,8 vezes mais substâncias ilícitas durante o último mês do que as meninas e, à semelhança do que se verifica para os outros consumos, também aqui são os adolescentes do 8º ano que apresentam metade do consumo que os jovens do 10º ano de escolaridade.

**Tabela 33.** Regressão Logística – Variáveis preditoras do consumo de drogas no último mês

	$\beta$	SE	95 % IC	OR
<b>I. Rock</b>	0,25	0,11	(1,04-1,60)	1,286*
<b>II. Popular</b>	-0,07	0,11	(0,76-1,15)	0,935
<b>III. Urbana/Dance</b>	0,53	0,12	(1,34-2,14)	1,692***
<b>IV. Elitista</b>	0,15	0,11	(0,94-1,43)	1,158

\*p≤.05; \*\*p≤.01; \*\*\*p≤.001

**Tabela 34.** Regressão Logística – Consumo de drogas no último mês

	$\beta$	SE	95 % IC	OR
<b>I. Rock</b>	0,22	0,11	(1,00-1,56)	1,250*
<b>II. Popular</b>	-0,06	0,11	(0,76-1,17)	0,944
<b>III. Urbana/Dance</b>	0,50	0,12	(1,30-2,10)	1,650***
<b>IV. Elitista</b>	0,17	0,11	(0,96-1,46)	1,179
<b>Género</b>	---	---	Referente	1
<b>Género (1)</b>	1,03	0,24	(1,75-4,51)	2,808***
<b>Escolaridade</b>	---	---	Referente	1
<b>Escolaridade (1)</b>	-0,62	0,24	(0,34-0,87)	0,540**

\*p≤.05; \*\*p≤.01; \*\*\*p≤.001

### *Culturas juvenis*

Após realização da análise factorial das 19 culturas juvenis, verifica-se o agrupamento destas em três factores representativos, sendo estes denominados da seguinte forma: tribos marginais, tribos oficializadas e, por último, tribos urbanas. No global, os três factores explicam 36,7% da variância total (KMO=0.884), usando a extracção dos componentes principais (com rotação *varimax*, com *eigenvalues* superiores a 1).

Relativamente às variáveis predictoras do consumo de tabaco, verifica-se que a identificação com a tribo marginal é o único predictor para o seu consumo, com 1,2 vezes mais elevado, não sendo significativas as diferenças nas restantes culturas e para o facto de se pertencer ou não a alguma cultura ou tribo juvenil (Tabela 35).

Quando introduzidas as variáveis sexo e ano de escolaridade, verifica-se que se mantêm as diferenças significativas para a tribo marginal, sendo que no âmbito do sexo não se verificam diferenças. Com relação ao ano de escolaridade, verifica-se que o consumo é mais baixo no 8º (Tabela 36).

**Tabela 35.** Regressão Logística – Variáveis Predictoras do consumo de tabaco

	$\beta$	SE	95 % IC	OR
<b>I. Desafiantes</b>	0,21	0,04	(1,14-1,33)	1,229***
<b>II. Passivos</b>	0,05	0,04	(0,97-1,15)	1,056
<b>III. Populares</b>	0,06	0,05	(0,96-1,17)	1,061
<b>Nenhuma Cultura</b>	---	---	Referente	1
<b>Nenhuma Cultura (1)</b>	0,15	0,15	(0,86-1,55)	1,153

\*p≤.05; \*\*p≤.01; \*\*\*p≤.001

**Tabela 36.** Regressão Logística – Consumo de tabaco

	$\beta$	SE	95 % IC	OR
<b>I. Desafiantes</b>	0,21	0,04	(1,14-1,33)	1,229***
<b>II. Passivos</b>	0,05	0,04	(0,97-1,15)	1,056
<b>III. Populares</b>	0,09	0,05	(1,00-1,21)	1,098
<b>Nenhuma Cultura</b>	---	---	Referente	1
<b>Nenhuma Cultura (1)</b>	0,15	0,15	(0,87-1,57)	1,167
<b>Género</b>	---	---	Referente	1
<b>Género (1)</b>	-0,01	0,10	(0,81-1,20)	0,989
<b>Escolaridade</b>	---	---	Referente	1
<b>Escolaridade (1)</b>	-0,47	0,10	(0,51-0,76)	0,624***

\*p≤.05; \*\*p≤.01; \*\*\*p≤.001

Sobre as variáveis predictoras de alguma vez ter estado embriagado, verifica-se que as tribos marginais e oficializadas são predictoras da embriaguez, não se verificando diferenças significativas no caso de se identificar com as tribos urbanas. No caso de se percepcionar como pertencente a uma tribo juvenil, verifica-se que a frequência de embriaguez aumenta para 1,7 vezes, constituindo-se como o melhor preditor para alguma vez ter estado embriagado. As tribos marginais e oficializadas apresentam 1,2 vezes mais frequência de alguma vez ter estado embriagado (Tabela 37).

Na Tabela 38, o facto de os adolescentes se percepcionarem como pertencendo ou identificando a uma tribo juvenil apresenta diferenças significativas, continuando a ser o melhor preditor, mantendo-se a frequência de alguma vez ter estado embriagado 1,7 vezes superior. Também aqui, quando introduzido o sexo e o ano de escolaridade, a tribo urbana é indicada como preditora da embriaguez (1,1 vezes mais elevado), sendo, no entanto, aquela em que se verifica um consumo inferior de todas as culturas ou tribos em análise.

Relativamente ao sexo, são os rapazes que melhor predizem a variável ter estado alguma vez embriagado, apresentando frequência de embriaguez 1,2 vezes mais elevada que as meninas.

Quanto à escolaridade, mais uma vez, verifica-se que o melhor preditor de ter estado alguma vez embriagado é o 10º ano de escolaridade, em que se verificam valores mais elevados.

**Tabela 37.** Regressão Logística – Variáveis predictoras de alguma vez ter estado embriagado

	$\beta$	SE	95% IC	OR
<b>I. Desafiantes</b>	0,18	0,04	(1,11-1,30)	1,202***
<b>II. Passivos</b>	0,16	0,04	(1,08-1,26)	1,168***
<b>III. Populares</b>	0,07	0,04	(1,00-1,16)	1,076
<b>Nenhuma Cultura</b>	---	---	Referente	1
<b>Nenhuma Cultura (1)</b>	0,54	0,12	(1,36-2,17)	1,723***

\*p≤.05; \*\*p≤.01; \*\*\*p≤.001

**Tabela 38.** Regressão Logística – Alguma vez ter estado embriagado

	$\beta$	SE	95% IC	OR
<b>I. Desafiantes</b>	0,18	0,04	(1,11-1,28)	1,191***
<b>II. Passivos</b>	0,14	0,04	(1,07-1,24)	1,153***
<b>III. Populares</b>	0,12	0,04	(1,04-1,22)	1,126**
<b>Nenhuma Cultura</b>	---	---	Referente	1
<b>Nenhuma Cultura (1)</b>	0,56	0,12	(1,37-2,22)	1,742***
<b>Género</b>	---	---	Referente	1
<b>Género (1)</b>	0,19	0,08	(1,04-1,41)	1,208*
<b>Escolaridade</b>	---	---	Referente	1
<b>Escolaridade (1)</b>	-0,76	0,08	(0,40-0,54)	0,467***

\*p≤.05; \*\*p≤.01; \*\*\*p≤.001

Na Tabela 39, relativa às variáveis predictoras do consumo de drogas no último mês, verificam-se as significativas diferenças nas tribos marginais e oficializadas, apresentando um consumo de drogas no último mês mais elevado, sendo a tribo marginais a melhor preditora, com 1,4 vezes de consumo mais elevado. O facto de se percepcionar como pertencendo a uma tribo juvenil, à semelhança do que se observava na embriaguez,

também o consumo de drogas no último mês se constitui como o melhor preditor, com 1,9 vezes mais elevado neste caso.

Verifica-se ainda que os rapazes consumiram 2,6 vezes mais substâncias ilícitas durante o último mês do que as meninas e, à semelhança do que se verifica para os outros consumos, também aqui são os adolescentes que frequentam o 8º ano que apresentam menos consumo que os jovens do 10º (Tabela 40).

**Tabela 39.** Regressão Logística – Variáveis predictoras do consumo de drogas no último mês

	<b>β</b>	<b>SE</b>	<b>95 % IC</b>	<b>OR</b>
<b>I. Desafiantes</b>	0,35	0,05	(1,29-1,57)	1,423***
<b>II. Passivos</b>	0,17	0,06	(1,06-1,32)	1,180**
<b>III. Populares</b>	0,10	0,07	(0,96-1,28)	1,106
<b>Nenhuma Cultura</b>	---	---	Referente	1
<b>Nenhuma Cultura (1)</b>	0,64	0,29	(1,09-3,33)	1,901*

\*p≤.05; \*\*p≤.01; \*\*\*p≤.001

**Tabela 40.** Regressão Logística – Consumo de drogas no último mês

	<b>β</b>	<b>SE</b>	<b>95 % IC</b>	<b>OR</b>
<b>I. Desafiantes</b>	0,35	0,05	(1,29-1,57)	1,423***
<b>II. Passivos</b>	0,17	0,06	(1,06-1,33)	1,186**
<b>III. Populares</b>	0,11	0,08	(0,96-1,29)	1,114
<b>Nenhuma Cultura</b>	---	---	Referente	1
<b>Nenhuma Cultura (1)</b>	0,52	0,30	(0,95-3,00)	1,686
<b>Género</b>	---	---	Referente	1
<b>Género (1)</b>	0,96	0,17	(1,87-3,68)	2,622***
<b>Escolaridade</b>	---	---	Referente	1
<b>Escolaridade (1)</b>	-0,79	0,17	(0,33-0,64)	0,456***

\*p≤.05; \*\*p≤.01; \*\*\*p≤.001

## DISCUSSÃO

A importância que a música e as culturas juvenis assumem na vida dos jovens tem colocado questões relativas à sua influência no comportamento, especificamente no que diz respeito ao consumo de substâncias. Diferentes estilos musicais e culturas ou tribos juvenis têm sido associados a diversas posturas e condutas por parte dos adolescentes, sofrendo efeitos de conformismo, prestígio ou influência social. Os resultados referentes à

análise factorial dos estilos musicais revelaram, em primeiro lugar, uma semelhança aos resultados obtidos por Mulder, Bogt, Raaijmakers e Vollebergh (2007) na factorização dos estilos musicais, revelando os estilos *rock*, *urban*, *dance* (que apareceram associados neste estudo) e *elitista*. Contudo, por factores inerentes à nacionalidade dos participantes, o estilo referente à música popular aparece como factor, sendo este maioritariamente constituído por estilos musicais tipicamente portugueses (música popular portuguesa, pimba e fado).

Foram os fãs da música urbana/*dance* e *rock* que maioritariamente apresentaram comportamentos não só de consumo de tabaco, como também de embriaguez e consumo de drogas no último mês. Os resultados são concordantes com o estudo de Mulder, Bogt, Raaijmakers e Vollebergh (2007), no qual os fãs destes dois estilos foram associados a comportamentos externalizantes, como já tinha sido verificado por outros autores (North & Hargreaves, 1999; North & Hargreaves, 2007). Observando a variável sexo, verifica-se que os rapazes apresentam maior prevalência no consumo de álcool, à semelhança do que se apresenta na literatura relativamente ao facto de serem os rapazes a apresentarem, maioritariamente, comportamentos de externalização, como o consumo de substâncias (Mulder, Bogt, Raaijmakers & Vollebergh 2007).

Parece importante salientar, contudo, os resultados da variável referente aos consumos de álcool e embriaguez revelados pelos ouvintes de música popular, que talvez possam ser explicados por factores de localização preferencialmente rural. No que diz respeito às culturas juvenis, em primeiro lugar, verifica-se uma associação existente entre os grupos de culturas ou tribos identificadas e a distinção expressa por Risby e McDill (Brown, Mory & Kinney, 1994), que distinguem os adolescentes por dois sistemas de recompensa: um formal, caracterizado por uma submissão à autoridade dos adultos, e um informal, conformista à cultura juvenil e que se apresenta como mais irreverente e motivado na obtenção de prazer e procura de sensações.

Enquanto o primeiro grupo, da tribo marginais, inclui culturas tipicamente associadas ao desafio das autoridades ou a comportamentos desviantes e de risco (como é o caso dos *skinheads* ou *heavy*), o segundo grupo, das tribos oficializadas, tende a ser caracterizado como mais obediente.

As tribos urbanas, por sua vez, podem estar sujeitas a tendências gerais das culturas que seguem, na medida em que são os representantes das culturas juvenis maioritariamente em voga, especificamente no âmbito das preferências musicais.

Com relação ao consumo de álcool, especificamente a situação de embriaguez, verifica-se que este é transversal às três culturas ou tribos juvenis. Um dado curioso é o facto de se pertencer a uma tribo juvenil aumentar o risco de embriaguez, sugerindo que em certos casos pode aumentar os comportamentos de risco de externalização associados a comportamentos de consumo.

Relativamente ao consumo de drogas, é a cultura que mais procura o desafio à autoridade, adotando uma postura mais visível e transgressora da lei e que aparece em primeiro lugar: a tribo marginais apresenta-se como melhor preditora dos comportamentos de consumo de drogas.

De uma forma geral, são os rapazes e os que frequentam anos de escolaridade mais elevados que estão mais sujeitos a comportamentos de consumo de substâncias e associados não só a comportamentos de externalização mais acentuados, como também a músicas e culturas que os favorecem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aesbicher, V., Hewstone, M. & Henderson, M. (1983). Minority influence and musical preference: innovation by conversion not coercion. *European Journal of Social Psychology*, 14, pp. 23-33.
- Brown, B.B., Mory, M.S. & Kinney (1994). Casting adolescent crowds in a relational perspective: caricature, channel and context. In R. Montemayor, G. R. Adams & T. P. Guollota (Eds.), *Personal relationships during adolescence* (pp.123-167). Thousand Oaks: SAGE.
- Burge, M., Goldblat, C. & Lester, D. (2002). Music Preferences and Suicidality: a comment on stack. *Death Studies*, 26, pp. 501-504.
- Cole, M. & Cole, S. (2001). *The Development of Children* (4<sup>th</sup> Ed.). New York: Worth Publishers.

- Cotterell, J. (1996). *Social Networks and social influences in adolescence*. London: Routledge.
- Croizer, W. R. (2000). Music and social influence. In D. J. Hargreaves & A. C. North (Eds.), *The Social Psychology of Music* (pp. 67-82). Oxford: Oxford University Press.
- Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, et al. Health and health behavior among young people. Copenhagen: WHO; 2000.
- Currie C, Roberts C, Morgan A, et al. Young people health in context. Copenhagen: WHO; 2004.
- Currie C, Samsal O, Boyce W, et al. HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey. Copenhagen: WHO; 2001.
- Durkin, K. (1995). *Developmental Social Psychology – From Infancy to Old Age*. Great Britain: Blackwell Publishers Ltd.
- Gouveia-Pereira, M. (1995). *A percepção do papel do grupo de pares nas tarefas de desenvolvimento em adolescentes e pais*. Dissertação de Mestrado, não publicada. Lisboa: ISPA.
- Hansen, C.H. & Hansen, R.D. (1991). Constructing personality and social reality through music: individual differences among fans of punk and heavy metal music. *Journal of Broadcasting and Electronic Media*, 35, pp. 335-350.
- Hargreaves, D. J. & North, A. C. (2000). The social psychology of music. In D. J. Hargreaves & A. C. North (Eds.), *The Social Psychology of Music* (pp. 1-21). Oxford: Oxford University Press.
- Kemp, A. E. (2000). Individual differences in musical behaviour. In D. J. Hargreaves & A. C. North (Eds.), *The Social Psychology of Music* (pp. 25-44). Oxford: Oxford University Press.
- Kirchler, E., Pombeni, L. & Palmonari, A. (1991). Sweet sixteen...Adolescent's problems and the peer group as source of support. *European Journal of Psychology of Education*, 6, pp. 93-410.

- Martino, et. al (2006). Exposure to degrading versus nondegrading music lyrics and sexual behavior among youth. *Pediatrics*, 118(2), pp. 430-441.
- Mulder, J., Bogt, T., Raaijmakers, Q. & Vollebergh, W. (2007). Music taste groups and problem behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, 36, pp. 313-324.
- North, A. C. & Hargreaves, D. J. (2007). Lifestyle correlates of musical preference: 1. relationships, living arrangements, beliefs, and crime. *Psychology of Music*, 35(1), pp. 58-87.
- North, A. C. & Hargreaves, D. J. (1999). Music and Adolescent Identity. *Music Education Research*, 1 (1), pp. 75-92.
- North, A. C., Hargreaves, D. J. & O'Neill, S. A. (2000). The importance of music to adolescents. *British Journal of Educational Psychology*, 70, pp. 255-272.
- Oliveira, A. (2003). *Ilusões: a melodia e o sentido da vida na idade das emoções – representações sociais da morte, do suicídio e da música na adolescência*. Tese de Doutoramento apresentada no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Peixoto, F., Martins, M. A., Pereira, M., Amaral, V. & Pedro, I. (2001). Os grupos de adolescentes na escola: percepções intra e intergrupais. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 6 (1), pp.79-93.
- Pessoa, M. (2007). Preferências Musicais e Adolescentes: relações grupais, identificação social e auto-estima. *Monografia*, não publicada. Lisboa: ISPA.
- Roberts, K., Dimsdale, J., East, P. & Friedman, L. (1998). Adolescent Emotional Response to Music and its relationship to risk-taking behavior. *Journal of Adolescent Health*, 23, pp. 49-54.
- Russell, P. A. (2000). Musical tastes and society. In D. J. Hargreaves & A. C. North (Eds.), *The Social Psychology of Music* (pp. 141-158). Oxford: Oxford University Press.
- Steglich, C., Snijders, T. & West, P. (2006). Applying SIENA: an illustrative analysis of the coevolution of adolescents' friendship networks, taste in music, and alcohol consumption. *Methodology*, 2(1), pp. 48-56.

Tarrant, M., North, A. C., & Hargreaves, D. J. (2001). Social Categorization, self-esteem, and the estimated musical preferences of male adolescents. *The Journal of Social Psychology*, 141(5), 565-581.

Tarrant, M., MacKenzie, L. & Hewitt, L. A. (2006). Friendship group Identification, multidimensional self-concept, and experience of development tasks in adolescence. *Journal of Adolescence*, 29, pp. 627-640.

Zilmann, D., & Gan, S. (2000). Musical taste in adolescence. In D. J. Hargreaves & A. C. North (Eds.), *The Social Psychology of Music* (pp. 161-186). Oxford: Oxford University Press

## **Estudo 3 – The role of social and emotional competences on risk behaviors in adolescence<sup>3</sup>**

### **Abstract**

**Aim:** The purpose of this study was to understand the relation between social and emotional competences and substance use in adolescence, including tobacco, alcohol and illicit drugs.

**Methodology:** The sample included 3494 students, mean age 15 years old, in the 8<sup>th</sup> and 10<sup>th</sup> grades of the public school system from Portugal. Data collection was held within the HBSC (Health Behavior in School-aged Children) survey. For the purpose of this specific study, the questionnaire includes questions about social and emotional competences and risk behavior, specifically substance use, namely tobacco consumption, drunkenness and illicit drugs consumption in the last thirty days.

**Results:** Results showed that adolescents with higher levels of social and emotional competences seem to consume less substances. There were statistically significant differences for all Social and Emotional Competences Subscales regarding illicit drugs as well as for Empathy, Cooperation and Communication and Goals and Aspirations regarding tobacco consumption.

**Conclusions:** Besides personal characteristics, parental and peer relationships that are critical predictors of substance use in adolescence, it is also important to analyze the social and emotional competences level in order to establish a program for promotion of social and emotional competences in adolescence, contributing for better health and higher well-being indicators.

**Key-words:** Social and Emotional Competences, Substance Use; Adolescence.

---

<sup>3</sup> Ferreira, M., Simões, C., Matos, M.G., Ramiro, L., & Diniz, J.A. (2012). The role of social and emotional competence on risk behaviors in adolescence. *The International Journal of Emotional Education*, 4(1), 43-55.

## **Introduction**

Adolescence is a time of psychological, physical, and contextual changes and transitions. This period entails taking risks, including risk-taking behaviours. Substance use in adolescence, including tobacco, alcohol and illicit drugs, is one of the most concerning risk behaviors. Rates of smoking in adolescence have been growing over the last decade in some countries (WHO, 2009). Although in most European countries it seems that boys are reporting less consumption and girls higher rates, overall tobacco consumption is not decreasing. The most recent Portuguese statistics show that 15.6% of students from the 8<sup>th</sup> and 10<sup>th</sup> grades reported smoking at least once a week; though the majority of students reported not smoking at all (Matos et al, 2011). Alcohol consumption is one of the major risk factors on health problems since it is involved in more than 60 different causes of ill-health and thus constitutes an enormous burden for individual and public health, besides the costs it represents for society (WHO; 2010). Adolescent risky drinking (including frequent drinking and drunkenness) is rather common.

In Portugal, according to the data provided by the most recent HBSC (2010), 32% of students from the 8<sup>th</sup> and 10<sup>th</sup> grades have been drunk once or more times in life (Matos et al, 2011). In addition, risky drinking carries significant risks of adverse psychological, social and physical health consequences, including other risk behaviors such as violence, accidents, injury, as well as academic failure (Windle, 2003). Finally, several studies indicate that illicit drug use has steadily increased among adolescents since the 90's. Regarding illicit drug use in the last 30 days, 7.5% of students from the 8<sup>th</sup> and 10<sup>th</sup> grades reported using it once or more times, according to the Portuguese HBSC data (Matos, 2011). This upward trend underscores the need for identifying effective prevention approaches capable of reducing the use of both licit and illicit drugs. Some studies' results also support the hypothesis that illicit drug use can be prevented by targeting the use of gateway drugs such as tobacco and alcohol (Botvin et al, 2000; Faggiano, 2005; Johnston, O'Malley, Bachman & Schulenberg, 2008).

The risk of substance use by adolescents seems to be linked not only to the availability of the substance, perceived safety and tolerance of substance but also to lower social and emotional competences in a context of bio-psychological vulnerability

(Schenker & Minayo, 2005). Therefore, social and emotional competences may act as an indicator of how adolescents face and deal with these challenges.

The term competence refers to the effectiveness and the quality of individual adaptation as it reflects the adaptive use of internal and external resources to enable the successful conciliation of developmentally relevant issues (Masten, Burt, & Coatsworth, 2006).

Competences can be at cognitive, social or emotional level and vary both in importance and emergence across different developmental periods. Furthermore, basic physiological regulation is especially significant in infancy because it lays the basis for emotional and behavioral regulation, which take a growing importance as the child moves into the preschool period and social interactions with peers become more important (Sroufe et al., 2005).

Although there is an increasing emphasis on the multi-dimensionality of competence, present research has also identified individual predictors of competence. In models of adaptation and achievement, the core dimensions of competence are multiple, as are the tasks to which such competencies are applied (Masten & Coatsworth, 1995). Nevertheless, social, cognitive and emotional competences consistently emerge as central domains of competence. According to several authors (Goleman, 1997; Masten, et al., 1999; Werner & Smith, 2001), cognitive, emotional and social competences are measured through individual or internal resources. Benard (2004) describes these resources as personal competences and argues they are related to healthy development and life success.

Empirical studies of competence frequently overlook concepts such as self-esteem, goals and aspirations, problem solving, enthusiasm and empathy in one's work, which are critical determinants of psychosocial adaptation (Matos, 2010; Harter, 1999; Skinner, 1995). Rutter (1985) has highlighted that self-esteem, self-efficacy, self-confidence and problem-solving strategies are all essential determinants of positive adaptation in the face of adversity. Due to this, cooperation and communication, self-efficacy, empathy, problem solving, self-awareness and goals and aspirations have been pinpointed as important indicators in terms of competences (Hanson & Kim, 2007). Cooperation and communication competences are associated to flexibility in relationships, work team skills and assertiveness, specifically with regards to the

expression of emotions, feelings, ideas and needs (Austin & Kilbert, 2000). These skills promote interpersonal connection and relationship building (Benard, 2004), which are important protective factors for well-being. Several authors also highlight empathy as one of most important competences (Benard, 2004; Grotberg, 1997; Kumpfer, 1999; Parker, Cowen, Work, & Wyman, 1990). As Benard (2004) mentioned “empathy not only helps facilitate relationships development, it also forms the basis of morality, forgiveness, and compassion and caring for others” (p.15). Problem solving entails important abilities as planning, critical thinking and evaluating different solutions before taking a decision or doing an action (Austin & Kilbert, 2000). Problem solving skills seem to have a fundamental role in risk and resource evaluation in the search for healthy environments or relations, as well as in the development of realistic plans (Werner & Smith, 2001). Self-efficacy is related to people’s ability to judge to what extent they will accomplish a certain level of performance (Bandura, 2001). According to Bandura, efficacy beliefs are important foundations of human action. These beliefs affect adjustment not only through their direct impact on outcomes, but also because they influence other outcomes determinants. Self-awareness refers to the capacity to become the object of one’s own attention (Morin, 2006). Finally, goals and aspirations and other future oriented strengths are associated to positive outcomes in health and school context in adolescence (Benard, 2004). Future goals help to delay immediate gratification (Munist, et al., 1998) and the pursuing of self-concordant goals is associated to a better global mood and well-being (Sheldon & Kasser, 2001). Thus, having goals and aspirations is a determinant aspect in the active construction of our own lives (Bandura, 2001; Stein & Newcomb, 1999).

The impact of substance use and dependence on health and socio-emotional functioning emphasizes the importance of identifying the early predictors of these outcomes. Several studies highlight the importance of social and emotional competences on prevention of risk behaviours such as substance use in adolescence (Matos, 2009; Simões, 2009). The association between adolescent behavior and substance abuse may reflect responses to poor emotion regulation and lack of personal skills at different developmental stages (Corte & Zucker, 2008; Epstein, Renk, Duhig, Bosco, & Phares, 2004). In addition, low level of social and emotional competences and comorbid psychopathology has been associated with substance use disorders and worse substance use outcomes (Tims et al., 2002). Age and gender are also important variables to

consider because older adolescents and males generally have higher rates of alcohol or illicit substance use than younger adolescents and females (Johnston et al., 2008; Matos, 2009).

Furthermore, the association between gender and the impact of adolescent behaviors on substance use outcomes may reflect (1) gender differences in adolescent behavior problems rates, (2) gender differences in the impact of these behaviors on individual functioning, (3) gender differences in the rates of substance use and abuse in adolescence and (4) gender differences in other factors that contribute to the development of substance abuse.

The aim of this study is: (1) to analyze gender differences in substance use and social and emotional competences; (2) to analyze the relation between social and emotional competences and substance use in adolescence ( tobacco, alcohol and illicit drugs); and (3) verify if social and emotional competences are moderators of the relationship between gender and substance use.

## **Methods**

### **Sample**

Data were collected through a self-administered questionnaire from the Portuguese study of the Health Behavior in School-aged Children (HBSC) of 2010, a World Health Organization (WHO) collaborative cross-national study (Currie, Roberts, Morgan, & Smith, 2004; Matos et al., 2011). The study provides national representative data of 3494 Portuguese adolescents, randomly chosen from those attending 8<sup>th</sup> and 10<sup>th</sup> grades of high school. The majority of adolescents have Portuguese nationality (94.2%), 46.4% boys and 53.6% girls. The students were proportionally distributed among six educational Portuguese regions (North, 39.2%; Lisbon and Tagus Valley, 31%; Center, 15.1%; Alentejo, 6.6%; the Algarve, 4.7%; Madeira, 3.3%). More than half of adolescents have low socio-economic status (55.9%).

### **Procedure**

The HBSC is a school-based survey of adolescent health behaviors and their psychosocial determinants, carried out every 4 years simultaneously in all participating countries, using an international standardized methodological protocol (Currie, Roberts,

Morgan, & Smith, 2004; Currie, Samdal, Boyce, & Smith, 2001). The study base includes school children aged 11, 13 and 15 (6<sup>th</sup>, 8<sup>th</sup> and 10<sup>th</sup> grade students) in 44 countries in Europe and North America. According to the study protocol, data from each country are gathered from nationally representative samples. The HBSC uses a standard, self-administered in-class questionnaire that includes both mandatory and optional items. A detailed description of the methods and instrument of the HBSC can be found in Currie et al (Currie, 2006; Currie, Molcho, Boyce, Holstein, & Torsheim, 2008; Currie, Roberts, Morgan, & Smith, 2004).

This Nationwide Survey was conducted during 2009/2010 school year and the sampling unit used was the class. The 139 schools in the sample were randomly selected from the official national list of public schools, stratified by region. In each school, classes were randomly selected for each grade, according to the international research protocol (Currie, Roberts, Morgan, & Smith, 2004). The questionnaire was carried by school teachers. This study had the approval of a scientific committee, the National Ethics Committee and the National Commission for Data Protection and followed strictly all the guidelines for human rights protection.

## **Measures**

The international standard questionnaire consists of three levels of questions which are used to create national survey instruments: core questions that each country is required to include to create the international dataset; optional packages of questions on specific topic areas from which countries can choose; and country-specific questions related to issues of national importance.

Survey questions cover a range of health indicators and health-related behaviors as well as the life circumstances of young people. Questions are subject to validation studies and piloting at national and international levels. The core questions provide information on: demographic factors (e. g., gender, age and state of maturation); social background (e. g., family structure and socio-economic status); social context (e. g., family, peer culture, school environment); health outcomes (e. g., self-rated health, injuries, overweight and obesity); health behaviors (e. g., eating and dieting, physical activity and weight reduction behavior); and risk behaviors (e. g., smoking, alcohol use, cannabis use, sexual behavior, bullying). For the purpose of this study, the following questions were used:

**Social and Emotional Competences** (California Healthy Kids Survey - CHKS, 2000) were measured through 18 items rated on a 5-point rating scale (1=Never to 5=Always) referring to six internal assets, with three items each: 1. **Cooperation and Communication** (Items: I can work with someone who has different opinions than mine; I enjoy working together with other students my age; I stand up for myself without putting others down) ( $\alpha=.76$ ); 2. **Empathy** (Items: I feel bad when someone gets their feelings hurt; I try to understand what other people go through; I try to understand what other people feel and think) ( $\alpha=.83$ ); 3. **Problem Solving** (Items: When I need help I find someone to talk with; I know where to go for help with a problem; I try to work out my problems by talking or writing about them) ( $\alpha=.84$ ); 4. **Self-efficacy** (Items: I can work out my problems; I can do most things I try; There are many things I do well) ( $\alpha=.82$ ); 5. **Self-awareness** (Items: There is a purpose to my life; I understand my moods and feelings; I understand why I do what I do) ( $\alpha=.85$ ); 6. **Goals and Aspirations** (Items: I have goals and plans for the future; I plan to graduate from high school; I plan to go to college or some other school after high school) ( $\alpha=.68$ ). Each subscale's final score ranged from 3 to 15 with high scores suggesting higher levels of competences and they were already validated in previous studies (Martins, 2007; Simões, 2007b).

**Substance use behaviour** was measured through three behaviours – tobacco consumption, drunkenness and illicit drugs use. **Tobacco consumption** was assessed by the question: “How often do you smoke tobacco at present?” with four answer options - 1. ‘I do not smoke’, 2. ‘Less than once a week’, 3. ‘At least once a week, but not every day’, 4. ‘Every day’, recoded into two categories 1. ‘I do not smoke’ (which remain as the original category 1); 2. ‘I smoke’ (which aggregates original categories 2, 3 and 4). **Drunkenness** was assessed by the question: “Have you ever had so much alcohol that you were really drunk?” with five answer options - 1. ‘No, never’, 2. ‘Yes, once’, 3. ‘Yes, 2-3 times’, 4. ‘Yes, 4-10 times’, 5. ‘Yes, more than 10 times’, recoded into two categories 1. ‘No, never’ (as the original category 1); 2. ‘Yes, once or more’ (which aggregates original categories 2, 3, 4 and 5). **Illicit drugs use** was assessed by the question: “How often did you use illicit drugs in the last month?” with four answer options - 1. ‘None’, 2. ‘Once’, 3. ‘More than once’, 4. ‘Often’, recoded into two categories 1. ‘None’ (as the original category 1); 2. ‘Yes, once or more’ (which aggregates original categories 2, 3 and 4).

## Data analysis

The data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 19. Descriptive statistics including frequencies, means and standard deviations were performed to give general descriptions of the data. Reliability analyses were conducted with items of each Social and Emotional Competences Subscales. After the reliability analysis, the items of each subscale were summed to obtain the six Social and Emotional Competences Subscales. For the moderation analyses, the six social and emotional competences were categorized in two categories, the scores of each Social and Emotional Competences Subscales were divided into two groups (low and high scores) through visual binning in SPSS. For the two way analyses of variance, the Z scores of substance use variables were used. Only significant results are discussed.

## Results

### *Descriptive data and gender differences in substance use and social and emotional competences*

The majority of students in the sample doesn't smoke (84.4%), never got drunk (68%) and never used illicit drugs in the last month (92.5%). However, analyzing the differences between genders we can verify that boys are the ones who reported drunkenness and illicit drugs use more frequently, when compared with girls. Except for tobacco use (in the gender differences), it is possible to conclude that it was the boys who reported higher substance use (see table I). The correlations between the different types of substance use were positive and mainly moderate (the highest correlation was between tobacco consumption and drunkenness:  $r=.50$ ,  $p<.001$ ; the lowest correlation was between illicit drugs use and drunkenness:  $r=.34$ ,  $p<.001$ ).

The correlations between the different types of social and emotional competences were strong and positive (the highest correlation was between self-efficacy and problem solving:  $r=.81$ ,  $p<.001$ ; the lowest correlation was between empathy and goals and aspirations:  $r=.50$ ,  $p<.001$ ).

The analysis of the differences by gender for the social and emotional competences show that girls presents higher levels of all the competences in study (see table 41).

**Table 41 – Differences between gender group and substance use**

		Gender				$\chi^2$ (df)
		Girls		Boys		
		N	%	N	%	
Tobacco use (N=3446)						
I do not smoke		1562	84.6%	1346	84.1%	0.16(1)
I smoke		284	15.4%	254	15.9%	
Drunkenness (N=3473)						
No, never		1306	<b>70.0%</b>	1056	<b>65.7%</b>	7.26(1)**
Yes, once or more		560	<b>30.0%</b>	551	<b>34.3%</b>	
Illicit drugs use (N=3075)						
Never		1565	<b>94.9%</b>	1278	<b>89.6%</b>	30.62(1)***
Once or more		84	<b>5.1%</b>	148	<b>10.4%</b>	
Scale	Subscale	Girls		Boys		F
		Mean	SD	Mean	SD	
SEC	Cooperation and communication	<b>12.05</b>	2.23	11.41	2.44	F1, 3202=60,48, p<.001
	Empathy	<b>11.90</b>	2.28	10.87	2.59	F1, 3201=145,06, p<.001
	Problem solving	<b>11.74</b>	2.31	11.10	2.55	F1, 3177=55,47, p<.001
	Self-efficacy	<b>11.80</b>	2.17	11.36	2.39	F1, 3193=30,15, p<.001
	Self-awareness	<b>12.16</b>	2.30	11.78	2.58	F1, 3187=19,22, p<.001
	Goals and aspiration	<b>12.59</b>	2.48	11.83	2.81	F1, 3122=64,16, p<.001

\* p< .05; \*\* p< .01; \*\*\* p< .001

In bold – values that correspond to an adjusted residual  $\geq |1.9|$

Cronbach Alpha for each of the six Subscales of the Social and Emotional Competences ranged from  $\alpha=.68$  (goals and aspirations sub-scale) to  $\alpha=.85$  (self-awareness sub-scale). Psychometric properties of these scales were deeply reported elsewhere (Simões, Matos, Tomé, et al., 2009).

*Relationship between social and emotional competences and substance use*

One-way between-groups analysis of variance were conducted to explore the differences between two substance use groups (non-consumer and consumer - tobacco consumption, drunkenness and illicit drugs use) in the levels of each of the six Social and Emotional Competences Subscales (*Cooperation and Communication, Self-Awareness, Goals and Aspirations, Empathy, Problem Solving and Self-Efficacy*).

For tobacco use, there was a statistically significant difference for *Empathy* ( $F(1, 664,06)=7.11, p<.01$ ), for *Cooperation and Communication* ( $F(1, 661,10)=4.15, p<.05$ ) and for *Goals and Aspirations* ( $F(1, 628,02)=5.41, p<.05$ ).

This means, for *empathy*, that the group that referred no tobacco consumption ( $M=11.48$ ;  $SD=2.45$ ) was significantly different from the group that referred to be a tobacco user ( $M=11.15$ ;  $SD=2.60$ ). For *communication and cooperation*, the group that referred no tobacco consumption ( $M=11.79$ ;  $SD=2.32$ ) was also significantly different from the group that referred to be a tobacco user ( $M=11.55$ ;  $SD=2.51$ ). Finally, for *goals and aspirations*, the group that referred no tobacco consumption ( $M=12.30$ ;  $SD=2.61$ ) was significantly different from the group that referred to be a tobacco user ( $M=11.97$ ;  $SD=2.90$ ).

The same analysis was conducted for drunkenness. There wasn't a statistically significant difference in any of the six Social and Emotional Competences Subscales between the two groups (the group that referred no involvement in drunkenness and the group that referred being involved in drunkenness situations).

For illicit drugs consumption in the last month, there was a statistically significant difference for all Social and Emotional Competences Subscales, namely in *Empathy* ( $F(1, 240,84)=21.06, p<.001$ ), in *Cooperation and Communication* ( $F(1, 245,37)=19.59, p<.001$ ), in *Goals and Aspirations* ( $F(1, 233,14)=17.26, p<.001$ ), in *Self-Awareness* ( $F(1, 242,33)=11.64, p\leq.001$ ), in *Self-Efficacy* ( $F(1, 244,30)=7.75, p<.01$ ), and in *Problem Solving* ( $F(1, 247,00)=6.28, p<.05$ ).

This means, for all competences in study, that the group that referred no illicit drugs was significantly different from the group that referred to be an illicit drugs user [*Empathy*: no illicit drugs use ( $M=11.50$ ;  $SD=2.41$ ), illicit drug user ( $M=10.52$ ;  $SD=3.10$ )]; [*Communication and cooperation*: no illicit drugs use ( $M=11.84$ ;  $SD=2.29$ ), illicit drug user ( $M=10.96$ ;  $SD=2.88$ )]; [*Goals and aspirations*: no illicit drugs use ( $M=12.33$ ;  $SD=2.58$ ), illicit drug user ( $M=11.32$ ;  $SD=3.50$ )]; [*Self-Awareness*: no illicit drugs use ( $M=12.04$ ;  $SD=2.39$ ), illicit drug user ( $M=11.34$ ;  $SD=2.98$ )]; [*Self-efficacy*: no illicit drugs use ( $M=11.64$ ;  $SD=2.23$ ), illicit drug user ( $M=11.11$ ;  $SD=2.74$ )]; [*Problem solving*: no illicit drugs use ( $M=11.50$ ;  $SD=2.38$ ), illicit drug user ( $M=10.98$ ;  $SD=2.99$ )].

*The role of social and emotional competences as moderators of the relationship between gender and substance use*

The previous analysis showed statistically significant differences in just some of the social and emotional competences under study. Nevertheless, a set of two-way between-groups analysis of variance was conducted in order to explore the moderate effect of each of the six social and emotional competences on the relation between substance use and gender. As mentioned above, each social and emotional competence was divided into two groups according to their scores (low and high). There wasn't a statistically significant main effect for any of the six Social and Emotional Competences Subscales regarding substance use (see Table II).

Gender presents a significant main effect for all Social and Emotional Competences Subscales, in case of drunkenness [*Empathy*: boy (M=.24; SD=1.22), *girl* (M=.06; SD=.98)]; [*Communication and cooperation*: boy (M=.25; SD=1.22), *girl* (M=.06; SD=.99)]; [*Goals and aspirations*: boy (M=.25; SD=1.22), *girl* (M=.05; SD=.98)]; [*Self-Awareness*: boy (M=.24; SD=1.21), *girl* (M=.05; SD=.98)]; [*Self-efficacy*: boy (M=.24; SD=1.22), *girl* (M=.06; SD=.98)]; [*Problem solving*: boy (M=.24; SD=1.22), *girl* (M=.06; SD=.99)] and illicit drugs use [*Empathy*: boy (M=.18; SD=1.33), *girl* (M= -.05; SD=.88)]; [*Communication and cooperation*: boy (M=.19; SD=1.34), *girl* (M= -.05; SD=.88)]; [*Goals and aspirations*: boy (M=.18; SD=1.33), *girl* (M= -.05; SD=.88)]; [*Self-Awareness*: boy (M=.17; SD=1.31), *girl* (M= -.05; SD=.88)]; [*Self-efficacy*: boy (M=.18; SD=1.34), *girl* (M= -.05; SD=.88)]; [*Problem solving*: boy (M=.19; SD=1.34), *girl* (M= -.04; SD=.88)] (see Table II).

The interaction effect between *social and emotional competences and gender* was not statistically significant for any of the different types of substance use (see Table 42).

**Table 42 – Interaction effect between Social and Emotional Competences (SEC) Subscales and gender for the different types of substance use**

	Subscale	Gender	SEC	Interaction Gender x Sec
Tobacco	Empathy	F1, 3162=.81, p=.369	F1, 3162=1,77, p=.184	F1, 3162=.00, p=1.000
	Problem solving	F1, 3137=2,34, p=.126	F1, 3137=3,69, p=.055	F1, 3137=.49, p=.484
	Self-efficacy	F1, 3154=1,60, p=.205	F1, 3154=3,58, p=.059	F1, 3154=.33, p=.567
	Cooperation and communication	F1, 3162=1,82, p=.178	F1, 3162=.15, p=.699	F1, 3162=.02, p=.886
	Self-awareness	F1, 3150=2,12, p=.145	F1, 3150=1,11, p=.292	F1, 3150=.38, p=.538
	Goals and aspiration	F1, 3085=2,63, p=.105	F1, 3085=1,09, p=.298	F1, 3085=.16, p=.689
Been Drunk	Empathy	F1, 3184=22,74, p<.001	F1, 3184=.48, p=.490	F1, 3184=1,09, p=.297
	Problem solving	F1, 3160=26,60, p<.001	F1, 3160=2,20, p=.138	F1, 3160=3,64, p=.056
	Self-efficacy	F1, 3178=24,33, p<.001	F1, 3178=.60, p=.438	F1, 3178=.67, p=.413
	Cooperation and communication	F1, 3185=23,50, p<.001	F1, 3185=.56, p=.454	F1, 3185=2,07, p=.151
	Self-awareness	F1, 3172=24,16, p<.001	F1, 3172=.91, p=.341	F1, 3172=1,50, p=.221
	Goals and aspiration	F1, 3107=24,37, p<.001	F1, 3107=.29, p=.592	F1, 3107=.02, p=.879
Illicit drugs	Empathy	F1, 2950=24,00, p<.001	F1, 2950=.84, p=.359	F1, 2950=.01, p=.908
	Problem solving	F1, 2927=33,55, p<.001	F1, 2927=.87, p=.352	F1, 2927=2,30, p=.130
	Self-efficacy	F1, 2937=26,25, p<.001	F1, 2937=.14, p=.711	F1, 2937=.30, p=.587
	Cooperation and communication	F1, 2949=27,05, p<.001	F1, 2949=1,95, p=.163	F1, 2949=.18, p=.674
	Self-awareness	F1, 2935=28,30, p<.001	F1, 2935=.89, p=.346	F1, 2935=.01, p=.926
	Goals and aspiration	F1, 2877=24,20, p<.001	F1, 2877=1,82, p=.177	F1, 2877=1,70, p=.192

## Conclusions

In the present study we sought to establish a relation between social and emotional competences and substance use in adolescence, including tobacco consumption, frequency of drunkenness and consumption of illicit drugs in the last month.

Results showed that adolescents that refer no consumption of tobacco and illicit drugs use present higher levels of social and emotional competences. For smoking it was only found significant differences on empathy, cooperation and communication,

and goals and aspirations, which means that the adolescents that refer higher levels of these competences have lower levels of smoking, comparatively to the ones that have lower levels of these competences. Nevertheless, problem solving and self-efficacy were not statistically significant; in fact it was verified that these differences were in the opposite tendency from the other competences, that is the adolescents that refer higher levels of these competences have higher levels of tobacco consumption, suggesting the importance of peer influence and social acceptance, well reported in the literature about this theme (Ikiz & Cakar, 2010).

Regarding alcohol consumption, there were no significant differences in any of the six Social and Emotional Competences Subscales. Although the same pattern was verified on the two competences named before in tobacco, higher rates on problem solving and self-efficacy seem correlated with higher levels of drunkenness. These results support the hypothesis that prevention needs to be consistent with each substance, whilst also showing the similarity in substances such as tobacco and alcohol in terms of intervention (Johnston, O'Malley, Bachman & Schulenberg, 2008).

Concerning illicit drugs, we can clearly verify that the adolescents that refer no use of illicit drugs in the last month present higher levels of all of the social and emotional competences in study.

Nevertheless, there was no moderation effect of the social and emotional competences, on the relation between substance use and gender. Some hypotheses can be raised to understand these results. The school context (peer group) and social environment in which the adolescent is integrated has been identified as the most consistent predictor of substance use in adolescence (Kuntsche & Jordan, 2006), highlighting the need to explore the behaviors associated with these specific contexts. In addition, the motivations and the perceptions of belonging to a culture or group are other consistent predictors of substance use that need to be further analyzed. These are crucial in order to enhance the prevention of behaviors that are harmful to one's health (Cunha & Ferreira-Borges, 2008; Bachman, et al, 2008).

Although it's important to understand the whole system of contexts in which adolescents are involved, it's also important to rethink strategies to combat the current figures related to substance use (Hibell, 2009). As the HBSC is a study of research and

monitoring, it also aims to inform and impact on policies for promotion and health education, and programs and interventions for adolescents, nationally and internationally. The HBSC survey results in the construction of a coherent set of indicators that, taken together, provides a valid representation of health and lifestyles of adolescents, allowing for a careful evaluation of health policies and systems of intervention that aim to promote health and prevention of risk behaviors (Hublet, et al, 2009).

According to several studies, besides personal characteristics, parental and peer relationships as critical factors to predict substance use in adolescence (Cunha & Ferreira-Borges, 2008), it is also crucial to look at the social and emotional competence level in order to establish a program for promotion of social and emotional competences in adolescence, contributing for better health and higher well-being indicators (Matos, 2009; Schenker & Minayo, 2005).

### **Study's limitations**

Two limitations must be addressed regarding this study. The first concerns the self-report nature of the surveys. Self-reported data depends on selective memory and therefore findings may be biased.

The second limitation has to do with the extent to which the findings can be generalized. Though the number of cases allows it to be a nationwide study, the findings cannot be generalized beyond Portugal since the majority of the sample is Portuguese and there are specific cultural values and beliefs related to the variables being studied.

### **Acknowledgements**

Thanks to the Aventura Social Project Team for their fieldwork, collecting data. The first and fourth authors have scholarships granted by FCT - (SFRH/BD/45671/2008; SFRH/BD/43388/2008)/FMH/UTL/CMDT-UNL.

### **References**

Austin, G., & Kilbert, G. (2000). *Healthy Kids Resilience Module Report*. California: California Healthy Kids Program Office WestEd.

- Bachman, J.G., O'Malley, P.M., Schulenberg, J.E., Johnston, L.D., Freedman, P., & Messerschmith, E.E. (2008). The education-drug use connection. How successes and failures in school relate to adolescent smoking, drinking, drug use, and delinquency. New York, Lawrence Erlbaum Associates.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology* Retrieved 20-09-2002, from [www.findarticles.com](http://www.findarticles.com)
- Benard, B. (2004). *Resiliency: What have we learned?* San Francisco: WestEd.
- Botvin, G.J., Kenneth, W., Griffin, K.W., Diaz, T., Scheier, M., Williams, C. & Epstein J. A. (2000). Preventing illicit drug use in adolescents: Long-term follow-up data from a randomized control trial of a school population. *Addictive Behaviours*, volume 25, Issue 5, pp. 269-774.
- Brook, J.S., Brook, D.W., Richter, L. & Whiteman, M. (2003). Risk and protective factors of adolescent drug use: Implications for prevention program. In Z. Sloboda and W.J. Bukoski (eds.), *Handbook of Drug Abuse Prevention: Theory, Science and Practice*: 265-287, New York: Plenum.
- California Healthy Kids Survey (CHKS), (2000). *Resilience Module*. Los Alamitos: California Department of Education (Safe and Healthy Kids Program Office) and WestEd (Health and Human Development Department).
- Corte, C., & Zucker, R. A. (2008). Self-concept disturbances: Cognitive vulnerability for early drinking and early drunkenness in adolescents at high risk for alcohol problems. *Addictive Behaviors*, 33(10), 1282–1290.
- Currie, C. (2006). The scientific context: what is HBSC telling us. Socioeconomic determinants of healthy.
- Currie, C., Molcho, M., Boyce, W., Holstein, B., & Torsheim, T. (2008). Researching health inequalities in adolescents: the development of the health behaviour in school-aged children (HBSC) family affluence scale. *Social Science & Medicine*, 66(6), 1429–1436.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., & Smith, R. (2004). Young people's health in context: international report from the HBSC 2001/02 survey. In WHO policy

- series: Health policy for children and adolescents. Copenhagen: WHO regional office for Europe.
- Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., & Smith, B. (2001). Health behaviour in school-aged children: AWHO cross-national study. Research protocol for the 2001/2 survey. Edinburgh, Scotland: Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU), University of Edinburgh.
- De Los Reyes, A., Henry, D. B., Tolan, P. H., & Wakschlag, L. S. (2009). Linking informant discrepancies to observed variations in young children's disruptive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 637–652.
- Dubow, E. F., Boxer, P., & Huesmann, L. R. (2008). Childhood and adolescent predictors of early and middle adulthood alcohol use and problem drinking: The Columbia County Longitudinal Study. *Addiction*, 103, 36–47.
- Epstein, M. K., Renk, K., Duhig, A. M., Bosco, G. L., & Phares, V. (2004). Interparental conflict, adolescent behavioral problems, and adolescent competence: Convergent and discriminant validity. *Educational and Psychological Measurement*, 64(3), 475–495.
- Epstein, J. A., Doyle, M., & Botvin, G. J. (2009). Role of social influences and competence on lifetime poly-drug use among inner-city adolescents. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 18(3), 243–256.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A., & Lemma, P. (2005). School-based prevention for illicit drugs' use. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD003020. DOI: 10.1002/14651858.CD003020.pub2
- Filho, H.C. & Ferreira-Borges, C. (2008). *Uso de Substâncias: Álcool, Tabaco e outras Drogas*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Fothergill, K. E., & Ensminger, M. E. (2006). Childhood and adolescent antecedents of drug and alcohol problems: A longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 82(1), 61–76.
- Goleman, D. (1997). *Inteligência emocional*. Lisboa: Temas e Debates.

- Grotberg, E. H. (1997). The international resilience project. *Annual Convention , International Council of Psychologists*. Retrieved 20-06-2002, from <http://resilnet.uiuc.edu/library/grotb98a.html>
- Hanson, T. L., & Kim, J.-O. (2007). Measuring resilience and youth development: the psychometric properties of the Healthy Kids Survey (Issues & Answers Report, REL 2007-No. 034) Available from <http://ies.ed.gov/ncee/edlabs>
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York: The Guilford Press.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., & Kraus, L. (2009). *The 2007 ESPAD Report - Substance Use Among Students in 35 European Countries*. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Stockholm.
- Ikiz, F. E., & Cakar, F. S. (2010). Perceived social support and self-esteem in adolescence. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 5, 2338-2342.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2008). *Monitoring the future: National results on adolescent drug use. Overview of key findings, 2008*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Kumpfer, K. L. (1999). Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 179-224). New York: Klumer Academic / Plenum Publishers.
- Kuntsche, E., & Jordan, M. D. (2006). Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors: Results of multilevel analyses. *Drug and Alcohol Dependence*, 84, 167-174.
- Martins, M.H. (2007). In actas do II Congresso Família, Saúde e Doença - Modelos, Investigação e Prática em diversos contextos de Saúde. “*Resiliência: Para além da adversidade e do risco!*”. Universidade do Minho: Braga.
- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and

- maladaptation from childhood to late adolescence. *Developmental Psychology*, *11*, 143-169.
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1995). Competence, resilience, and psychopathology. In D. Cicchetti, & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology*, Vol. 2: Risk, disorder, and adaptation. Oxford, England: Wiley.
- Masten, A. S., Burt, K. B., & Coatsworth, J. D. (2006). Competence and psychopathology in development. In D. Cicchetti, & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology*, Vol. 3: Risk, disorder, and adaptation (2<sup>nd</sup> ed). New York: Wiley.
- Matos, M. G., & Sampaio, D. (Eds.). (2009). *Jovens com Saúde: Diálogo com uma geração*. Lisboa: Texto.
- Matos, M.G.; Simões, C.; Tomé, G.; Camacho, I.; Ferreira, M.; Ramiro, L.; Reis, M., & equipa Aventura Social (2011). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Relatório do Estudo HBSC 2010*. ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL.
- Morin, A. (2006). Levels of consciousness and self-awareness: A comparison and integration of various neurocognitive views *Consciousness and Cognition*, *15*(2), 358-371.
- Munist, M., Santos, H., Kotliarenko, M. A., Ojeda, E. N. S., Infante, F., & Grotberg, E. H. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Washington: Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud.
- Parker, G. R., Cowen, E. L., Work, W. C., & Wyman, P. A. (1990). Test correlates of stress resilience among urban school children. *Journal of Primary Prevention*, *11*(1), 19-35.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, *147*, 598–611.
- Schenker, M., & Minayo, M. (2005). Factores de risco e de protecção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, *10*, 707-717.

- Sheldon, K. M., & Kasser, T. (2001). Goals, Congruence, and Positive Well-Being: New Empirical Support for Humanistic Theories. *Journal of Humanistic Psychology, 41*(1), 30-50.
- Simões, C. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Simões, C. (2007b, July). Facing the adversity: the role of personal and social competences on well-being. Communication presented at 3<sup>rd</sup> ESRA Conference, Warsaw.
- Simões, C., Matos, M. G., Tomé, G., Ferreira, M., Diniz, J. A., & Equipa do Projecto Aventura Social (2009). *Risco e Resiliência em adolescentes com NEE: Da teoria à prática*. Lisboa: Aventura Social e Saúde/Faculdade de Motricidade Humana.
- Skinner, E. A. (1995). *Perceived control, motivation, and coping*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford.
- Stein, J. A., & Newcomb, M. D. (1999). Adult Outcomes of Adolescent Conventional and Agentic Orientations: A 20-Year Longitudinal Study. *The Journal of Early Adolescence 19*(1), 39-65.
- Tims, F. M., Dennis, M. L., Hamilton, N., Buchan, B. J., Diamond, G., Funk, R., et al. (2002). Characteristics and problems of 600 adolescent cannabis abusers in outpatient treatment. *Addiction, 97*(Suppl 1), 46–57.
- Zucker, R. A., Chermack, S. T., & Curran, G. M. (2000). Alcoholism: A lifespan perspective on etiology and course. In A. J. Sameroff, M. Lewis, & S.M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 569–587). (2nd Ed). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience and recovery*. New York: Cornell University Press.

Windle, M. (2003). Alcohol use among adolescents and young adults. *Alcohol Research and Health*, 27(1), 79 - 86.

World Health Organization (WHO) (Ed.). (2002). *The world health report 2002 - Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: World Health Organization (WHO).

World Health Organization (WHO) (2009). WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments. ISBN 978 92 4 156391 8.

World Health Organization (WHO) (Ed.) (2011). *Global status report on alcohol and health*. Geneva: World Health Organization (WHO).

## Estudo 4 – Risk Behaviour: Substance Use among Portuguese Adolescents<sup>4</sup>

### Abstract

The purpose of this study was to understand the evolution of substance use, namely tobacco, alcohol and drugs, among Portuguese adolescents and the relation with demographic variables. The sample included 16058 students in the 6<sup>th</sup>, 8<sup>th</sup> and 10<sup>th</sup> grades of the public school system from the Portuguese HBSC study. The results show a decrease substance use from the study of 2002 to 2006, and stabilization from de study of 2006 to 2010. According to the variants gender and age, it shows a higher use on boys of the 10<sup>th</sup> grade, therefore, agreeing with the theoretical results of the literature.

---

<sup>4</sup> Ferreira, M., Matos, M.G., & Diniz, J.A. (2011). Risk Behaviour: Substance Use among Portuguese Adolescents. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 29, 486-492.

**Nota:** No âmbito deste artigo realizou-se uma comunicação na International Conference on Education & Educational Psychology – ICEEPSY 2011, 19 a 22 Outubro de 2011, Istambul. Turquia.

## **Introduction**

To facilitate the understanding of substance use during adolescence, it is critical to assess the differences in personal characteristics, their social, cultural and environmental background as well as the interaction between these factors. Social influence or peer pressure assume greater importance at this stage. The school context (peer group) and social environment in which the adolescent is integrated has been identified as the most consistent predictor of substance use in adolescence (Kuntsche & Jordan, 2006), highlighting the need to explore the behaviors associated with these specific contexts, and motivations and perceptions of belonging to a culture or group, allowing a better understanding of substance use for the prevention of behaviors that are harmful to one's health (Bachman, et al, 2008).

Brook, Brook, Richter and Whiteman (2003) described a model that identifies personal characteristics, parental and peer relationships as critical factors to predict substance use in adolescence, suggesting the following risk factors: 1) psychological functioning, which includes features such as low self-esteem, isolation, and emotional problems, 2) family environment, emphasizing parental attitudes towards consumption and low family cohesion, 3) relationship with the peer group, emphasizing the creation of good relationships, and 4) traumatic life events, since a large number of negative life events leads teenagers to greater emotional vulnerability and there is a decreased level of satisfaction with life and perception of well-being, increasing the likelihood of social risk.

Rates of smoking in adolescence have been growing over the last decade in some countries (WHO, 2009). It is becoming increasingly important to help young people avoid smoking early, and this is a broad scope in terms of public health, but specialists still do not know how to achieve it. Schools offer a route to communicate with a large proportion of youngsters and school-based programs for smoking prevention have been widely developed and evaluated (Thomas & Perera, 2006).

Alcohol consumption is one of the major risk factors for morbidity and mortality worldwide, also it is involved in more than 60 different causes of ill-health and thus constitutes an enormous burden for individual and public health as well as costs for society (WHO, 2002; 2010). Adolescent risky drinking (including frequent drinking and

drunkenness) is rather common, yet carries a significant risk of adverse psychological, social, and physical health consequences, including violence, accidents, injury, as well as academic failure (Windle, 2003) and there is substantial variability in the age of initiation and amount of drinking in adolescent populations.

Several studies indicate that illicit drug use has steadily increased among adolescents since the 90's. This upward trend underscores the need for identifying effective prevention approaches capable of reducing the use of both licit and illicit drugs. Some studies results also support the hypothesis that illicit drug use can be prevented by targeting the use of gateway drugs such as tobacco and alcohol (Botvin et al, 2000; Faggiano, 2005; Johnston, O'Malley, Bachman & Schulenberg, 2008).

The risk of substance use by adolescents is not uniformly distributed by the young population, with particular focus and causing more complex problems from more disadvantaged socio-economic status students who leave school prematurely, with young mental health problems and learning difficulties. Thus, it appears to be linked to the availability of drugs, perceived safety and tolerance of substances while the abuse takes place in a context of bio-psychological vulnerability (Schenker & Minayo, 2005).

The aim of this study is: (1) to establish an evolutionary pattern of consumption of substances in adolescence, including tobacco, alcohol and illicit drugs, over eight years, from 2002 to 2010; and (2) Verifying the differences by gender and age group over the three HBSC studies.

## **Methods**

### ***Sample***

The data for this study were derived from the WHO collaborative cross-national survey, Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), carried out in 2002, 2006 and 2010 in Portugal. The study provides national representative data of 16058 Portuguese adolescents, randomly chosen from those attending 6<sup>th</sup>, 8<sup>th</sup> and 10<sup>th</sup> grades of high school. The sample included 5050 adolescents from HBSC of 2010, 4877 from HBSC of 2006 and 6131 from HBSC of 2002, 51.2% girls and 48.8% boys, 34.1% attended the 6<sup>th</sup> grade, 34.3% attended 8<sup>th</sup> grade and 31.6% attended 10<sup>th</sup> grade. The mean age was 14.01 years old (standard deviation 1.86). The students were proportionally distributed among all the educational Portuguese regions.

### ***Procedure***

The HBSC is a school-based survey of adolescent health behaviours and their psychosocial determinants, carried out every 4 years simultaneously in all participating countries, using an international standardized methodological protocol (Currie, Roberts, Morgan, & Smith, 2004; Currie, Samdal, Boyce, & Smith, 2001). The study base includes school children aged 11, 13 and 15 (6<sup>th</sup>, 8<sup>th</sup> and 10<sup>th</sup> grade students) in 44 countries in Europe and North America. According to the study protocol, data from each country are gathered from nationally representative samples. The HBSC uses a standard, self-administered in-class questionnaire that includes both mandatory and optional items. A detailed description of the methods and instrument of the HBSC can be found in Currie et al (Currie, 2006; Currie, Molcho, Boyce, Holstein, & Torsheim, 2008; Currie et al., 2004). This study had the approval of a scientific committee, the National Ethics Committee and the National Commission for Data Protection and followed strictly all the guidelines for human rights protection.

### **Mesures**

The international standard questionnaire for each survey consists of three levels of questions which are used to create national survey instruments: core questions that each country is required to include to create the international dataset; optional packages of questions on specific topic areas from which countries can choose; and country-specific questions related to issues of national importance.

Survey questions cover a range of health indicators and health-related behaviours as well as the life circumstances of young people. Questions are subject to validation studies and piloting at national and international levels. The core questions provide information on: demographic factors (e. g., age and state of maturation); social background (e. g., family structure and socio-economic status); social context (e. g., family, peer culture, school environment); health outcomes (e. g., self-rated health, injuries, overweight and obesity); health behaviours (e. g., eating and dieting, physical activity and weight reduction behaviour); and risk behaviours (e. g., smoking, alcohol use, cannabis use, sexual behaviour, bullying). Analysis of trends is possible as a number of these core items have remained the same since the study's inception. For the purpose of this study, beside gender and age as demographic factors, to measure risk behaviour, namely substance use, the following questions were used:

(1) Tobacco use was assessed with the question: How often do you smoke tobacco at present? Response options included: 1. 'I do not smoke', 2. 'Less than once a week', 3. 'At least once a week, but not every day', 4. 'Every day', recoded into two categories 1. 'I do not smoke' (which remain as the original category 1); 2. 'I smoke' (which aggregates original categories 2, 3 and 4).

(2) Drunkenness was assessed with the question: Have you ever had so much alcohol that you were really drunk? Response options included: 1. 'No, never', 2. 'Yes, once', 3. 'Yes, 2-3 times', 4. 'Yes, 4-10 times', 5. 'Yes, more than 10 times', recoded into two categories 1. 'No, never' (as the original category 1); 2. 'Yes, once or more' (which aggregates original categories 2, 3, 4 and 5).

(3) Illicit drugs consumption was assessed with the question: How often did you use illicit drugs in the last month? Response options included: 1. 'None', 2. 'Once', 3. 'More than once', 4. 'Often', recoded into two categories 1. 'None' (as the original category 1); 2. 'Yes, once or more' (which aggregates original categories 2, 3 and 4).

### **Data analysis**

The data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 19. Descriptive statistics including frequencies, means and standard deviations were performed to give general descriptions of the data. Substance use recoded variables and demographic factors were compared between the HBSC survey years using the Chi-square ( $\chi^2$ ) tests. The level for statistical significance was set at  $p < .05$ . Only significant results were discussed.

### **Results**

The majority of students in the sample don't smoke (85.5%), never got drunken (74.8%) and never used illicit drugs in the last month (94.2%). However, analysing the differences between gender and age group we can verify that are boys who reported drunkenness more frequently and higher illicit drugs use, when compared with girls, and all substance use increased with age. Except for tobacco use (in the gender differences) we can say that it was the boys and the older adolescents who reported higher substance use (see table 43).

Table 43 – Differences between gender/age group and substance use

	Gender				$\chi^2$	Age Group						$\chi^2$
	Girls		Boys			6 <sup>th</sup>		8 <sup>th</sup>		10 <sup>th</sup>		
	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
Tobacco use (N=15829)					2.17							637.13***
I do not smoke	6554	85.0	6974	85.9		5072	<b>94.3</b>	4591	84.6	3865	<b>76.9</b>	
I smoke	1153	15.0	1148	14.1		307	<b>5.7</b>	833	15.4	1161	<b>23.1</b>	
Drunkenness (N=15869)					90.54***							1185.806***
No, never	5505	<b>71.4</b>	6367	<b>78.0</b>		4781	<b>88.8</b>	4096	75.2	2995	<b>59.5</b>	
Yes, once or more	2201	<b>28.6</b>	1796	<b>22.0</b>		605	<b>11.2</b>	1351	24.8	2041	<b>40.5</b>	
Illicit drugs use (N=14398)					120.32***							260.23***
Never	6384	<b>92.0</b>	7181	<b>96.3</b>		4712	<b>97.8</b>	4680	94.7	4173	<b>90.1</b>	
Once or more	555	<b>8.0</b>	278	<b>3.7</b>		108	<b>2.2</b>	264	5.3	461	<b>9.9</b>	

\* p< .05; \*\* p< .01; \*\*\* p< .001

In bold – values that correspond to an adjusted residual  $\geq |1.9|$

Regarding tobacco, the results showed a significant decrease from the HBSC study of 2002 to 2010. For Drunkenness, no significant differences were found, over the past eight years the consumption has remained stable. Concerning illicit drugs use, the results show a significant decrease from the 2002 HBSC study to 2006, but the tendency pattern from the 2006 HBSC study to 2010 is an increase (see table 44).

Table 44 - Differences between year of HBSC survey and substance use

	Portuguese HBSC Survey						$\chi^2$
	2002		2006		2010		
	N	%	N	%	N	%	
Tobacco use (N=15829)							128.84***
I do not smoke	4943	<b>81.4</b>	4212	<b>87.8</b>	4373	<b>88.1</b>	
I smoke	1127	<b>18.6</b>	583	<b>12.2</b>	591	<b>11.9</b>	
Drunkenness (N=15869)							4.69
No, never	4562	75.5	3552	73.7	3758	75.1	
Yes, once or more	1483	24.5	1267	26.3	1247	24.9	
Illicit drugs use (N=14398)							21.84***
Never	5227	<b>93.4</b>	4273	<b>95.5</b>	4065	93.9	
Once or more	370	<b>6.6</b>	200	<b>4.5</b>	263	6.1	

\* p< .05; \*\* p< .01; \*\*\* p< .001

In bold – values that correspond to an adjusted residual  $\geq |1.9|$

For the differences between the waves of the HBSC study and substance use according to gender, significant differences were verified for all substance use. Tobacco use decreased from the 2002 HBSC study to 2006, and stabilized from the 2006 HBSC study to 2010, for both girls and boys. Also, for illicit drug use, we verify that has been a decrease from the 2002 HBSC study to 2006, although, from the 2006 HBSC study to 2010 this consumption has increased, for both boys and girls, with higher expression in girls use. Finally, regarding drunkenness, it only shows significant differences for girls, which increased from the 2002 HBSC study to 2006, and stabilized from the 2006 HBSC study to 2010 (see table 45).

Table 45 - Differences between year of HBSC survey and substance use, by gender

	Portuguese HBSC Survey						$\chi^2$
	2002		2006		2010		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Tobacco use</b>							
Boys (N=7707)							58.55***
I do not smoke	2413	<b>81.1</b>	2067	<b>87.1</b>	2074	<b>87.9</b>	
I smoke	561	<b>18.9</b>	306	<b>12.9</b>	286	<b>12.1</b>	
Girls (N=8122)							70.98***
I do not smoke	2530	<b>81.7</b>	2145	<b>88.6</b>	2299	<b>88.3</b>	
I smoke	566	<b>18.3</b>	277	<b>11.4</b>	305	<b>11.7</b>	
<b>Drunkenness</b>							
Boys (N=7706)							4.57
No, never	2090	70.9	1681	70.5	1734	<b>73.1</b>	
Yes, once or more	859	29.1	703	29.5	639	<b>26.9</b>	
Girls (N=8163)							9.91**
No, never	2472	<b>79.8</b>	1871	76.8	2024	76.9	
Yes, once or more	624	<b>20.2</b>	564	23.2	608	23.1	
<b>Illicit drugs use</b>							
Boys (N=6939)							11.14**
Never	2458	<b>90.8</b>	2050	<b>93.4</b>	1876	92.0	
Once or more	248	<b>9.2</b>	144	<b>6.6</b>	163	8.0	
Girls (N=7459)							14.83***
Never	2769	95.8	2223	<b>97.5</b>	2189	<b>95.6</b>	
Once or more	122	4.2	56	<b>2.5</b>	100	<b>4.4</b>	

\* p< .05; \*\* p< .01; \*\*\* p< .001

In bold – values that correspond to an adjusted residual  $\geq |1.9|$

For the differences between the waves of the HBSC study and substance use according to age group, significant differences were also verified for all substance use. Tobacco use decreased from the 2002 HBSC study to 2010, for 6<sup>th</sup> and 8<sup>th</sup> grades, but as for 10<sup>th</sup> grade it was verified the same decreasing pattern from the 2002 HBSC study to

2006, increasing from the 2006 HBSC study to 2010. Regarding drunkenness, it only shows significant differences for 6<sup>th</sup> and 8<sup>th</sup> grades, which decreased from the 2006 HBSC study to 2010, for 6<sup>th</sup> grade and also decreased but from the 2002 HBSC study to 2010, for 8<sup>th</sup> grade. Concerning illicit drug use, only for 8<sup>th</sup> and 10<sup>th</sup> grades significant differences were found, and it was verified a decrease from the 2002 HBSC study to 2006, and it stabilized from the 2006 HBSC study to 2010, as for the 8<sup>th</sup> grade, and also 10<sup>th</sup> grade show a decrease from the 2002 HBSC study to 2006, but the tendency pattern from the 2006 HBSC study to 2010 is an increase (see table 46).

Table 46 - Differences between year of HBSC survey and substance use, by age group

	Portuguese HBSC Survey						$\chi^2$
	2002		2006		2010		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Tobacco use</b>							
6 <sup>th</sup> grade (N=5379)							23.17***
I do not smoke	2175	<b>92.8</b>	1432	94.3	1465	<b>96.5</b>	
I smoke	168	<b>7.2</b>	86	5.7	53	<b>3.5</b>	
8 <sup>th</sup> grade (N=5424)							109.76***
I do not smoke	1693	<b>78.5</b>	1492	<b>87.5</b>	1406	<b>90.1</b>	
I smoke	465	<b>21.5</b>	213	<b>12.5</b>	155	<b>9.9</b>	
10 <sup>th</sup> grade (N=5026)							92.74***
I do not smoke	1075	<b>68.5</b>	1288	<b>81.9</b>	1502	<b>79.7</b>	
I smoke	494	<b>31.5</b>	284	<b>18.1</b>	383	<b>20.3</b>	
<b>Drunkenness</b>							
6 <sup>th</sup> grade (N=5386)							12.75**
No, never	2057	88.2	1328	<b>87.3</b>	1396	<b>91.1</b>	
Yes, once or more	275	11.8	194	<b>12.7</b>	136	<b>8.9</b>	
8 <sup>th</sup> grade (N=5447)							11.31**
No, never	1575	<b>73.4</b>	1284	74.7	1237	<b>78.1</b>	
Yes, once or more	571	<b>26.6</b>	434	25.3	346	<b>21.9</b>	
10 <sup>th</sup> grade (N=5036)							0.01
No, never	930	59.3	940	59.5	1125	59.5	
Yes, once or more	637	40.7	639	40.5	765	40.5	
<b>Illicit drugs use</b>							
6 <sup>th</sup> grade (N=4820)							5.11
Never	2105	<b>97.4</b>	1385	<b>98.5</b>	1222	97.5	
Once or more	56	<b>2.6</b>	21	<b>1.5</b>	31	2.5	
8 <sup>th</sup> grade (N=4944)							14.15***
Never	1817	<b>93.2</b>	1525	<b>95.8</b>	1338	95.4	
Once or more	133	<b>6.8</b>	67	<b>4.2</b>	64	4.6	
10 <sup>th</sup> grade (N=4634)							17.41***
Never	1305	<b>87.8</b>	1363	<b>92.4</b>	1505	90.0	
Once or more	181	<b>12.2</b>	112	<b>7.6</b>	168	10.0	

\* p< .05; \*\* p< .01; \*\*\* p< .001

In bold – values that correspond to an adjusted residual  $\geq |1.9|$

## **Conclusions**

In the present study we sought to establish a pattern of evolution of the level of consumption of substances, including tobacco consumption, frequency of drunkenness and consumption of illicit drugs in the last 30 days.

As the results indicated by several studies, the consumption of the substances indicate an increase in consumption during the 90's, with subsequent decline in consumption of tobacco, alcohol and illicit substances (Botvin et al, 2000; Faggiano, 2005; Johnston, O'Malley, Bachman & Schulenberg, 2008). In this study the results only showed a significant decrease from the HBSC study of 2002 to 2010, in tobacco consumption, since, with regard to drunkenness no significant differences were found, over the past eight years the consumption has remained stable and for illicit drugs use, contrary to the decreasing tendency, the results just show a significant decrease from the 2002 HBSC study to 2006, but the tendency pattern from the 2006 HBSC study to 2010 is an increase.

Despite the importance of understanding the whole system of contexts where the individual moves at a European level it can be observed a greater number of points in common than differences with regard to substance use. In a backdrop of a world that points to increased use of substances such as alcohol use in adolescents, we recommend the rethinking of strategies to combat the current figures relating to these consumption-oriented as problematic (Hibell, 2009).

These data allow for comparisons in successive questionnaires, and study of trends in behavior that can be evaluated nationally and internationally. As the HBSC is a study of research and monitoring, it also aims to inform and impact on policies for promotion and health education, and programs and interventions for adolescents, nationally and internationally. The HBSC survey results in the construction of a coherent set of indicators that, taken together, provides a valid representation of health and lifestyles of adolescents and its temporal evolution, while still allowing international comparisons, allowing for a careful assessment of policies health systems and intervention to promote health and prevention of risk behaviors, specifically the use and abuse of substances during adolescence (Hublet, et al, 2009).

The association of substance use to others risks and their increase with age are still present in 2010 HBSC survey, and substance use, as estimated in 2006 HBSC surveys, is no longer decreasing. It is suggested that preventive interventions continue to take place covering all the school population and several life contexts but also, the present results point out the need for selective and more intensive interventions, on small identified risk groups, taking into account their specific characteristics, such as gender and age.

### **Acknowledgements**

The first author has a scholarship granted by FCT - (SFRH/BD/45671/2008) /FMH/UTL/CMDT-UNL.

### **References**

- Bachman, J.G., O'Malley, P.M., Schulenberg, J.E., Johnston, L.D., Freedman, P., & Messerschmith, E.E. (2008). The education-drug use connection. How successes and failures in school relate to adolescent smoking, drinking, drug use, and delinquency. New York, Lawrence Erlbaum Associates.
- Botvin, G.J., Kenneth, W., Griffin, K.W., Diaz, T., Scheier, M., Williams, C. & Epstein J. A. (2000). Preventing illicit drug use in adolescents: Long-term follow-up data from a randomized control trial of a school population. *Addictive Behaviours*, volume 25, Issue 5, pp. 269-774.
- Brook, J.S., Brook, D.W., Richter, L. & Whiteman, M. (2003). Risk and protective factors of adolescent drug use: Implications for prevention program. In Z. Sloboda and W.J. Bukoski (eds.), *Handbook of Drug Abuse Prevention: Theory, Science and Practice*: 265-287, New York: Plenum.
- Currie, C. (2006). The scientific context: what is HBSC telling us. Socioeconomic determinants of healthy.
- Currie, C., Molcho, M., Boyce, W., Holstein, B., & Torsheim, T. (2008). Researching health inequalities in adolescents: the development of the health behaviour in school-aged children (HBSC) family affluence scale. *Social Science & Medicine*, 66(6), 1429–1436.

- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., & Smith, R. (2004). Young people's health in context: international report from the HBSC 2001/02 survey. In WHO policy series: Health policy for children and adolescents. Copenhagen: WHO regional office for Europe.
- Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., & Smith, B. (2001). Health behaviour in school-aged children: AWHO cross-national study. Research protocol for the 2001/2 survey. Edinburgh, Scotland: Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU), University of Edinburgh.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A., & Lemma, P. (2005). School-based prevention for illicit drugs' use. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD003020. DOI: 10.1002/14651858.CD003020.pub2
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., & Kraus, L. (2009). *The 2007 ESPAD Report - Substance Use Among Students in 35 European Countries*. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Stockholm.
- Hublet, A., Schmid, H., Clays, E., Godeau, E., Nic Gabhainn, S., Joossens, L., & Maes L. (2009). Association between tobacco control policies and smoking behaviour among adolescents in 29 European countries. *Addiction*, 104(11):1918-26.
- Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G., & Schulenberg, J.E. (2008). *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2007. Volume I: Secondary school students*. NIH Publication No. 08-6418A, National Institute on Drug Abuse, Bethesda.
- Kuntsche, E., & Jordan, M. D. (2006). Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors: Results of multilevel analyses. *Drug and Alcohol Dependence*, 84, 167-174.
- Schenker, M., & Minayo, M. (2005). Factores de risco e de protecção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10,707-717.
- Thomas, RE, & Perera, R. (2006). School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD001293. DOI: 10.1002/14651858.CD001293.pub2.

Windle, M. (2003). Alcohol use among adolescents and young adults. *Alcohol Research and Health*, 27(1), 79 - 86.

World Health Organization (WHO) (Ed.). (2002). *The world health report 2002 - Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: World Health Organization (WHO).

World Health Organization (WHO) (2009). WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments. ISBN 978 92 4 156391 8.

World Health Organization (WHO) (Ed.) (2011). *Global status report on alcohol and health*. Geneva: World Health Organization (WHO).

## **Estudo 5 – Decreases in adolescent weekly alcohol use in Europe and North America: Evidence from 28 countries, 2002 - 2010<sup>5</sup>**

### **Abstract**

This study examined trends in adolescent weekly alcohol use between 2002 and 2010 in 28 European and North American countries. Weekly alcohol use among 11-, 13-, and 15-year old adolescents declined in all geographic regions. Even Eastern Europe, which faced an increasing trend up to 2006, faced a strong decline between 2006 and 2010. The decline was evident in all gender and age subgroups. These consistent trends may be attributable to increased awareness of the harmful effects of alcohol for adolescent development and the implementation of associated prevention efforts, or changes in social norms and conditions.

---

<sup>5</sup> Looze, M., Raaijmakers, Q., Bogt, T., Bendtsen, P., Farhat, T., Ferreira, M., et al. (in press). Decreases in adolescent weekly alcohol use in Europe and North America: Evidence from 28 countries, 2002 – 2010. *International Journal of Public Health*. HBSC supplement (IF= 2.539)

## **Introduction**

In recent decades, frequent use of alcohol among adolescents was a widespread behavior, especially in North American and Northern and Western European countries.<sup>1,2</sup> Between 1998 and 2006, adolescent alcohol use decreased in most of these countries,<sup>3</sup> potentially due to an increased understanding of known negative effects of alcohol on adolescent development and, consequently, the implementation of associated public health programs.

In contrast, in this same period, substantial increases in adolescent alcohol use have been reported for several Eastern European countries.<sup>3,4</sup> Explanations for these increases include the rapid increase in wealth and availability of alcohol in Eastern Europe after its transition from communist to market economies in the late 1980s.<sup>5</sup> As adolescent alcohol use has also gained more attention in the public health domains in these countries,<sup>2</sup> increasing trends observed previously in Eastern European countries may have stabilized after 2006, or even started to decline.

The present study aimed to test this hypothesis. Focused study of variations in trends in adolescent alcohol use observed by key demographic factors can improve the targeting of preventive interventions at vulnerable groups of young people. Hence, we (1) describe trends in weekly alcohol use from 2002 to 2010 in 28 countries; and (2) describe variations in these trends by gender, age, and geographical region.

## **Method**

We used survey data collected in the three most recent cycles of the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. Anonymous surveys were conducted in the classrooms of 11-, 13- and 15-year olds in the academic years ending in 2002, 2006 and 2010 according to a common research protocol.<sup>6</sup> A clustered sampling design was used, where the initial sampling unit was either the class or the school. Schools were selected to ensure that samples were representative by regional geography and other demographic characteristics, with variations in sampling criteria permitted to fit country-level circumstances. In some countries, data were weighted to ensure representativeness.

Each of the 28 participating countries obtained approval to conduct the survey from their ethics review board or equivalent regulatory institution. Responses were treated as confidential and anonymous. School response rates varied by country but were >70% in most countries. Response rates at the student level were >70% in almost all countries. Further information about the survey procedures can be found elsewhere.<sup>6,7</sup>

### ***Measures***

#### *Weekly alcohol use*

Students were asked how often that they drank beer, wine, and liquor/spirits. For each type, response options were “1 = never,” “2 = rarely,” “3 = every month,” “4 = every week,” and “5 = every day.” This variable was dichotomized by combining options 1 through 3 (indicating less than weekly alcoholic use, coded as “0”) and 4 to 5 (to reflect at least weekly alcohol use, coded as “1”).

#### *Time*

Time was included as a categorical variable reflecting the year of study (2002, 2006, 2010). To test our hypothesis that trends in Eastern Europe were stabilizing, a curvilinear time variable (time squared) was also included in the model.

#### *Demographic predictors*

Socio-demographic variables included age group (11-, 13-, and 15-year olds), gender (boys versus girls), and country of residence.

### ***Statistical analyses***

To account for potential differences in sample composition across survey years, prevalence estimates for each country and survey year were standardized by age and gender, using the overall study population (all 28 countries combined) for 2010 as the standard. Next, regression analyses were conducted with Mplus (version 6.12).<sup>8</sup> Trends were calculated by means of multiple group logistic regression analyses (with country as a grouping variable) in which a linear and curvilinear time variable were regressed on weekly drinking. To examine whether trends were similar or different across geographical regions, this analysis was repeated with geographic

region as a grouping variable. Group membership was based on geographical location (Northern, Western, Southern, Eastern Europe and Anglo-Saxon countries). Finally, to test whether the trends within countries and regions differed across age and gender subgroups, we conducted a multiple group analysis with six groups (3 age groups x 2 genders).

Percentages of missing values ranged from 0 (several countries) to a maximum of 2.9 (for Danish respondents). Missing values were model estimated in Mplus.

## **Results**

Table 47 presents the prevalence of weekly alcohol use for boys and girls per country, categorized by geographic region. The average of weekly alcohol use ranged from less than 2.4% in Finland to over 19.6% in the Czech Republic.

Across countries, a trend towards decreasing weekly alcohol use was observed. In some countries, this decrease was linear (e.g., Canada). In other countries, the decrease was steepest between 2002 and 2006 (e.g., France) or between 2006 and 2010 (Russia). Notable exceptions to the general decline were found in 8 countries. These countries showed an increase in weekly alcohol use (Croatia), no trend (Austria, Latvia, Portugal, Slovenia) or a fluctuating trend (Czech Republic, Macedonia, Ukraine).

Table 47 and Figure 3 also present time trends by geographical region. The superscripts in Table 1 indicate differences in time trends by region. In all regions, weekly alcohol use decreased over time. The decrease was strongest in Northern European, Southern European and Anglo-Saxon countries, followed by Western European countries. This trend was equally strong across time periods in Anglo-Saxon countries, but especially strong between 2002 and 2006 in the other regions. In Eastern European countries, adolescent alcohol use increased slightly between 2002 and 2006, but decreased substantially thereafter.

Figure 3 also presents the results of the multiple group regression analysis by age group and gender. Overall, weekly drinking was most prevalent among boys and older age groups. The multiple group analysis revealed that weekly alcohol use

decreased to a similar degree in all gender and age subgroups (i.e., regression coefficients did not significantly differ; data available from first author).

## **Discussion**

This study of young people from 28 European and North American countries between 2002 and 2010 identified a general decline in adolescent weekly alcohol use in Anglo-Saxon and Northern, Western and Southern European countries. In Eastern European countries, alcohol use (slightly) increased between 2002 and 2006, but declined considerably between 2006 and 2010. Across countries and regions, weekly drinking declined to a similar degree among boys and girls from all age groups.

A variety of factors might have affected the general decrease in adolescent weekly drinking, including income, marketing, prevention approaches, changes in adult prevalence, and shifts in teen culture.<sup>4</sup> Policies are in place in all Western countries to limit underage access and restrict use among those of all ages,<sup>9</sup> but there appears to be a tendency toward stricter alcohol prevention in many countries.<sup>2,10</sup> In addition to the potential effects of stricter policies, changes in social norms and conditions may have accounted for the observed declines.

The general decline in weekly drinking is consistent with a general decline in adolescent tobacco and cannabis use,<sup>11</sup> sexual risk behaviors,<sup>12</sup> and fighting<sup>13</sup> in the beginning of the 21<sup>st</sup> century in Europe and North America. Together, these studies reflect a robust pattern of decline in risk behaviors among adolescents.

Notable exceptions to the generally observed decline in adolescent alcohol use were observed in eight countries. Six of these were in Eastern Europe. The lack of a decline in these countries may be explained by rapid increases in wealth in these countries and adolescents' subsequent opportunity to be more financially independent and to consume goods that were previously unavailable, including alcohol.<sup>14</sup>

Strengths of this study include our use of large, nationally-representative datasets, inclusion of many countries, and uniformity of the protocol across countries and time. Limitations include 1) the repeated cross-sectional study design, which makes it impossible to draw any conclusions on the causes of the observed trends; 2) the study's reliance on self-reports, which may have caused some adolescents to

provide dishonest or inaccurate answers (although anonymity was stressed); and 3) our time frame was the 8-year period between 2001/02 and 2009/10, so caution should be exercised in extending these conclusions to periods before or after this time span. Finally, it is important to underline that our outcome measure was (at least) weekly drinking of beer, wine, and spirits. Different alcohol outcome measures may exhibit different temporal patterns across countries. A decrease in weekly alcohol use does thus not necessarily imply a decrease in the quantity of alcohol consumed. Future research may examine whether trends in different drinking behaviors, such as drunkenness, are also facing a decrease.

Our study confirms the need for a deep understanding of alcohol use trends in different populations that can facilitate establishing effective policies and programs to prevent the problematic consequences of these behaviors. In this sense, we see a risk in the public debate of an excessive and counterproductive alarmism when considering single and extreme cases of alcohol use during adolescence, when the trend of this phenomenon over time is decreasing or at least stabilizing. While observed trends in adolescent weekly drinking were remarkably similar across countries and demographic subgroups, absolute prevalence rates in weekly drinking still differ substantially across countries. Future research may examine the role of national factors, such as wealth, the availability of alcohol, adult drinking patterns, and preventive measures, in explaining these cross-national differences.

## **Acknowledgements**

The HBSC is a WHO/Euro collaborative study; International Coordinator of the 2009-2010 study is Candace Currie, St. Andrews University, Scotland; Data Bank Manager is Oddrun Samdal, University of Bergen, Norway. The 28 countries involved in this analysis (current responsible principal investigator) were: Austria (R Felder-Puig), Belgium (D Piette, C Vereecken), Canada (W Pickett, J Freeman), Croatia (M Kuzman), Czech Republic (M Kalman), Denmark (P Due) Estonia (K Aasvee), Finland (J Tynjälä), France (E Godeau), Germany (P Kolip), Greece (A Kokkevi), Hungary (Á Németh), Ireland (S Nic Gabhainn), Italy (F Cavallo), Latvia (I Pudule), Lithuania (A Zaborskis), the Netherlands (W Vollebergh), Norway (O Samdal), Poland (J Mazur), Portugal (M Gaspar de Matos), Russia (team member A Malinin), Slovenia (H Jericek), Sweden (L Eriksson), Switzerland (E Kuntsche), Ukraine (O Balakireva), TFYR Macedonia (L Kostarova Unkovska), the United Kingdom (England (A Morgan), Scotland (C Currie), Wales (C Roberts)), USA (R Iannotti). We thank Robert Smith (Norway) for his careful assembly of the international HBSC trends datafile.

Table 47. Trends in adolescent weekly alcohol use by country and region

Region	Country	Age/Gender-Standardized Rate per 100 Children			Age/Gender-Adjusted Linear Time Trend (per year of study)			Age/Gender-Adjusted Curvilinear Time Trend (per year of study)		
		2002	2006	2010	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>
Anglo-Saxon countries		12.1	8.6	6.1	-.263 <sup>ab</sup>	.026	<.001	.001 <sup>a</sup>	.013	.932
	Canada	11.6	7.3	5.5	-.278	.066	<.001	.039	.031	.215
	Ireland	5.5	6.4	4.1	.191	.088	.029	-.141	.040	<.001
	UK	23.5	15.3	10.2	-.332	.033	<.001	.024	.016	.139
	USA	7.6	5.4	4.7	-.224	.081	.006	.053	.039	.182
Western Europe		11.4	9.3	7.8	-.178 <sup>a</sup>	.025	<.001	.028 <sup>a</sup>	.012	.025
	Austria	10.5	12.2	10.8	-.072	.072	.318	-.028	.034	.417
	Belgium	13.0	11.2	8.2	-.058	.047	.220	-.045	.024	.057
	France	7.2	7.0	6.6	-.227	.061	<.001	.069	.030	.022
	Germany	13.3	7.0	6.5	-.454	.063	<.001	.120	.032	<.001
	Netherlands	14.1	11.0	6.5	-.098	.074	.186	-.079	.037	.032
	Switzerland	10.2	7.3	8.1	-.197	.075	.009	.093	.036	.009
Eastern Europe		12.2	12.3	10.1	.055 <sup>c</sup>	.019	.003	-.062 <sup>b</sup>	.009	<.001
	Croatia	13.6	17.0	15.6	.227	.060	<.001	-.088	.028	.002
	Czech Rep	19.4	17.8	19.6	-.125	.056	.025	.063	.027	.020
	Estonia	9.8	7.8	6.0	-.353	.077	<.001	.070	.037	.062
	Hungary	15.7	11.4	10.4	-.292	.073	<.001	.074	.035	.037
	Latvia	8.1	9.4	7.2	.049	.077	.530	-.050	.037	.172
	Lithuania	9.8	6.1	6.9	-.473	.069	<.001	.175	.034	<.001
	Poland	7.3	5.2	6.0	-.348	.071	<.001	.141	.036	<.001
	Russia	14.5	11.4	5.5	.004	.049	.928	-.130	.025	<.001

*Estudo 6 – Substance use in Portuguese adolescents: Explanatory model for Portuguese study HBSC 2010*

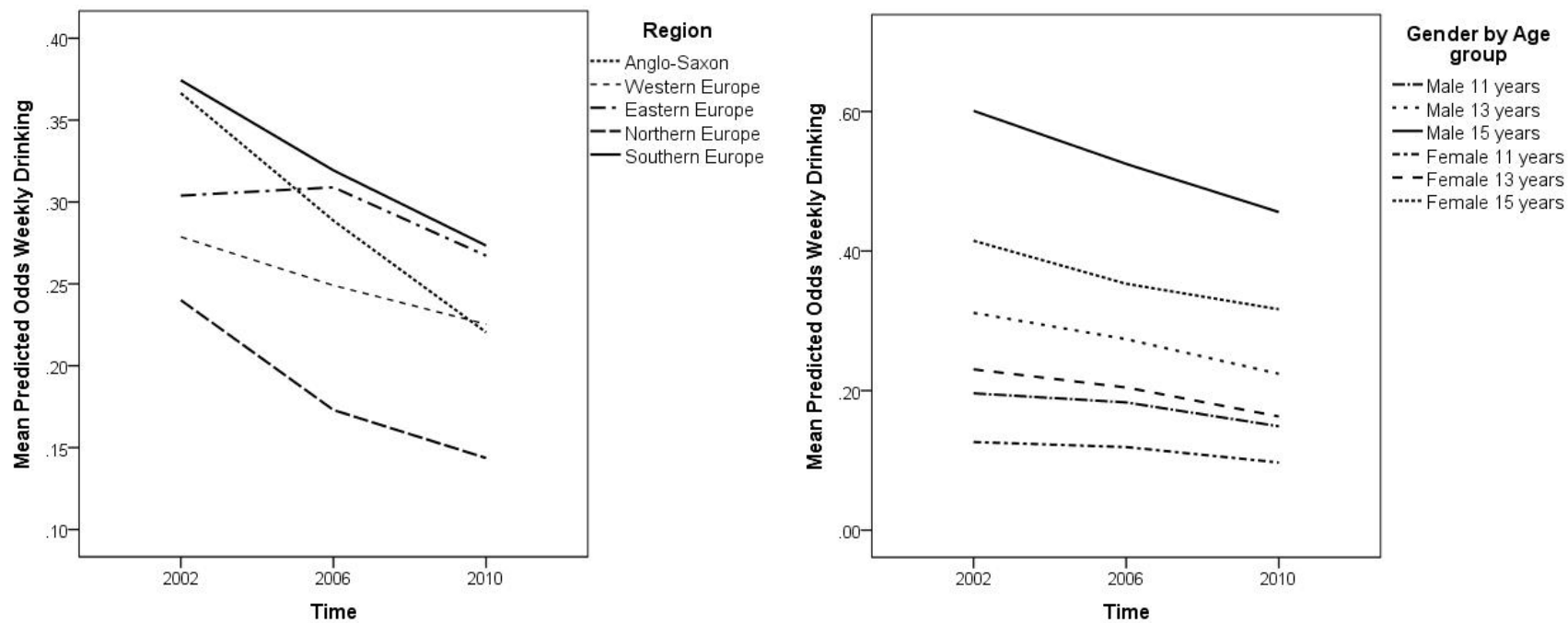
---

	Slovenia	12.1	10.9	11.1	-.024	.069	.724	.007	.032	.818
	Ukraine	17.4	29.2	16.4	1.064	.057	< .001	-.543	.028	< .001
	Macedonia	6.6	8.8	6.5	.364	.073	< .001	-.178	.035	< .001
Northern Europe		9.3	5.3	4.1	-.390 <sup>b</sup>	.041	<.001	.073 <sup>a</sup>	.020	<.001
	Denmark	18.6	11.1	8.5	-.519	.069	< .001	.134	.034	< .001
	Finland	5.1	3.7	2.4	-.160	.087	.068	-.004	.043	.935
	Norway	6.5	3.3	3.1	-.456	.094	< .001	.162	.047	.001
	Sweden	7.0	3.0	2.5	-.533	.099	< .001	.185	.048	< .001
Southern Europe		16.3	12.7	9.9	-.238 <sup>ab</sup>	.042	<.001	.045 <sup>a</sup>	.020	.025
	Greece	15.9	13.3	14.1	-.601	.079	< .001	.216	.036	< .001
	Italy	24.1	19.4	12.1	-.140	.060	.020	-.040	.029	.171
	Portugal	8.9	5.4	3.5	-.096	.091	.291	-.026	.044	.558

*Note.* Due to the rising popularity of alcopops, in 2006 and 2010, an item ‘alcopops’ was included in the list of alcoholic drinks. Sensitivity analyses were conducted to check whether the inclusion of alcopops would influence the trends. No substantial differences in the outcomes of the trend analyses were found (results available on request).

*Note.* Within columns, at the regional level, different subscripts refer to statistically significant differences at  $p < .01$ .

Figure 3. Trends in adolescent weekly alcohol use by region and by demographic group



## References

1. N Rehm, J.; Rehn, N.; Monteiro, M.; et al. The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *European Addiction Research* 9:147–156, 2003.
2. Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe. A public health perspective*. Luxembourg: European Communities.
3. Kuntsche E, Kuntsche S, Knibbe R, Simons-Morton B, Farhat T, Hublet A, Bendsten P, Godeau E, Demetrovics Z. (2011). Cultural and gender convergence in adolescent drunkenness. Evidence from 23 European and North American countries. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 165, 152-158.
4. Simons-Morton BG, Farhat T, ter Bogt TFM, Hublet A, Kuntsche E, NicGabhainn S, Godeau E, Kokkevi A. (2009). Gender specific trends in alcohol use: cross-cultural comparisons from 1998 to 2006 in 24 countries and regions. *Int J Public Health*, 54, 199-208.
5. Demetrovics Z. (2001). Cultural changes and the changing face of youth subculture and drug use: some comparisons between Western and Eastern Europe. In: M Nechifor and P Boisteanu. *Pharmacodependences: Mechanisms, Clinical Aspects, Treatment* (p. 109-117). Iasi: Romania Editura Glissando.
6. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C, Samdal O, Smith ORF, Barnekow V. *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Health Policy for Children and Adolescents, No. 6. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.

7. Roberts, C., Freeman, J., Samdal, O., Schnohr, C.W., De Looze, M.E., Nic Gabhainn, S., Iannotti, I., & Rasmussen, M. (2009). The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: methodological developments and current tensions. *Int J Public Health, 54*,140-150.
8. Muthén LK, Muthén BO. *Mplus user's guide* (1998–2010). Sixth edition. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén; 1998-2010.
9. Brand DA, Saisana M, Rynn LA, Pennoni F, Lowenfels AB. Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries. *PLoS Med* 2007;4:e151.
10. Anderson, P., Møller, L., & Galea, G. (2012). *Alcohol in the European Union. Consumption, harm, and policy approaches*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
11. Hublet et al - Journal supplement
12. Godeau, Nic Gabhainn et al – Journal Supplement
13. Pickett, W., Molcho, M., Elgar, F.J., Brooks, F., de Looze, M., Rathmann, K., ter Bogt, T.F.M., Nic Gabhainn, S., Sigmundová, D., Gaspar de Matos, M., Craig, W., Walsh, S.D., Harel-Fisch, Y., & Currie, C. (2012). Trends and Socioeconomic Correlates of Adolescent Physical Fighting in 30 Countries. *Pediatrics*; originally published online December 3, 2012.
14. Jernigan DH. *Global Status Report: Alcohol and Young People*. Geneva, Switzerland World Health Organization 2001.

Appendix

Table 48. Sample size by year and country

Country	N by survey cycle and gender					
	Boys			Girls		
	2002	2006	2010	2002	2006	2010
Austria	2241	2385	2477	2231	2463	2566
Belgium	5065	4511	4071	5547	4276	4121
Canada	1996	2809	7822	2365	3121	8097
Croatia	2180	2442	3018	2217	2526	3244
Czech Rep	2412	2416	2145	2600	2366	2280
Denmark	2259	2757	2086	2413	2984	2244
Estonia	1983	2221	2031	1996	2263	2205
Finland	2713	2510	3242	2675	2739	3481
France	4054	3559	3030	4131	3596	2990
Germany	2786	3668	2429	2864	3606	2576
Greece	1870	1762	2404	1937	1953	2540
Hungary	1848	1696	2299	2316	1836	2565
Ireland	1302	2477	2630	1573	2417	2335
Italy	2125	1998	2423	2261	1953	2414
Latvia	1633	2049	2070	1848	2196	2214
Lithuania	2887	2904	2751	2758	2728	2587
Netherlands	2120	2141	2252	2148	2137	2339
Norway	2554	2438	2175	2469	2273	2167
Poland	3204	2649	2078	3179	2840	2184
Portugal	1419	1884	1878	1521	2035	2158
Russia	3752	3892	2576	4285	4339	2598
Slovenia	1996	2558	2765	1960	2572	2671
Sweden	1978	2192	3346	1948	2223	3372
Switzerland	2309	2257	3358	2370	2364	3320
Ukraine	1893	2388	2809	2197	2681	3081
Macedonia	2053	2629	1988	2108	2652	1956
UK	7193	7553	7646	7179	7829	8103
USA	2322	1857	3260	2703	2035	3014



## **Estudo 6 – Substance Use in Portuguese Adolescents: Explanatory Model for Portuguese Study HBSC of 2010<sup>6</sup>**

### **Abstract**

**Aim:** The purpose of this study was to understand the influence of social contexts, such as family, peers and school, mediated by health and wellbeing indicators on substance use in adolescence, testing and comparing an existent model. To achieve this aim, were used an explanatory model, using structural equations modeling.

**Methodology:** The sample included 5050 students, mean age 14 years old, in the 6<sup>th</sup>, 8<sup>th</sup> and 10<sup>th</sup> grades of the public school system from Portugal. Data collection was held within the HBSC (Health Behavior in School-aged Children) survey from 2010. For the purpose of this specific study, the questionnaire includes questions about relationship with family, friends, peers and teachers, about school, health and wellbeing, and substance use, namely tobacco, alcohol and drugs.

**Results:** Results showed that adolescents with higher levels of protective factors on relation to family, friends, classmates and teachers mediated by psychological symptoms, well-being and school consume less substances and adolescents who present higher levels of risk factors, such as psychological symptoms and tobacco and alcohol use, are more likely to consume illicit drugs. Comparing with original developed model we can verify that some factors are crucial for substance use explanation, remaining significant over time.

**Conclusions:** In order to establish intervention programs, it is crucial to analyze the determinants on substance use in adolescence. Family, friends, school and subjective well-being are factors with higher impact on substance use, as the substance use per se.

**Key-words:** Risk and Protective Factors; Substance Use; Adolescence.

---

<sup>6</sup> Ferreira, M., Matos, M.G., & Diniz, J.A. (in peer-review). Substance Use in Portuguese Adolescents: Explanatory Model for Portuguese Study HBSC 2010. *The Spanish Journal of Psychology*. (IF= 0.704)

## **Introduction**

The literature highlights the existence of several determinants of substance use in adolescence, factors such as family, peer group and school.

Since these contexts are the main scenarios of socialization, they take up as risk factors or protective for the development of risk behaviors. Of the various contexts mentioned, the family comes up with a key role in the overall development of children and adolescents (Simões, 2007), particularly in terms of health and wellbeing (Buckley, Sheehan & Chapman, 2009).

During adolescence friends become very important, in the transition to adulthood, the relationship with parents becomes more distanced and the relationship with friends becomes more dominant (Thornberry, 2005). Friends are a key element for the well-being and consequent global adjustment of adolescents. Young people are the happier they are better integrated socially, that is, have friends and have easy communication with them (Hann & Boljevac, 2010). However, data from several studies report that friends are also a source of influence for deviant behavior (Chuang, Ennet, Bauman & Foshee, 2009). Apart from friends, support from colleagues and teachers are also important determinants not only lead to school (Samdal & Dur, 2000), as well as perceptions of well-being or psychological symptoms (Andrews, Hampson & Peterson, 2011). Studies in this area, which also show a high acceptance and support from colleagues seems to be positively related to well-being (Buckley, Sheehan & Chapman, 2009).

Even though most scholars focus on the negative effect of peers on substance use, belonging to a particular group can act as protection mechanism as well. Buckley et al (2009) explored the role of peers as a protective factor for reducing or limiting the engagement in risky behavior. For this study more than five hundred adolescents, with a mean age of 14, were asked about their intention to intervene if their friend(s) were at risk of alcohol or drug related harms. More than half of the respondents indicated that they would intervene, especially (83%) when a friend wanted to drink and drive. Regarding the impact of satisfaction with colleagues at school, several studies, shows that this relationship appears to be influenced by the fact that colleagues like it or not

the school. With regard to teachers, Samdal and Dur (2000) report that the feeling of support from teachers as one of the most important predictors of students' satisfaction with school.

Ennett and colleagues (2008), in their study, highlight that adolescent substance abuse can only be explained by taking into account multiple social contexts and the relations between them, they found that the influence of peers on substance use is always moderated by the nature of the social bond. High levels of peer consumption only increased the risk of substance use when higher social regulation was experienced as well. In addition, the authors also concluded that the family environment influences the effect of peers on substance use. A positive family environment acts as a protection mechanism against negative peer influences, while family conflict and family substance use amplify the negative peer effects.

The literature also shows that young people who have more difficulties in the relationships with family, school or friends, often have more psychological symptoms and complains. According to several studies, happiness is associated with health, functioning as a mediating variable of the relationship between interpersonal and social aspects and health. For example, lower levels of psychological well-being are risk factors for developing problems related to substance use (Andrews, Hampson & Peterson, 2011). In addition to the factors identified as risk factors for substance use, previous behavior or self-consumption of certain substances is, according to the literature, one of the main drivers of consumption same. Tobacco is referred to as the gateway to the use of other substances, such as alcohol and illegal drugs (Briere, Fallu, Descheneaux & Janosz, 2011). Also the alcohol is identified as precursor of progression to other drugs.

Simões (2005, 2007) developed an explanatory model of adolescent risk behaviors, including substance use. According to this model, the main socializing contexts and relationships within its scope have impact on perceptions of individual well-being and satisfaction with the school, which in turn have an impact on substance use. The results of this study showed that the influence of social contexts on risk behavior is mediated by certain psychological aspects. Among the various factors in

study, substance use proved as the main predictors of other substances, a fact which supports studies showing that tobacco and alcohol function as precursors for illicit drug use.

The aim of this study is: (1) to replicate an existent explanatory model (Simões, 2007) of substance use (2) to compare the original model with the explanatory model results found in this study.

## **Methods**

### **Sample**

Data were collected through a self-administered questionnaire from the Portuguese study of the Health Behavior in School-aged Children (HBSC) of 2010, a World Health Organization (WHO) collaborative cross-national study (Currie, Roberts, Morgan, & Smith, 2004; Matos et al., 2011). The study provides national representative data of 5050 Portuguese adolescents, randomly chosen from those attending 6<sup>th</sup>, 8<sup>th</sup> and 10<sup>th</sup> grades of high school. The majority of adolescents have Portuguese nationality (94.4%), 47.7% boys and 52.3% girls. The students were proportionally distributed among six educational Portuguese regions (North, 40%; Lisbon and Tagus Valley, 30.1%; Center, 15.2%; Alentejo, 6.3%; the Algarve, 4.9%; Madeira, 3.5%).

### **Procedure**

The HBSC is a school-based survey of adolescent health behaviors and their psychosocial determinants, carried out every 4 years simultaneously in all participating countries, using an international standardized methodological protocol (Currie, Roberts, Morgan, & Smith, 2004; Currie, Samdal, Boyce, & Smith, 2001). The study base includes school children aged 11, 13 and 15 (6<sup>th</sup>, 8<sup>th</sup> and 10<sup>th</sup> grade students) in 44 countries in Europe and North America. According to the study protocol, data from each country are gathered from nationally representative samples. The HBSC uses a standard, self-administered in-class questionnaire that includes both mandatory and optional items. A detailed description of the methods and instrument of the HBSC can be found in Currie et al (Currie, 2006; Currie, Molcho, Boyce, Holstein, & Torsheim, 2008; Currie, Roberts, Morgan, & Smith, 2004). This Nationwide Survey was

conducted during 2009/2010 school year and the sampling unit used was the class. The 139 schools in the sample were randomly selected from the official national list of public schools, stratified by region. In each school, classes were randomly selected for each grade, according to the international research protocol (Currie, Roberts, Morgan, & Smith, 2004). The questionnaire was carried by school teachers. This study had the approval of a scientific committee, the National Ethics Committee and the National Commission for Data Protection and followed strictly all the guidelines for human rights protection.

## **Measures**

The international standard questionnaire consists of three levels of questions which are used to create national survey instruments: core questions that each country is required to include to create the international dataset; optional packages of questions on specific topic areas from which countries can choose; and country-specific questions related to issues of national importance.

Survey questions cover a range of health indicators and health-related behaviors as well as the life circumstances of young people. Questions are subject to validation studies and piloting at national and international levels. The core questions provide information on: demographic factors (e. g., gender, age and state of maturation); social background (e. g., family structure and socio-economic status); social context (e. g., family, peer culture, school environment); health outcomes (e. g., self-rated health, injuries, overweight and obesity); health behaviors (e. g., eating and dieting, physical activity and weight reduction behavior); and risk behaviors (e. g., smoking, alcohol use, cannabis use, sexual behavior, bullying).

For the present study 23 variables that operationalize the 10 underlying factors (family, friends, classmates, teachers, psychological symptoms, subjective well-being, school satisfaction, tobacco, alcohol and illicit drugs consumption) were selected. The family factor has two indicators: father/mother communication (1=don't have or see this person; 2=very difficult; 3=difficult; 4=easy; 5=very easy). The friends' factor has four indicators: same gender friends/opposite gender friends' communication (1=don't have or see this person; 2=very difficult; 3=difficult; 4=easy; 5=very easy), to be easy or

difficult make new friends (1=Very difficult; 2=Difficult; 3=Easy; 4=Very easy) and How many days do you spent with your friends after school (0=0 days to 6=6 days). The classmates' factor has three indicators: enjoy being together, are kind and helpful, accept me as I am (1=strongly disagree; 2=disagree; 3=neither agree nor disagree; 4=agree; 5=strongly agree). The teachers factor has three indicators: treat us fairly, help when I need, are interested in me as person (1=strongly disagree; 2=disagree; 3=neither agree or disagree; 4=agree; 5=strongly agree). The psychological symptoms factor has three indicators: feeling low, irritability or bad temper, feeling nervous (1=rarely or never; 2=about every month; 3=about every week; 4=more than once a week; 5=about every day). The subjective well-being factor has two indicators: health (1=poor; 2=fair; 3=good; 4=excellent); and life satisfaction (0=worst possible life; 10=best possible life). The school satisfaction factor has three indicators: feel about school (1=don't like it at all; 2 =don't like very much; 3=I like a bit; 4=I like a lot), be bothered to go to school (1=always; 2=frequently; 3=some times; 4=rarely; 5=never) and feel safe at school (1=never; 2=rarely; 3=some times; 4=frequently; 5=always). The tobacco use factor has one indicator: tobacco use frequency (1=I do not smoke; 2=less than once a week; 3=at least once a week; 4=every day). The alcohol use factor has three indicators: beer and spirits consumption (1=never; 2=rarely; 3=every month; 4=every week; 5=every day) and been drunk (1=never; 2=once; 3=2-3 times; 4=4-10 times; 5=more than 10 times). The cannabis use factor has two indicators: ever tried cannabis (1=no; 2=yes) and drug use frequency in the last 30 days (1=never; 2=once; 3=more than once; 4=often).

### **Data analysis**

Structural Equations Modeling, EQS Structural Equation Modeling Software (Bentler, 1995), was used to analyze the proposed model. Variables were transformed to continuous variables through optimal scaling. However, since our transformed variables violate the multivariate normality assumption robust estimation was used for all analysis.

The analysis first tested the measurement models and then the structural relationships between the factors. So, three confirmatory factorial analysis (CFA) were conducted prior to testing the three proposed measurement models, each of which

included the following: the “exogenous latent factors model” that tested the measurement quality of independent latent variables (family, friends, classmates and teachers); the “intervening latent factors model” that tested the measurement quality of mediator variables (psychological symptoms, subjective well-being and school satisfaction); and the “final endogenous latent factors model” that tested the measurement quality of dependent consumption variables (tobacco, alcohol and cannabis use). Only significant results are discussed.

## Results

After testing the measurement models the global model was tested, presenting good fit indexes. Table 49 summarizes tests of global model fit, including the fit indexes of independent, mediator and dependent variables.

Table 49. Model fit indexes

	$\chi^2$ (g.l.) <sup>1</sup>	CFI <sup>2</sup>	NNFI <sup>2</sup>	RMSEA (90% I.C.) <sup>2</sup>
<b>Independent</b>	98.01 (29)	.99	.98	.033 (.024-.043)
<b>Mediator</b>	153.91 (11)	.97	.94	.052 (.045-.060)
<b>Dependent</b>	41.90 (7)	.98	.97	.033 (.024-.043)
<b>Global</b>	702.39 (198)	.97	.96	.027 (.024-.029)

1 – Satorra-Bentler Scaled Chi-Squared; 2 - Robust

The standardize solution (Figure 4 shows beta coefficients and explained variance for each mediator and dependent factors) show that factors with higher impact on drugs were alcohol ( $\beta=.49$ ) and tobacco ( $\beta=.40$ ). In turn, the factors with higher impact on alcohol were psychological symptoms ( $\beta=.41$ ) and tobacco ( $\beta=.30$ ). Concerning tobacco, also psychological symptoms present a higher impact ( $\beta=.38$ ).

Regarding the mediator variables we can verify that psychological symptoms present a positive impact on tobacco and alcohol, but negative on drugs. The variable well-being presents a positive impact on tobacco ( $\beta=.26$ ) and alcohol ( $\beta=.25$ ), but on the other hand school seems to have a negative impact on tobacco ( $\beta=-.19$ ) and alcohol ( $\beta=-.20$ ), and both variables were not significant on drugs.

About independent variables we can verify that family present the higher negative impact on psychological symptoms ( $\beta=-.42$ ), followed by classmates ( $\beta=-.31$ ) and teachers ( $\beta=-.09$ ), suggesting that adolescents with better relationships present fewer psychological symptom. Family also presents positive impact on school ( $\beta=.24$ ). Friends present a positive impact on psychological symptoms ( $\beta=.14$ ) and well-being ( $\beta=.14$ ), and a negative impact on school ( $\beta=-.18$ ). Classmates present a positive impact on well-being ( $\beta=.07$ ) and school ( $\beta=.19$ ). On the other hand, teachers ( $\beta=.22$ ) and family ( $\beta=.24$ ) present the higher impacts on school, we can assume that how much better is the relationship with parents and teachers the better is the relation with school.

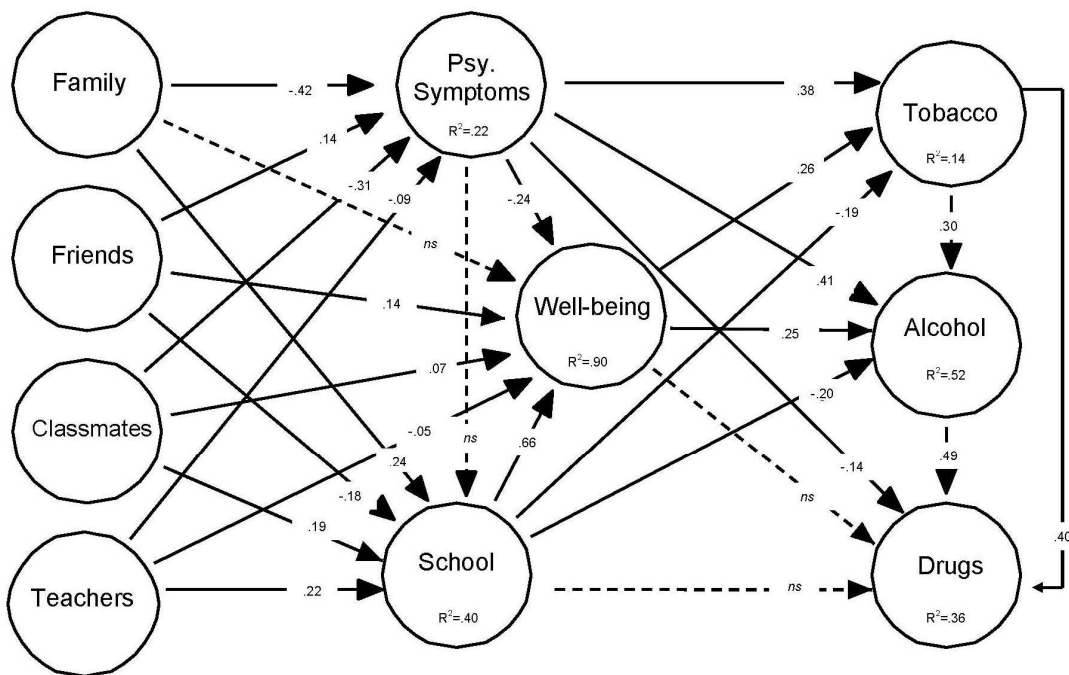


Figure 4. Substance use explanatory model  
 Note: —→ represent significant paths  $p<.05$   
 - - -→ represent non-significant paths (ns)

Factors' explained variances, as well as residual ones are present in table 50. We can verify that well-being is the factor most explained in the model, with 90% of explanation by friends, classmates, teachers, psychological symptoms and school factors. Also alcohol factor present higher explanation (52%) by tobacco consumption, psychological symptoms, well-being and school.

Table 50. Explained Variance

<b>Factor</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>Disturbance</b>
<b>Psychological Symptoms</b>	.22	.88
<b>Subjective Well-being</b>	.90	.32
<b>School</b>	.40	.78
<b>Tobacco</b>	.14	.93
<b>Alcohol</b>	.52	.69
<b>Drugs</b>	.36	.80

Table 51 present the correlation between independent factors. We can verify that all correlations are positive and significant.

Table 51. Correlations for independent variables

	<b>Family</b>	<b>Friends</b>	<b>Classmates</b>	<b>Teachers</b>
<b>Family</b>	----			
<b>Friends</b>	.18*	----		
<b>Classmates</b>	.17*	.12*	----	
<b>Teachers</b>	.21*	.03*	.19*	----

\*p<.05

Comparing with the original model, developed by Simões (2005; 2007), we can verify that in general the model continues to be adjusted for the explanation of substance use. However, some differences can be highlighted, in the present study family didn't show a significant impact on well-being. Also friends didn't show impact on none of the substances (tobacco, alcohol or drugs), but showed impact on well-being contrary to the original model. Well-being present positive impact on tobacco, instead of negative as the original model.

## **Conclusions**

In the present study we sought to test an existent explanatory model for substance use. We verified that the results of model from this study sample seem to be adjusted for the variables in question, since the main socializing contexts and relationships have impact on perceptions of individual well-being and satisfaction with the school, which in turn have an impact on substance use, as we can find in the existing literature (Buckley, Sheehan & Chapman, 2009). The results of this study show that the

influence of social contexts on risk behavior is mediated by psychological symptoms, well-being and school. Among the different factors in study, substance use appears as the main predictors of other substances. Other determinants with a direct impact on substance use were well-being, and satisfaction with school. With regard to psychological symptoms, there was a positive impact on tobacco and alcohol, but simultaneously a negative impact on consumption of symptoms of illicit drugs, according with the original model (Simões, 2005; 2007).

The results are consistent with the results obtained in the original model, which shows family, classmates, teachers and school satisfaction as protective factors, and highlight the importance of friends and psychological symptoms as risk factors, and also the impact of substance use of one substance in others. This study has, like many others, showed the existence of multiple risk factors and protective relationships that interact through mediation, and as a result they have a higher or less involvement in young risk behaviors (Andrews, Hampson & Peterson, 2011; Capaldi, Stoolmiller, Kim & Yoerger, 2009). According to several studies, substance use presents utility functions important for adolescents, and this aspect is an important factor that leads young people to join this type of behaviors. But we also know that these same behaviors bring serious consequences in the short, medium and long term in various spheres of adolescents' life, including personal, interpersonal, family and school (Briere, Fallu, Descheneaux & Janosz, 2011; Simões, 2007).

The results of this research suggest that policies regarding substance use in adolescence should direct their attention towards youngsters who are more peer-oriented and are frequently less satisfied with school. To support this approach is also important the fact that many risk factors are very difficult, or even impossible to change, and it is therefore essential to promote skills helping adolescents to deal with risk.

### **Study's limitations**

A few limitations must be addressed regarding this study. The first concerns the self-report nature of the surveys. Self-reported data depends on selective memory and therefore findings may be biased. The second limitation is the cross-sectional nature of

the study, which does not allow causality assumption. Finally, this study used measures designed for a broad national survey.

### **Acknowledgements**

Thanks to the Aventura Social Project Team for their fieldwork, collecting data. The first author have scholarship granted by FCT - (SFRH/BD/45671/2008) /FMH/UTL/CMDT-UNL.

### **References**

- Andrews, J.A., Hampson, S., & Peterson, M. (2011). Early adolescent cognitions as predictors of heavy alcohol use in high school. *Addictive Behaviors*, 36, 448–455.
- Briere, F.N., Fallu, J.S., Descheneaux, A., & Janosz, M. (2011). Predictors and consequences of simultaneous alcohol and cannabis use in adolescents. *Addictive Behaviors*, 36, 785-788.
- Buckley, L., Sheehan, M., & Chapman, R. (2009). Adolescent protective behavior to reduce drug and alcohol use, alcohol-related harm and interpersonal violence. *Journal of Drug Education*, 39, 3, 289-301.
- Capaldi, D.M., Stoolmiller, M., Kim, H.K., & Yoerger, K. (2009). Growth in alcohol use in at-risk adolescent boys: Two-part random effects prediction models. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, 105, 109-117.
- Chuang, Y.C., Ennett, S.T., Bauman, K.E., & Foshee, V.A.(2009). Relationships of adolescents' perceptions of parental and peer behaviors with cigarette and alcohol use in different neighborhood contexts. *Journal of Youth and Adolescence*, 38, 1388-1398.
- Currie, C. (2006). The scientific context: what is HBSC telling us. Socioeconomic determinants of healthy.
- Currie, C., Molcho, M., Boyce, W., Holstein, B., & Torsheim, T. (2008). Researching health inequalities in adolescents: the development of the health behaviour in school-aged children (HBSC) family affluence scale. *Social Science & Medicine*, 66(6), 1429–1436.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., & Smith, R. (2004). Young people's health in context: international report from the HBSC 2001/02 survey. In WHO policy

- series: Health policy for children and adolescents. Copenhagen: WHO regional office for Europe.
- Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., & Smith, B. (2001). Health behaviour in school-aged children: AWHO cross-national study. Research protocol for the 2001/2 survey. Edinburgh, Scotland: Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU), University of Edinburgh.
- Ennett, S., Foshee, V.A., Bauman, K.E., Hussong, A., Cai, L., Reyes, H.L., Faris, R., Hipp, J., & Durant, R. (2008). The Social Ecology of Adolescent Alcohol Misuse. *Child Development*, 79, 6, 1777-1791.
- Filho, H.C. & Ferreira-Borges, C. (2008). *Uso de Substâncias: Álcool, Tabaco e outras Drogas*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Haan, de, L., & Boljevac, T. (2010). Alcohol Prevalence and Attitudes Among Adults and Adolescents: Their Relation to Early Adolescent Alcohol Use in Rural Communities, *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 19, 3, 223 — 243.
- Haan, de, L., Boljevac, T., & Schaefer, K. (2010). Rural community characteristics, economic hardship, and peer and parental influences in early adolescent alcohol use. *The Journal of Early Adolescence*, 30, 5, 629-650.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., & Kraus, L. (2009). *The 2007 ESPAD Report - Substance Use Among Students in 35 European Countries*. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Stockholm.
- Hublet, A., Schmid, H., Clays, E., Godeau, E., Nic Gabhainn, S., Joossens, L., & Maes L. (2009). Association between tobacco control policies and smoking behaviour among adolescents in 29 European countries. *Addiction*, 104(11):1918-26.
- Hummel A, Shelton KH, Heron J, van den Moore L, Bree MB. (2012) A systematic review of the relationships between family functioning, pubertal timing and adolescent substance use. *Addiction*. doi: 10.1111/add.12055.
- Matos, M., & Equipa do Aventura Social & Saúde. (2003). *A Saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.

- Matos, M., & Equipa do Aventura Social (2006). *A saúde dos adolescentes portugueses – Hoje e em 8 anos – Relatório Preliminar do estudo HBSC 2006*. Recuperado de <http://www.aventurasocial.com>
- Matos, M.G.; Simões, C.; Tomé, G.; Camacho, I.; Ferreira, M.; Ramiro, L.; Reis, M., & equipa Aventura Social (2011). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Relatório do Estudo HBSC 2010*. ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL.
- Samdal, O., & Dür, W. (2000). The school environment and the health of adolescents. In C. Currie, K. Hurrelmann, W. Settertobulte, C.A. Smith, & J. Todd (Eds.), *Health and health behavior among young people* (pp. 49-64). Copenhagen, Denmark: World Health Organization.
- Simões, C. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e Tecnologia.



## **Estudo 6 – Discussão**

Neste capítulo pretende-se efectuar uma discussão detalhada e análise crítica dos resultados, dando especial ênfase aos resultados mais significativos, confrontando-os com o enquadramento teórico abordado, bem como com os objectivos específicos desta dissertação, enquadrando-os no contexto nacional e internacional.

Para uma maior facilidade de exposição e de leitura, assim como para uma adequada sistematização, optou-se por organizar a discussão dos resultados em torno dos seis estudos apresentados no capítulo anterior e das variáveis avaliadas nos respectivos estudos.

No que concerne ao objectivo geral do estudo, pretendia-se aprofundar o conhecimento acerca do consumo de substâncias, os estilos de vida e a saúde dos adolescentes portugueses, procurando verificar a influência e o impacto dos factores de risco e protecção ao nível do consumo de substâncias, verificando a contribuição de variáveis identificadas na literatura nacional e internacional como relevantes para o estudo deste comportamento.

Para a compreensão do objectivo geral, serão discutidos os objectivos específicos que contribuíram para a compreensão da temática em causa. Assim, de acordo com o primeiro objectivo, foram explorados os comportamentos com impacto no consumo de substâncias, ao nível da protecção e do risco. Segundo a literatura, os factores que mais se relacionam com este comportamento passam pelo seio familiar, pelo grupo de pares, factores pessoais e outros comportamentos de risco cumulativos, pelo que, optou-se assim por estudar estas variáveis, determinando em que medida estas contribuem para o consumo de substâncias. Verificou-se, através do estudo um, que tanto os factores de protecção como os factores de riscos em estudo contribuem para explicar o consumo dos diferentes tipos de substâncias, nomeadamente, tabaco, álcool e substâncias ilícitas, sendo que o factor de protecção com maior influência em todos os tipos de consumo é a monitorização parental, indo ao encontro de diversos estudos que também sustentam esta consideração (Wu, Chong, Cheng & Chen, 2012; Hummel et al., 2012). Ainda na análise que respeita aos factores de protecção, verificou-se que a facilidade em fazer amigos,

embora sendo um factor protector no que respeita ao bem-estar subjectivo do adolescente e para a sua saúde em geral, surge na análise do estudo como um factor que explica o consumo de substâncias mas de uma forma positiva, ou seja, apesar de protector de um modo geral, no caso específico do consumo de substâncias é um factor que contribui para um maior consumo por parte dos adolescentes. Neste estudo, procurou-se num primeiro passo considerar apenas os factores de protecção, sendo considerados num segundo passo ambos os factores, protectores e de risco. Através desta análise, verifica-se que embora os factores de protecção contribuam para a compreensão deste comportamento, os factores de risco apresentam um peso maior na explicação do mesmo, o que nos remete para os estudos que defendem a importância dos factores de risco e a sua qualidade cumulativa. Cabe ainda na análise deste ponto considerar que os factores pessoais como a resiliência, quando analisado com os factores de risco diminui a sua contribuição para a explicação dos consumos, ou seja, tal como outros estudos evidenciam (Simões et al., 2009), a força dos factores pessoais aliados a outros factores de protecção são de facto protectores, mas quando confrontados com mais do que um certo número de factores de risco acabam por ceder e deixar de proteger.

De acordo com o segundo objectivo, pretendeu-se estudar os estilos de vida, nomeadamente as preferências musicais e as culturas juvenis e o seu impacto ao nível do consumo de substâncias, por um lado, no sentido de melhor caracterizar os grupos que apresentam maiores níveis de consumo, e por outro lado, perceber se determinadas opções e estilos são preditores de consumo dos diferentes tipos de substâncias. Deste estudo pode-se concluir que existem estilos musicais como o *urban/dance* e o *rock* que se encontram mais associados com o consumo de substâncias, quer ao nível da embriaguez, quer ao nível do consumo de substâncias ilícitas, sendo que adolescentes que preferem estes estilos musicais apresentam comportamentos mais externalizantes ao nível do risco como se confirma no estudo desenvolvido por Mulder, Bogt, Raaijmakers e Vollebergh (2007). No que respeita à pertença dos jovens a diferentes culturas juvenis, verifica-se que os jovens que mais se identificam com culturas juvenis mais desafiantes, ou seja, menos conformistas com as normas sociais estão mais predispostos a todos os tipos de consumo em estudo, sendo de salientar que no caso concreto da embriaguez, este comportamento é transversal a todos os grupos de culturas juvenis identificados no estudo. Quando se analisa o género e a escolaridade, verifica-se de uma forma geral que são os rapazes e os

jovens de anos de escolaridade superiores que apresentam uma maior prevalência de consumos, bem como apresentam escolhas por estilos de música e culturas juvenis que favorecem a adopção por comportamentos de risco.

Para melhor se compreender de que forma os factores pessoais, especificamente as competências sociais e emocionais, se relacionam com o consumo de substâncias, foi realizado um terceiro estudo que permitiu concluir que maiores níveis de competências podem agir como factor protector no que respeita ao consumo de substâncias, no entanto torna-se importante salientar que esta conclusão não é igual para todas as competências, nem para todas as substâncias. Se por um lado, no caso do consumo de substâncias ilícitas ter maiores níveis de competências sociais e emocionais se assume como factor protector, revelando um menor consumo por parte dos adolescentes, por outro lado, no que respeita ao consumo do álcool, não se encontram diferenças significativas entre o nível de competências do jovem, de facto, encontra-se ainda que competências como a resolução de problemas e auto-eficácia parecem estar mais associadas a este consumo. O mesmo se verifica no consumo de tabaco, para estas duas últimas competências, sendo que nesta substância específica, competências como a empatia, a capacidade de cooperação e comunicação e ter objectivos e aspirações futuras se assumem como competências que estão mais associadas a um menor consumo de tabaco por parte dos jovens. De salientar ainda que, ao nível do género, não foi encontrado nenhum efeito de moderação entre as variáveis em estudo. Contudo, é importante salientar a influência dos contextos sociais como a escola, onde a importância do grupo de pares e a aceitação social parece ser fundamental no estudo do consumo de substâncias, tal como nos é apontado em diversos estudos (Ikiz & Cakar, 2010; Bachman et al., 2008; Kuntsche & Jordan, 2006).

Considerando os factores anteriormente estudados, nomeadamente os factores de protecção e risco, contextos significativos como a família e a escola, os estilos de vida com a identificação de pertença a uma cultura juvenil e a opção por determinados estilos de vida e os factores pessoais através do estudo das competências sociais e emocionais, considerou-se fundamental compreender o padrão evolutivo do consumo de substâncias na adolescência, tendo sido realizado um quarto estudo no sentido de perceber de que forma o consumo foi evoluindo ao longo da última década. Neste estudo, verifica-se que o consumo de tabaco na adolescência tem vindo a diminuir ao longo dos últimos anos, tal

como encontrado noutros estudos (Botvin et al., 2000; Faggiano, 2005; Johnston, O'Malley, Bachman & Schulenberg, 2008). No que concerne ao consumo de álcool, este consumo apresenta-se estável com o decorrer do tempo, no entanto torna-se imprescindível avaliar este consumo de um modo mais específico, ou seja, embora os resultados globais apresentem uma estabilização no consumo do álcool importa perceber se efectivamente o consumo estabilizou, ou se por seu turno, os padrões de consumo se estão a alterar. A avaliação do consumo de álcool não passa só por perceber a frequência de consumo, mas sim os padrões que o caracterizam, uma vez que a frequência pode até estar estável, mas a quantidade de álcool ingerida numa única ocasião estar a aumentar, como se reflecte em estudos que apontam para um consumo excessivo num curto espaço de tempo, como é exemplo o fenómeno de *binge-drinking* (Karagülle, Donath, Grassel, Bleich & Hillemecher, 2010; Kraus, Baumeister, Pabst & Orth, 2009; Courtney & Polich, 2009). Relativamente ao consumo de substâncias ilícitas, verifica-se uma tendência para o aumento deste consumo desde o estudo de 2006 para 2010 (Matos et al., 2011), contrariamente aos restantes consumos que estão a diminuir ou pelo menos se encontram estabilizados. Este facto poderá estar não só relacionado com os factores que favorecem este consumo mas também com mudanças em termos legais e políticos face à despenalização do consumo de drogas leves no nosso país. Para além da importância do estudo da frequência dos diferentes tipos de consumo, devemos ter em conta que estes estudos nos dão indicadores pertinentes, como a importância das características dos jovens e os seus estilos de vida, que devemos ter em conta em abordagens preventivas, mas não podemos esquecer a importância do estudo dos contextos e de factores cruciais para a interpretação deste comportamento (Hibbel, 2009).

Após o estudo da evolução do consumo de substâncias ao longo dos últimos anos, e considerando que o álcool é a substância mais experimentada e consumida na fase da adolescência, tornou-se pertinente o estudo da evolução deste consumo ao nível internacional. Assim, desenvolveu-se um quinto estudo que permitiu aprofundar as diferenças de consumo de álcool em 28 países da Europa e América do Norte, considerando ainda a evolução deste consumo ao longo do tempo. Este estudo apresenta também um declínio no consumo de álcool ao longo do tempo na maioria dos países em estudo, entre os quais Portugal, sendo excepção neste decréscimo países da Europa Oriental, o que pode dever-se a questões relacionadas com a mudança de políticas e o

próprio crescimento económico destes países nos últimos anos. Torna-se importante salientar que à semelhança do consumo de substâncias, outros comportamentos como a violência e os comportamentos sexuais de risco têm vindo a diminuir ao longo dos últimos anos (Pickett et al., 2012) estabelecendo assim a importância do estabelecimento de programas eficazes na prevenção destes comportamentos.

Por último, e de acordo com o objectivo do sexto estudo desta tese, pretendeu-se explorar um modelo explicativo ao nível do consumo de substâncias, tendo por base as variáveis com maior impacto ao nível deste comportamento. Para este objectivo, utilizou-se um modelo estrutural explicativo desenvolvido por Simões (2007), no sentido de compreender se este modelo permanece ajustado para a explicação dos consumos, tendo em conta a evolução do mesmo ao longo dos últimos anos. Verifica-se após a replicação deste modelo que se mantém consistente na explicação do consumo de substâncias na adolescência de um modo geral, no entanto, algumas diferenças podem ser aqui explanadas. O modelo aplicado à amostra mais recente do estudo HBSC (Matos et al., 2011) apresentou bons níveis de ajustamento, evidenciando a clara importância dos factores contextuais como a família, os amigos e a escola, assim como os efeitos de mediação no que concerne aos sintomas físicos e psicológicos e ao bem-estar subjectivo dos adolescentes. Este estudo demonstra uma vez mais, a importância e complexidade dos diferentes factores que se relacionam com o consumo de substâncias, e que este tipo de comportamento deve ser estudado de forma interactiva considerando a relação das diferentes variáveis e não de forma estática e isolada. Contrastando este modelo, com o que foi encontrado pela autora do modelo, verifica-se que o impacto dos amigos no consumo de substâncias não se mostrou significativo, no entanto a importância da família e a satisfação com a escola surgem mais fortes em termos de protecção. Podemos e devemos aqui considerar o que leva a estas alterações, sendo que para isso parece imprescindível um estudo mais aprofundado ao nível das relações de amizade, procurando perceber se a qualidade da amizade tem vindo a alterar-se juntamente com os contextos sociais, alteração esta possivelmente motivada pelo menor tempo de qualidade passado com os amigos, bem como a importância da aceitação social e o peso da popularidade entre o grupo de amigos e os colegas de turma.

Analisando os resultados deste estudo, de um modo geral, verifica-se que os adolescentes seguem as trajetórias de risco de forma diferenciada, de um modo geral os comportamentos de risco nomeadamente o consumo de substâncias continua a ser fonte de preocupação e objecto de estudo na prevenção do envolvimento em outros factores de risco, no entanto, é importante avaliarmos o adolescente no seu todo, procurando não ir pelo caminho do alarmismo, mas sim promovendo um desenvolvimento saudável na adolescência que pode passar por adoptar alguns comportamentos de risco nesta fase.

---

## Capítulo 7 – Limitações e recomendações

### 7.1. – Limitações globais do estudo

Os trabalhos de investigação apresentam habitualmente algumas limitações metodológicas, inerentes à natureza do tipo de estudos realizados, no entanto, procurou-se que tais limitações não condicionassem o desenrolar desta investigação. Assim, apresentam-se as limitações globais do estudo, salientando que algumas já foram enunciadas nos estudos um, três e seis.

Este estudo tem como base uma estratégia metodológica prévia, apresentada no capítulo dois, seguindo as orientações fornecidas por um protocolo internacional (Currie et al., 2001), pelo que condiciona a estrutura e alterações necessárias ao melhoramento das suas limitações. De salientar, no entanto, que a metodologia desenhada para este estudo teve em conta o tipo de estudo realizado e os objectivos traçados.

Este tipo de instrumento poderá constituir-se como um obstáculo à análise e interpretação dos resultados, pelo facto de poder ser influenciado pela tendência dos respondentes em dar respostas socialmente desejáveis aos diferentes itens e não responderam de acordo com o que acontece na realidade e, ainda, poder ser influenciado pelo efeito da memória, uma vez que os jovens eram questionados sobre comportamentos realizados desde o início de alguns comportamentos (por exemplo: com que idade experimentou determinada substância, entre outros). Por outro lado, a utilização dos questionários de auto-relato permitem estabelecer associações, relações e ligações entre diferentes factores, mas não se pode garantir uma efetiva causa-efeito.

Outra das limitações identificadas, relacionada ainda com a natureza do instrumento (de autopreenchimento), prende-se com o tipo de questões que foram utilizadas pois dependem da percepção que os jovens são capazes de fazer, ao invés de se fazer uma avaliação objectiva resultante de observação directa; bem como da interpretação que estes necessariamente têm que efectuar. Estes resultados permitem apenas obter um grau de precisão subjectivo que deveria ser ultrapassado com a

---

aplicação de instrumentos objectivos, tais como a observação de comportamentos, metodologia de difícil aplicação prática face ao tamanho da amostra.

Apesar das limitações elencadas, considera-se que os resultados obtidos permitem a) adquirir um conhecimento mais real sobre a problemática dos comportamentos em estudo nesta dissertação; b) verificar os efeitos e as relações das diversas variáveis em estudo, permitindo correlacionar factores de risco e protecção no que respeita aos comportamentos de saúde dos adolescentes; e c) constituir um valioso contributo ao nível da prevenção universal e selectiva, já que a sua divulgação poderá sustentar uma intervenção pedagógica focalizada nos jovens, evidenciando semelhanças e diferenças ao nível do género e idade, por exemplo, bem como permitindo a estruturação de programas de prevenção do comportamento ou promoção da saúde de acordo com as carências de conhecimento dos jovens e focando as temáticas com maior relevância para o comportamento em causa.

Apesar das limitações inerentes, este estudo foi ao encontro de todos os objectivos estipulados, pelo que se espera que contribua para uma melhor compreensão desta problemática.

## **7.2. – Recomendações**

O estudo dos comportamentos de saúde, onde se incluem os comportamentos de risco, na adolescência tem sido amplamente desenvolvido por diversos autores. A pertinência deste estudo específico centra-se na importância de estabelecer conhecimento sobre os adolescentes portugueses, procurando criar um ponto de partida para o desenvolvimento de acções que visem a promoção da saúde global dos jovens.

Numa apreciação global deste trabalho apresentado podem salientar-se alguns aspectos que se afiguram como consistentes recomendações, não só para trabalhos futuros, como oferecendo implicações para a prática de profissionais que se debruçam a estudar e a desenvolver os seus trabalhos nesta área.

---

Se por um lado sabemos que a adolescência é caracterizada como uma fase de maior vulnerabilidade ao risco, em que os adolescentes testam os seus limites, procuram novas experiências e se desenvolvem na procura de uma identidade que irá perdurar pela idade adulta, por outro lado sabemos também que esta fase de maior vulnerabilidade é para a grande maioria dos adolescentes transitória, alcançando a idade adulta numa postura de maior estabilização, sendo muitas vezes o risco sinónimo de crescimento pessoal e catalisador do seu desenvolvimento. Assim, a partir deste trabalho sugerem-se as seguintes recomendações:

a) Numa perspectiva preventiva, as acções direccionadas aos jovens devem ser colocadas em práticas em idades cada vez mais precoces, uma vez que o risco está mais associado a adolescentes com idades mais avançadas, pelo que a prevenção poderá ser mais eficaz antecipando-se ao comportamento.

b) Ao nível das intervenções com os jovens, este estudo permite-nos afirmar que as mesmas devem ter em conta variáveis como o género e o contexto em que o adolescente se encontra inserido, ou seja, as intervenções devem ser delineadas com informação sobre o grupo alvo no sentido de melhor se adaptarem às necessidades de cada grupo. Sabemos que rapazes e raparigas enfrentam diferentes dilemas na passagem pela adolescência, pelo que as intervenções devem tomar este aspecto em consideração.

c) Verifica-se que existem contextos privilegiados para o desenvolvimento de intervenções com vista à promoção da saúde. Tanto a escola como a família se assumem como contextos significativos e protectores da saúde e bem-estar dos jovens, pelo que se devem desenvolver acções que contemplem o espaço escolar como meio de desenvolvimento saudável dos jovens, mas que incluam também a participação das famílias, no sentido de uniformizar a informação e criar sinergias entre ambos.

d) Neste sentido, a criação de gabinetes de apoio para pais e filhos no espaço escolar configura um bom suporte não só para questões relacionadas com o percurso académico dos jovens mas principalmente para colmatar dificuldades de comunicação acerca de dúvidas e preocupações de parte a parte e que podem ser abordadas num espaço de conforto com o apoio especializado necessário.

---

e) A abordagem da prevenção de comportamentos de risco deve ser cada vez mais incluída num modelo biopsicossocial, englobando o jovem e as relações que este estabelece nos diferentes contextos onde se insere. O grupo de pares, para além da família e da escola, tem um papel fundamental na adopção de comportamentos protectores ou de risco, e essa influência pode e deve ser usada na construção de intervenções em que os pares tenham um papel de destaque e se assumam eles próprios como educadores dos seus semelhantes.

f) Ao nível do consumo de substâncias, considera-se que as medidas de prevenção do risco e de promoção da saúde devem estar presentes nas intervenções com os jovens num nível micro, no entanto, se considerarmos um nível macro, devemos ter em consideração o desenvolvimento de políticas de saúde que privilegiem o acesso dos jovens à informação, através por exemplo da continuidade do trabalho desenvolvido ao nível da educação para a saúde.

Tendo em consideração os resultados encontrados no presente trabalho, torna-se fundamental salientar a importância da existência de estudos que acompanhem a evolução dos comportamentos de risco na adolescência, considerando a ideia de que os factores de risco se encontram relacionados e que estes factores cumulativos aumentam o risco do jovem atingir a idade adulta mais fragilizado. Este trabalho permite a pais, educadores e técnicos de saúde uma maior atenção a indicadores preditores de risco, alertando para sinais como a insatisfação com a vida, fraca relação familiar, fraco envolvimento escolar, violência, entre outros, para que intervenham de forma mais eficaz.

Em suma, recomenda-se a continuidade do estudo destas temáticas, não tanto pela dimensão do problema mas essencialmente porque é na manutenção da saúde que se garantem resultados promissores que têm em conta os estudos de gerações passadas, que pretendem ser úteis para as gerações futuras.

---

## Capítulo 8 – Conclusões

Ao longo deste trabalho procurou-se aprofundar o conhecimento acerca do consumo de substâncias durante a adolescência, dos seus factores determinantes e caracterizar este comportamento ao longo dos últimos anos.

Os estudos realizados no âmbito deste trabalho confirmaram a existência de múltiplos factores de risco e protecção no que respeita ao consumo de substâncias, evidenciando por um lado a influência da escolha por determinados estilos de vida por parte dos adolescentes e por outro a importância dos contextos relacionais na adopção de estilos de vida saudáveis. Assim, neste estudo, confirma-se a importância da família, do grupo de pares e do contexto escolar como determinantes na saúde dos jovens.

Como já foi abordado no capítulo anterior, a importância dos estudos nesta área é crucial para o desenvolvimento de acções de prevenção do risco e de promoção da saúde. Sabemos hoje que o caminho da prevenção deve ser multidisciplinar, procurando englobar os adolescentes no seu todo, considerando não só as suas características pessoais e problemáticas, assim como o ambiente em que este se encontra inserido. Podemos a partir deste estudo concluir que o consumo de substâncias não é um comportamento isolado, sendo muitas vezes concomitante com outros comportamentos de risco, evidenciando a clara influência que o ambiente familiar e o grupo de pares exercem.

Fazendo a ligação destes resultados com as implicações para a prática na intervenção com adolescentes podemos elencar algumas conclusões:

a) Por um lado, a importância de olharmos para os diferentes tipos de consumo, tabaco, álcool e drogas ilícitas comportam-se de forma diferente no que respeita quer às implicações, quer às frequências de experimentação e consumo por parte dos jovens;

b) Relativamente às diferentes substâncias verifica-se que o álcool é a substância mais experimentada e mais consumida pelos adolescentes. Os dados indicam-nos que o consumo desta substância tem permanecido estável nos últimos anos, no entanto, sendo este um consumo também ele problemático na idade adulta, torna-se primordial a

---

continuação de estudos nesta matéria, procurando aprofundar as alterações ao nível dos padrões de consumo e o impacto ou eficácia das medidas de restrição legal existentes.

c) No que concerne ao consumo de tabaco, verifica-se que este consumo tem vindo a diminuir ao longo dos anos, e que cada vez mais este comportamento passou a ser visto pelos adolescentes como um comportamento que coloca em causa a sua saúde. Embora os rapazes continuem a evidenciar frequências de consumo mais elevadas, de um modo geral, no caso particular desta substância esta diferença já não se evidencia, o que nos indica que o trabalho realizado na área da prevenção desta substância tem demonstrado eficácia, principalmente no que respeita ao género masculino. Torna-se no entanto importante manter o foco da prevenção com especial atenção à evolução deste tipo de consumo por parte das raparigas.

d) O consumo de substâncias ilícitas nesta fase acontece numa minoria dos adolescentes, contudo é esta minoria que deve ser alvo de destaque nas intervenções com jovens. Apesar do panorama favorável em matéria de consumos quando analisamos a sua evolução ao longo dos últimos anos, devemos salientar o aumento da experimentação de haxixe no último estudo realizado, sendo um indicador a que técnicos, educadores e responsáveis políticos devem dar especial atenção, procurando manter as boas práticas realizadas nesta área.

A adolescência permite-nos descobrir, experimentar, aprender, mas também correr riscos. Podemos até considerar normativo que os adolescentes descubram, experimentem e aprendam correndo riscos, mas parece imprescindível salientar que é essencial que estes riscos possam ser calculados com alguma margem por parte dos adolescentes, no sentido de possuírem informação sobre esses mesmos riscos e consequências das suas acções. A influência do consumo de uma substância no consumo de outra é inegável, a experimentação pode ser a porta de entrada para o consumo regular, assim como o uso de uma substância pode ser catalisador para o uso de várias. A influência dos contextos e nomeadamente do grupo de pares assume-se como um dos melhores preditores para o consumo de substâncias, sendo muitas vezes a iniciação uma forma de se integrar num grupo ou na procura de popularidade.

---

Em suma, é importante que os adolescentes tenham acesso ao conhecimento sobre a saúde mas também aos conhecimentos sobre os riscos, a educação e a informação assumem-se como excelentes ferramentas para combater a influência dos diferentes contextos, dotando os jovens de conhecimento para tomar decisões de modo informado. A educação para a saúde tem sido desenvolvida nos últimos anos, também no sentido de colmatar a falta de conhecimento na área dos comportamentos de risco, sendo crucial que se continuem a desenvolver acções no caminho da prevenção de forma a promover a saúde nos jovens.



---

## Referências Bibliográficas

- Aarø, L., Wold, B., Kannas, L., & Rimpelä, M. (1986). Health behaviour in school children. A WHO cross-national survey. *Health Promotion*, 1: 17-33.
- Advocates for Youth (2002). Peer education programmes. Retirado em 10 de Setembro de 2007. [www.advocatesforyouth.org/publications/factsheet/fspered.htm](http://www.advocatesforyouth.org/publications/factsheet/fspered.htm)
- Aesbicher, V., Hewstone, M. & Henderson, M. (1983). Minority influence and musical preference: innovation by conversion not coercion. *European Journal of Social Psychology*, 14, pp. 23-33.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviours*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Alexander, C., Piazza, M., Mekos, D., & Valente, T. (2001). Peers, schools and adolescent cigarette smoking. *Journal of Adolescent Health*, 29, 22-30.
- Angel, P., Richard, D. & Valleur, M. (2000). *Toxicomanias*. Climepsi Editores
- Anteghini, M., Fonseca, H., Ireland, M., & Blum, R. (2001). Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian adolescents in Santos, Brazil. *Journal of Adolescent Health*, 28, 295-302.
- Ayres, J. (2002). *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo, Brasil: Hucitec.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N. J., Prentice Hall.
- Bakker, M. P., Ormel, J., Verhulst, F. C., & Oldehinkel, A. J. (2009). Peer Stressors and Gender Differences in Adolescents' Mental Health: The TRAILS Study. *Journal of Adolescent Health*, 1-7.
- Barber, J., Bolitho, F., & Bertrand, L. (1999). Intrapersonal versus peer group predictors of adolescent drug use. *Children and Youth Services Review*, 21(7), 565-579.

- 
- Basen-Engquist, K., Parcel, G., Harrist, R., Kirby, D., Coyle, K., Banspach, S., & Rugg, D. (1997). The Safer Choices Project: Methodological issues in school-based health promotion intervention research. *Journal of School Health*, 67: 365–371.
- Beal, A., Ausiello, J., & Perrin, J. (2001). Social influences on health risk behaviors among minority middle school students. *Journal of Adolescent Health*, 28, 474-480.
- Becoña, E. & Martín, E. (2004). *Manual de intervención en drogodependencias*. Madrid, Síntesis.
- Bennett, P., & Murphy, S. (1997). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Bogart, L., Collins, R., Ellickson, P., & Klein, D. (2007). Are adolescent substance users less satisfied with life as young adults and if so, why? *Social Indicators Research*, 81, 149-169.
- Bonny AE, Britto MT, Klostermann BK, Hornung RW, Slap GB. (2000). School disconnectedness: identifying adolescents at risk. *Pediatrics*. Nov;106(5):1017-21.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brook, J.S., Brook, D.W., Richter, L. & Whiteman, M. (2003). Risk and protective factors of adolescent drug use: Implications for prevention program. In Z. Sloboda and W.J. Bukoski (eds.), *Handbook of Drug Abuse Prevention: Theory, Science and Practice*: 265-287, New York: Plenum.
- Brown, B.B., Mory, M.S. & Kinney (1994). Casting adolescent crowds in a relational perspective: caricature, channel and context. In R. Montemayor, G. R. Adams & T. P. Guollota (Eds.), *Personal relationships during adolescence* (pp.123-167). Thousand Oaks: SAGE.

- 
- Carter M, McGee R, Taylor B, Williams S. (2007). Health outcomes in adolescence: associations with family, friends and school engagement. *J Adolesc.* ;30(1):51-62.
- Catalano, R. F. & Hawkins, J. D. (1996). The social development model. A theory of anti-social behavior. In: J. D. Hawkins. *Delinquency and crime. Current theories*. New York, Cambridge University Press, pp. 149-197.
- CDC - Centers for Disease Control and Prevention (2010). Youth Risk Behavior Surveillance United States, 2009: Surveillance Summaries. Department of Health and Human Services. *MMWR*; 59.
- Çiviti, N., & Çiviti, A. (2009). Self-esteem as mediator and moderator of relationships between loneliness and life satisfaction in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 47, 954-958
- Cole, M. & Cole, S. (2001). *The Development of Children* (4<sup>th</sup> Ed.). New York: Worth Publishers.
- Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., & Dietz, W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320, 1240-3.
- Costa e Silva, J.A. (2002). Evidence based analysis of the world wide abuse of licit and illicit drugs. *Human Psychopharmacology*, 17, 131-140.
- Croizer, W. R. (2000). Music and social influence. In D. J. Hargreaves & A. C. North (Eds.), *The Social Psychology of Music* (pp. 67-82). Oxford: Oxford University Press.
- Crome, I.B., & McArdle, P. (2004). Prevention programmes. In H. Crome, E. Ghodse, P. Gilvarry, & McArdle (Eds.) *Young people substance misuse*. London: Royal College of Physicians.
- Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., & Todd, J. (eds) (2000). *Health and health behaviour among young people*. Health Behaviour in School-aged

- 
- Children: a WHO cross-national study (HBSC) international report. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents, issue 1. Copenhagen: World Health Organization.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., & Barnekow-Rasmussen, V. (eds) (2004). *Young people's health in context*. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Health policy for children and adolescents, no. 4. Copenhagen: World Health Organization.
- Currie, C., Samdal, O., Boyce, W. & Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.
- Demir, M., Ozdemir, M., & L. Weitekamp. (2007). Looking to happy tomorrows with friends: best and close friendships as they predict happiness. *Journal of Happiness Studies*, 8, 243-271.
- Demir, M., & Weitekamp, L. (2007). I Am so happy cause today I found my friend: Friendship and personality as predictors of happiness. *Journal of Happiness Studies*, 8, 181-211.
- Dias, M., Duque, A., Silva, M., & Durá, E. (2004). Promoção da saúde: o renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica*, 3, 463-473.
- Dias, I. (2008). *Programa de Promoção de Competências Pessoais e Sociais: um estudo no ensino superior*. Universidade de Aveiro: Departamento de Ciências da Educação. Dissertação de Doutoramento.
- Diaz, D., Blanco, A., Horcajo, J., & Valle, C. (2007). La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. *Psicothema*, 19(2): 286-294.
- DiClemente, R., Wingood, G., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B., Harrington, K., Davies, S. Hook III, E., & Oh, K. (2001). Parental Monitoring: Association with adolescents risk behaviours. *Pediatrics*, 107(6): 1363-1369.

- 
- DiClemente, R., Hansen, W., & Ponton, L. (eds.). (1996). *Handbook of adolescent health risk behaviour*. New York: Plenum Press.
- Donovan, D. M. (1988). Assessment of addictive behaviors. In: D. M. Donovan & G. A. Marlatt. *Assessment of addictive behaviors*. New York, The Guildford Press, pp. 3-48.
- Durkin, K. (1995). *Developmental Social Psychology – From Infancy to Old Age*. Great Britain: Blackwell Publishers Ltd.
- Ellickson, L., Tucker, J., & Klein, D. (2001). High-risk behaviors associated with early smoking: results from 5 year follow-up. *The Journal of Adolescent Health, 28*, 465-473.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), (2003). *The State of the Drugs Problem in the European Union and Norway*. Lisboa: EMCDDA.
- Engels, R.C.M.E. & Ter Bogt, T. (2001). Influences of risk behaviors on the quality of peer relations in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 30*, 675-695.
- Ennett, S. T., Foshee, V. A., Bauman, K. E., Hussong, A., Cai, L., & McNaughton Reyes, H. I. (2008). The social ecology of adolescent alcohol misuse. *Child Development, 70(6)*, 1777-1791.
- Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (1996). The role of adolescent peer affiliations in the continuity between childhood behavioral adjustment and juvenile offending. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24*, 205-21.
- Franzkowiak, P. (1985): Growing Up into the 1980s: An Ecological Framework for Health Promotion for Youth. In: Laaser, U. et al. (eds.), *Primary Health Care in the Making*. Berlin Heidelberg (Springer), 161-166
- Fundo das Nações Unidas para a População (1998). *A Situação da População Mundial 1998: as novas gerações*. New York: FNUAP.

- 
- Gaspar, T., Matos, M.G. (Coord) (2008). *Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes – Versão Portuguesa dos Instrumentos KIDSCREEN 52*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana/FCT.
- Gift, H. C. (1996). Values of select qualitative methods for research, education and policy. *Journal of Dental Education*, 60, 703-708.
- Gilman, R., & Huebner, E. S. (2006). Characteristics of adolescents who report very high life satisfaction. *Journal of Youth and Adolescence*, (35) , 3, 311-319.
- Go, M.-H., Green Jr., H. D., Kennedy, D. P., Pollard, M., & Tucker, J. S. (2010). Peer influence and selection effects on adolescent smoking. *Drug and Alcohol Dependence* , Article in press.
- Goldestein, S., Davis-Kean, P., & Eccles, J. (2005). Parents, peers, and problem behaviour: a longitudinal investigation of the impact of relationships perceptions and characteristics on the development of adolescent problem behaviour. *Developmental Psychology*, 41, 401-413.
- 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
- GTES – Grupo de trabalho de educação sexual/educação para a saúde; Sampaio D. (coord.), Baptista, I., Matos, M.G., Silva, M.O. (2007). *Educação para a saúde nas escolas: Relatório final*. Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Ministério da Educação.
- GTES – Grupo de Trabalho de Educação Sexual. (2005). *Educação para a saúde nas escolas: relatório preliminar*. Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Ministério da Educação.
- Hanish, L. (2005). Exposure to externalizing peers in early childhood: homophily and peer contagion processes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 267-281.

- 
- Hartup, W. (2005). Peer interaction: What causes what? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3, 387-394.
- Hair, E. C., Moore, K. A., Garrett, S. B., Ling, T., & Cleveland, K. (2008). The continued importance of quality parent-adolescent relationships during late adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 18(1), 187-200.
- Heinrich, L., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26, 695-718.
- Holliday, J. C., Rothwell, H. A., & Moore, L. A. (2010). The Relative Importance of Different Measures of Peer Smoking on Adolescent Smoking Behavior: Cross-Sectional and Logitudinal Analyses of a Large British Cohort. *Journal of Adolescent Health*, 1-9.
- Hughes, J. N., Dyer, N., Luo, W., & Kwok, O.-M. (2009). Effects of peer academic reputation on achievement in academically at-risk elementary students. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30, 182-194.
- Jaccard, J., Blanton, H., & Dodge, T. (2005). Peer Influences on Risk Behavior: An Analysis of the Effects of a Close Friend. *Developmental Psychology*, 41(1), 135-147.
- Jellesma, F. C., Rieffe, C., & Terwogt, M. M. (2008). My peers, my friend, and I: Peer interactions and somatic complaints in boys and girls. *Social Science & Medicine*, 66, 2195-2205
- Johnston, L., Bachmann, G. & O'Malley, P. (1999). *Monitoring the Future*. Ann Arbor: Institute for Social Research.
- Kilma, T. (2008). Children's peer relations and their psychological adjustment: Differences between close friendships and the larger peer group [Electronic Version]. *Merrill-Palmer Quarterly*.

- 
- King, A., Wold, B., Tudor-Smith, C., & Harel, Y. (1996). *The Health of Youth – a Cross-National Study: A Report of the 1993-4 HBSC Survey*. In: Who Regional Publications, European Series N°. 69. WHO.
- Klepper, M. d., Sleebos, E., Bunt, G. v., & Agneessens, F. (2010). Similarity in friendship networks: Selection or influence? The effect of constraining contexts and non-visible individual attributes. *Social Networks*, 32 , 82-90.
- Kim, J., Rapee, M. R., Oh, J. K., & Moon, H.-S. (2008). Retrospective report of social withdrawal during adolescence and current maladjustment in young adulthood: Cross-cultural comparisons between Australian and South Korean students. *Journal of Adolescence* , 31, 543-563.
- Kodjo, C. M. & Klein, J. D. (2002). Prevention and risk of adolescent substance abuse. The role of adolescents, families and communities. *The Pediatric Clinics of North America* 49: 257-268.
- Kokkevi, A., Richardson, C., Floresar, S., Kuzman, M., & Stergar, E. (2007). Psychosocial correlates of substance use in adolescence: A cross-national study in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 86, 67-74.
- Kuntsche, E., & Gmel, G. (2004). Emotional wellbeing and violence among social and solitary risky single occasion drinkers in adolescence. *Addiction*, 98, 331-339.
- Kuntsche, E., Knibbe, R., Gmel, G., & Engels, R. C. (2005). Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical Psychology Review*, 25 , 841-861.
- Kuntsche, E., & Jordan, M. D. (2006). Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors: Results of multilevel analyses. *Drug and Alcohol Dependence*, 84, 167-174.
- Kuntsche, E. & Kuendig, H. (2006). What is Worse? A Hierarchy of Family-Related Risk Factors Predicting Alcohol Use in Adolescence. *Substance Use & Misuse*, 41:71-86.

- 
- Krueger, R. (1988). *Focus Group - A Practical Guide for Applied Research*. Newbury Park: Sage Publications
- Laftman, S. B., & Östberg, V. (2006). The pros and cons of social relations: An analysis of adolescents' health complaints. *Social Science & Medicine*, *63*, 611-623.
- Laible, J., & Thompson, A. (2000). Mother-child discourse, attachment security, shared positive affect, and early conscience development. *Child Development*, *71*, 1424-1440.
- Lapinski, M. K., & Rimal, N. R. (2005). An Explication of Social Norms. *Communication Theory*, *15*(2) , 127-147.
- Larsen, H., Engels, R. C., Souren, P. M., Granic, I., & Overbeek, G. (2010). Peer influence in a micro-perspective: Imitation of alcoholic and non-alcoholic beverages. *Addictive Behaviors*, *35* , 49-52.
- Le Roux, A. (2009). The relationships between adolescents' attitudes toward their fathers and loneliness: A cross-cultural study. *Journal of Child and Family Studies*, *18* (2), 219-226.
- Main, D. (2002). Commentary: understanding the effects of peer education as a health promotion strategy. *Health Education & Behaviour: the Official Publication of the Society for Public Health Education*, *29* (4), 424-426.
- Martino, S. C., Ellickson, P. L., & McCaffrey, F. D. (2009). Multiple trajectories of peer and parental influence and their association with the development of adolescent heavy drinking. *Addictive Behaviors*, *34* , 693-700.
- Matos, M. G. (1998). *Comunicação e Gestão de Conflitos na Escola*. Lisboa: FMH Edições;
- Matos, M., & Sardinha, L.(1999). Estilos de vida activos e qualidade de vida. In L. Sardinha, M. Matos, & I. Loureiro (Eds.). *Promoção da Saúde: modelos e*

---

*práticas de intervenção no âmbito da actividade física, nutrição e tabagismo* (pp.163-181). Lisboa: Edições FMH

- Matos, M., Simões, C., Reis, C., & Canha, L. (2000). *A saúde dos adolescentes Portugueses. Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC/OMS 1998*. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana/ Programa de Educação para Todos.
- Matos, M. (2002). "Prevenção na Comunidade, Cidade Solidária." *Revista da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa* 8 (V): 38-45.
- Matos, M., S. Carvalhosa, et. al. (2002). Preventing substance abuse: social adventure in the community. *Report from the european conference on reducing social inequalities in health among children and young people*. Copenhagen.
- Matos, M., & Equipa do Aventura Social & Saúde. (2003). *A Saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M., & Equipa do Aventura Social (2006). *A saúde dos adolescentes portugueses – Hoje e em 8 anos – Relatório Preliminar do estudo HBSC 2006*. Recuperado de <http://www.aventurasocial.com>
- Matos, M.G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Reis, M., Ramiro, L., Pereira, S., & Morais, M. (2010b). *O comportamento sexual dos adolescentes portugueses – estudo. HBSC/OMS*. In Matos, M.G., & Equipa do Aventura Social (eds). *Sexualidade: Afecto, Cultura e Saúde* (pp. 93-158). Lisboa, Portugal: Coisas de Ler. ISBN:978-989-8218-49-0.
- Matos, M.G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., Reis, M., & Equipa Aventura Social (2011). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses - Relatório do Estudo HBSC 2010*. ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL.
- Maxwell, K. A. (2002). Friends: The role of peer influence across adolescent risk behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(4), 267-277.

- 
- McElhanev KB, Allen JP. (2001). Autonomy and adolescent social functioning: the moderating effect of risk. *Child Dev.*, Jan-Feb;72(1):220-35.
- Mercken, L., Snijders, T. A., Steglich, C., & Vries, H. d. (2009). Dynamics of adolescent friendship networks and smoking behavior: Social network analyses in six European countries. *Social Science & Medicine*, 69 , 1506-1515.
- Mercken, L., Snijders, T., Steglich, C., Vartiainen, E., & Vries, H. d. (2010). Dynamics of adolescent friendship networks and smoking behavior. *Social Networks* , 32, 72-81.
- Michael, K., & Ben-Zur, H. (2007). Risk-taking among adolescents: Associations with social and affective factors. *Journal of Adolescence*, 30, 18, 17–31.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Minayo, M. C. S. (1999). *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Mitchell, J., & Zimet, G. (2000). Psychometric Properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in Urban. *American Journal of Community Psychology*, 28(3), 391-400
- Mulder, J., Bogt, T., Raaijmakers, Q., & Vollebergh, W. (2007). Music taste groups and problem behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, 36, 3, 313-324.
- Nic Gabhainn, S. & François, Y. (2000). Substance use. In Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R. & Tood J. eds. *Health and Health Behaviour among Young People*, pp. 97-114. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2000.
- North, A. C. & Hargreaves, D. J. (1999). Music and Adolescent Identity. *Music Education Research*, 1 (1), pp. 75-92.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. 2ª Edição. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.

- 
- OEDT (2005), *Relatório Anual 2005: Evolução do fenómeno da droga na Europa*. Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência: Lisboa.
- Oliveira, A. (2003). *Ilusões: a melodia e o sentido da vida na idade das emoções – representações sociais da morte, do suicídio e da musica na adolescência*. Tese de Doutoramento apresentada no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Oliveira, M. (1999). *Os jovens e os seus pares. Estudo sociométrico de uma população escolar*. Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Doutoramento. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Organização das Nações Unidas – ONU (2010). Relatório sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénium 2010. IED – Instituto de Estudos para o Desenvolvimento. ISBN: 978-972-9219-79-5.
- Peixoto, F., Martins, M. A., Pereira, M., Amaral, V. & Pedro, I. (2001). Os grupos de adolescentes na escola: percepções intra e intergrupais. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 6 (1), pp.79-93.
- PÉREZ, J. J., MALDONADO, T. C., ANDRADE, C. F., & DÍAZ, D. R. (2007). Judgments expressed by children between 9 to 11 years old, about behaviors and attitudes that lead to acceptance or social rejection in a school group. *Revista Diversitas – Perspectivas en Psicología* (3), 1, 81-107.
- Precioso, J., & Taveira, M.C. (2007). Psicologia e Educação para a Saúde em Contexto Escolar. In J.A. Carvalho Teixeira (Org.), *Psicologia da Saúde: Contextos e Áreas de Intervenção*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., Auquier, P., Power, M., Abel, T., Czemy, L., Mazru, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J., & the European KIDSCREEN Group (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 5 (3), 353-364

- 
- Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J, Tabor J, Beuhring T, Sieving RE, Shew M, Ireland M, Bearinger LH, Udry JR. (1997). Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *JAMA*. Sep 10;278(10):823-32.
- Roberts, C., Currie, C., Samdal, O., Currie, D., Smith, R., & Maes, L. (2007). Measuring the health and health behaviours of adolescents through cross national survey research: recent developments in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *Journal of Public Health*, 15(3), 179-186.
- Samdal, O., & Dur, W. (2000). The school environment and the health of adolescents. In K. H. C. Currie, W. Stterbulte, R. Smith, & J. Todd (Ed.). *Health and Health Promotion among young people*. HEPCA Series: World Health Organization.
- Sanders, M. (2000). Family intervention and prevention of behaviour disorders in children and adolescents. In M.G. Matos, C. Simões & S.F. Carvalhosa (Eds.), *Desenvolvimento de competências de vida na prevenção do desajustamento social* (pp. 35-55). Lisboa: IRS/MJ.
- Schenker, M., & Minayo, M. (2005). Factores de risco e de protecção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10,707-717.
- Sharp, N. (1998). Activity of children-health through sport, exercise and fitness?. In K. Chan, & L. Micheli (Eds.). *Sport and Children* (pp. 39-49). Champaign: Human Kinetics.
- Steglich, C., Snijders, T. & West, P. (2006). Applying SIENA: an illustrative analysis of the coevolution of adolescents' friendship networks, taste in music, and alcohol consumption. *Methodology*, 2(1), pp. 48-56.
- Suldo, S., & Huebner, E. S. (2006). Is extremely high life satisfaction during adolescence advantageous? *Social Indicators Research* , 78, 179-203.
- Sumter, S. R., Bokhorst, C. L., Steinberg, L., & Westenberg, P. M. (2009). The

- 
- developmental pattern of resistance to peer influence in adolescence: Will the teenager ever be able to resist? *Journal of Adolescence*, 32 , 1009-1021.
- Sussman, S., Unger, J., & Dent, C. (2004). Peer group self-identification among alternative high school youth: a predictor of their psychosocial functioning five years later. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1 (4), 9-25.
- Sussman, S., Pokhrel, P., Ashmore, R. D., & Brown, B. B. (2007). Adolescent peer group identification and characteristics: A review of the literature. *Addictive Behaviors*, 32, 1602-1627.
- Stoeckli, G. (2010). The role of individual and social factors in classroom loneliness. *The Journal of Educational Research*, 103 , 28-39.
- Tarrant, M., MacKenzie, L. & Hewitt, L. A. (2006). Friendship group Identification, multidimensional self-concept, and experience of development tasks in adolescence. *Journal of Adolescence*, 29, pp. 627-640.
- Tavares, J., Pereira, A., Gomes, A., Monteiro, S., & Gomes, A. (2007). *Manual de Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem*. Porto, Portugal: Porto Editora.
- Ter Bogt, T., Fotiou, A. & Nic Gabhainn, S. (2004). Cannabis use. In Currie C. et al. eds. *Young People's Health in Context: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2001/2002 Survey*, pp. 84-89. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Torsheim T, Wold B. (2001). School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: a multilevel approach. *J. Adolesc.*; 24(6): 701-13.
- Turner, G., & Shepherd, J. (1999). A method in search of a theory: peer education and health promotion. *Health Education Research*, 14 (2), 235-247.

- 
- U.S. Department of Health and Human Services (2000). Healthy People 2010: Understanding and improving health. Retirado a 10 de Setembro de 2007. [www.healthypeople.gov/document/pdf/uih.pdf](http://www.healthypeople.gov/document/pdf/uih.pdf)
- Vala, J. & Monteiro, M. B. (2002). *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Willig, C. (2001). *Introducing Qualitative Research in Psychology: Adventures in theory and method*. Buckingham: Open University Press.
- World Health Organization (1948). *Officials Records of the World Health Organization*, nº 2, p. 100. United Nations, World Health Organization. Geneve, Interim Comission.
- World Health Organization (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (1986). Young people's health - a challenge for society: report of a WHO study group on young people and "Health for all by the year 2000". Geneva.
- World Health Organization (1993). *The health of young people: a challenge and a promise*. Geneva.
- World Health Organization (1996). Promoting Health Through Schools: Global School Health Initiative. WHO, Geneva.
- World Health Organization (2003). *The health of children and adolescents in WHO's European Region*. Vienna: WHO Regional Committee for Europe. Recuperado de <http://www.euro.who.int/document/rc53/edoc11.pdf>
- World Health Organization (2009). *A Snapshot of the Health of Young people in Europe*. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (2011). Young people: health risks and solutions. *Fact sheet N° 345*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/>
- Zimmer-Gembeck, M. J., Waters, A. M., & Kindermann, T. (2009). A social relations

---

analysis of liking for and by peers: Associations with gender, depression, peer perception, and worry. *Journal of Adolescence* , 1-13.

Zimmermann, P. (2004). Attachment representations and characteristics of friendship relations during adolescence. *Journal of Experimental Child Psychology*, 88, 83-101.

Zullig, J., Valois, R., Huebner, E., Oeltmann, J., & Drane, J. (2001). Relationships between perceived life satisfaction and adolescents substance abuse. *29*, 279-288.