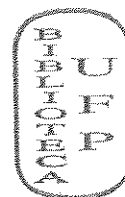


NANCY MARIA FERREIRA VIEIRA TOPA



A PREVENÇÃO PRIMÁRIA DO CONSUMO DE
DROGAS NA ADOLESCÊNCIA

MAIO 2000

NANCY MARIA FERREIRA VIEIRA TOPA

A PREVENÇÃO PRIMÁRIA DO CONSUMO DE
DROGAS NA ADOLESCÊNCIA

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa por Nancy Maria Ferreira Vieira Topa, ao abrigo das “Normas Específicas de Estágio e Monografia”, definidas para a licenciatura de Psicologia Social e do Trabalho (PST), sob a orientação do Dr. José Soares Martins.

MAIO 2000

SUMÁRIO

O presente trabalho monográfico, incide sobre o estudo da prevenção primária do consumo de drogas na adolescência.

Este trabalho é constituído por uma parte de cariz teórico, na qual são referidos os principais aspectos relativos ao consumo de drogas na adolescência e à prevenção primária, enquanto estratégia de combate ao uso destas substâncias psicoactivas.

Relativamente à parte empírica desta monografia, pretende-se estudar as relações existentes entre as actividades de lazer e o consumo (ou não consumo) de drogas na adolescência e, ainda, avaliar o grau de consumo de drogas e as diferenças significativas em função do género e da idade.

Dos resultados, conclui-se que determinadas actividades de lazer são inibidoras/preventivas do consumo de drogas, enquanto que outras estão associadas a um maior uso destas substâncias. Para além disto, conclui-se, por um lado, que não existem diferenças significativas entre os géneros, no que respeita ao consumo de drogas (com excepção da heroína cujo consumo é significativamente superior nos rapazes) e, por outro lado, que existe um aumento de consumo de drogas com a idade (com excepção do consumo de inalantes, embora a diferença não seja significativa).

AGRADECIMENTOS

Gostaria de aproveitar esta oportunidade para mencionar e agradecer, nestas primeiras páginas, todas as pessoas que, das mais variadas formas, contribuíram para a feitura desta monografia e, como tal, merecem o seu destaque.

Antes de mais, dirijo o meu primeiro e maior agradecimento aos meus pais, pelo carinho e amor com que me educaram e acompanharam ao longo destes quatro anos de licenciatura, sentimentos estes que me ajudaram a superar obstáculos encontrados, que a nível pessoal, quer académico.

O meu próximo agradecimento vai para o Hugo, meu companheiro de há dez anos e actual marido, que sempre me presenteou com amizade, amor e carinho e cujos conselhos foram decisivos para a realização desta monografia. Agradeço-lhe ainda ter estado sempre presente nos momentos em que precisei desabafar frustrações, medos e ansiedades, tão característicos nesta fase final do curso.

Agradeço igualmente às minhas irmãs, cunhados e sobrinhos pela forma como me “mimaram” quando mais precisei e ainda pelo orgulho que, constantemente, demonstram sentir por mim, o que me incentiva a trabalhar cada vez mais.

Às minhas colegas da Universidade, em especial à Susaninha, Xana, Patrícia e Susana Pereira, pelo companheirismo na alegria e na tristeza. Meninas, obrigado!

Agradeço ainda ao Dr. José Soares Martins, pela forma tão prestativa com que orientou esta monografia e pela pertinência e utilidade dos conselhos fornecidos ao longo da elaboração deste trabalho.

Por último, agradeço a Deus por me ter ajudado todos estes anos e por ter ouvido as minhas preces mais urgentes. Agradeço-lhe ainda o privilégio de ter todos estes amigos e familiares sempre do meu lado.

ÍNDICE GERAL

	Pág.
INTRODUÇÃO	1
I PARTE	
<u>I. O CONSUMO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA</u>	3
1.1. <u>A adolescência</u>	3
1.1.1. Introdução	3
1.1.2. A puberdade	6
1.1.3. A identidade	8
1.1.4. Conclusão	9
1.2. <u>O consumo de drogas</u>	10
1.2.1. Introdução	10
1.2.2. Perspectiva histórica	13
1.2.3. Classificação geral das drogas	17
1.2.4. O consumo de drogas em Portugal	25
1.2.5. Conclusão	27
1.3. <u>O consumo de drogas na adolescência</u>	28
1.3.1. Introdução	28
1.3.1.1. Abordagem de um modelo integrador	32
1.3.2. Alguns factores determinantes no consumo de drogas na adolescência	33
1.3.2.1. A família	33
1.3.2.2. O grupo de pares	35
1.3.2.3. A escola	36
1.3.2.4. A personalidade	37
1.3.3. Conclusão	39

	Pág.
<u>II. A PREVENÇÃO PRIMÁRIA DO CONSUMO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA</u>	40
2.1. <u>Introdução</u>	40
2.2. <u>Modelos e perspectivas da prevenção primária</u>	43
2.2.1. O modelo informativo-comunicacional	43
2.2.2. A perspectiva humanista	47
2.2.2.1. Clarificação de valores	48
2.2.2.2. Tomada de decisão	50
2.2.2.3. Alternativas ao consumo de drogas	50
2.2.3. A perspectiva neo-behaviorista	57
2.3. <u>A prevenção primária em Portugal</u>	59
2.4. <u>Conclusão</u>	62
II PARTE	
<u>III. ESTUDO EMPÍRICO</u>	64
3.1. <u>Justificação do estudo empírico</u>	64
3.2. <u>Objectivos da investigação</u>	65
3.3. <u>Hipóteses da investigação</u>	65
3.4. <u>Metodologia</u>	67
3.4.1. Desenho empírico	67
3.4.2. Instrumento de avaliação utilizado	67
3.4.3. Instrumentos de medida do inquérito	68
3.4.3.1. <i>The Primary Prevention Awareness, Attitudes and Usage Scale (PPAAUS)</i>	68
3.4.3.2. Escala do consumo de drogas e álcool (CONS)	69
3.4.4. Local de administração do inquérito	69

	Pág.
3.4.5. Amostra	70
3.4.6. Procedimento	70
3.4.7. Variáveis da investigação	71
3.4.8. Análise estatística realizada	72
3.5. <u>Interpretação dos resultados</u>	72
3.5.1. Análises descritiva e diferencial	73
3.5.2. Análise correlacional	82
3.5.3. Análise preditiva	85
3.6. <u>Discussão dos resultados</u>	92
3.6.1. Análises descritiva e diferencial	92
3.6.2. Análise correlacional	96
3.6.3. Análise preditiva	100
3.7. <u>Conclusão</u>	103
BIBLIOGRAFIA	106
ANEXOS	113

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1- Número de sujeitos inquiridos, segundo o género e a idade	70
Tabela 2- Consumo de drogas e álcool (CONS) da amostra total	73
Tabela 3- Consumo de drogas (cada um dos seus itens), por ordem decrescente	73
Tabela 4- Análise descritiva e diferencial do consumo de drogas, em função do género	74
Tabela 5A- Análise descritiva e diferencial do consumo de drogas, em função da idade	76
Tabela 5B- Teste Scheffé	77
Tabela 6- Análise correlacional	82
Tabela 7- Análise preditiva da variável tabaco	85
Tabela 8- Análise preditiva da variável cerveja/vinho	86
Tabela 9- Análise preditiva da variável licores	87
Tabela 10- Análise preditiva da variável haxixe	88
Tabela 11- Análise preditiva da variável heroína	88
Tabela 12- Análise preditiva da variável cocaína	89
Tabela 13- Análise preditiva da variável tranquilizantes	89
Tabela 14- Análise preditiva da variável inalantes	90
Tabela 15- Análise preditiva da variável anfetaminas	91

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1- Inquérito	114
Anexo 2- Consistência interna das escalas	115
Anexo 3- Modelo de Elliot <i>et al.</i> (1985)	116
Anexo 4- Análises descritiva e diferencial das actividades de lazer em função do género	117
Anexo 5- Análises descritiva e diferencial das actividades de lazer em função da idade	118

INTRODUÇÃO

O presente trabalho monográfico tem como tema central, a prevenção primária do consumo de drogas na adolescência.

O interesse por este tema prende-se, basicamente, com motivos pessoais. Em primeiro lugar, a temática relativa ao consumo de drogas suscitou interesse devido ao trabalho desenvolvido no âmbito do estágio, na *Instituição de Solidariedade e Acção Social de Santo Tirso (ASAS)*.

Através de um questionário administrado à população deste concelho, verificou-se que a toxicoddependência era apontada como sendo o problema social mais preocupante nesta região geográfica, tendo suscitado, desde logo, um interesse particular em dedicar esta monografia ao estudo de alguns aspectos relacionados com este fenómeno.

Em segundo lugar, a constatação de um elevado consumo de drogas junto dos adolescentes desencadeou, em termos pessoais, uma necessidade de analisar algumas formas de prevenir o uso destas substâncias. Daí a escolha pela temática relativa à prevenção primária das drogas na adolescência.

Embora possa parecer que o consumo de drogas é um facto recente, contudo, as drogas "(...) sempre foram usadas pela Humanidade, seja na área da Medicina, seja por puro e simples prazer e alteração da percepção da realidade." (Macfarlane, Macfarlane & Robson, 1996, p. 39).

No entanto, verifica-se nos nossos dias um maior consumo de drogas e um maior número de pessoas atingidas, daí a necessidade de intervir neste sentido. Para tal, nas

últimas décadas, tem vindo a ser alvo de interesse a aplicação de intervenções no âmbito da prevenção primária que "(...) consiste em prevenir o desenvolvimento de perturbações psicológicas e/ou promover a saúde e o bem-estar dos indivíduos." (Negreiros, 1985, p. 20).

No presente trabalho monográfico, é dedicado um primeiro capítulo a alguns aspectos relativos ao consumo de drogas na adolescência. Por um lado, pretende-se referir alguns aspectos ligados à adolescência, tais como: o seu significado, a puberdade e a identidade; e aspectos ligados à temática das drogas, nomeadamente o seu conceito, as suas origens, os tipos de drogas e a sua interpretação em Portugal. Por outro lado, constitui igualmente objectivo deste capítulo, analisar o consumo destas substâncias na adolescência, referindo, para tal, alguns estudos realizados neste sentido e ainda os principais determinantes no uso de drogas nesta fase de vida dos sujeitos.

O segundo capítulo pretende estudar a prevenção primária do consumo de drogas na adolescência, nomeadamente os seus principais modelos, a sua realização em Portugal e alguns estudos realizados no sentido de avaliar a eficácia destes programas preventivos.

Por último, esta monografia é constituída por um terceiro capítulo, no qual é apresentado um estudo empírico, que tem como referência o modelo humanista da prevenção primária do consumo de drogas, através do qual se pretende analisar as relações entre a prática de determinadas actividades de lazer e o consumo (ou não consumo) de determinadas substâncias psicoactivas. Para além disto, é analisado o grau de consumo de drogas e as diferenças em função do género e da idade.

I PARTE

I. O CONSUMO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA

1.1. A adolescência

1.1.1. Introdução

Em termos gerais, a adolescência é definida, por um conjunto de autores (Jersild, 1977; Avanzini, 1978; Gallatin, 1978; Faw, 1981; Brook, 1989; Sêco, 1997), como o estágio de transição da vida da criança para a vida do adulto.

Mais especificamente, a adolescência é assinalada não só por mudanças físicas, (puberdade), como também por mudanças cognitivas (o adolescente passa do pensamento concreto para o pensamento abstracto). Para além disto, é também um fenómeno social (a sua extensão varia de uma cultura para outra) (Faw, 1981).

Ou seja, a adolescência abrange não apenas as alterações físicas da puberdade, mas ainda as especificidades emocionais, fisiológicas e sociais que marcam a diferença entre o adulto e a criança (Brook, 1989).

Podemos ainda apresentar outra definição bastante abrangente face a esta fase de vida dos sujeitos, a saber:

“A adolescência é tanto um modo de vida quanto um segmento do desenvolvimento físico e psicológico de um indivíduo. Ela representa um período de crescimento e mudanças em quase todos os segmentos da vida física, mental, social e emocional da criança. É uma época de novas experiências, novas responsabilidades e novos relacionamentos com os adultos e companheiros.” (Horrocks, 1955, p. 218, *in* Gallatin, 1978).

Por último, a adolescência pode ainda ser considerada uma etapa do desenvolvimento humano, que pressupõe a passagem de uma situação de dependência infantil para a

inserção social e a formação de um determinado sistema de valores que definem a idade adulta (Sampaio, 1996, *in* Sêco, 1997).

Para além das tentativas levadas a cabo por alguns autores em definir a adolescência, verifica-se uma preocupação, por parte destes, em explicar quando se inicia e termina este período de vida.

Assim, embora pareça fácil determinar o seu início, contudo, este varia através do espaço, nomeadamente em função da pertença racial, clima, regime alimentar e meio social e em função dos tempos, na medida em que se observa uma precocidade crescente dos processos pubertários e uma maturidade orgânica cada vez mais rápida. Para além disto, varia com os indivíduos, em função de causas fisiológicas ou afectivas (Avanzini, 1978).

Alguns estudos (Tanner, 1955; Hetzer, 1959; Harris, 1959; Jones, 1960) referidos por Jersild (1977), indicam que, actualmente, os adolescentes amadurecem fisicamente, demonstram certos interesses e reclamam determinados privilégios mais cedo do que nas gerações passadas.

Se por um lado a adolescência não principia sempre na mesma idade (Avanzini, 1978), também é verdade que, nos nossos dias, alguns factores têm contribuído para aumentar a duração desta fase de vida, surgindo cada vez mais tarde a inserção social da pessoa como adulto, com os direitos e os deveres inerentes (Sêco, 1997).

Alguns desses factores encontram-se relacionados, por um lado, com o prolongamento da duração média de vida, concorrendo para atrasar a independência dos jovens relativamente à família, na medida em que os pais, vivendo mais tempo e em melhores

condições de saúde, podem mais facilmente assegurar a subsistência dos filhos durante os estudos. Também o progresso técnico, requerendo escolarização mais prolongada, prolonga demasiado a dependência dos filhos face aos pais (Sêco, 1997).

Quando o acesso à profissão é retardado ou adiado, instaura-se uma demora entre a puberdade e a vida adulta e o tempo que as separa tende a aumentar. Ao invés, antes do surgimento da legislação do trabalho do século XIX, as crianças eram submetidas a desempenhar tarefas profissionais próximas das do adulto, facto este que provoca uma rápida emancipação da idade adulta (Avanzini, 1978).

Visto a adolescência ser considerada como um período mais complexo que a infância (Gallatin, 1978), ela passou a constituir objecto de descoberta e de investigação por parte de alguns autores mais interessados em compreender o seu fenómeno.

Desde o final da segunda guerra mundial, a adolescência tornou-se objecto de uma dupla descoberta: por um lado, por parte da opinião pública e dos seus meios de expressão e formação (a Imprensa) e, por outro lado, por parte dos especialistas das Ciências Humanas, em especial os sociólogos e os psicólogos (Avanzini, 1978).

Segundo Jersild (1977), embora o estudo da adolescência tenha estado ligado desde o início a interesses variados, o principal motivo é o de aprendermos alguma coisa acerca de nós mesmos, isto é, tudo o que nos facultar uma melhor compreensão do nosso passado, poderá contribuir para uma melhor compreensão da pessoa que somos no presente.

No entanto, ainda resvalamos no problema da falta de atenção que a adolescência recebe, nomeadamente pelo facto deste conceito ser relativamente novo ou pelo facto de

encontrarmos neste período de vida uma multiplicidade de fenómenos bastante complexos de serem estudados (Sêco, 1997).

Seguidamente, serão referidos e explicados dois tipos de processos característicos da adolescência: a puberdade e a identidade.

1.1.2. A puberdade

Após um longo período de inactividade, dependência e protecção, o adolescente conhece, num curto tempo, um rápido crescimento: a puberdade (Fleming, 1993, *in* Sêco, 1997).

Relativamente à puberdade, esta pode ser considerada como um processo de desenvolvimento hormonal, de crescimento físico e de maturidade biológica, caracterizado por um movimento centrífugo, isto é, de dentro para fora (Fernandes, 1991).

Deste modo, a puberdade é o grande marco que assinala o começo da adolescência, constituindo um conjunto de significativas mudanças físicas que culminam na maturidade sexual, sendo estas apontadas, na maioria dos casos, como sinal do ingresso na adolescência, por serem as mais visíveis (Sêco, 1997).

No caso das raparigas, podemos afirmar que estas levam cerca de quatro anos, desde o início da puberdade, por volta dos 12 anos, até atingir a estatura adulta, começando e terminando esse processo, nos rapazes, cerca de dezoito meses depois (Sêco, 1997).

Em ambos os géneros, a puberdade é marcada por mudanças físicas que podem ser divididas, segundo Faw (1981), em quatro categorias:

A primeira categoria refere-se ao crescimento do corpo, isto é, a idade média em que ocorre o surto de crescimento é de aproximadamente doze anos e meio nas raparigas e de catorze anos e meio nos rapazes. A segunda categoria inclui as características sexuais primárias: nas raparigas, os ovários, o útero, a vagina e o clitóris e nos rapazes, os testículos, o pénis, a glândula prostática e a vesícula seminal. As características sexuais secundárias constituem a terceira categoria e estas incluem o surgimento dos pêlos do corpo, mudanças na textura da pele, alterações no funcionamento das glândulas subcutâneas e modificações na voz e, também nas raparigas, os seios. Por último, a quarta categoria refere-se aos estimuladores bioquímicos, com a ocorrência de mudanças a três níveis: no hipotálamo, na hipófise e nas glândulas e órgãos periféricos.

Nos países industrializados, tem vindo a registrar-se uma tendência para que a puberdade surja cada vez mais cedo. Contudo, existem múltiplos factores que condicionam a sua aceleração ou retardamento, nomeadamente a influência do clima, o regime alimentar, o contexto social e o nível sócio-económico (Sêco, 1997).

As rápidas transformações físicas ocorridas na puberdade, são acompanhadas por algumas perturbações psicológicas por parte do adolescente, nomeadamente reacções violentas, depressões, desejo de isolamento e ansiedade. Deste modo, o adolescente manifesta as suas dificuldades de adaptação, a sua insegurança, os seus medos e as suas frustrações (Fernandes, 1991).

Embora a puberdade e a adolescência sejam dois processos de evolução do ser humano, os quais se encontram intimamente relacionados, não são, contudo, similares. Enquanto a adolescência é caracterizada por transformações psicossociais e emocionais, a puberdade caracteriza-se por transformações de índole física (Fernandes, 1991). No entanto, embora

seja a puberdade a introduzir mudanças psicológicas, afectivas e sociais no comportamento dos indivíduos, são dois fenómenos inseparáveis e simultâneos (Sêco, 1997).

1.1.3. A identidade

A adolescência é, igualmente, caracterizada por um período durante o qual a criança em desenvolvimento procura estabelecer uma identidade (Sêco, 1997), a qual pode ser identificada como o resultado da interacção das várias identificações processadas pelo próprio indivíduo (Fernandes, 1991).

Ou seja, a identidade inclui a soma de todas as sucessivas identificações daqueles primeiros anos, quando a criança era forçada a tornar-se aquilo que as pessoas de quem dependia queriam que ela fosse (Erikson, 1968, *in* Gallatin, 1978).

O adolescente ao descobrir qual é o seu lugar no mundo, ao ouvir o que os outros dizem acerca de si, ao identificar-se com os adultos e com os outros adolescentes, ao comparar-se com os companheiros, vai construindo uma imagem da pessoa que é e criando, gradualmente, a sua identidade (Fontana, 1982, *in* Sêco, 1997).

Através da interacção com os outros, o adolescente toma consciência que é um ser diferente deles e com uma identidade própria. Assim, tenta-se fazer reconhecer e compreender como um ser diferente, autónomo e independente, dando-se início a um processo de individualização (Fernandes, 1991).

Embora aos 19 ou 20 anos o adolescente possua uma identidade praticamente formada, torna-se difícil determinar concretamente uma idade universal, devido a todo um conjunto de factores que condicionam a sua formação (Stewart, Perlmutter & Friedman, 1988).

Este processo de individualização encontra-se, assim, determinado por um conjunto de contingências psicossociais, afectivas, emocionais, económicas, ambientais e, ainda, hereditárias. Deste modo, o ambiente externo, a classe social, o tipo de educação promovida pela família, as vivências ou traumas de âmbito afectivo e emocional, entre outros, podem condicionar este processo (Fernandes, 1991).

A formação da identidade caracteriza-se por uma fase da adolescência, na qual o adolescente questiona um conjunto de assuntos relativos à sua identidade, nomeadamente em quatro áreas distintas: carreira profissional, religião, política e papéis sociais. Deste modo, o adolescente depara-se com as seguintes questões: “Devo ingressar num curso superior?”; “Será que acredito em Deus?”; “Devo interessar-me pela política?” (Erikson, 1968, *in* Stewart *et al.*, 1988).

A formação da identidade caracteriza-se por um processo percebido pelo adolescente como confuso, daí a denominação *crise da identidade* (Stewart *et al.*, 1988). Ou seja, trata-se de um processo composto por mecanismos que levam o adolescente a viver fases antagónicas de progresso e regressão, estabilidade e instabilidade, certezas e incertezas (Fernandes, 1991).

1.1.4. Conclusão

A adolescência não é um estado físico, mas somente uma fase provisória, a qual se transformou, nas sociedades industrializadas do Ocidente, numa fase longa do ciclo de vida (Fleming, 1993, *in* Sêco, 1997).

O interesse por este fenómeno revela-se relativamente recente, já que antes do século XX a adolescência nem sequer era considerada como um estágio do desenvolvimento e o

atraso com que este descobrimento surgiu na mentalidade comum, originou, inicialmente, reacções desprovidas, ora de sangue-frio, ora de objectividade (Avanzini, 1978).

Nesta fase de vida, surgem duas grandes transformações nos indivíduos e que marcam fortemente o início da adolescência: por um lado, a puberdade caracterizada por um conjunto de transformações basicamente fisiológicas e, por outro lado, a identidade caracterizada por um processo através do qual o adolescente toma consciência da sua singularidade e transforma-se no principal autor das suas decisões (Fernandes, 1991).

1.2. O consumo de drogas

1.2.1. Introdução

A temática relativa ao consumo de drogas, tem suscitado um interesse particular por parte de um vasto leque de autores, os quais, através de estudos realizados, têm contribuído em larga escala para a compreensão deste fenómeno.

Verifica-se uma preocupação em definir aquilo que se designa por *droga*. No entanto, existe alguma dificuldade em atribuir uma definição a este conceito, na medida em que ele pode abranger um conjunto bastante extenso de significados, nomeadamente quando é definido como "(...) toda a substância que pode modificar a forma de funcionamento do organismo ou do espírito." (Hapetian, 1997, p. 89). Assim, segundo este autor e partindo desta definição geral, a penicilina, o flúor da pasta de dentes e os agentes antitranspirantes dos desodorizantes usuais são exemplos de drogas, tal como a heroína e a cocaína.

No entanto, convém referir que as drogas que são referidas na maior parte dos estudos, referem-se às drogas psicoactivas. Isto é, drogas que, para além de modificar o funcionamento do organismo ou do espírito, têm a particularidade de modificar os

pensamentos, as sensações e comportamentos dos indivíduos que as consomem (Brands, Sproule & Marshman, 1998). Assim, neste caso, poderemos delimitar as substâncias que fazem parte deste tipo de drogas, tais como: o café, o chá, o álcool, o tabaco, a cocaína, os fármacos, entre outros (Hapetian, 1997).

Outra definição que se prende com este conceito, refere-se às drogas enquanto uma categoria de substâncias que são ingeridas no corpo humano com propósitos antagónicos aos da nutrição (Goodman, Lovejoy & Shernat, 1995).

Patrício (s/ data), *in* Hapetian (1997) apresenta a sua opinião relativamente às drogas e defende que "(...) qualquer substância que altere o estado de consciência pode funcionar como droga, mas mais do que a substância, é a atitude da pessoa face à substância que gera a toxicodependência. É uma atitude de fixação, de paixão pela(s) substância(s)." (p. 89).

Relativamente ao consumo de drogas, este constitui um comportamento que num dado momento da história das sociedades se tornou a *problemática da droga* (Agra, 1993), no entanto, "(...) a utilização de um determinado tipo de droga só passa a ser considerado um problema quando emerge em novos segmentos da população, especialmente entre os jovens ou entre grupos sociais habitualmente não «tocados»." (Dias, 1980, p. 35).

Nowlis (1975), *in* Dias (1980), considera que existem quatro maneiras de encarar o consumo de drogas, ou seja, de acordo com o modelo jurídico-moral, com o modelo médico (ou de saúde pública), com o modelo psicossocial e com o modelo sociocultural:

Modelo jurídico-moral: O objectivo principal deste modelo é o de retirar do alcance do público as drogas nocivas e, para tal, as medidas policiais e coercivas estão no primeiro

plano e a educação é feita segundo uma óptica que se designa por *educação pelo medo*, quer quanto aos seus efeitos, posse ou venda.

Modelo médico (ou de saúde pública): As drogas, o indivíduo e o contexto ambiente, são vistos numa transposição do esquema modelo das doenças infecciosas, isto é, este modelo coloca o *hospedeiro* como vulnerável ou não vulnerável, infectado ou infeccioso.

Relativamente ao tratamento, os utilizadores de droga devem ser tratados e curados como se se tratasse de um problema puramente médico; no que respeita à prevenção, o acento tónico é colocado sobre os danos pessoais e sociais causados pela dependência.

Modelo psicossocial: Neste modelo, o consumo de drogas é considerado como fazendo parte de um jogo complexo e dinâmico, em que a utilização das drogas é um comportamento como outro qualquer e só persistirá enquanto desempenhar para o sujeito um papel importante. Relativamente ao tratamento e prevenção, estes tendem a dirigir-se igualmente quer aos factores individuais quer aos factores sociais.

Modelo sociocultural: Neste modelo, o consumo de drogas é encarado na óptica de um comportamento desviante, que varia de cultura para cultura e de uma sub-cultura para outra. Este modelo acentua não só elementos sociais e psicológicos (como no modelo anterior), mas ainda as condições sócio-económicas e o meio ambiente em que vive o indivíduo.

Seguidamente, são apresentadas algumas referências históricas (origens) do consumo de drogas e uma classificação geral dos vários tipos de drogas. Por último, é feita uma referência ao consumo de drogas em Portugal.

1.2.2. Perspectiva histórica do consumo de drogas

As substâncias com o poder de aliviar o sofrimento e de modificar o humor, são conhecidas e utilizadas pelo homem desde épocas muito remotas e, na história das civilizações, são múltiplas as referências a consumos das mais diversas substâncias (Goodman *et al.*, 1995).

Escohotado (1996), *in* Quintas (1997) refere que os usos de drogas são milenares, isto é, o cultivo da papoila e o uso do ópio remonta ao terceiro milénio antes de Cristo; o cânhamo é conhecido dos chineses desde o quinto milénio antes de Cristo; o uso de tabaco ocorre desde os tempos imemoráveis em todo o território Americano; a folha de coca é consumida nos Andes desde o século III antes de Cristo; a produção e o uso de álcool é conhecido pelo menos desde o segundo milénio antes de Cristo.

Efectivamente, o consumo de drogas "(...) atravessa a História desde os tempos mais remotos (...)" (Poiars, 1996) e é realizado pelo Homem por uma variedade de razões: como forma de comunicação com os Deuses, enquadrado em cerimónias místicas e religiosas; como forma de aplicações terapêuticas, com vista a combater males corporais e espirituais; e, finalmente, como forma de procurar nas substâncias psicoactivas efeitos hedonistas, desfrutando, assim, sensações agradáveis (Quintas, 1997).

Alguns autores (Poiars, 1996; Quintas, 1997) referem um factor que contribuiu, em larga escala, para a implementação das primeiras formas de circulação internacional de todo o tipo de substâncias psicoactivas: a intensificação das expedições mercantis da Idade Média, entre o Oriente e o Ocidente, já que "(...) veio a gerar-se um maior conhecimento e divulgação quer dos produtos utilizados noutras paragens, enquanto substâncias

interferentes na consciência humana, quer do ritualismo religioso que lhes estava ligado (...)" (Poiares, 1996, p. 28).

Para além disto, as expansões portuguesa e castelhana intensificaram, posteriormente, a disponibilidade de drogas na Europa, através, por um lado, da abertura a oriente dos caminhos marítimos para a comercialização dos produtos e, por outro lado, da descoberta a ocidente do continente Americano, bastante rico em substâncias psicoactivas (Quintas, 1997).

Outro acontecimento marcante, referido por Quintas (1997), decorreu ao longo do século XVIII e primeira metade do século XIX, no qual o uso do ópio e do haxixe se difundiu nas classes aristocráticas e artísticas o que levou à fundação do *Chube do Haxixe* em 1844, em Paris. A ritualidade do consumo destes produtos "(...) passou a constituir um vício luxuoso e porventura excêntrico, reservado às elites de maior projecção cultural (...)" (Poiares, 1996, p. 31).

Ao longo do século XIX, desenvolvem-se algumas substâncias químicas. Assim, em 1803, um farmacêutico alemão- F. Sertruner- isola um alcalóide do ópio e cria a morfina, cujo encontro com a seringa hipodérmica, posteriormente inventada (1850), despertou a expectativa de uma vitória química sobre a dor humana (Bachmann & Coppel, 1989, *in* Quintas, 1997).

Outra substância química desenvolvida foi a cocaína, cuja invenção surgiu do isolamento do alcalóide da coca em 1859 que, mais tarde (no final do século), passou a estar disponível sob a forma de múltiplas bebidas, surgindo até como ingrediente de bebidas hoje em dia tão famosas como a *Coca-Cola* (Poiares, 1996).

Por último, na fase final deste século (1874), assiste-se ao nascimento da heroína que passou a ser comercializada com vários fins terapêuticos (Quintas, 1997), nomeadamente como antídoto dos depressores do Sistema Nervoso Central, bem como na cirurgia ocular (Hapetian, 1997).

Também nesta altura, os britânicos incrementaram o cultivo de ópio na Índia e os chineses sustentaram duas guerras contra os ingleses, com vista a tentar impedir a importação desta substância para o seu país por companhias britânicas. No entanto, embora oficialmente proibido a nível do Governo central, o ópio foi introduzido na China. Desde então, o número de opiómanos, de difícil cálculo, tem vindo a aumentar em larga escala (Macfarlane *et al.*, 1996).

No início do século XX, com a derrota da China e a conseqüente abertura total dos portos ao comércio internacional, verifica-se um crescente interesse dos estados no consumo de drogas, os quais passaram a preconizar o proibicionismo, alicerçado na defesa da moral e da saúde pública (Quintas, 1997).

Tornava-se, assim, necessário concretizar estes princípios em normativos internacionais (Quintas, 1997) e, para tal, procedeu-se à condução de várias conferências, nomeadamente as conferências de Shangai em 1909 e de Haia em 1912. No entanto, dada a ambigüidade e/ou oposição de alguns países europeus (tais como a Inglaterra, a França e Portugal), que obtinham lucros bastante elevados com o comércio de ópio nas suas colónias e que escolheram manter-se agarrados aos seus interesses comerciais, os resultados não foram brilhantes (Martins, 1997).

Nos anos 20, os mercados de drogas passaram a estar legalizados na maior parte dos estados ocidentais, mas isto não levou a que deixasse de existir os responsáveis pela distribuição de drogas, nem mesmo com a revogação da *Lei Seca* em 1933 (Quintas, 1997). Pelo contrário, esta lei produziu "(...) injustiça, hipocrisia, criminalização de grandes sectores sociais, corrupção e criação do crime organizado." (Escohotado, 1996, p. 107, *in* Quintas, 1997).

De modo a lutar contra o mercado clandestino, verifica-se uma luta travada entre os traficantes e uma entidade policial especializada, em que esta luta contra os *impérios do mal* (Quintas, 1997) passa a constituir uma dimensão importante em matéria de drogas.

Nos anos sessenta, embora a segunda guerra mundial tenha contribuído para um declínio aparente do consumo de drogas (Quintas, 1997), assiste-se ao consumo das anfetaminas que passam a ser utilizadas por todas as pessoas e aceites socialmente por possuírem bastantes propriedades terapêuticas (Poiars, 1996).

Para além disto, outro acontecimento marcante neste século teve que ver com os movimentos juvenis nos EUA e na Europa, verificando-se uma autêntica revolução do consumo de drogas, relacionadas com duas substâncias psicoactivas: o LSD e a marijuana (Quintas, 1997). Estes movimentos eram o reflexo de uma postura que rejeitava o sistema socio-cultural e apresentava um repúdio pela violência (Borrás, 1986, *in* Poiars, 1996).

A partir dos anos setenta, embora se verifiquem grandes esforços na generalidade dos estados ocidentais, através de várias convenções internacionais (com destaque para a Convenção de Viena em 1971 e a Convenção das Nações Unidas em 1988), assiste-se a um aumento cada vez maior de consumo de drogas, o qual desencadeou a criação de dois

movimentos que propõem alternativas para enfrentar a problemática da droga: por um lado, os que reclamam pela liberalização e, por outro lado, os que defendem a distribuição controlada de drogas e a implementação de programas de assistência às condições de vida dos consumidores (Quintas, 1997)

1.2.3. Classificação geral das drogas

Podemos dividir as drogas psicoactivas, em função dos seus efeitos no Sistema Nervoso Central, em três grandes grupos: drogas depressoras, estimulantes e perturbadoras ou alucinogéneas (Hapetian, 1997).

Drogas depressoras

São preferencialmente consumidas em Portugal, tornando mais lento o funcionamento do Sistema Nervoso Central. Tomadas em pequenas quantidades, produzem sensações de calma, sonolência e bem-estar; tomadas em doses mais fortes, podem provocar intoxicações graves, perda de consciência e, em muitos casos, o coma e a morte, provocados por paragem cardíaca ou respiratória (Hapetian, 1997).

Segundo Bondreau (s/ data), *in* Pélicier e Thuillier (1969), são exemplos de drogas depressoras:

- Álcool
- Hipnóticos
- Calmantes
- Analgésicos- ópio, morfina, heroína e produtos de síntese

Drogas estimulantes

O aumento progressivo deste tipo de drogas provoca dois efeitos específicos: em primeiro lugar, facilita o dispêndio de energia ao nível dos neurónios, isto é, tornamo-nos mais activos e a concentração e a capacidade de raciocínio aumentam; em segundo lugar, os estimulantes cortam o apetite, continuando a propiciar o aumento de energia (Hapetian, 1997).

Segundo Bondreau (s/ data), *in* Pélicier e Thuillier (1969), são exemplos de drogas estimulantes:

- Estimulantes menores- cafeína e nicotina
- Estimulantes maiores- anfetaminas, cocaína e anorexigénos

Drogas perturbadoras

Este tipo de drogas provoca, quer os efeitos das drogas depressoras, quer dos estimulantes, em alternância ou simultaneamente. Ou seja, quando consumidas pela primeira vez, podem abrandar a comunicação das células cerebrais e actuar como depressoras; quando consumidas uma segunda vez, podem causar o efeito exactamente contrário actuando como estimulantes (Hapetian, 1997).

Segundo Bondreau (s/ data), *in* Pélicier e Thuillier (1969), são exemplos de drogas perturbadoras:

- Haxixe
- Alucinogéneos- LSD
- Dissolventes voláteis e inalantes- colas, benzina, acetona, éter

Seguidamente, passaremos à explicação de algumas destas drogas, nomeadamente as que constam no questionário administrado no estudo empírico desta monografia.

I. Tabaco:

O tabaco é a terceira droga mais utilizada pelos jovens e, tal como a cafeína, altera o comportamento imediato das pessoas, sendo a droga mais perigosa em termos de mortalidade a longo prazo (Macfarlane *et al.*, 1996).

Este tipo de substância é obtida a partir das folhas secas do tabaco e é um estimulante que mantém os seus consumidores activos em momentos de quebra provocados pela fadiga ou pela rotina, sendo também eficaz para aliviar tensões e ansiedades (Hapetian, 1997).

O tabaco é a única/exclusiva fonte natural da nicotina. Trata-se de uma droga que produz uma variedade de efeitos fisiológicos e psicológicos, cuja natureza e intensidade destes efeitos estão relacionados com a quantidade de nicotina usada e a duração do seu uso (Brands *et al.*, 1998).

A dependência causada pelo consumo constante deste tipo de droga é facilmente observada em caso de privação do seu consumo, verificando-se sentimentos de ansiedade, tensão, irritabilidade, frustração, falta de concentração e agitação (Chabrol, 1992).

II. Álcool:

O álcool é a segunda droga mais utilizada pelos jovens (sendo que a primeira é a cafeína) e a segunda mais perigosa em termos de mortalidade e doença, resultante dos efeitos imediatos sobre a percepção da realidade (e.g. acidentes rodoviários) e dos efeitos físicos a longo prazo (e.g. cirrose) (Macfarlane *et al.*, 1996)

A droga presente nas bebidas alcoólicas é o álcool etílico, o qual provoca três efeitos em fases diferentes: é estimulante, depressor e perturbador (Hapetian, 1997).

Outros autores, nomeadamente Brands *et al.* (1998), atribuem ao álcool etílico efeitos basicamente depressores ao nível do sistema nervoso central, na medida em que provoca sensações relaxantes e anestésicas e produz uma incontrolável depressão dos centros cerebrais, responsáveis pela respiração e circulação.

O álcool pode ainda ser incluído naquilo que Escohotado (1992) designa por *drogas da paz*, já que à fase efusiva e expansiva segue-se outra de "(...) retrocesso físico, seguida por una narcosis proporcional a la cantidad de alcohol ingerida y la tolerancia de cada individuo." (p. 93).

Relativamente às consequências inerentes ao consumo constante deste tipo de droga, existem algumas, tais como: perturbações de comportamento (sob a forma de estados de irritabilidade, de agressão, de euforia), perturbações de julgamento e de comportamentos sociais (Chabrol, 1992).

III. Cannabis:

O haxixe e a marijuana são ambas extraídas da planta *cannabis sativa*, cujo berço terá sido nas estepes da Ásia Central, sendo que a primeira é comprimida em blocos e a segunda, sob a forma de erva, é uma mistura leve da planta depois de seca (Hapetian, 1997).

A cannabis é a droga ilegal mais utilizada, com mais de 100.000 consumidores crónicos em Portugal e, embora possa ser considerada como uma droga *leve*, não pode ser

interpretada como inofensiva. Pelo contrário, podem verificar-se alguns efeitos colaterais, tais como: alterações de memória, taquicárdia, perda de controlo mental e até loucura (Macfarlane *et al.*, 1996).

Quando consumida em doses moderadas, este tipo de droga conduz a um bem-estar geral e a um estado de relaxamento e de desinibição emocional. No entanto, em grandes proporções, poderá causar dependência psicológica e física, para além de outros sintomas, nomeadamente ansiedade, suores e falta de apetite (Brands *et al.*, 1998).

Escohotado (1992) refere que, embora o consumo deste tipo de droga esteja associado a um conjunto de efeitos perigosos para a saúde dos indivíduos, é inútil falar de toxicidade aguda, já que as vias respiratórias não admitem mais quantidades a partir de certo ponto.

No entanto, o consumo de cannabis/haxixe poderá provocar demasiados malefícios, traduzidos por perturbações da memória, da atenção, da percepção visual, espacial e temporal, bem como a existência de uma intensificação das cores (Chabrol, 1992).

IV. Heroína

A heroína é considerada como a droga psicoactiva com maior potencial em termos de dependência, a qual pode ser consumida de várias formas: injectada, inalada, fumada e ingerida, sendo a via intravenosa aquela que provoca uma reacção mais intensa e rápida (Brands *et al.*, 1998).

A partir da segunda guerra mundial, a heroína passou a constituir um símbolo de substância maléfica, isto é, que cria hábito instantâneo e que mata em questão de poucos segundos (Escohotado, 1992).

O consumo de heroína tem subjacente vários efeitos, tais como a letargia, a impotência e a amenorreia (Hapetian, 1997). Para além disto, o desenvolvimento de uma dependência, que se manifesta pela presença do síndrome da abstinência quando se suspende o seu consumo, é apontado como a sua principal característica ((Brands *et al.*, 1998).

V. Cocaína

A cocaína consiste numa droga extraída da folha da coca, cuja origem nos remonta para países como o Perú e a Bolívia e a massificação do seu uso tornou-se possível através de dois derivados: por um lado, a pasta base da coca e, numa outra forma, igualmente de fabrico simples e menos odorosa, o *crack* (Martins, 1997).

Relativamente à forma como esta pode ser consumida, Escohotado (1992) refere-nos cinco formas diferentes: via nasal, subcutânea, intramuscular, intravenosa e oral, cujos principais perigos residem na quantidade consumida (e.g. por via nasal, a dose mortal média situa-se entre as 1,2 e 1,5 gramas) e nas suas propriedades adulteradas (não puras) como é vendida no mercado negro.

Assim, o consumo deste tipo de droga tem subjacente um conjunto bastante vasto de consequências, que podem variar de pessoa para pessoa. No entanto, em termos globais, os seus efeitos relacionam-se com falta de apetite, problemas respiratórios, cardiovasculares, neurológicos e psicológicos (Hapetian, 1997).

VI. Inalantes

Trata-se de substâncias de origem sintética, cujos vapores (das colas, benzina, acetona, éter, entre outros) têm efeitos tóxicos, sendo estas drogas bastante experimentadas pelos jovens (Hapetian, 1997).

O consumo de inalantes contém características atractivas, devido à rapidez dos seus efeitos e ao seu acesso fácil e de baixo preço. Contudo, tem subjacente características não atractivas, relativas às consequências nocivas do seu consumo, nomeadamente: estados de impulsividade, agressão, distorções da percepção visual (Chabrol, 1992).

Relativamente à forma como estas substâncias são utilizadas, de um modo geral, alguns solventes são colocados num saco de plástico e posteriormente inalados, actividade esta que geralmente é realizada ocasionalmente, em grupo ou em reuniões com amigos, como forma recreativa (Macfarlane *et al.*, 1996).

Quanto aos seus efeitos, estes podem ser vários: intoxicação aguda, a qual pode provocar a morte por paragem cardiorespiratória; risco de asfixia; diminuição dos reflexos e riscos de acidentes, entre outros (Richard, 1997).

VII. Anfetaminas

As anfetaminas são substâncias sintéticas e comercializadas com fins terapêuticos, sob a forma de comprimidos, pós, cápsulas, entre outros, podendo ser utilizados para restringir a hiperactividade das crianças, para o tratamento da sonolência patológica e para o tratamento da obesidade (Hapetian, 1997).

Este tipo de droga produz um conjunto de efeitos, tais como: insónias, aumento de energia e falta de apetite e, em grandes quantidades, poderá desencadear outros efeitos, nomeadamente alucinações e comportamentos agressivos (Brands *et al.*, 1998).

As anfetaminas são consideradas eficazes na supressão de sensações de cansaço e de depressão e no aumento do optimismo e da capacidade intelectual, facto este que levou a que o seu consumo fosse generalizado entre os estudantes, os desportistas, os militares e outros (Escohotado, 1992).

VIII. Tranquilizantes

Os tranquilizantes têm como principais finalidades controlar a ansiedade e a atenção, bem como propiciar o sono, sendo normalmente consumidas por via oral (Hapetian, 1997), havendo quem os administre juntamente com álcool ou os injecte (Macfarlane *et al.*, 1996).

Segundo Escohotado (1992), este tipo de substância pode ser dividido em duas categorias: tranquilizantes *maiores* e *menores*. Enquanto que os primeiros são considerados úteis para o tratamento das psicoses, os segundos podem ser utilizados para o tratamento das neuroses.

Relativamente aos seus efeitos, estes incluem alterações de humor, de euforia, depressão ou irritabilidade ou, no caso dos tranquilizantes serem injectados, podem causar lesões tecidulares graves. Para além disto, a suspensão súbita pode provocar ansiedade, agitação, tremores, dores de estômago e insónias (Macfarlane *et al.*, 1996).

1.2.4. O consumo de drogas em Portugal e sua legislação

Segundo Fernandes (1997), *in* Quintas (1997) a droga em Portugal não é considerada até ao início dos anos 70 deste século, nem uma referência colectiva, nem um problema social.

Embora houvesse desde sempre algumas pessoas a consumirem drogas ilícitas, quer se tratassem de grupos profissionais que mais directamente tinham acesso a estas substâncias, nomeadamente os médicos, quer se tratassem de grupos com um nível cultural superior, nomeadamente os artistas (Quintas, 1997), contudo, estes consumos "(...) eram reservados e os consumidores pertenciam a elites que não conflituavam com a ordem estabelecida." (Poiães, 1996, p. 175).

Nos anos 70 surgem os primeiros alertas, por parte do poder político, em relação ao consumo de drogas. Para tal, é publicada uma lei (DL 420/70, de 5 de Setembro) que assenta numa perspectiva criminalizadora do utilizador de drogas, surgindo a necessidade de Portugal aderir às convenções internacionais, nomeadamente à Convenção Única sobre os Estupefacientes de 1961, cujo principal objectivo é o da proibição total das drogas, por via essencialmente repressiva (Quintas, 1997).

Na sequência da revolução de 25 Abril de 1974, surge o mercado público de venda de drogas: por um lado, o processo de descolonização e o posterior regresso a Portugal de milhares de retornados consumidores de drogas como a liamba e, por outro lado, o período pós-revolucionário, repleto de acontecimentos políticos e de filosofias que contradiziam os modelos clássicos da sociedade portuguesa, encontram-se associados a um aumento de consumo de drogas (geralmente a erva, a liamba e o haxixe) por parte dos jovens (Quintas, 1997).

A partir dos anos 80, verificam-se alterações nos padrões de consumo de drogas, como consequência de uma nova fase caracterizada por um novo produto (a heroína), novos actores sociais (os *junkies* e os *dealers*), um mercado e um novo tipo de território (os bairros sociais e zonas desfavorecidas) (Fernandes, 1993, *in* Quintas, 1997).

As drogas passam, assim, a levantar em Portugal os seus dois problemas essenciais: o do seu consumo e o do acesso ilegal dos produtos com um preço bastante elevado, estando este último factor na origem de alguns comportamentos desviantes, como é o caso da pequena criminalidade destinada a obter meios de aquisição de drogas (Quintas, 1997).

No actual decénio, com o aparecimento da SIDA e face aos maus resultados dos mecanismos repressivos e clínicos de combate à droga, tem-se vindo a acentuar uma percepção da necessidade de se darem novas respostas. São exemplos disto, a adopção de um programa de seringas gratuitas nas farmácias e a discussão pública de questões como a liberalização de algumas drogas (Poiares, 1996).

Após uma breve retrospectiva da evolução do consumo de drogas em Portugal, convém referir a legislação que passou a vigorar no país, nomeadamente face ao consumidor, face às substâncias de consumo e face ao traficante.

Assim, face ao consumidor, encontramos legislação própria como é o caso do Decreto-Lei nº 15/93, o qual refere o seguinte:

"Considera-se censurável socialmente o consumo de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas, desde logo pela quebra de responsabilidade individual de cada cidadão perante os outros. Tal não significa, todavia, que o toxicod dependente não deva ser encarado, em primeira linha, como alguém que necessita de assistência médica e que tudo deve ser feito para o tratar, por sua causa e também pela protecção devida aos restantes cidadãos."(*in* Hapetian, 1997, p. 192).

Hapetian (1997) afirma que este documento permite concluir que o consumo de drogas é um acto censurável mas não é um acto criminoso, estando o consumidor de drogas ilícitas sujeito apenas a uma pena simbólica (que pode ir de 3 meses a 1 ano). Para além disto, dizer que o toxicodependente é alguém que necessita de assistência, significa encarar a toxicodependência como uma doença.

Relativamente à legislação portuguesa face às substâncias de consumo, o Decreto-Lei nº 15/93, *in* Macfarlane *et al.* (1996) refere que todas as plantas, substâncias e preparações relativas a estupefacientes ou substâncias psicotrópicas ficam sujeitas a um controlo do Estado. Esta lei condiciona o cultivo, a produção, o emprego, o comércio, a distribuição, a importação, a exportação, o trânsito e o transporte de algumas dessas substâncias, que se encontram agrupadas numa lista de produtos constituída por seis tabelas anexadas ao referido Decreto-lei.

Por último, face ao traficante, esta lei pune com uma pena de prisão que varia entre os 4 e os 12 anos todo aquele que cultivar, produzir, fabricar, extrair, preparar, oferecer, colocar à venda, vender, distribuir, comprar, ceder, transportar, importar ou exportar plantas, substâncias ou preparações compreendidas nas Tabelas I, II e III deste decreto-lei (Hapetian, 1997).

1.2.5. Conclusão

O consumo de drogas ou substâncias psicoactivas é um dos mais antigos fenómenos sociais, sendo apontado, na generalidade dos países ocidentais, como um dos maiores problemas actuais, motivo de crescente preocupação por parte dos seus cidadãos. Também Portugal, não fugindo à regra, tem vindo a assistir nas últimas duas décadas a importantes acontecimentos em matéria de drogas, que levaram à transformação de um

assunto praticamente desconhecido num dos temas sociais mais preocupantes (Quintas, 1997).

As substâncias psicoactivas, cujos efeitos podem ser depressores, estimulantes ou perturbadores, podem ser distinguidas, na maior parte dos países ocidentais (nomeadamente em Portugal), quanto a sua legalidade ou ilegalidade. Deste modo, as drogas legais são aquelas que são socialmente aceites e cujos efeitos maléficos ignoramos diariamente, como é o caso do tabaco, do álcool e dos fármacos; as drogas ilegais, referem-se a todas as substâncias psicoactivas cujo consumo é explicitamente proibido como, por exemplo, a cocaína e a heroína (Hapetian, 1997).

1.3. O consumo de drogas na adolescência

1.3.1. Introdução

A adolescência é uma fase de mudanças biológicas, cognitivas e sociais, na qual os jovens enfrentam novas situações e desafios, nomeadamente a possibilidade de consumir drogas (Beman, 1995).

Wolf, Olenick-Shemesh, Addad, Green e Walters (1995) apresentam algumas características desta fase de vida que propiciam o consumo de drogas, nomeadamente a necessidade de exposição a novas experiências e o sentimento de curiosidade.

Efectivamente, a adolescência constitui uma fase de rápidas mudanças fisiológicas e psicológicas, na qual se verifica a exploração de novos papéis sociais, alguns deles com consequências negativas, tais como o consumo de drogas (Logan, 1991).

Assim, o consumo de drogas prolifera, de um modo geral, em todas as camadas sociais, verificando-se principalmente nos adolescentes, que procuram nas drogas a possibilidade de viverem mais felizes "(...) permitindo-lhes assim, uma pseudo-libertação da pressão social." (Fernandes, 1986, p. 19).

De modo a obter informações relativas ao tipo de substâncias psicoactivas mais frequentemente consumidas pelos adolescentes, são, actualmente, levados a cabo numerosos estudos.

Kandel e Faust (1975) afirmam que o uso de substâncias tóxicas na adolescência avança geralmente por uma sequência de quatro fases: ingerir cerveja e vinho, ingerir bebidas fortes, fumar marijuana e usar outras substâncias ilícitas mais fortes, tais como, cocaína, estimulantes sedativos, alucinogéneos e heroína.

Outros autores (Negreiros, 1983; Chabrol, 1992) referem que o álcool e o tabaco são as drogas lícitas mais utilizadas pelos jovens e que as drogas ilícitas estão geralmente associadas ao consumo das primeiras.

Weiner (1995) refere que as drogas mais utilizadas na adolescência são, em primeiro lugar o álcool (50%), em segundo lugar a marijuana (17,4%), seguidamente de estimulantes (4,2%), alucinogéneos (3,5%), cocaína (3,4%), sedativos (2,4%) e heroína (menos de 1,5%).

Negreiros (1996) realizou um estudo, através do qual chegou aos seguintes resultados: 35% e 39% já consumiram respectivamente álcool e tabaco pelo menos uma vez ao longo

da vida e, quanto às drogas ilícitas mais consumidas foram: a *cannabis* (3%), a heroína (0.5%) e a cocaína (0.5%).

Peters e McMahon (1996) apresentam os resultados de um estudo realizado por Johnston, O' Malley e Bachman (1994), os quais revelam a marijuana como a droga ilícita mais consumida anualmente pelos jovens (26%), seguidamente dos estimulantes (8.4%), dos inalantes (7%) e dos alucinogéneos (6.8%). Relativamente às drogas lícitas, verifica-se um consumo mais elevado de álcool (76%) comparativamente ao tabaco (61,9%).

Os estudos levados a cabo por Bachman (1991), Newcomb e Bentler (1989), *in* Hoffman, Paris e Hall (1994), revelam que na escola secundária 90% dos adolescentes já experimentaram álcool e 64% tabaco. Para além disto, a percentagem de consumo haxixe é de aproximadamente 60%, comparativamente a um baixo consumo de cocaína (9%).

Os estudos realizados no sentido de verificar o consumo de drogas por parte dos adolescentes, permitem ainda retirar algumas conclusões deste consumo em função do género e da faixa etária.

Assim, relativamente ao género, Almeida (1987) defende que, actualmente, nas faixas etárias entre os 12 e os 17 anos, o consumo de tabaco é mais elevado nas raparigas, facto esse que se deve ao estímulo psicológico provocado por esta substância, ou seja, nas raparigas funciona como um calmante e nos rapazes funciona como um estímulo. No entanto, nos outros grupos de idades, o sexo masculino ultrapassa o consumo de tabaco.

O tabaco e o álcool são apontados por Hoffman *et al.* (1994) como sendo as drogas mais populares na adolescência, cujo consumo se inicia por volta dos 12 anos nos rapazes, surgindo um pouco mais tarde nas raparigas.

Os resultados de um estudo realizado por Negreiros (1996) revelam uma percentagem ligeiramente (não significativa) superior do sexo masculino, quer em relação ao tabaco (17% os rapazes e 15% as raparigas), quer em relação ao álcool (51% os rapazes e 41% as raparigas). Verifica-se ainda um consumo claramente superior de cannabis e estimulantes (nomeadamente a cocaína e as anfetaminas) no sexo masculino, enquanto que o consumo de tranquilizantes é mais elevado no sexo feminino.

Beman (1995) cita alguns estudos (Lang, 1985; Johnson *et al.*, 1990; Johnston, O' Malley & Bachaman, 1991; Thorne & DeBlassie, 1995), através dos quais se pode concluir que os rapazes, em termos gerais, apresentam um consumo superior de drogas ilícitas relativamente às raparigas.

Almeida (1987) refere que o consumo de substâncias ilícitas é, em termos gerais, mais elevado nos jovens do sexo masculino do que no sexo feminino. Em termos mais específicos, Macfarlane *et al.* (1997) apontam os inalantes como sendo mais consumidos pelos rapazes.

Relativamente à faixa etária, Weiner (1995) defende que as drogas consumidas pelos adolescentes varia consoante a idade, ou seja, a frequência do seu consumo aumenta à medida em que estes se tornam mais velhos, com excepção dos inalantes.

Chabrol (1992) refere que o consumo de drogas (lícitas e ilícitas) depende fortemente da idade, sendo que a frequência do uso destas substâncias aumenta ao longo da adolescência, com exceção dos inalantes que são mais consumidos no início desta fase de vida dos indivíduos.

De acordo com um estudo realizado por Negreiros (1996), os jovens com idades iguais ou superiores a 16 anos apresentam um maior consumo de álcool, tabaco, tranquilizantes e estimulantes, enquanto que os inalantes são mais frequentemente consumidos pelos indivíduos que se situam em idades iguais ou inferiores aos 13 anos.

1.3.1.1. Abordagem de um modelo integrador

Para além do estudo do consumo de drogas na adolescência, em função do género e da idade, outros autores apresentam alguns factores explicativos/determinantes do consumo de drogas nesta fase de vida dos sujeitos, nomeadamente Elliott, Ageton e Huizinga (1985), cujo modelo possui determinadas variáveis teóricas e explicativas da conduta desviante (anexo 3). Para além disto, este modelo integra as teorias clássicas referentes aos processos das condutas desviantes, tais como a Teoria da Tensão, a Teoria do Controlo Social e a Teoria da Aprendizagem Social.

Ou seja, de acordo com o modelo de Elliott *et al.* (1985), as situações de tensão existentes na sociedade, nomeadamente as situações de desorganização social e deficiências no processo de socialização, acarretam um determinado conjunto de experiências que enfraquecem os vínculos do adolescente com os grupos convencionais da sociedade (família, escola, trabalho, organização da comunidade, entre outros), passando este a associar-se a grupos não convencionais ou desviados, que conduzem o adolescente para um ambiente no qual se sente reforçado pela sua conduta desviada. Pelo

contrário, a ausência de situações de tensão e conseqüente existência de fortes vínculos sociais a instituições convencionais (família, escola, entre outros), previnem o consumo de drogas.

1.3.2. Alguns factores que determinam o consumo de drogas na adolescência

1.3.2.1. A família

As interações entre o adolescente e aqueles que se encontram à sua volta, influenciam largamente o consumo de drogas na adolescência, com especial relevo para a família (Lawson, 1992).

Considera-se que os factores sociais poderão ter um papel decisivo no consumo de drogas na adolescência, nomeadamente os factores que envolvem a família, tais como: a comunicação, a disciplina, as atitudes parentais face às drogas, o consumo parental de substâncias psicoactivas, entre outros (Peters & McMahon, 1996).

Verifica-se, assim, que as atitudes dos pais e o uso de drogas aparecem associados ao uso de substâncias psicoactivas pelo adolescente, isto é, quando este percepção as atitudes dos pais face ao uso de drogas como favoráveis, observa-se uma tendência maior por parte do adolescente em consumir este tipo de substâncias (Pandina & Johnson, 1998; Marston *et al.*, 1988, *in* Negreiros, 1996).

Deste modo, os pais tendem a influenciar o comportamento de consumo de drogas nos filhos, pelo exemplo que dão com o seu próprio comportamento e pelo clima que criam no lar. Por um lado, o consumo de drogas nos jovens está directamente relacionado com o facto dos pais consumirem ou não drogas e com a frequência com que o fazem e, por outro lado, relativamente à atmosfera do lar, verifica-se que os pais psicologicamente instáveis e

pouco convencionais, desinteressados dos filhos e dados a formas permissivas ou autoritárias, tendem a ter adolescentes que se envolvem com drogas (Weiner, 1995).

Efectivamente, alguns estudos (Gorsuch & Butler, 1976; Kandel, Kessler & Margulies, 1978; Lang, 1985; Barrett, 1990; Johnson *et al.*, 1990), *in* Beman (1995), sugerem o facto de que em famílias onde o uso de drogas é elevado e onde se verificam disfunções familiares, os adolescentes têm mais probabilidades de se envolverem com estas substâncias.

A este respeito, Tarter e Schneider (1976), *in* Lawson (1992) identificam 14 variáveis que influenciam o processo de iniciação, continuação e interrupção do consumo de drogas pelos adolescentes, entre as quais se encontram algumas variáveis familiares, nomeadamente a quantidade/costumes de consumo, a atitude da família face às drogas e pais demasiado autoritários ou protectores.

Ainda a este respeito, Chabrol (1992) defende que alguns factores familiares poderão estar na origem do consumo de drogas nesta fase de vida dos sujeitos, tais como: o uso de drogas pelos membros da família (especialmente os membros mais próximos), a atitude dos pais face às drogas, a existência de psicopatologias parentais, a situação familiar (e.g. separação, divórcio), as relações conjugais (e.g. discórdias entre os pais), as relações familiares (e.g. a falta de coesão e de afectividade familiar), o tipo de educação (autoritária *versus* permissiva) e os maus tratos familiares (físicos e sexuais)

1.3.2.2. O grupo de pares

A influência do grupo de pares no uso de drogas pelo adolescente encontra-se bem documentada na literatura, sendo reconhecida, nos últimos anos, como um dos factores cruciais na iniciação do uso destas substâncias (Negreiros, 1996).

Assim, quanto mais perto os jovens interagirem com amigos que consomem este tipo de substâncias e quanto maior importância assumirem esses amigos, maior será a probabilidade de eles próprios consumirem e se envolverem com drogas (Weiner, 1995).

Os resultados de um estudo realizado por Brooks *et al.* (1990), *in* Chabrol (1992) demonstram que o consumo de drogas pelo grupo de pares, influencia fortemente o consumo individual na adolescência e certas posições teóricas (e.g. Oetting & Beauvais, 1986, *in* Negreiros, 1996) chegam mesmo a considerar que as variáveis relacionadas com o grupo de amigos, não só são dominantes enquanto preditores do uso de drogas, como mediatizam o efeito de outras variáveis.

Outros estudos (Floyd & South, 1972; Edwards & Brauburger, 1973), *in* Wolf *et al.* (1995), indicam que uma das principais razões pelas quais o grupo de amigos influencia a iniciação e continuação do uso de drogas pelo adolescente, se deve à necessidade, por parte deste, em pertencer a um determinado grupo.

Efectivamente, aqueles adolescentes que interagem com um grupo de amigos que consomem drogas, não só desenvolvem atitudes favoráveis em relação a estas substâncias, como também apresentam uma probabilidade maior de consumo (Botvin, 1996, *in* Chabrol, 1992).

Para além disto, Huba e Bentler (1980) referem que um adolescente que consuma drogas tem tendência a interagir com um grupo no qual são consumidas substâncias similares.

No entanto, os adolescentes são mais susceptíveis à influência dos companheiros consumidores de drogas, durante os finais do ensino básico e início do ensino secundário, verificando-se, a partir de determinadas idades (depois dos 15 ou 16 anos), uma diminuição da frequência com que estes são influenciados pelas acções dos amigos, no sentido de se envolverem com drogas ou permanecerem envolvidos com elas (Brook, Lukoff & Whiteman, 1980; Morgan & Grube, 1989, *in* Weiner, 1995).

1.3.2.3. A escola

A escola poderá determinar o consumo de drogas na adolescência, devido ao facto de constituir um ambiente social onde as drogas são, por vezes, de fácil acesso e onde os adolescentes se encontram, por um lado, afastados da supervisão parental e, por outro lado, próximos do encorajamento dos colegas no sentido de experimentar determinadas substâncias (Lawson, 1992).

Segundo Brook *et al.* (1989), *in* Chabrol (1992), existem diversos factores escolares que se encontram associados a um maior consumo de drogas na adolescência, nomeadamente a indisciplina, docentes ineficazes, alunos problemáticos, falta de estímulo, entre outros.

Efectivamente, os métodos didácticos e o conteúdo dos programas escolares fomentam, muitas vezes, um desinteresse e uma indiferença por parte dos adolescentes, passando a escola a constituir um local propício para o consumo de drogas (Fernandes,

1991). Visto que a aprendizagem não é percebida pelos alunos como uma tarefa interessante, estes dirigem a sua atenção para outras actividades ilícitas existentes na escola, nomeadamente as que se encontram relacionadas com drogas (Yochelson & Samenow, 1994).

Para além dos métodos didácticos, a atitude da escola face às drogas constitui, igualmente, um factor importante na iniciação do seu consumo. Se as autoridades e as políticas promovidas na escola ignoram o seu uso, maior será a probabilidade deste se verificar (Yochelson & Samenow, 1994).

Através de um estudo realizado, Cooreman e Perdrizet (1980) constataram que em escolas onde o uso de tabaco é permitido, existe um maior número de fumadores (30.2%), comparativamente a escolas em que o seu uso é proibido (25.7%).

1.3.2.4. A personalidade

Os resultados de algumas investigações permitem concluir que certas características da personalidade podem ser associadas com o consumo abusivo de drogas, nomeadamente a auto-estima, o *locus de control*, a ansiedade, e a impulsividade (Negreiros, 1983).

Relativamente à auto-estima, Negreiros (1983) refere um estudo realizado por Mitic (1980), o qual analisou esta característica da personalidade na sua relação com o comportamento de bebida do adolescente, junto de uma amostra de 411 estudantes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos. Deste modo, os consumidores não ocasionais apresentaram níveis médios/altos de auto-estima; inversamente, a maiorias dos bebedores ocasionais apresentaram níveis baixos no que respeita a esta característica.

Outra característica da personalidade que alguns estudos têm relacionado com o consumo de drogas é o *locus de control*, ou seja, o grau segundo o qual os indivíduos acreditam que os esforços para os vários comportamentos resultam de um esforço pessoal (*locus interno*) ou então, pelo contrário, em função de elementos exteriores ao próprio indivíduo (*locus externo*) (Negreiros, 1983).

Assim, Segal (1974), *in* Negreiros (1983) refere que os indivíduos com uma orientação externa, caracterizados como acreditando menos na possibilidade de controlar o seu próprio comportamento, podem mais facilmente usar determinadas drogas, uma vez que estão menos preocupados, que os indivíduos com uma origem interna, em controlar o seu ambiente pessoal.

Quanto à ansiedade, alguns estudos (Williams, 1968; Brunswick & Tarica, 1974; Duncan, 1977, *in* Negreiros, 1983) reconhecem que os adolescentes que consomem excessivamente drogas (mais especificamente álcool), apresentam níveis de ansiedade superiores quando comparados com os não consumidores.

Relativamente à impulsividade, os adolescentes que consomem drogas apresentam-se mais impulsivos, instáveis e imprevisíveis, quando comparados com os jovens não consumidores (Jones, 1968; Williams, 1970, *in* Negreiros, 1983).

Para além disto, outras características gerais dos toxicómanos incluem a dependência, a ambivalência, a diminuição de tolerância à frustração e conseqüente incapacidade para adiar a realização do desejo (Braulio, 1974, *in* Dias, 1980).

1.3.3. Conclusão

Um dos problemas na adolescência que recentemente vem atraindo uma atenção cada vez maior, relaciona-se com o consumo de drogas, apesar de existirem poucos estudos de âmbito nacional que permitam delinear a sua extensão, natureza e consequências (Negreiros, 1990).

Se por um lado é verdade que a adolescência é caracterizada por um período que se encontra associado com o consumo de drogas, verifica-se igualmente um consenso segundo o qual existem alguns factores que poderão estar na origem de um maior ou menor consumo de drogas nesta fase de vida (Lawson, 1992).

Existe um conjunto bastante extenso de factores determinantes deste consumo, no entanto, existem alguns que são analisados pela maioria dos autores e que, por esta razão, se destacam relativamente aos outros. São eles: a família, o grupo de pares, a escola e a personalidade.

II. A PREVENÇÃO PRIMÁRIA DO CONSUMO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA

2.1. Introdução

Desde tempos imemorráveis, que a humanidade tem vindo a conceber e pôr em prática acções destinadas a intervir em diferentes problemas, antes que estes tenham a possibilidade de se manifestar (Negreiros, 1986a), ou seja, acções no âmbito da prevenção.

No entanto, torna-se difícil a elaboração de uma definição de *prevenção* unanimemente aceite, já que este termo engloba uma multiplicidade de estratégias, métodos e objectivos, isto é, qualquer actividade pode ser considerada preventiva (Negreiros, 1986a).

Devido a estas incertezas terminológicas à volta da definição deste conceito, será necessário identificar e delimitar três níveis independentes de prevenção: a prevenção primária, secundária e terciária.

Relativamente à prevenção primária, esta pode ser definida como um conjunto de esforços com o objectivo de reduzir (prevenir) a incidência de novos casos indesejáveis (Gullotta, 1994)

Ou seja, a prevenção primária refere-se a um tipo de intervenção destinada a "(...) reduzir os novos casos de perturbações mentais numa população, num determinado período de tempo, contrariando as circunstâncias negativas antes que estas tenham a possibilidade de produzir a doença." (Caplan, 1964, p. 26, *in* Negreiros, 1985).

Ainda segundo Bower (1969), *in* Negreiros (1985), a prevenção primária diz respeito a qualquer intervenção social ou psicológica que optimiza o funcionamento emocional, reduzindo a incidência ou prevalência do desajustamento emocional na população.

Deste modo, este tipo de prevenção trata-se de uma intervenção dirigida a populações ainda não afectadas, sendo, por essa razão, considerada proactiva e *antes do facto* (Albee, 1983, *in* Negreiros, 1985).

No que diz respeito à prevenção secundária, esta engloba um conjunto de estratégias que se caracterizam pelo diagnóstico e intervenção precoces junto dos indivíduos que manifestam sinais iniciais de disfunção (Negreiros, 1985). Assim, o diagnóstico precoce permite que a perturbação seja identificada a partir de alguns sinais e sintomas, permitindo, ainda, a aplicação de um rápido e eficaz tratamento (Caplan, 1964, *in* Negreiros, 1998).

Quanto à prevenção terciária, segundo Caplan (1964), *in* Negreiros (1998), consiste numa intervenção que visa "(...) reduzir a taxa de defeito residual, a capacidade diminuída no sentido de contribuir para a vida profissional e social da comunidade (...) depois da perturbação mental ter terminado." (p. 113).

Entre estes três tipos de intervenção existem diferenças de natureza qualitativa, mas sobretudo de natureza temporal. Assim, a prevenção primária é um tipo de intervenção que precede a manifestação de um determinado acontecimento, enquanto que a prevenção secundária tem lugar pouco tempo depois de se terem manifestado os primeiros sinais de um dado problema e, por último, a prevenção terciária ocorre muito tempo depois do problema se manifestar (Negreiros, 1998).

As características relativas a cada um destes tipos de prevenção, permite concluir que a prevenção secundária corresponde ao tratamento e a prevenção terciária à reabilitação, daí ser lícito perguntar porque razão deverão estas designações manter-se, quando existem

termos descritivos (*tratamento e reabilitação*) inequivocamente mais adequados (Negreiros, 1986a).

A eliminação destas designações do vocabulário de prevenção justificar-se-ia como fazendo todo o sentido, já que apenas a prevenção primária poderá ser considerada como uma intervenção realmente preventiva, isto é, antes de um determinado facto se manifestar (Negreiros, 1998).

De modo a definir e delimitar a noção de prevenção, devemos apontar algumas qualidades essenciais ou requisitos de uma acção preventiva em Psicologia (Negreiros, 1998).

Assim, o primeiro requisito é o da proactividade, ou seja, as intervenções preventivas devem preceder o aparecimento do problema que se pretende prevenir, assumindo um carácter proactivo *e antes do facto* (Albee, 1983a, *in* Negreiros, 1998).

O segundo requisito refere-se ao facto de que uma acção preventiva deverá ser focalizada em populações ou sistemas sociais saudáveis, podendo, no entanto, incluir grupos que, em virtude de circunstâncias de vida ou de experiências recentes, se encontrem numa situação de risco (Cowen, 1982b, *in* Negreiros, 1998).

O terceiro requisito é o da *intencionalidade* (Cowen, 1977, *in* Negreiros, 1998), o qual defende que uma acção preventiva deverá ser considerada "intencional", dirigindo-se no sentido de fortalecer a adaptação psicológica dos indivíduos ainda não afectados.

E, por último, o requisito relativo à avaliação da prática preventiva, isto é, a inclusão de procedimentos destinados a examinar os efeitos das estratégias de prevenção, tem sido, recentemente, considerada uma característica crucial da definição de um programa preventivo (Negreiros, 1998).

Convém, assim, referir que este capítulo apenas irá incidir sobre a prevenção (primária) do consumo de drogas na adolescência, excluindo qualquer referência ao tipo de tratamento e de reabilitação que é desenvolvido junto desta população.

Seguidamente, são apresentados os principais modelos preventivos, com especial destaque para a perspectiva humanista (mais especificamente a perspectiva das alternativas ao consumo de drogas) sobre a qual se baseou o trabalho empírico desenvolvido nesta monografia. Para além disto, é analisado o tipo de prevenção primária que é promovido em Portugal.

2.2. Modelos e perspectivas da prevenção primária do consumo de drogas

Tendo em vista a análise das principais transformações teórico-práticas operadas no domínio da prevenção relativa às drogas, podemos referir três tipos de orientações teóricas distintas, designadas, respectivamente, por: (a) modelo informativo-comunicacional; (b) modelo humanista e; (c) modelo neo-behaviorista (Negreiros, 1990).

2.2.1. O modelo informativo-comunicacional

Historicamente, as intervenções orientadas para a prevenção do abuso de drogas emergiram em contextos educativos, daí que tenham enfatizado componentes informativas. No entanto, antes dos anos 60 não se verifica a existência de um modelo que tenha fornecido um suporte teórico sólido às estratégias desenvolvidas nesta área, sendo que só

nos inícios dos anos 70 foram dados alguns passos no sentido de validar teórica e empiricamente o modelo informativo-comunicacional (Negreiros, 1990).

Este tipo de modelo tem subjacente, não só a ideia de que o consumo de drogas deve-se à falta de conhecimentos por parte dos adolescentes, relativamente às drogas e suas consequências negativas, mas ainda a ideia de que a aquisição de conhecimentos nesta área irá prever este mesmo consumo (Norman & Turner, 1993).

Ou seja, ao oferecer um conjunto de informações apropriadas aos adolescentes relativamente às drogas, estes terão condições suficientes para tomar uma decisão racional, a qual passa por não consumir drogas (Peters & McMahon, 1996).

Assim, o modelo tem como principais objectivos, comunicar/informar os jovens relativamente às consequências negativas do consumo das substâncias psicoactivas e, deste modo, inculcar atitudes negativas face às drogas (Lawson, 1992).

Este tipo de educação sobre as drogas adoptou, no início, uma filosofia orientada para a abstinência, que se traduz, a um nível mais pragmático, no recurso de afirmações autoritárias e na apresentação de informações geradoras de medo ou, ainda, comunicando unicamente os efeitos negativos das drogas (Blane, 1976, *in* Negreiros, 1990).

Os estudos efectuados no âmbito deste modelo, têm-se focalizado nos efeitos das comunicações persuasivas enquanto meio de produzir mudanças nas atitudes e comportamentos em relação às drogas, analisando um determinado fenómeno, como por exemplo, o impacto das mensagens baseadas no medo (Negreiros, 1998).

Deste modo, Negreiros (1998) refere que este mesmo impacto tem sido analisado fraccionando a situação de comunicação em torno de três principais variáveis independentes, nomeadamente, as variáveis relacionadas com a fonte - credibilidade, sexo, similaridade, poder, entre outros; as variáveis relacionadas com o receptor - as capacidades intelectuais, certos factores de personalidade e características demográficas específicas (McGuire, 1976, *in* Negreiros, 1998) e; as variáveis relacionadas com a mensagem - tipo de apelo (mensagens baseadas no medo) e estilo de mensagem (mensagens unilaterais ou bilaterais).

Embora, muitas vezes, baseado em informações realistas, factuais, concretas, honestas e credíveis relativamente ao consumo de drogas (Hurrelmann, Kaufmann & Losêl, 1987), no entanto, este modelo informativo apresenta algumas limitações.

Em termos gerais, esta abordagem caracteriza-se por uma dificuldade em propor noções explicativas gerais, embora tenha o mérito de se focalizar em questões relevantes (McGuire, 1986, *in* Negreiros, 1998).

Outra limitação prende-se com as informações geradoras de medo, as quais são, muitas vezes, percebidas pelos receptores como irreais, comprometendo a credibilidade do programa preventivo (Lawson, 1992) ou, ainda, aumentando a curiosidade e, posteriormente, uma primeira experiência com as drogas (Norman & Turner, 1993).

Estas estratégias são ainda criticadas com base em dois tipos de argumentos: por se focalizarem nas substâncias e não nos indivíduos que as utilizam e, ainda, por não considerarem os factores emocionais e afectivos responsáveis pela iniciação e manutenção de certos padrões de consumo de drogas (Negreiros, 1998).

A orientação teórica mais desenvolvida na evolução do modelo informativo-comunicacional está, contudo, representada na abordagem de *inoculação psicológica* proposta por McGuire (1964), *in* Negreiros (1998), a qual se afasta dos estudos clássicos sobre mudanças de atitudes baseados nas comunicações persuasivas.

O desenvolvimento desta orientação exprime uma ruptura que consiste em conceptualizar a iniciação ao uso de drogas, já não como uma questão de ausência de conhecimentos acerca destas substâncias, mas como um comportamento cujas causas derivam de factores sociais e interpessoais (Negreiros, 1990).

Ou seja, já não se trata de produzir mudanças nas atitudes em relação às drogas, através da compreensão e manipulação dos efeitos de uma comunicação nas atitudes, mas de facilitar a aprendizagem de comportamentos específicos capazes de contrariar as influências sociais, tais como a família ou o grupo de pares, que promovem o consumo de drogas (Negreiros, 1998).

Relativamente às estratégias e métodos de intervenção preventiva no âmbito da abordagem da inoculação psicológica, Negreiros (1998) faz referência a algumas investigações levadas a cabo por variados autores (Evans *et al.*, 1977a; McAlister *et al.*, 1979; Shaffer *et al.*, 1983; Duryea, 1983).

As investigações iniciais desenvolvidas por Evans (1978), *in* Negreiros (1998), possibilitam, claramente, compreender em que consiste um programa preventivo com base num processo de inoculação e, embora estas tenham vindo a sofrer alterações no decurso dos últimos anos, verifica-se que as investigações posteriores retomaram basicamente o trabalho iniciado por este autor e colaboradores.

Assim, nesta investigação inicial, o processo de inoculação consistia na apresentação de quatro filmes nos quais são transmitidas informações sobre os perigos do uso de tabaco, os benéficos de não fumar, procedendo-se a uma revisão das diferentes pressões sociais para fumar. Para além disto, os filmes são complementados com discussões em grupo destinadas a conceber estratégias para resistir a essas pressões (Negreiros, 1998).

2.2.2. A perspectiva humanista

A perspectiva humanista encontra-se associada à influência crescente da psicologia humanista, a qual constitui um movimento que engloba "(...) aquelas correntes do pensamento psicológico segundo as quais o homem é visto da mesma forma como ele se vê a si próprio - enquanto pessoa em vez de unicamente animal ou máquina." (Shaffer, 1978, *in* Negreiros, 1998).

Esta perspectiva começa, assim, por defender que um aumento dos conhecimentos relativos às drogas, dificilmente conduzirá a mudanças nas atitudes ou comportamentos, a menos que os esforços preventivos sejam orientados numa direcção mais afectiva (Negreiros, 1990).

Deste modo, estabelece-se uma nítida ruptura em relação às estratégias preventivas que concebem o ser humano como um mero processador da informação, postulando pressupostos teóricos antagónicos ao modelo informativo-comunicacional.

Assim, segundo Negreiros (1998), por um lado defende-se que a decisão de usar (ou não usar) drogas não se encontra primordialmente condicionada por factores cognitivos, relevando, antes, de posições atitudinais, valores e necessidades; e, por outro lado, defende-se a noção de *consumo responsável*, ou seja, a ideia de que se devem fornecer aos

adolescentes alternativas ao uso de drogas, possibilitando que estes tomem as suas decisões após lhe terem sido apresentados todos os aspectos favoráveis e desfavoráveis (Cornacchia *et al.*, 1978, *in* Negreiros, 1998).

Para além disto, outro pressuposto teórico das abordagens humanistas prende-se com o facto destas considerarem que as drogas não possuem um valor meramente negativo, devendo a sua perigosidade ser analisada em função dos padrões e formas de utilização junto de cada indivíduo, análise essa que deverá ocorrer com a participação e o envolvimento afectivo dos adolescentes (Negreiros, 1998).

Este tipo de pressupostos tinha sido já implicitamente sugerido em diversos programas de prevenção elaborados nos finais dos anos 60 e inícios dos anos 70, na sequência da evolução do modelo informativo-comunicacional, no entanto de carácter vago e impreciso, quer quanto aos objectivos, quer quanto às estratégias (Negreiros, 1990).

Na sequência deste modelo, durante os anos 70, surgem algumas estratégias tipicamente humanistas (Negreiros, 1990), nomeadamente: a) a clarificação de valores; b) a tomada de decisão e; c) as alternativas ao uso de drogas.

2.2.2.1. A clarificação de valores

Segundo Negreiros (1990), a premissa central para a utilização de métodos de clarificação de valores é a de que o uso de drogas poderá estar directamente relacionado com um sistema de valores não clarificado, cujo principal objectivo é o de ajudar o indivíduo a determinar os seus valores básicos.

Este método permite que os adolescentes compreendam a forma como pretendem viver a sua vida e o tipo de experiências que dela pretendem obter (Negreiros, 1998), o qual se reveste de uma grande importância já que "(...) embora os adolescentes não procurem um significado para as suas vidas através de componentes psicoactivas, muitos estão inseguros e não possuem certezas acerca do significado das suas vidas, nem da forma como a desejam viver." (Cornacchia *et al.*, 1978, *in* Negreiros, 1998).

Assim, o que caracteriza a clarificação de valores é a possibilidade de efectuar escolhas livremente, após serem consideradas e analisadas as consequências de cada alternativa (Raths *et al.*, 1966, *in* Negreiros, 1998).

Contudo, embora esta estratégia tenha sido aceite e utilizada na área da prevenção do consumo de drogas, a sua popularidade começou a diminuir devido a alguns problemas levantados (Negreiros, 1990).

Assim, Negreiros (1998) refere o facto de não existir evidência científica que demonstre que o grau de clareza dos valores possa constituir uma característica que diferencie os consumidores de não consumidores.

Para além disto, de acordo com a opinião de Chng (1980), *in* Negreiros (1998), este método relaciona-se com uma preocupação excessiva atribuída ao processo de valorizar, remetendo para segundo plano o papel desempenhado pela informação e pelos conhecimentos no processo de tomada de decisão.

2.2.2.2. A tomada de decisão

O pressuposto central subjacente a esta abordagem é o de que seria irrealista pretender eliminar o uso de drogas em sociedades onde haja um elevado recurso a estas substâncias psicoactivas, sendo, por isso, mais adequado promover uma aprendizagem de competências de tomada de decisão (Negreiros, 1990).

Deste modo, os indivíduos são familiarizados com um modelo de tomada de decisão, que inclui uma análise dos vários elementos envolvidos na execução de uma decisão, a qual compete ser tomada por cada indivíduo (Negreiros, 1998).

Contudo, este tipo de abordagem tem sido questionada por alguns autores, nomeadamente, por Schlegel *et al.* (1984), *in* Negreiros (1990), pelo facto de forçar o adolescente "(...) a avaliar e escolher outras possibilidades que ele pode não ter ainda explicitamente considerado (...)" (p. 435).

2.2.2.3. As alternativas ao consumo de drogas

Este tipo de abordagem humanista baseia-se, em termos gerais, no pressuposto de que ao oferecer alternativas não-químicas ao uso de drogas, o indivíduo terá menos probabilidades de utilizar excessivamente estas substâncias (Negreiros, 1998).

Em termos mais específicos, Negreiros (1998) apresenta-nos a seguinte cadeia de pressupostos inerentes ao modelo das alternativas:

- I. O uso de drogas satisfaz certas necessidades sociais e/ou psicológicas;
- II. Os motivos que conduzem os indivíduos a consumir drogas podem relacionar-se com a necessidade de experienciar novos estados de consciência (Chanin, 1969, *in* Negreiros, 1998);

- III. O indivíduo só deixará de recorrer ao consumo de drogas "(...) se descobrir qualquer coisa melhor." (Cohen, 1971, p. 17, *in* Negreiros, 1998);
- IV. Existe uma diversidade de actividades e experiências que podem satisfazer as necessidades que o indivíduo procura preencher quando recorre ao uso de drogas;
- V. Ao envolver-se nestas actividades, o indivíduo não só satisfaz essas necessidades como terá ainda tendência a não recorrer ao uso/abuso de drogas.

O conceito de alternativas ao uso de drogas, originariamente formulado por Cohen (1968), *in* Negreiros (1990), tem, assim, como principal objectivo reduzir o uso de substâncias psicoactivas, a partir do envolvimento em actividades não relacionadas com as drogas. Deste modo, os adolescentes sentem-se ocupados, produtivos e satisfeitos, aumentando a sua auto-estima (Norman & Turner, 1993).

Ou seja, a participação em determinadas actividades proporciona a oportunidade de desafio, excitação e enriquecimento pessoais, contrariando, assim, o consumo de substâncias químicas e seus malefícios (Vicary, Edward, Caldwell & Swisher, 1998).

Também Mitchell, Stevenson e Florin (1996) definem este modelo como fazendo parte de um dos tipos de intervenção preventiva no âmbito comunitário, cujo objectivo é incrementar o envolvimento dos adolescentes em actividades saudáveis e legais, as quais possam funcionar como alternativas ao consumo de drogas.

Visto o uso de drogas poder ocorrer para satisfazer determinadas necessidades psicológicas do indivíduo, ao proporcionar ao adolescente a prática de certas actividades de lazer, poderá ser possível satisfazer o mesmo tipo de necessidades que este procura satisfazer quando recorre ao consumo destas substâncias (Negreiros, 1990).

Deste modo, as actividades de lazer são consideradas pela generalidade dos psicólogos como o quarto contexto mais importante na vida dos adolescentes, depois da família, escola e grupo de amigos (Vicary *et al.*, 1998).

Assim sendo, de acordo com a Comissão de Estupefacientes da ONU (1988):

"É do interesse da colectividade que os tempos livres sejam utilizados de maneira construtiva. Numerosas actividades- serviços comunitários, actividades desportivas e culturais- podem ajudar os diferentes grupos sociais, particularmente os jovens, os idosos e os deficientes, a evitar a droga (...) Os poderes públicos deverão fornecer instalações, serviços, materiais e fundos necessários à organização de actividades que não exponham o indivíduo à droga (...)" (pp. 39-40).

Um modelo de prevenção deverá, assim, incluir a possibilidade dos adolescentes participarem em actividades de lazer, que lhes permitam uma libertação da pressão e dos problemas do dia-a-dia, sendo, para tal, necessário que todos os organismos regionais e nacionais promovam algumas dessas actividades (Hurrelmann *et al.*, 1987).

Ao longo destes anos, vários autores (Chanin, 1969; Cohen, 1971; Gordon, 1972; Dohner, 1972, *in* Negreiros, 1998) têm vindo a sugerir um conjunto de actividades alternativas ao consumo de drogas. No entanto, algumas delas são de tal maneira vagas e imprecisas que qualquer actividade pode ser designada por *alternativa* (Negreiros, 1990).

Efectivamente, nem todas as actividades podem ser consideradas como substitutas do consumo de drogas (Swisher & Hu, 1983), ou seja, embora se considere que a participação em actividades de lazer e consequente ocupação dos tempos livres contribui para um desenvolvimento saudável dos adolescentes, algumas dessas actividades poderão estar relacionadas com o consumo de substâncias psicoactivas, daí funcionarem, simultaneamente, como um risco e uma oportunidade (Vicary *et al.*, 1998).

A este propósito convirá referir um estudo realizado por Swisher e Hu (1983), junto de uma amostra constituída por 14 000 estudantes do ensino secundário, o qual revelou que:

1. As actividades de entretenimento (ir ao cinema, teatro, concertos, etc) estavam positiva e significativamente associadas com o consumo de tabaco, álcool (cerveja), haxixe, inalantes, depressores e estimulantes;
2. As actividades académicas (estudar, fazer trabalhos em grupo/individuais, etc) estavam associadas significativamente a um menor consumo de cerveja, haxixe e estimulantes;
3. A prática de desportos estava significativamente associada a um menor consumo de tabaco, haxixe, depressores, alucinogéneos e estimulantes, contudo, a um maior consumo de cerveja;
4. As actividades sociais (estar com os amigos do mesmo sexo e do sexo oposto, ir a festas, etc) estavam associadas positiva e significativamente com o consumo de todas as drogas;
5. As actividades religiosas estavam associadas significativamente a um menor consumo de tabaco, cerveja, haxixe e estimulantes;
6. As actividades extracurriculares (participar na associação de estudantes, no jornal da escola, etc) estavam associadas significativamente a um maior consumo de tabaco, cerveja, haxixe, inalantes, depressores e estimulantes;
7. As actividades vocacionais estavam associadas positiva e significativamente com o consumo de todas as drogas; e
8. A prática de hobbies (coleccionar objectos, pintar/desenhar, criar animais, etc) estava associada significativamente a um menor consumo de cerveja e estimulantes.

Podemos concluir que, neste estudo, algumas actividades de lazer (actividades sociais, de entretenimento, extra-curriculares e vocacionais) se encontram associadas a um alto

de drogas, enquanto que outras (actividades religiosas, académicas, os hobbies e o desporto) se encontram negativa e significativamente relacionadas com o consumo de drogas.

Assim, as investigações levadas a cabo por Swisher e Hu (1983) e, posteriormente, Swisher, Shute e Bibeau (1984), permitiram concluir que "(...) embora uma variedade quase infinita de actividades tenha sido sugerida, só um número muito limitado de actividades, se mostra, efectivamente, exequível." (Negreiros, 1998, p. 153).

Outros autores dedicaram-se ao estudo da relação entre as actividades de lazer e o consumo (ou não consumo) de uma droga específica: o álcool.

Deste modo, Cahalan, Cisin e Crossley (1969), *in* Carruthers e Busser (1995) defendem que a participação em actividades religiosas e em hobbies se encontram negativamente correlacionadas com o consumo de álcool e que, por outro lado, as actividades que envolvam jantar fora com os amigos e ver televisão, correlacionam-se positivamente com o consumo desta droga.

Ainda a este respeito, Johnson (1974), *in* Carruthers e Busser (1995) é da opinião que a frequência de consumo de álcool está associada a actividades de entretenimento, tais como jogar cartas com os amigos, e ainda com actividades culturais, nomeadamente com a ida a cinemas e teatros.

Posteriormente, Glynn, Lo Castro, Hermos e Bosse (1983), *in* Carruthers e Busser (1995) referem que as actividades "masculinas", tais como ir a espectáculos desportivos, ir a bares/discotecas, se encontram associadas a um alto consumo de álcool.

Sessoms e Oakley (1969), *in* Carruthers e Busser (1995) defendem que os sujeitos consumidores de álcool raramente praticam actividades religiosas, ao ar livre, de desporto ou ainda hobbies.

Com base em todos estes estudos, é possível concluir que diferentes contextos podem ter um papel de incrementar, reduzir ou tornar indiferente o consumo de drogas (Orcutt, 1991, *in* Carruthers e Busser, 1995)

Recentemente, têm sido efectuadas algumas tentativas destinadas não só a identificar e individualizar actividades que possam, verdadeiramente, constituir alternativas ao uso de drogas, como também a identificar o tipo de necessidades que o indivíduo visa satisfazer ao utilizar determinadas substâncias psicoactivas (Negreiros, 1998).

Assim, Negreiros (1998) ao citar o trabalho desenvolvido, nos últimos anos, por Cook e colaboradores (Cook & Morse, 1980; Cook *et al.*, 1983; Cook, 1985), defende a opinião de que este trabalho representa a conceptualização mais elaborada e completa, no âmbito da identificação das necessidades psicológicas que o indivíduo procura satisfazer com o consumo de drogas.

Deste modo, Cook e Morse (1980), *in* Negreiros (1998) identificaram dois grupos de necessidades: por um lado, as necessidades psicológicas e comportamentais e, por outro, as necessidades sócio-psicológicas. As necessidades identificadas no primeiro grupo têm como finalidade uma redução da inibição e tensão, bem como uma intensificação das interacções sociais (álcool e outros depressores, sedativos e tranquilizantes); a procura de sentimentos de euforia (álcool); estimulação/activação (anfetaminas, cocaína) e; alteração de estados de consciência (marijuana, haxixe e drogas alucinogéneas). As necessidades

incluídas no segundo grupo abrangem: a necessidade de interdependência e rebelião; a aceitação pelo grupo de companheiros e; a auto-estima.

Para além disto, outro estudo levado a cabo por Cook (1985), *in* Negreiros (1990), procurou integrar os resultados da investigação sobre os mecanismos das drogas opiáceas e opioides produzidas pelo organismo humano (endorfinas e encefalinas), com a investigação realizada no âmbito da *teoria do processo-oponente*, focalizando-se na dinâmica de uma actividade específica - o exercício físico.

Assim, Cook (1985), *in* Negreiros (1998) estabelece uma hipótese geral de que a actividade física, ao produzir endorfinas (as quais induzem estados similares aos provocados pelas drogas opiáceas) e elevando o humor, poderá originar uma diminuição da necessidade de recorrer ao uso de drogas.

Com vista a definir o significado subjacente à *teoria do processo-oponente*, Negreiros (1998) refere que:

“Quando um determinado processo (experiência, afecto, sentimento), desencadeado por um estímulo, atinge um pico de intensidade (processo que pode ser agradável ou aversivo), um “processo oponente” começa a manifestar-se. Após várias estimulações (ou experiências) o afecto inicial reduz-se, enquanto que o afecto “oponente” se intensifica.” (p. 157).

Com base nesta teoria, torna-se possível compreender por que motivo certas actividades que são inicialmente desagradáveis (corridas de longa distância, levantamento de pesos, etc), acabam por proporcionar um afecto e sentimento agradáveis (Cook, 1985, *in* Negreiros, 1998).

Após a apresentação do modelo das alternativas ao consumo de drogas, poder-se-á concluir que este tipo de abordagem preventiva é mais complexo do que as primeiras formulações pareciam crer e, embora tenha vindo a ser criticada pela falta de validação devido à escassa investigação, alguma atenção tem-lhe sido votada enquanto estratégia de prevenção do consumo de drogas (Negreiros, 1998).

No entanto, Swisher e Hu (1983) são da opinião que, em vez de rejeitar a eficácia deste modelo preventivo, dever-se-ão, antes, prosseguir as investigações e as propostas do tipo de alternativas que têm um efeito eficaz na prevenção do consumo de drogas.

2.2.3. A perspectiva neo-behaviorista

Este tipo de modelo baseia-se no princípio geral de que os indivíduos podem recorrer ao uso de determinadas substâncias psicoactivas, por não possuírem competências sociais adequadas (Negreiros, 1990), ou seja, "(...) capacidades de lidar eficazmente com as relações interpessoais." (Argyle, 1968, p. 148, *in* Negreiros, 1998).

Em termos específicos, o modelo neo-behaviorista tem subjacente um conjunto de pressupostos teóricos, a saber: a) as competências sociais podem ser objecto de uma aprendizagem; b) este método poderá revelar-se particularmente adequado no tratamento de diversas perturbações psicológicas; c) os consumidores de drogas poderão não possuir determinadas competências sociais que lhes permitam eximir-se a situações que encorajam o consumo dessas substâncias; d) existe uma clara relação entre a iniciação do uso de drogas e a presença, no ambiente social do adolescente, de influências e pressões sociais (Negreiros, 1998).

Alguns estudos (Horan *et al.*, 1975; Williams *et al.*, 1981, *in* Negreiros, 1990) fornecem uma sólida evidência empírica relativamente à existência de uma correlação negativa entre o consumo de determinadas substâncias psicoactivas e a aquisição de competências sociais, nomeadamente a assertividade.

Para além disto, este modelo de prevenção primária atribui uma elevada importância a determinados factores sócio-ambientais e interpessoais, com especial destaque para as influências sociais provenientes do grupo de pares (Negreiros, 1990). Assim sendo, cada vez mais se testemunham programas preventivos que se focalizam na aprendizagem e treino de competências sociais, com os quais os adolescentes se sentem capazes de resistir às drogas (Chabrol, 1992; Norman & Turner, 1993; Lawson, 1996).

Deste modo, segundo Lawson (1996) os adolescentes que possuem competências sociais, aprendem a resistir directa ou indirectamente às influências sociais relativas ao consumo de drogas. Ou seja, este tipo de programa preventivo passa, assim, a centrar-se "(...) na «inoculação» de competências que criem uma maior «robustez» nos indivíduos, permitindo-lhes fazer face, com sucesso, às diversas tarefas com que terão de se confrontar ao longo da sua existência." (Negreiros, 1986a).

Convém referir que algumas limitações são apontadas a este modelo, nomeadamente o facto de subestimar a necessidade de analisar as influências sociais que promovem o uso de drogas em ligação com determinadas características da personalidade do adolescente, já que existe uma suposição de que certas características tornarão os indivíduos mais vulneráveis a tais processos de influências interpessoais (Negreiros, 1990).

Uma limitação mais séria prende-se com o facto da abordagem neo-behaviorista tematizar a mudança como o resultado da aquisição de um certo número de competências, minimizando o papel desempenhado pelo sistema de atitudes e crenças que o indivíduo detém acerca do uso de drogas (Negreiros, 1990).

Quanto à eficácia deste modelo preventivo, os escassos estudos realizados (Dupont & Jason, 1984; Botvin *et al.*, 1984; Botvin, 1985; Englander-Golden, 1985, *in* Negreiros, 1990) indicam, em termos gerais, efeitos positivos.

No entanto, as abordagens que parecem revelar uma maior eficácia são as que: a) integram outras componentes para além das que se prendem apenas com a aprendizagem de competências sociais; b) não se limitam a explicar a iniciação do uso de drogas como mero resultado de pressões sociais; c) incluem simultaneamente as aprendizagens sociais específicas do uso de drogas e de *competências sociais positivas* (Botvin, 1983, *in* Negreiros, 1998), ou seja, competências que proporcionam oportunidades de intensificar (qualitativa e quantitativamente) o funcionamento interpessoal (Negreiros, 1998).

2.3. A prevenção primária em Portugal

O consumo de drogas passou, a dado momento, a constituir um problema e a exigir uma maquinaria capaz de delimitar este facto. Daí a criação de um dispositivo, isto é, de uma “(...) estrutura funcional reguladora e organizadora de uma multiplicidade e diversidade de objectos, de acontecimentos e de práticas dispersas em torno de uma dimensão concreta da realidade situada num espaço e tempo próprios (...)” (Agra, 1993, p. 29).

São os poderes públicos que, em Portugal, desencadeiam e estimulam o discurso sobre a droga em dois momentos fortes situados entre 1973 e 1980, sob a forma de campanhas

anti-droga: a primeira campanha, no início dos anos 70, sob o governo de Marcelo Caetano e a segunda, após o período revolucionário e com o primeiro governo constitucional (Agra, 1993).

A primeira campanha sensibilizou, pela primeira vez, a opinião portuguesa para o problema da droga, através de um slogan materializado em cartaz com a seguinte mensagem: DROGA-LOUCURA-MORTE. Esta campanha surgiu num período onde um movimento de revolta atravessava o país: greves em fábricas e nas escolas, trabalhadores e intelectuais reivindicavam liberdade sindical e de expressão. Para além disto, esta campanha surpreendeu os portugueses, visto que nenhum acontecimento significativo, em matéria de consumo de drogas, tivesse lançado a inquietação quanto a esta problemática (Agra, 1993).

Daí a necessidade de interpretar o significado desta primeira campanha e levantar algumas hipóteses, nomeadamente, o facto desta ter servido para explicar e cristalizar os processos de transformação das estruturas sociais e políticas, ou seja, ter funcionado como estratégia de defesa do governo. Com o mote droga-loucura-morte, pretendeu-se explicar que o que ocorre no organismo social é análogo ao que ocorre num organismo drogado. Assim como a droga se associa à loucura e à morte, também a revolução se encontra associada à loucura e à morte (Agra, 1993).

Quanto à segunda campanha, podemos situar o seu início no Verão de 1976 e, desta vez, sob a forma do slogan: O FLAGELO DA LIAMBA. Esta campanha foi motivada pelo crescimento do consumo de liamba determinado, em parte, pelo fluxo ao continente de cidadãos residentes nas províncias ultramarinas, que retornaram em 1975-1976; por outro

lado, o desemprego e a falta de saídas profissionais para as camadas mais jovens, tornou-se causa próxima da vulgarização das drogas ditas «leves» (Poiares, 1996).

Para além destas duas campanhas, foi emanado pela Presidência do Conselho de Ministros o decreto-lei nº 745/75, de 31 de Dezembro. Este dispositivo criou o *Centro de Estudos da Juventude* (que passou a ser designado por *Centro de Estudos da Profilaxia da Droga (CEPD)*), nos termos do artigo 1º, nº1, do decreto-lei nº 792/76) e o *Centro de Investigação Judiciária e Controlo da Droga* (que passou a denominar-se *Centro de Investigação e Controlo da Droga (CICD)*), nos termos do artigo 1º, nº1, do decreto-lei nº 791/76, de 5 de Novembro) (Poiares, 1996).

No entanto, de modo a garantir a coordenação e integração das acções desenvolvidas por estas duas entidades (*CEPD e CICD*), foi criada uma terceira entidade superestrutural: o *Gabinete Coordenador de Combate à Droga*, à qual lhe cabe um conjunto de competências que se situam, quer ao nível da prevenção, quer ao nível repressivo, incumbindo-lhe a gestão dos departamentos vocacionados para ambas as actividades (Poiares, 1996).

A partir de 1987 foi criado, em Portugal, um programa nacional de prevenção da toxicod dependência, designado pelo projecto *VIDA*, através do qual se pretende desenvolver uma política integrada, visando a promoção de estilos saudáveis de vida, em que não tenha lugar o consumo de drogas (Macfarlane *et al.*, 1996).

O projecto *VIDA* opera em três áreas, nomeadamente: a) prevenção; b) tratamento, reabilitação e inserção social dos toxicómanos e; c) combate ao tráfico (Poiares, 1996). No

entanto, convém aqui referir quais são as acções desenvolvidas por este projecto relativamente à primeira área.

Assim, no que respeita à prevenção (primária), estão previstas diversas acções, nomeadamente ao nível dos meios escolares, desde o ensino básico ao universitário, ao nível da formação de professores e de operadores de prevenção e ao nível da introdução nos programas escolares de conteúdos alusivos ao uso de drogas. Para além disto, as acções incluem, ainda, a criação de programas ocupacionais para os jovens e o lançamento de um serviço telefónico gratuito (Poiares, 1996).

Atendendo às implicações sociais do fenómeno da toxicoddependência, tornou-se necessário o efectivo empenhamento da sociedade no seu conjunto, através de *Organizações não Governamentais*, as quais passam a executar, regionalmente, os objectivos nacionais do projecto *VIDA* (Macfarlane *et al.*, 1996).

Na linha traçada pelo diploma de 1987, foram ainda criados os *Centros de Apoio a Toxicodependentes (C.A.T.'s)* e o *Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicoddependência (S.P.T.T.)*, os quais constituem, basicamente, centros e serviços especializados na prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social (Macfarlane *et al.*, 1996).

2.4. Conclusão

Nas últimas décadas tem-se intensificado o interesse pela aplicação de projectos orientados para a prevenção, os quais ficaram a dever-se, em larga medida, a uma certa decepção em relação aos processos de tratamento psicológico existentes. A prevenção

primária surge, assim, como uma alternativa aos métodos psicoterapêuticos e abordagens clínicas tradicionais (Negreiros, 1986a).

As intervenções preventivas do consumo de drogas fazem todo o sentido, já que torna-se bastante mais produtivo actuar antes do fenómeno se manifestar, evitando assim tratamentos e reabilitações que, numa grande parte das vezes, obtêm resultados aquém do esperado (Gullotta, 1994).

Existem alguns modelos de intervenção preventiva do consumo de drogas, nomeadamente o modelo informativo-comunicacional, o modelo humanista e o modelo neo-behaviorista, os quais assentam em pressupostos e estratégias diferentes. Visto que cada um destes modelos possui vantagens e desvantagens e isoladamente não produzem efeitos satisfatórios, o ideal de um programa de prevenção será o de possuir características e contributos dos três (Negreiros, 1990).

II PARTE

III. ESTUDO EMPÍRICO

3.1. Justificação do estudo empírico

Ao longo do estágio realizado na *Associação de Solidariedade e Acção Social (ASAS)*, em Santo Tirso, foi surgindo um interesse particular pela questão da prevenção primária do consumo de drogas na adolescência.

Nesta região geográfica, a toxicodependência foi apontada pela população residente, através de um questionário administrado, como o maior problema social, em especial na camada mais jovem. Por esta razão, a *ASAS* implementou um projecto de prevenção primária, denominado por *Projecto IRIS*, direccionado para a ocupação dos tempos livres dos adolescentes deste concelho.

A participação neste projecto e o contacto directo com a problemática da toxicodependência neste concelho, suscitou o interesse em realizar um trabalho empírico dirigido para a prevenção primária e, mais especificamente, para uma das estratégias do modelo humanista designado por *alternativas ao uso de drogas*, que tem como um dos pressupostos a ocupação dos tempos livres como alternativas a este uso.

Efectivamente, na opinião de alguns autores (Vicary, 1998; Mitchell *et al.*, 1996; Hurrelmann *et al.*, 1987; Swisher & Hu, 1983; Swisher *et al.*, 1984) um modelo de prevenção primária deverá passar pela possibilidade dos adolescentes participarem em actividades de lazer que contrariem o consumo de drogas.

Contudo, visto que nem todas as actividades de lazer podem ser consideradas como substitutas/alternativas deste consumo, será necessário investigar e propor apenas aquelas que tenham um efeito eficaz, enquanto preventivas/alternativas (Swisher & Hu, 1983).

3.2. Objectivos da investigação

Os objectivos da investigação são os seguintes:

1. Analisar e descrever os tipos de consumo de drogas numa amostra de adolescentes do Concelho de Vila Nova de Gaia.
2. Analisar e descrever o consumo de drogas desta amostra, em função do género e da idade.
3. Estudar as relações existentes entre determinadas actividades de lazer e o consumo (ou não consumo) de determinadas drogas.
4. Procurar explicar e predizer o tipo de consumo presente neste estudo, em função das variáveis referentes às actividades de lazer.

3.3. Hipóteses da investigação

Hipótese 1: Prevê-se que os consumos de tabaco, álcool (cerveja/vinho/licores), haxixe, heroína, cocaína, inalantes, anfetaminas e tranquilizantes não sejam muito elevados, tendo em linha de conta a idade dos sujeitos inquiridos.

Hipótese 2: Não se prevêem diferenças significativas entre os géneros no que respeita aos consumos de álcool (cerveja/vinho/licores), haxixe, anfetaminas, inalantes, cocaína e heroína, sendo de prever um consumo ligeiramente superior destas drogas no género masculino.

Hipótese 3: Não se prevêem diferenças significativas entre os géneros no que respeita ao consumo de tabaco, sendo de prever um consumo ligeiramente superior destas drogas no género feminino.

Hipótese 4: Não se prevêem diferenças significativas entre os géneros no que respeita ao consumo de tranquilizantes, sendo de prever um consumo ligeiramente superior destas drogas no género feminino.

Hipótese 5: Prevêem-se diferenças significativas dos consumos de tabaco, álcool (cerveja/vinho/licores), haxixe, heroína, cocaína, anfetaminas e tranquilizantes em função da idade, isto é, que o seu consumo aumente com o avançar da idade.

Hipótese 6: Prevêem-se diferenças significativas do consumo de inalantes em função da idade, isto é, que o seu consumo diminua com o avançar da idade.

Hipótese 7: Prevê-se que a prática de actividades sociais, extracurriculares e de entretenimento se encontrem positiva e significativamente correlacionadas com o consumo de drogas.

Hipótese 8: Prevê-se que a prática de actividades religiosas, familiares, académicas, de voluntariado, ao ar livre, de desporto e de hobbies se encontrem negativa e significativamente correlacionadas com o consumo de drogas.

Hipótese 9: Prevê-se que a variância do consumo de tabaco, álcool (cerveja/vinho/licores), haxixe, inalantes e anfetaminas possa ser explicada pela prática de pelo menos por uma das actividades de lazer.

Hipótese 10: Prevê-se que a variância do consumo de heroína, cocaína e tranquilizantes possa ser explicada pela prática de pelo menos uma das actividades de lazer.

3.4. Metodologia

3.4.1. Desenho empírico

O presente estudo é baseado num inquérito descritivo/analítico de carácter correlacional, de corte transversal.

A recolha de informação do respectivo inquérito, foi efectuada através de um questionário constituído por duas escalas, as quais são análogas às da investigação realizada por Swisher e Hu (1983).

3.4.2. Instrumento de avaliação utilizado

O instrumento de avaliação utilizado foi um inquérito por questionário, constituído por duas escalas, que tem como objectivo medir o grau de relação entre algumas actividades de lazer mais usualmente realizadas pelos adolescentes e o consumo de substâncias psicoactivas.

As escalas que constituem este instrumento foram sujeitas a um processo de determinação da sua consistência interna, através do cálculo do *Alpha de Cronbach* e adaptadas ao nível da apresentação, tradução, instruções e aspecto gráfico.

Estas escalas são constituídas, na sua totalidade, por 44 itens do tipo Likert (de 0 a 5 pontos), a saber:

Escala I- . *The Primary Prevention Awareness, Attitudes and Usage Scale- PPAAUS*
(do item 1 ao 35)

Escala II- Escala do consumo de drogas e álcool- CONS (do item 36 ao 44)

3.4.3. Instrumentos de medida do inquérito

3.4.3.1. The Primary Prevention Awareness, Attitudes and Usage Scale- PPAAUS

Esta escala foi adaptada de um estudo realizado por Swisher e Hu (1983). Possui 71 itens repartidos por sete subescalas, sendo que neste estudo apenas foi utilizada e adaptada a subescala referente à participação em actividades de lazer.

Esta subescala faz referência a 8 actividades, nomeadamente as actividades sociais (e.g. ir a festas), as actividades religiosas, as actividades vocacionais, as actividades de entretenimento (e.g. ir ao cinema), as actividades extra-curriculares (e.g. participar na Associação de Estudantes), as actividades académicas (e.g. estudar/fazer trabalhos em grupo), o desporto e os hobbies (e.g. colecionar objectos).

A estas actividades (com excepção das actividades vocacionais, as quais não se encontram presentes no nosso estudo empírico), foram acrescentadas mais três actividades (as actividades familiares, ao ar livre e de voluntariado) que, embora tenham já sido alvo de estudo por parte deste autor, não são conhecidos os seus resultados, a data ou os nomes dos autores que, juntamente com Swisher, colaboraram no estudo das relações entre estas três actividades e o consumo de drogas.

A PPAAUS permite avaliar o grau de participação dos adolescentes em cada uma das actividades de lazer e a sua relação com as restantes subescalas, nomeadamente a subescala referente ao consumo de drogas. Para além disto, permite avaliar a diferença dessa participação em função do género e da idade.

A PPAAUS foi submetida à prova de *Alpha de Cronbach*, cujo coeficiente de estandardização foi de 0.63, podendo-se, desta forma, afirmar que a mesma possui uma consistência interna satisfatória.

3.4.3.2. Escala do consumo de drogas e álcool- CONS

Esta escala foi adaptada de um estudo empírico realizado por Serrano, Godás e Rodriguez (1994), a qual possui 9 itens que fazem referência ao consumo de tabaco, cerveja/vinho, licores, haxixe, heroína, cocaína, inalantes, anfetaminas e tranquilizantes.

A escala de consumo de drogas e álcool, foi submetida à prova de *Alpha de Cronbach*, cujo coeficiente de estandardização foi de 0.77, podendo-se, desta forma, afirmar que possui uma consistência interna bastante satisfatória.

3.4.4. Local de administração do inquérito

A Escola Secundária Almeida Garrett, com sede em Gaia, foi o local escolhido para a realização do estudo empírico, tendo o inquérito sido administrado a alunos, de ambos os sexos, pertencentes a turmas desde o 7º ao 11º ano de escolaridade.

A escolha por esta escola, teve que ver com o facto de ser constituída por alunos de ambos os géneros e com idades compreendidas na fase da adolescência. Para além disto, é uma escola que implementa bastantes actividades de lazer extra-curriculares e está situada numa zona onde existem variados meios, com os quais os adolescentes podem ocupar os seus tempos livres.

3.4.5. Amostra

O questionário foi administrado a 120 adolescentes, sendo esta amostra não representativa da população, mas, no entanto, equilibrada e proporcional e, deste modo, aceitável para a realização desta monografia.

Esta amostra é ainda constituída por sujeitos com idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos de idade, de ambos os géneros.

TABELA 1:

Número de sujeitos inquiridos, segundo o género e a idade

IDADE	SEXO		TOTAL
	FEMININO	MASCULINO	
13	12	12	24
14	12	12	24
15	12	12	24
16	12	12	24
17	12	12	24
TOTAL	60	60	120

3.4.6. Procedimento

Após autorização prévia do Conselho Directivo da escola anteriormente referida, foi administrado o questionário aos alunos cujo perfil correspondia às variáveis sócio-demográficas da investigação. Deste modo, a administração do questionário foi realizada em 5 turmas dos diferentes anos de escolaridade (7º, 8º, 9º, 10º e 11º), por uma professora, membro do Conselho Directivo, tendo este trabalho sido desenvolvido durante os meses de Novembro e Dezembro de 1999.

3.4.7. Variáveis da investigação

As variáveis escolhidas para esta investigação são de dois tipos: por um lado, as variáveis sócio-demográficas e, por outro lado, as variáveis psicossociológicas.

As variáveis sócio-demográficas são as seguintes:

- Género (feminino e masculino); e
- Idade (dos 13 aos 17 anos inclusivé)

As variáveis psicossociológicas são as seguintes:

- Actividades de lazer (escala I):
 - Actividades de entretenimento (do item 1 ao 11)
 - Desporto (item 12)
 - Actividades sociais (do item 13 ao 16)
 - Actividades familiares (do item 17 ao 20)
 - Actividades religiosas (item 21)
 - Actividades de voluntariado (item 22)
 - Actividades ao ar livre (do item 23 ao 25)
 - Actividades académicas (do item 26 ao 27)
 - Hobbies (do item 28 ao 32)
 - Actividades extra-curriculares (do item 33 ao 35)
- Consumo de drogas (escala II):
 - Tabaco (item 36)
 - Cerveja/Vinho (item 37)
 - Licores (item 38)
 - Haxixe (item 39)
 - Heroína (item 40)
 - Cocaína (item 41)
 - Inalantes (item 42)
 - Anfetaminas (item 43)
 - Tranquilizantes (item 44)

3.4.8. Análise estatística realizada

Através do programa estatístico SPSS v/ 7.5, foram realizadas análises descritivas que permitem o cálculo das pontuações médias e do desvio padrão de cada uma das variáveis referidas neste estudo.

Com o objectivo de encontrar diferenças significativas entre as variáveis sócio-demográficas e as variáveis psicossociais, foram realizadas análises diferenciais. Para tal calculou-se o t de Student, para o género e a análise de Variância (Anova one way), para a idade. Nesta prova utilizou-se o Teste de Scheffé (comparações múltiplas).

A fim de comprovar a existência de alguma correlação significativa entre as variáveis, efectuou-se uma análise correlacional, através do r de Pearson, com o objectivo de calcular os coeficientes de correlação das variáveis psicossociais.

No que diz respeito à análise preditiva, utilizou-se uma análise de regressão múltipla através do método de Stepwise. A análise de regressão foi realizada tendo como variável dependente (critério) a variável consumo de drogas e álcool (e cada um dos seus itens) e como variável independente (preditiva) os itens que compõem a variável relativa às actividades de lazer.

3.5. **Interpretação dos resultados**

Os resultados apresentados neste ponto, relativamente à análise descritiva e diferencial, são apenas os da variável consumo de drogas. Os valores relativos à variável actividades de lazer, encontram-se em anexo (Análise descritiva e diferencial em função do género- anexo 4; análise descritiva e diferencial em função da idade- anexo 5).

3.5.1. Análise descritiva e diferencial

Seguidamente são apresentados os resultados da análise descritiva e diferencial do consumo de drogas (cada um dos seus itens), em função do género e da idade. A primeira análise permite o cálculo das pontuações médias e do desvio padrão de cada uma das variáveis, enquanto que a análise diferencial permite encontrar diferenças significativas entre as variáveis sócio-demográficas e a variável psicossocial consumo de drogas.

TABELA 2:

Consumo de drogas e álcool (CONS) da amostra total.

	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Consumo de drogas e álcool	4.35	4.86
Amplitude da escala (0-45 pontos)		

Verifica-se que a pontuação média da amostra total ($M= 4.35$; $D.P.= 4.86$) não apresenta valores elevados em relação à variável CONSUMO, na medida em que a amplitude máxima da escala é de 45 (9x5) pontos.

TABELA 3:

Consumo de drogas (cada um dos seus itens), por ordem decrescente.

CONSUMOS	MÉDIA (M)	DESVIO PADRÃO (D.P.)
Álcool (cerveja/vinho/licores)	1.91	2.11
Tabaco	1.03	1.27
Haxixe	0.42	1.00
Anfetaminas	0.31	0.86
Inalantes	0.31	0.65
Heroína	0.09	0.41
Tranquilizantes	0.09	0.29
Cocaína	0.00	0.00
Amplitude máxima por item (0-5 pontos)		

No que respeito às drogas consumidas pelos adolescentes inquiridos, verifica-se que as drogas legais mais consumidas são o álcool (M= 1.91; D.P.= 2.11) e o tabaco (M= 1.03; D.P.= 1.27). No que respeita às drogas ilegais, o haxixe (M= 0.42; D.P.= 1.00) é a mais consumida, comparativamente com um baixo consumo de anfetaminas (M= 0.31; D.P.= 0.86), inalantes (M= 0.31; D.P.= 0.65), heroína (M= 0.09; D.P.= 0.41), tranquilizantes (M= 0.09; D.P.= 0.29) e cocaína (M= 0.00; D.P.= 0.00).

TABELA 4:

Análise descritiva (pontuações médias e desvio padrão) e diferencial (Teste t-Student) da variável consumo de drogas (cada um dos seus itens), em função do género.

CONSUMOS	FEMININO		MASCULINO		G.L.	T	P
	N= 60		N= 60				
	M	D.P.	M	D.P.			
Tabaco	1.00	1.16	1.07	1.36	118	0.29	.78
Cerveja/vinho	1.08	1.17	1.40	1.39	118	1.35	.18
Licores	0.85	1.04	1.03	1.30	118	0.85	.40
Haxixe	0.28	0.87	0.55	1.11	118	1.47	.15
Heroína	0.00	0.00	0.18	0.57	118	2.50	.014*
Cocaína	0.00	0.00	0.00	0.00	---	---	---
Inalantes	0.32	0.62	0.32	0.68	118	0.00	1.00
Anfetaminas	0.24	0.73	0.38	0.98	117	0.92	.36
Tranquilizantes	0.14	0.35	0.05	0.22	117	1.62	.11

Amplitude máxima por item (0-5 pontos)

p<.050* p<.010** p<.001***

Os resultados a que chegámos com este estudo empírico, apontam para um maior consumo, por parte do género masculino, no que respeita ao tabaco (M= 1.07; D.P.= 1.36), cerveja/vinho (M= 1.40; D.P.= 1.39), licores (M= 1.03; D.P.= 1.30), haxixe (M= 0.55; D.P.= 1.11), heroína (M= 0.18; D.P.= 0.57) e anfetaminas (M= 0.38; D.P.= 0.98).

Contudo, nem todas estas diferenças de consumo são significativas. Assim, não são significativas as diferenças de consumo de tabaco [$t(118) = 0.29, p = .78$], cerveja/vinho [$t(118) = 1.35, p = .18$], licores [$t(118) = 0.85, p = .40$], haxixe [$t(118) = 1.47, p = .15$] e anfetaminas [$t(117) = 0.92, p = .36$], sendo significativa a diferença de consumo de heroína [$t(118) = 2.50, p < .050$].

Relativamente ao género feminino, constata-se que as raparigas apresentam um consumo superior de tranquilizantes ($M = 0.14; D.P. = 0.35$), embora a diferença de consumo não seja significativa [$t(117) = 1.62, p = .11$].

Quanto aos inalantes, verifica-se um consumo similar nos rapazes ($M = 0.32; D.P. = 0.68$) e nas raparigas ($M = 0.32; D.P. = 0.62$), daí que não hajam diferenças significativas em função do género [$t(118) = 0.00, p = 1.00$].

Por último, quanto à cocaína, a amostra inquirida não revelou qualquer consumo desta droga, daí não ser possível a análise descritiva (pontuações médias e desvio padrão) e diferencial (t-Student), em função do género.

TABELA 5-A:

Análise descritiva (pontuações médias e desvio padrão) e diferencial (Análise da variância-anova one way) da variável consumo de drogas e álcool (cada um dos seus itens), em função da idade.

CONSUMOS	13 ANOS N= 24		14 ANOS N= 24		15 ANOS N= 24		16 ANOS N= 24		17 ANOS N= 24		G.L.	F	p
	M	D.P.	M	D.P.	M	D.P.	M	D.P.	M	D.P.			
Tabaco	0.29	0.55	0.63	0.92	1.29	1.37	1.25	0.94	1.71	1.73	4	5.58	.0004 ***
Cerveja/ Vinho	0.58	0.97	0.67	1.20	1.54	1.47	1.58	0.93	1.83	1.34	4	5.48	.0004 ***
Licores	0.21	0.51	0.63	0.92	1.33	1.63	1.29	0.86	1.25	1.26	4	4.96	.001 ***
Haxixe	0.00	0.00	0.17	0.64	0.58	1.18	0.46	0.98	0.88	1.39	4	3.05	.020 *
Heroína	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.04	0.20	0.42	0.83	4	5.48	.0004 ***
Cocaína	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	---	---	---
Inalantes	0.08	0.28	0.29	0.69	0.54	0.98	0.46	0.59	0.21	0.41	4	2.03	.094
Anfetaminas	0.00	0.00	0.33	0.82	0.22	0.60	0.13	0.34	0.88	1.48	4	4.10	.004 **
Tranquilizantes	0.04	0.20	0.00	0.00	0.04	0.21	0.33	0.48	0.04	0.20	4	6.17	.0002 ***

Amplitude máxima por item (0-5 pontos)
 p<.050* p<.010** p<.001***

TABELA 5-B:

Teste Scheffé (comparações múltiplas)

CONSUMOS			TESTE SCHEFFÉ				
			13	14	15	16	17
	<u>Média</u>	<u>Idade</u>					
	0.2917	13					
	0.6250	14					
Tabaco	1.2917	15					
	1.2500	16					
	1.7083	17	*	*			
	<u>Média</u>	<u>Idade</u>					
	0.5833	13					
	0.6667	14					
Cerveja/vinho	1.5417	15					
	1.5833	16					
	1.8333	17	*	*			
	<u>Média</u>	<u>Idade</u>					
	0.2083	13					
	0.6250	14					
Licores	1.3333	15	*				
	1.2917	16	*				
	1.2500	17	*				

TABELA 5-B:

Teste Scheffé (comparações múltiplas)

CONSUMOS			TESTE SCHEFFÉ				
			13	14	15	16	17
Haxixe	<u>Média</u>	<u>Idade</u>					
	0.0000	13					
	0.1667	14					
	0.5833	15					
	0.4583	16					
	0.8750	17	*				
Heroína	<u>Média</u>	<u>Idade</u>					
	0.0000	13					
	0.0000	14					
	0.0000	15					
	0.0417	16					
	0.4167	17	*	*	*	*	
Cocaína	<u>Média</u>	<u>Idade</u>					
Grupos de	0.0000	13					
idade homo-	0.0000	14					
gêneos- não	0.0000	15					
há diferenças	0.0000	16					
significativas	0.0000	17					

TABELA 5-B:

Teste Scheffé (comparações múltiplas)

CONSUMOS			TESTE SCHEFFÉ				
			13	14	15	16	17
Inalantes	<u>Média</u>	<u>Idade</u>					
Grupos de idade	0.0833	13					
homogêneos-	0.2917	14					
-							
não há	0.5417	15					
diferenças	0.4583	16					
significativas	0.2083	17					
	<u>Média</u>	<u>Idade</u>					
	0.0000	13					
	0.3333	14					
Anfetaminas	0.2174	15					
	0.1250	16					
	0.8750	17	*			*	
	<u>Média</u>	<u>Idade</u>					
	0.0417	13					
	0.0000	14					
Tranquilizantes	0.0435	15					
	0.3333	16	*	*	*		*
	0.0417	17					

Para além das diferenças existentes de consumo de drogas entre os géneros, é igualmente possível analisá-las em função da idade, recorrendo à tabela 5 (A e B), a saber:

- Tabaco:

Verifica-se que o consumo de tabaco aumenta com a idade, ou seja, é menor aos 13 anos (M= 0.29; D.P.= 0.55) e 14 anos (M= 0.63; D.P.= 0.92), comparativamente com o grupo dos 17 anos (M= 1.71; D.P.= 1.73), cujo consumo é bastante superior, sendo esta diferença entre os grupos etários bastante significativa [F (4,115)= 5.58, p< .001].

- Cerveja/vinho

Verifica-se um maior consumo de cerveja/vinho aos 17 anos (M= 1.83; D.P.= 1.34), comparativamente com os outros grupos etários, mais concretamente com os 13 anos (M= 0.58; D.P.= 0.97) e os 14 anos (M= 0.67; D.P.= 1.20), sendo esta diferença entre eles significativa [F (4,115)= 5.48, p< .001].

- Licores

Em relação aos licores, conclui-se que há uma diferença significativa [F (4,115)= 4.96, p< .001] entre os consumos dos indivíduos dos 15 anos (M= 1.33; D.P.= 1.63), 16 anos (M= 1.29; D.P.= 0.86) e 17 anos (M= 1.25; D.P.= 1.26), em comparação com um consumo inferior por parte dos indivíduos da amostra pertencentes ao grupo dos 13 anos (M= 0.21; D.P.= 0.51).

- Haxixe

Quanto ao consumo de haxixe, verifica-se uma diferença significativa [F (4,115)= 3.05, p< .050], entre os 17 anos (M= 0.88; D.P.= 1.39) e uma ausência de consumo por parte do grupo dos 13 anos (M= 0.00; D.P.= 0.00).

- Heroína

Relativamente à heroína, verifica-se uma diferença significativa do seu consumo [F(4,115)= 5.48, p< .001] nos 17 anos (M= 0.42; D.P.= 0.83), comparativamente com os grupos etários dos 13/14/15 anos (M= 0.00; D.P.= 0.00) e 16 anos de idade (M= 0.04; D.P.= 0.20).

- Cocaína

A presente amostra, não revelou qualquer consumo de cocaína, daí não ser possível a análise diferencial em função da idade (Anova one way e Teste Scheffé).

- Inalantes

No que respeita a esta droga, verifica-se que os grupos são homogéneos, não havendo diferenças significativas entre os grupos de idade [F (4,115)= 2.03, p= .094].

- Anfetaminas

Quanto às anfetaminas, denota-se uma diferença significativa [F (4,114)= 4.10, p< .010] entre os grupos dos 17 anos (M= 0.88; D.P.= 1.48), comparativamente com um baixo consumo aos 13 anos (M= 0.00; D.P.= 0.00) e aos 14 anos (M= 0.33; D.P.= 0.82).

- Tranquilizantes

Por último, relativamente aos tranquilizantes, conclui-se que há um maior consumo aos 16 anos (M= 0.33; D.P.= 0.48), quando comparado com os grupos dos 13 anos (M= 0.04; D.P.= 0.20), dos 14 anos (M= 0.00; D.P.= 0.00) e dos 17 anos (M= 0.04; D.P.= 0.20), sendo esta diferença bastante significativa [F (4,114)= 6.17, p< .001].

3.5.2. Análise correlacional

Seguidamente são apresentados os resultados relativos à análise correlacional, com o objectivo de comprovar a existência de alguma correlação entre as variáveis psicossociais: actividades de lazer e consumo de drogas.

TABELA 6:
Análise correlacional entre as variáveis actividades de lazer e consumo de drogas.

Actividades	Consumos								
	Tabaco	Cerveja/vinh	Licores	Haxixe	Heroina	Cocaína	Inalantes	Anfetaminas	Tranquilizantes
<u>Académicas</u>	-.43 (120) p=.000 ***	-.48 (120) p=.000 ***	-.48 (120) .000 ***	-.39 (120) p=.000 ***	-.13 (120) p=.152	--- (120) ---	-.25 (120) p=.006 **	-.31 (119) P=.001 ***	-.13 (119) P=.163
<u>Ao ar livre</u>	-.05 (120) .555	-.22 (120) .014 *	-.22 (120) p=.017 *	-.18 (120) p=.049 *	-.07 (120) p=.425	--- (120) ---	-.01 (120) p=.902	-.19 (119) P=.035 *	-.02 (119) P=.792
<u>Familiares</u>	-.42 (114) p=.000 ***	-.45 (114) p=.000 ***	-.43 (114) p=.000 ***	-.39 (114) p=.000 ***	-.20 (114) p=.030 *	--- (114) ---	-.13 (114) p=.152	-.27 (113) p=.004 **	-.17 (113) .079
<u>De entretem.</u>	.67 (113) p=.004 **	.51 (113) p=.000 ***	.50 (113) p=.000 ***	.50 (113) p=.000 ***	.21 (113) p=.026 *	--- (113) ---	.22 (113) p=.021 *	.17 (112) p=.073	.08 (112) P=.393
<u>Sociais</u>	.45 (120) p=.000 ***	.56 (120) P=.000 ***	.56 (120) p=.000 ***	.40 (120) p=.000 ***	.08 (120) .373	--- (120) ---	.35 (120) p=.000 ***	.28 (119) p=.002 **	.13 (119) P=.169
<u>Desporto</u>	-.28 (119) p=.002 **	-.25 (119) p=.007 **	-.20 (119) p=.033 *	-.18 (119) p=.047 *	-.01 (119) p=.300	--- (119) ---	-.14 (119) p=.142	-.21 (118) p=.023 *	-.08 (118) p=.378
<u>Extracurric.</u>	.18 (118) p=.050 *	.47 (118) p=.000 ***	.43 (118) p=.000 ***	.33 (118) p=.000 ***	.06 (118) p=.497	--- (118) ---	.37 (118) p=.000 ***	.18 (117) p=.058	.16 (117) p=.084
<u>Hobbies</u>	-.17 (107) p=.073	-.36 (107) p=.000 ***	-.38 (107) p=.000 ***	-.34 (107) p=.000 ***	-.00 (107) p=.930	--- (107) ---	-.17 (107) P=.076	-.29 (107) p=.003 **	-.00 (107) p=.929

Actividades	Consumos								
	Tabaco	Cerveja/vinh	Licores	Haxixe	Heroína	Cocaína	Inalantes	Anfetaminas	Tranquilizantes
<u>Religiosas</u>	-0.29 (119) p=.001 ***	-0.29 (119) p=.001 ***	-0.23 (119) p=.014 *	-0.21 (119) p=.023 *	-0.03 (119) p=.742	---	-0.16 (119) p=.083	-0.17 (118) p=.060	-0.07 (118) p=.444
<u>Voluntariado</u>	-0.15 (120) P=.113	-0.20 (120) p=.026 *	-0.19 (120) p=.034 *	-0.13 (120) p=.142	-0.02 (120) p=.797	---	-0.03 (120) p=.736	-0.03 (119) p=.719	-0.04 (119) p=.642
	P<.050*	P<.010**	P<.001***						

No que respeita às actividades académicas, verifica-se que estas se encontram negativa e significativamente correlacionadas com os consumos de tabaco ($r = -.43$; $p < .001$), cerveja /vinho ($r = -.48$; $p < .001$), licores ($r = -.48$; $p < .001$), haxixe ($r = -.39$; $p < .001$), inalantes ($r = -.25$; $p < .010$) e anfetaminas ($r = -.31$; $p < .001$).

Relativamente às actividades ao ar livre, verifica-se que estas se encontram negativa e significativamente correlacionadas com os consumos de cerveja/vinho ($r = -.22$; $p < .050$), licores ($r = -.22$; $p < .050$), haxixe ($r = -.18$; $p < .050$) e anfetaminas ($r = -.19$; $p < .050$).

As actividades familiares encontram-se negativa e significativamente correlacionadas com os consumos de tabaco ($r = -.42$; $p < .001$), cerveja /vinho ($r = -.45$; $p < .001$), licores ($r = -.43$; $p < .001$), haxixe ($r = -.39$; $p < .001$), heroína ($r = -.20$, $p < .050$) e anfetaminas ($r = -.27$; $p < .010$).

Quanto às actividades de entretenimento, constata-se que estas se encontram positiva e significativamente correlacionadas com os consumos de tabaco ($r = .67$; $p < .010$), cerveja/vinho ($r = .51$; $p < .001$), licores ($r = .50$; $p < .001$), haxixe ($r = .50$; $p < .001$), heroína ($r = .21$; $p < .050$) e inalantes ($r = .22$; $p < .050$).

Relativamente às actividades sociais, verifica-se que se encontram positiva e significativamente correlacionadas com os consumos de tabaco ($r = .45$; $p < .001$), cerveja/vinho ($r = .56$; $p < .001$), licores ($r = .56$; $p < .001$), haxixe ($r = .40$; $p < .001$), inalantes ($r = .35$; $p < .001$) e anfetaminas ($r = .28$; $p < .010$).

As actividades de desporto estão negativa e significativamente correlacionadas com os consumos de tabaco ($r = -.28$; $p < .010$), cerveja/vinho ($r = -.25$; $p < .010$), licores ($r = -.20$; $p < .050$), haxixe ($r = -.18$; $p < .050$) e anfetaminas ($r = -.21$, $p < .050$).

No que respeita às actividades extracurriculares, verifica-se que estas estão positiva e significativamente correlacionadas com os consumos de tabaco ($r = .18$; $p < .050$), cerveja/vinho ($r = .47$; $p < .001$), licores ($r = .43$; $p < .001$), haxixe ($r = .33$; $p < .001$) e inalantes ($r = .37$; $p < .001$).

Verifica-se que a prática de hobbies se encontra negativa e significativamente correlacionada com os consumos de cerveja/vinho ($r = -.36$; $p < .001$), licores ($r = -.38$; $p < .001$), haxixe ($r = -.34$; $p < .001$) e anfetaminas ($r = -.29$; $p < .010$).

Quanto às actividades religiosas, constata-se que estas se encontram negativa e significativamente correlacionadas com os consumos de tabaco ($r = -.29$; $p < .001$) e cerveja/vinho ($r = -.29$; $p < .001$), licores ($r = -.23$; $p < .050$) e haxixe ($r = -.21$; $p < .050$).

Por último, verifica-se que as actividades de voluntariado se encontram negativa e significativamente correlacionadas com os consumos de cerveja/vinho ($r = -.20$; $p < .050$) e licores ($r = -.19$; $p < .050$).

3.5.3. Análise preditiva

Seguidamente são apresentados os resultados da análise preditiva (regressão múltipla), com vista a explicar ou predizer o consumo de drogas através da variável actividades de lazer.

TABELA 7:

Análise preditiva (regressão múltipla), tendo como variável dependente (critério) o tabaco e como variáveis independentes as actividades familiares e as actividades sociais.

	Actividades familiares	Actividades sociais
B	-.11	.17
SE B	.03	.04
Beta	-.31	.38
T	-3.47	4.22
Sig T	.0008	.0001
Coeficiente de correlação múltipla		.54
Coeficiente de determinação		.29
Coeficiente de determinação ajustado		.28
Erro padrão		1.09

A variável tabaco (variável critério ou dependente) é explicada pelas variáveis preditivas ou independentes actividades familiares, com um coeficiente Beta de -.31 e actividades sociais, com um coeficiente Beta de .38, que no seu conjunto explicam 28% da variância da variável tabaco, sendo a variável actividades sociais aquela que apresenta um maior peso na equação.

TABELA 8:

Análise preditiva (regressão múltipla), tendo como variável dependente a cerveja/vinho e como variáveis independentes as actividades familiares, sociais e extracurriculares.

	Actividades familiares	Actividades sociais	Actividades extracurriculares
B	-.10	.22	.11
SE B	.03	.04	.05
Beta	-.26	.48	.19
T	-3.14	6.06	2.17
Sig T	.0023	.0000	.0327
Coeficiente de correlação múltipla		.71	
Coeficiente de determinação		.50	
Coeficiente de determinação ajustado		.49	
Erro padrão		.93	

A variável cerveja/vinho é explicada por três variáveis: pelas actividades familiares, com um Beta de -.26; pelas actividades sociais, com um coeficiente Beta de .48 e; pelas actividades extracurriculares, com um coeficiente Beta de .19. No seu conjunto, as três variáveis explicam 49% da variância da variável cerveja/vinho, sendo a variável actividades sociais aquela que apresenta um maior peso na equação.

TABELA 9:

Análise preditiva (regressão múltipla), tendo como variável dependente os licores e como variáveis independentes as actividades académicas, familiares, sociais e de entretenimento.

	Actividades académicas	Actividades familiares	Actividades sociais	Actividades de entretenimento
B	-.15	-.06	.11	.06
SE B	.07	.03	.05	.02
Beta	-.21	-.19	.25	.26
T	-2.06	-2.10	2.27	2.50
Sig T	.0427	.0411	.0255	.0140
Coeficiente correlação múltipla			.69	
Coeficiente de determinação			.47	
Coeficiente de determinação ajustado			.45	
Erro padrão			.93	

A variável licores é explicada por quatro variáveis: pelas actividades académicas, com um Beta de -.21; pelas actividades familiares, com um coeficiente Beta de -.19; pelas actividades sociais, com um coeficiente Beta de .25 e; pelas actividades de entretenimento, com um coeficiente Beta de .26. No seu conjunto, as três variáveis explicam 45% da variância da variável licores, sendo a variável actividades de entretenimento aquela que apresenta um maior peso na equação.

TABELA 10:

Análise preditiva (regressão múltipla), tendo como variável dependente o haxixe e como variáveis independentes as actividades familiares e as actividades de entretenimento.

	Actividades familiares	Actividades de entretenim.
B	-.10	.08
SE B	.02	.02
Beta	-.34	.44
T	-4.04	5.30
Sig T	.0001	.0000
Coeficiente de correlação múltipla		.61
Coeficiente de determinação		.37
Coeficiente de determinação ajustado		.35
Erro padrão		.80

A variável haxixe (variável critério ou dependente) é explicada pelas variáveis preditivas ou independentes actividades familiares, com um coeficiente Beta de -.34 e actividades de entretenimento, com um coeficiente Beta de .44, que no seu conjunto explicam 35% da variância da variável haxixe, sendo a variável actividades de entretenimento aquela que apresenta um maior peso na equação.

TABELA 11:

Análise preditiva (regressão múltipla), tendo como variável dependente o consumo de heroína.

Variável dependente	Consumo de heroína
Variáveis independentes	Actividades: sociais, extracurriculares, religiosas, académicas, familiares, de entretenimento, de voluntariado, ao ar livre, hobbies, desporto
Variáveis da equação	Nenhuma

A variável heroína não é explicada por nenhuma das actividades de lazer.

TABELA 12:

Análise preditiva (regressão múltipla), tendo como variável dependente o consumo de cocaína.

Variável dependente	Consumo de cocaína
Variáveis independentes	Actividades: sociais, extracurriculares, religiosas, académicas, familiares, de entretenimento, de voluntariado, ao ar livre, hobbies, desporto
Variáveis da equação	Nenhuma

A variável cocaína não é explicada por nenhuma das actividades de lazer.

TABELA 13:

Análise preditiva (regressão múltipla), tendo como variável dependente o consumo de tranquilizantes

Variável dependente	Consumo de tranquilizantes
Variáveis independentes	Actividades: sociais, extracurriculares, religiosas, académicas, familiares, de entretenimento, de voluntariado, ao ar livre, hobbies, desporto
Variáveis da equação	Nenhuma

A variável tranquilizantes não é explicada por nenhuma das actividades de lazer.

TABELA 14:

Análise preditiva (regressão múltipla), tendo como variável dependente os inalantes e como variáveis independentes as actividades sociais e as actividades extracurriculares.

	Actividades sociais	Actividades extracurriculares
B	.06	.07
SE B	.02	.03
Beta	.25	.24
T	2.50	2.41
Sig T	.0143	.0181
Coeficiente de correlação múltipla		.41
Coeficiente de determinação		.17
Coeficiente de determinação ajustado		.15
Erro padrão		.58

A variável inalantes (variável critério ou dependente) é explicada pelas variáveis preditivas ou independentes actividades sociais, com um coeficiente Beta de .25 e actividades extracurriculares, com um coeficiente Beta de .24, que no seu conjunto explicam 15% da variância da variável inalantes, sendo a variável actividades sociais aquela que apresenta um maior peso na equação.

TABELA 15:

Análise preditiva (regressão múltipla), tendo como variável dependente as anfetaminas e como variáveis independentes as actividades académicas e as actividades familiares.

	Actividades académicas	Actividades familiares
B	-.13	-.06
SE B	.05	.02
Beta	-.30	-.27
T	-2.72	-2.44
Sig T	.0079	.0166
Coeficiente de correlação múltipla		.50
Coeficiente de determinação		.25
Coeficiente de determinação ajustado		.24
Erro padrão		.66

A variável anfetaminas (variável critério ou dependente) é explicada pelas variáveis preditivas ou independentes actividades académicas, com um coeficiente Beta de -.30 e actividades familiares, com um coeficiente Beta de -.27, que no seu conjunto explicam 24% da variância da variável anfetaminas, sendo a variável actividades académicas aquela que apresenta um maior peso na equação.

Seguidamente passaremos à discussão dos resultados, enquadrando este estudo em outros levados a cabo por vários autores, realizando, deste modo, uma tentativa de explicação dos resultados obtidos.

3.6. Discussão dos resultados

3.6.1. Análise descritiva e diferencial

No que respeita à escala relativa ao consumo de drogas (CONS), verifica-se que o consumo da amostra inquirida, no que respeita ao tabaco, álcool (cerveja/vinho/licores), haxixe, heroína, cocaína, inalantes, anfetaminas e tranquilizantes não é elevado ($M= 4.35$; $D.P.= 4.86$), visto que a amplitude máxima da escala é de 45 (9x5) pontos e, deste modo, confirma-se a hipótese 1.

Em termos específicos, a amostra inquirida para este estudo empírico revela um maior consumo de álcool e o tabaco, resultados estes que confirmam a opinião de vários autores (Negreiros, 1983; Chabrol, 1992; Hoffman *et al.*, 1994), os quais defendem que estas são as drogas mais populares e comuns nos hábitos de consumo dos adolescentes.

Ao compararmos estas duas drogas, constata-se que o álcool é mais consumido que o tabaco, facto este já anteriormente verificado por Johnston *et al.* (1994), in Peter e McMahon (1996), Dias (1980), Hoffman *et al.* (1994) e Weiner (1995), os quais defendem que o álcool é a droga mais consumida pelos adolescentes.

Contudo, ainda em relação a estas duas drogas, constata-se que o seu consumo é baixo uma vez que, relativamente à amostra total, a pontuação média do consumo de álcool é de 1.91 (pontuação média do consumo de cerveja/vinho é de 1.24 e dos licores é de 0.94) e a pontuação média do tabaco é de 1.03, ambas as pontuações com uma amplitude de 0 a 5

pontos, sendo que os consumos destas duas drogas se encontram posicionados no ponto 1 da escala.

Relativamente às drogas ilícitas, verifica-se que o haxixe é a mais consumida pelos indivíduos que compõem a amostra, resultados estes que se assemelham aos obtidos por Johnston *et al.* (1994), in Peter e McMahon (1996), Weiner (1995) e Negreiros (1996). Para além disto, o consumo de haxixe é bastante baixo, visto que a pontuação média é de 0.42, para uma amplitude de 0 a 5 pontos.

O consumo de drogas, em função do género

No que respeita ao álcool (cerveja/vinho/licores), haxixe e anfetaminas, verifica-se um maior consumo por parte do género masculino, resultados estes que se encontram em consonância com os estudos levados a cabo por Negreiros (1996), Almeida (1987) e Macfarlane *et al.* (1997), os quais defendem que estas drogas são mais consumidas pelos rapazes.

No entanto, os resultados do nosso estudo apontam para uma diferença não significativa entre géneros, no que diz respeito a estas drogas referidas, comprovando-se não só a hipótese 2, mas ainda a opinião de vários autores (White, Johnson & Horwitz, 1996, in Martín, Lopez, Redondo & Triñanes, 1994), os quais defendem que não faz sentido atribuir diferenças importantes de consumo de drogas, entre os rapazes e as raparigas.

Este facto poder-se-á dever, segundo White *et al.* (1996), a uma certa convergência cultural existente no grupo de pares, quer para os adolescentes do género masculino, quer feminino.

Quanto à heroína, verifica-se um consumo significativamente superior por parte dos rapazes, resultados estes que contrariam a opinião de White *et al.* (1996), in Martín *et al.* (1994) e ainda a hipótese 2 (apenas no que se refere ao consumo de heroína).

Para além disto, verifica-se um consumo similar de inalantes em ambos os géneros, resultados estes que contrariam a hipótese 2 (apenas no que se refere aos inalantes) e ainda a opinião de alguns autores, nomeadamente de Macfarlane *et al.* (1997), os quais defendem que estas drogas são mais consumidas pelos rapazes.

Relativamente ao tabaco, embora actualmente o seu consumo se tenha vindo a revelar ligeiramente superior nas raparigas (Almeida, 1987), contudo, este estudo empírico aponta para um consumo ligeiramente superior por parte dos rapazes, rejeitando a hipótese 3.

Quanto aos tranquilizantes, verifica-se um consumo maior nas raparigas, resultados estes similares aos do estudo realizado por Negreiros (1996). No entanto, esta diferença entre os géneros não se revelou significativa, em ambos os estudos, comprovando, novamente, a opinião de White *et al.* (1996), cit. in Martín *et al.* (1994) e a hipótese 4.

Por último, relativamente à cocaína, embora o consumo desta droga esteja mais associada aos rapazes (Negreiros, 1996; Almeida, 1987; Beman, 1995), contudo, não nos é possível rejeitar ou confirmar este facto, visto a nossa amostra não ter revelado consumir esta droga.

O consumo de drogas, em função da idade

No que respeita ao consumo de drogas tendo em conta a variável idade, conclui-se, através dos resultados obtidos neste estudo empírico, que o consumo de tabaco, álcool

(cerveja/vinho/licores), haxixe, heroína, anfetaminas e tranquilizantes, aumenta com a idade, ou seja, à medida que os adolescentes se dirigem para a idade adulta, resultados estes que se encontram em consonância com estudos anteriormente realizados por vários autores (Weiner, 1995; Chabrol, 1992; Negreiros, 1996; Johnson, O'Malley & Bachman, *in* Sprinthall & Collins, 1994; White, Johnson & Horwitz, 1996, *in* Martín, Lopez, Redondo & Triñanes, 1994) e ainda com a hipótese 5.

A este respeito, diz-nos Weiner (1995): “(...) os finalistas do liceu têm mais probabilidades de relatar o uso actual ou passado de todas as drogas, do que os estudantes dos anos intermédios e estes têm mais probabilidades de relatar experiência de droga do que os do 1º ano”. (p. 402).

No entanto, Weiner (1995), Chabrol (1992) e Negreiros (1996) defendem que não são todas as drogas cujo consumo aumenta com a idade, sendo uma excepção o consumo de inalantes, o qual tende a diminuir, pelo facto destas serem substituídas por outras drogas mais sofisticadas e/ou caras.

Neste estudo académico, verificamos que não existe uma diferença significativa, entre os grupos etários, no consumo de inalantes, contrariando, assim, esta ideia defendida por estes autores e ainda a hipótese 6.

Contudo, apesar dos grupos de idade da nossa amostra se terem revelado homogéneos neste consumo, é possível constatar ligeiras (não significativas) diferenças entre estes grupos. Ou seja, verifica-se que até os 15 anos de idade o consumo de inalantes aumenta, mas a partir desta idade diminui cada vez mais.

3.6.2. Análise correlacional

Seguidamente são apresentados os resultados da análise correlacional, com o objectivo de analisar quais são as actividades de lazer que se encontram associadas a um consumo (ou não consumo) de drogas.

Verifica-se, neste estudo empírico, que as actividades sociais, de entretenimento e extra-curriculares apresentam uma correlação positiva com o consumo de todas as drogas. No entanto, estas actividades apenas estão positiva e significativamente correlacionadas com o consumo de algumas drogas estudadas, o que de alguma forma não comprova, na sua totalidade, a hipótese 7. Ou seja, por um lado esta correlação é positiva com o consumo de drogas em geral, mas, por outro lado, não é significativa com todas elas.

Visto este estudo empírico ter como principal referência o trabalho desenvolvido por Swisher e Hu (1983), são confrontados os resultados de ambos os estudos, embora possam haver diferenças no que respeita ao tipo de drogas consumidas pelos adolescentes, resultantes de contextos geográficos diferentes, neste caso, Portugal e E.U.A.

Assim, verifica-se uma correlação positiva e significativa entre as actividades sociais e os consumos de tabaco, álcool (cerveja/vinho/licores), haxixe, inalantes e anfetaminas. Comparativamente ao estudo realizado por Swisher e Hu (1983), os autores constataram que estas actividades estão significativamente correlacionadas com um maior consumo, não apenas destas drogas, mas ainda de todas as drogas que compõem o seu estudo.

No que respeita às actividades de entretenimento, constata-se, no nosso estudo, uma correlação positiva e significativa com os consumos de tabaco, álcool (cerveja/vinho/licores), haxixe, heroína e inalantes, resultados similares aos do estudo de

Swisher e Hu (1983), embora neste estudo, levado a cabo por estes dois autores, estejam incluídos, não só estas drogas, mas outros depressores (para além do álcool e da heroína) e outros estimulantes (para além do tabaco).

Verifica-se, ainda, que as actividades extracurriculares estão significativamente correlacionadas com um maior consumo de tabaco, álcool (cerveja/vinho/licores), haxixe e inalantes, resultados estes que vão ao encontro dos obtidos no estudo de Swisher e Hu (1983), embora neste estas actividades estejam ainda correlacionadas com o consumo de outros depressores (para além do álcool) e outros estimulantes (para além do tabaco).

Para além destas três actividades, constata-se que as restantes (as actividades académicas, religiosas, familiares, de voluntariado, ao ar livre, o desporto e os hobbies,) estão correlacionadas de uma forma negativa com o consumo de drogas e álcool. Contudo, à semelhança com as três primeiras referidas, estas actividades apenas estão negativa e significativamente correlacionadas com o consumo de algumas drogas, de modo que estes resultados não comprovam, na totalidade, a hipótese 8.

Assim, as actividades académicas estão significativamente correlacionadas com um menor consumo de tabaco, álcool (cerveja/vinho/licores), haxixe, inalantes e anfetaminas, comparativamente com o estudo do Swisher e Hu (1983), em que este tipo de actividades se encontram significativamente associadas, não só a um menor consumo de álcool e haxixe, mas ainda de outros estimulantes (para além das anfetaminas e do tabaco).

Verifica-se que as actividades religiosas, são inibidoras do consumo de tabaco, álcool (cerveja/vinho/licores) e haxixe, resultados semelhantes aos de Swisher e Hu (1983), no entanto estes autores incluem outros estimulantes (para além do tabaco).

Para além disto, a prática de desporto encontra-se significativamente associada a um baixo consumo de tabaco, álcool (cerveja/vinho/licores), haxixe e anfetaminas, enquanto que no estudo de Swisher e Hu (1983) os resultados assemelham-se, no entanto, com excepção do álcool (nomeadamente a cerveja), cujo consumo revelou ser elevado, junto da amostra de adolescentes norte americanos que praticam esta actividade.

Em relação à prática de hobbies, constata-se, no nosso estudo, que este tipo de actividade de lazer tem uma correlação negativa e significativa com os consumos de álcool (cerveja/vinho/licores), haxixe e anfetaminas, enquanto que Swisher e Hu (1983) incluem, não só estas drogas, como ainda outros estimulantes (para além das anfetaminas).

Por último, relativamente às actividades ao ar livre, às actividades familiares e às actividades de voluntariado, não são conhecidos os resultados obtidos por Swisher no que respeita à relação entre estas actividades e o consumo de drogas, embora este autor tenha realizado um estudo com estas variáveis. Contudo, os resultados do nosso estudo empírico revelam uma correlação negativa entre a prática destas actividades e o consumo de todas as drogas.

Outros autores (Cahalo, Cisin, Crossley, 1969; Oakley, 1969, *in* Carruthers & Busser, 1995) obtiveram resultados similares aos obtidos no nosso estudo empírico, no que respeita à correlação entre as actividades religiosas e hobbies e o consumo de álcool, ou seja, o facto destas actividades se correlacionarem negativa e significativamente com o consumo desta droga.

Para além disto, Oakley (1969), *in* Carruthers e Busser (1995) refere que as actividades ao ar livre e o desporto funcionam como inibidoras ao consumo de álcool, resultados estes que vão, novamente, de encontro com o nosso estudo.

Outros autores (Glynn, Lo castro, Hermos & Bosse, 1983, *in* Carruthers & Busser, 1995), referem que outras actividades, tais como jogar às cartas com os amigos, ir a espectáculos desportivos, ir a bares/discotecas, estão associadas ao consumo de álcool. Estas actividades constituem alguns dos itens da escala administrada e, embora os 35 itens/actividades desta escala tenham sido agrupados em 10 dimensões, foi possível, através da realização de uma análise correlacional, não só das dimensões, mas também de cada item individualmente comprovar que estas actividades referidas por Glynn *et al.* estão efectivamente correlacionadas positiva e significativamente com o consumo de álcool (cerveja/vinho/licores).

Após a confrontação dos resultados com todos estes autores, comprova-se a opinião de Swisher *et al.* (1984), os quais defendem que, embora seja sugerida uma grande variedade de actividades, com finalidades e características preventivas do consumo de drogas e álcool, apenas um número limitado de actividades funcionam como tal.

A participação em actividades de lazer pode ser encarada como uma forma de desafio, excitação e enriquecimento pessoais, contrariando o consumo de drogas (Vicary, 1998), ou ainda como um modo de satisfazer as mesmas necessidades psicológicas que o indivíduo procura satisfazer quando recorre ao consumo de drogas (Negreiros, 1990). Para além disto, esta participação em actividades de lazer, pode ainda ter como principal objectivo a libertação da pressão e dos problemas do quotidiano (Hurrelman *et al.*, 1987).

No entanto, algumas actividades poderão estar relacionadas positivamente com o consumo de drogas, daí funcionarem, não só como uma oportunidade, mas também como um risco (Vicary, 1998).

Por esta razão, Swisher e Hu (1983) apelam para a necessidade de prosseguir as investigações e as propostas do tipo de alternativas que poderão, efectivamente, funcionar como preventivas ao consumo de drogas, de modo a garantir que a implementação destas actividades, pelos organismos regionais e nacionais, acarretem o mínimo de malefícios para os adolescentes.

3.6.3. Análise preditiva

A análise de regressão múltipla realizada, tendo como variável critério o consumo de drogas e como variável preditora as actividades de lazer, pode ser resumida da seguinte forma:

1. As actividades familiares e sociais explicam a variância do consumo de tabaco (28%), sendo a variável actividades sociais com maior peso na equação ($\beta = .38$).
2. As actividades familiares, sociais e de entretenimento explicam a variância do consumo de cerveja/vinho (49%), sendo a variável actividades sociais com maior peso na equação ($\beta = .48$).
3. As actividades académicas, familiares, sociais e de entretenimento explicam a variância do consumo de licores (45%), sendo a variável actividades de entretenimento com maior peso na equação ($\beta = .26$).

4. As actividades familiares e de entretenimento explicam a variância do consumo de haxixe (35%), sendo a variável actividades de entretenimento com maior peso na equação (beta= .44).

5. As actividades sociais e extracurriculares explicam a variância do consumo de inalantes (15%), sendo a variável actividades sociais com maior peso na equação (beta= .25).

6. Por último, as actividades familiares e académicas explicam a variância do consumo de anfetaminas (24%), sendo a variável actividades académicas com maior peso na equação (beta= -.30).

De acordo com estes dados, pode-se concluir que as percentagens de variância que explicam os diversos consumos, variam entre os 15% e os 49% e ainda que as variâncias no consumo de heroína, cocaína e tranquilizantes não são explicadas por nenhuma das actividades de lazer, provavelmente devido à quase ausência de casos de consumo destas drogas.

Para além disto, as actividades religiosas, ao ar livre, de voluntariado, o desporto e os hobbies, apresentam um poder preditivo nulo, visto que não aparecem seleccionadas em nenhum consumo de drogas.

Convém ainda referir que algumas actividades seleccionadas, nomeadamente as actividades familiares e académicas, explicam o baixo consumo de drogas, enquanto que actividades sociais, extracurriculares e de entretenimento explicam o alto consumo de drogas.

A análise preditiva realizada neste estudo mostra que as actividades de lazer que apresentam um maior valor preditivo, para a maioria dos consumos, são as actividades sociais (as quais explicam/predizem o alto consumo de drogas) e as actividades familiares (as quais explicam/predizem o baixo consumo de drogas).

Os resultados relativos às actividades sociais, são confirmados por Swisher e Hu (1983) e, posteriormente, Swisher *et al.* (1984), os quais concluíram que são estas actividades que melhor predizem o alto consumo de drogas. No que respeita aos resultados relativos às actividades familiares, encontramos fundamentação no modelo de Elliott *et al.* (1985), o qual refere a importância dos vínculos existentes entre o adolescente e a família na prevenção do consumo de drogas.

Em termos conclusivos, os resultados do nosso estudo empírico confirmam a hipótese 9, na medida em que a variância nos consumos de tabaco, álcool (cerveja/vinho/licores), haxixe, inalantes e anfetaminas é explicada pelo menos por uma das actividades de lazer. No entanto, a variância nos consumos de heroína, cocaína e tranquilizantes não é explicada pela prática de nenhuma actividade de lazer, resultados estes que refutam a hipótese 10.

CONCLUSÃO

De modo a concluir este trabalho académico, convém retomar, sucintamente, os pontos explicitados ao longo do mesmo e apresentar algumas conclusões relativas ao estudo empírico realizado na Escola Secundária Almeida Garrett.

Num primeiro capítulo, foram abordadas algumas questões relativas à adolescência (tais como, a puberdade e a identidade), aos tipos de drogas (classificação, perspectiva histórica e situação em Portugal) e ainda ao consumo de drogas na adolescência (nomeadamente principais determinantes deste consumo).

Em relação a este capítulo, poder-se-á concluir que a adolescência é uma fase provisória na vida dos sujeitos, caracterizada por várias mudanças físicas e psicológicas, a qual se encontra fortemente associada ao consumo de drogas, por diversas razões, nomeadamente pela necessidade de vivenciar novas experiências ou por um sentimento de curiosidade (Wolf *et al.*, 1995) ou ainda pela expectativa de uma maior “felicidade” (Fernandes, 1986).

Para além disto, conclui-se que alguns factores determinam o consumo de drogas na adolescência, em especial destaque para a família, o grupo de pares, a escola e a personalidade.

Num segundo capítulo, foram apresentados alguns modelos de prevenção primária do consumo de drogas na adolescência (modelo informativo-comunicacional, modelo humanista e modelo neo-behaviorista) e ainda o tipo de prevenção primária desenvolvido em Portugal.

Deste capítulo, conclui-se que a prevenção primária constitui uma intervenção destinada a reduzir a incidência de novos problemas, especificamente o consumo de drogas, contrariando as consequências negativas antes que estas se manifestem. Para tal, existem alguns modelos de intervenção preventiva, aos quais recorrem os organismos regionais e nacionais aquando da implementação de um programa de prevenção primária.

Ainda a este respeito, em Portugal verifica-se um interesse cada vez maior pela aplicação de intervenções preventivas, nomeadamente através do projecto *VIDA* em colaboração com as *Organizações não Governamentais*.

Por último, num terceiro capítulo, são apresentados e discutidos os resultados obtidos no estudo empírico realizado, com o qual se pretende analisar, por um lado, o consumo de drogas em função do género e da idade e, por outro lado, as relações existentes entre a participação em actividades de lazer e o consumo de drogas.

Em relação ao género, conclui-se que o consumo de drogas não é, em termos significativos, diferente entre os rapazes e as raparigas, com excepção da heroína, que neste estudo surge como significativamente superior no género masculino. Ainda a este respeito, embora não significativo, verifica-se um maior consumo de tabaco, álcool, haxixe e anfetaminas por parte dos rapazes e um maior consumo (igualmente não significativo) de tranquilizantes, por parte das raparigas.

Em relação à idade, conclui-se que o consumo de drogas aumenta à medida que os adolescentes se dirigem para a idade adulta, com excepção dos inalantes, cujo consumo revela uma ligeira diminuição com o avançar da idade, embora não em termos significativos.

Por último, podemos concluir que algumas actividades de lazer (actividades sociais, extracurriculares e de entretenimento) se encontram correlacionadas positivamente com o consumo de drogas, enquanto que outras (actividades religiosas, familiares, académicas, ao ar livre, de desporto, de voluntariado e hobbies) estão correlacionadas em termos negativos com este consumo.

Resta dizer que, após a realização desta monografia, espera-se que os resultados deste estudo empírico forneçam pistas e propostas importantes a todos os organismos regionais e nacionais, que implementam projectos de prevenção primária dirigida para a ocupação dos tempos livres.

BIBLIOGRAFIA

Agra, C. (1993). *Dizer a Droga, Ouvir as Drogas: estudos empíricos e teóricos para uma ciência do comportamento aditivo*. Porto: Radicário.

Almeida, J. (1987). *Adolescência e Maternidade*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Avanzini, G. (1978). *O tempo da Adolescência*. Lisboa: Edições 70.

Beman, D. S. (1995). Risk factors leading to adolescent substance abuse. *Adolescence*, 30, 201-208.

Brands, B., Sproule, B. & Marshman, J. (1998). *Drugs & Drugs Abuse*. (3ª Edição). Toronto: Addiction Research Foundation.

Brook, C. G. (1989). *Adolescência*. Coimbra: Almedina.

Carruthers, C.P. & Busser, J.A. (1995). Alcohol consumption and leisure participation. *Society and Leisure*, 18, 125-142.

Chabrol, H. (1992). *Les Toxicomanies de L'Adolescent*. Paris: Presses Universitaires de France.

Cooreman, J. & Perdrizet, S. (1980). Smoking in teenagers: some psychological aspects. *Adolescence*, 59, 581-588.

Dias, C. A (1980). *A Influência Relativa dos Factores Psicológicos e Sociais no Evolutivo Toxicómano*. Dissertação da tese de doutoramento. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Elliott, D.S., Huizinga, D. & Ageton, A.R. (1985). *Explaining Delinquency and Drug Use*. Beverly Hills: SAGE:

Escohotado, A. (1992). *Para una Fenomenologia de las Drogas*. Madrid: Mandadori España.

Faw, T. (1981). *Psicologia do Desenvolvimento: infância e adolescência*. São Paulo: McGraw-Hill.

Fernandes, E. (1986). Os jovens, a droga e a escola. *Revista de Investigação Criminal*, 26, 19-30.

Fernandes, E. (1991). *Psicopedagogia de la Adolescencia*. Madrid: Narcea

Gallatin, J. (1978). *Adolescência e Individualidade: uma abordagem conceptual da Psicologia da adolescência*. São Paulo: Herper & Row.

Goodman, J., Lovejoy, P. & Shernat, A. (1995). *Consuming Habits: drugs in history and anthropology*. London: Routledge.

Gullotta, T. P. (1994). The what, who, why, where, and how of primary prevention. *The Journal of Primary Prevention*, 15, 5-14.

Hapetian, I. (1997). *Famílias: entender a toxicod dependência*. Lisboa: Verbo.

Hoffman, L., Paris, S. & Hall, E. (1994). *Developmental Psychology Today*. (6ª Edição). McGraw-Hill.

Huba, G. L. & Bentler, P. M. (1980). The role of peer and adult models for drug taking at different stages in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 8, 30-39.

Hurrelmann, K., Kaufmann, F. & Losêl, F. (1987). *Social Intervention: potential and constraints*. Berlin: De Gruyter.

Jersild, A. T. (1977). *Psicologia da Adolescência*. (6ª Edição). São Paulo: Companhia Editora Nacional.

Kandel, D. B. & Faust, R. (1975). Sequence and stages in patterns of adolescent drug use. *Archives of General Psychiatry*, 32, 923-932.

Lawson, G. W. (1992). *Adolescent Substance Abuse: Etiology, Treatment, and Prevention*. Gaithersburg: Aspen.

Logan, B. N. (1991). Adolescent substance abuse prevention: an overview of the literature. *Family and Community Health*, 13, 25-36.

Macfarlane, A., Macfarlane M. & Robson, P. (1996). *Os Adolescentes e a Droga: factos e protagonistas*. Lisboa: Quatro Margens.

Martín, A., Lopez, J., Redondo, L.M. & Triñares, E. (1994). *Análisis Psicossocial del Consumo de Drogas en los Adolescentes Gallegos*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.

Martins, A. G. (1997). Direito Internacional da Droga: sua evolução. In Presidência da República, *Droga: situação e novas estratégias*. (2ª Edição). Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda.

Mitchell, R. E., Stevenson, J.F & Florin, P. (1996). A typology of prevention activities: applications to community coalitions. *The Journal of Primary Prevention*, 16, 413-435.

Negreiros, J. (1983). *O Consumo de Álcool e Outras Drogas na Adolescência: revisão da literatura e estudo exploratório*. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Negreiros, J. (1985). Prevenção primária na teoria e prática psicológica: factores históricos e situação actual. *Jornal de Psicologia*, 4, 19-25.

Negreiros, J. (1986a). Reflexões sobre o conceito de prevenção primária. *Revista de Investigação Criminal*, 21, 59-63.

Negreiros, J. (1990). Programas de prevenção sobre drogas: modelos e resultados. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 6, 41-53.

Negreiros, J. (1996). *Consumo de Álcool e Drogas nos Jovens: estudo epidemiológico no concelho de Matosinhos*. Matosinhos: Contemporânea Editores.

Negreiros, J. (1998). *Prevenção do Abuso do Álcool e Drogas nos Jovens*. (2ª Edição). Porto. Instituto de Ciências e do Comportamento Desviante.

Norman, E. & Turner, S. (1993). Adolescence substance abuse prevention programs: theories, models, and research in the encouraging 80's. *The Journal of Primary Prevention*, 14, 2-18.

ONU- Comissão de Estupefacientes. (1988). *As Nações Unidas e a Droga: documentos adaptados na Conferência de Viena*. Lisboa: Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga (GPCCD).

Pélicer, Y. & Thuillier, G. (1969). *A Droga*. (3ª Edição). Lisboa: Itau.

Peters, R. D. & McMahon, R. J. (1996). *Preventing Childhood Disorders, Substance Abuse and Delinquency*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Poiares, C. (1996). *Análise Psicocriminal das Drogas: o discurso do legislador*. (Vol.I). Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Poiares, C. (1996). *Análise Psicocriminal das Drogas: o discurso do legislador*. (Vol. II). Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Quintas, J. (1997). *Drogados e Consumos de Drogas: análise das representações sociais*. Dissertação da tese de Mestrado. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Richard, D. (1997). *As Drogas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Sêco, J. (1997). *Chamados pelo Nome da Afectividade na Educação da Adolescência*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

Stewart, A. C., Perlmutter, M. & Friedman, S. (1988). *Lifelong Human Development*. New York: John Wiley & Sons.

Swisher, J. D. & Hu, T. W. (1983). Alternatives to drug abuse: some are some are not. *National Institute on Drug Abuse: Research Monograph Series*, 47, 141-153.

Swisher, J. D., Shute, R. E. & Bibeau, D. (1984). Assessing drug abuse: an instrument for planning and evaluation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 17, 91-97.

Vicary, J. R., Edward, S., Caldwell, L. & Swisher, J. D. (1998). Relationship of changes in adolescents' leisure activities to alcohol use. *American Journal of Health Behavior*, 22, 276-282.

Weiner, I. B. (1995). *Perturbações Psicológicas na Adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Wolf, Y., Olenick-Shemesh, D., Addad, M., Green, D. & Walters, J. (1995). Personal and situational factors in drug use as perceived by Kibbutz youth. *Adolescence*, 30, 909-930.

Yochelson, S. & Samenow, S. E. (1994). *The Criminal Personality: the drug user*. (vol. III). London: Jason Aronson.

ANEXOS

ANEXO 1- INQUÉRITO ADMINISTRADO

Este questionário é de âmbito académico e tem como objectivo estudar a forma como os jovens ocupam os seus tempos livres e quais os seus consumos preferenciais.

O que te pedimos é que penses um pouco sobre cada questão e que respondas com o máximo de sinceridade.

As **respostas são totalmente confidenciais** e para que o anonimato possa ser garantido, **não deves escrever o teu nome** em qualquer folha deste questionário.

INSTRUÇÕES:

Lê atentamente as questões e assinala com uma cruz a resposta que melhor se ajusta ao teu caso.

Sexo: Feminino () Masculino ()

Idade: _____

Ano de escolaridade: _____

I. Das actividades abaixo indicadas, gostaríamos de saber quais são as que realizas nos teus tempos livres (**fora das aulas**) e a quantidade de tempo que ocupas em cada uma delas.

ACTIVIDADES REALIZADAS NOS TEMPOS LIVRES (FORA DAS AULAS) ↓	Quantas vezes realizas as seguintes actividades?					
	Nunca	Algumas vezes por ano	Algumas vezes por mês	Algumas vezes por semana	Algumas vezes por dia	Várias vezes ao dia
1. Ir ao cinema						
2. Ir ao teatro						
3. Ir a concertos						
4. Ir a museus						
5. Ir a espectáculos desportivos						
6. Ir a discotecas /Pubs						
7. Ir a salas de jogos						
8. Ver televisão						
9. Ouvir música						
10. Jogar Videogames						
11. Actividades na Internet						
12. Praticar desporto						
13. Estar com os amigos do mesmo sexo						
14. Estar com os amigos do sexo oposto						
15. Ir jantar com os amigos						
16. Ir a festas						
17. Conversar com a família						
18. Visitar os familiares						
19. Fazer jogos com a família						
20. Ir jantar fora com a família						
21. Participar em actividades religiosas						
22. Participar como voluntário(a) em Instituições de Solidariedade						
23. Fazer campismo						
24. Pescar						
25. Caçar						
26. Estudar						
27. Fazer trabalhos individuais/ em grupo						

ACTIVIDADES REALIZADAS NOS TEMPOS LIVRES (FORA DAS AULAS) ↓	Quantas vezes realizas estas actividades?					
	Nunca	Algumas vezes por ano	Algumas vezes por mês	Algumas vezes por semana	Algumas vezes por dia	Várias vezes ao dia
Hobbies/Artes:						
28. Coleccionar objectos						
29. Pintar/desenhar						
30. Tocar um instrumento musical						
31. Criar animais						
32. Outros hobbies/artes						
Actividades extra-curriculares:						
33. Participar na Associação de Estudantes						
34. Participar no Jornal da Escola						
35. Participar noutros clubes da escola (com excepção dos clubes desportivos)						

II. Das substâncias abaixo indicadas, quais são as que já experimentaste e com que frequência.

Coloca uma cruz na resposta correspondente, tendo em conta que:

- Se nunca experimentaste deves marcar em 0
 Se só experimentaste 1 ou 2 vezes deves marcar em 1
 Se consumes algumas vezes por ano deves marcar em 2
 Se consumes várias vezes por mês deves marcar em 3
 Se consumes várias vezes por semana deves marcar em 4
 Se consumes todos os dias deves marcar em 5

	0	1	2	3	4	5
Tabaco						
Cerveja / Vinho						
Licores						
Haxixe						
Heroína						
Cocaína						
Inalantes						
Anfetaminas (sem indicação médica)						
Tranquilizantes (sem indicação médica)						

ANEXO 2- CONSISTÊNCIA INTERNA DAS ESCALAS

CONSISTÊNCIA INTERNA DAS ESCALAS

TABELA 1:

Escala do consumo de drogas

ESCALA	Nº DE ITENS	ALPHA
CONS	9	0.77

TABELA 2:

Escala das actividades de lazer

ESCALA	Nº DE ITENS	ALPHA
PPAAUS	35	0.63

ANEXO 3- MODELO DE ELLIOTT *ET AL.*(1985)

TENSAO

Aspirações familiares
 Aspirações escolares
 Discrepância entre metas educacionais e expectativas de consegui-las
 Discrepância entre metas ocupacionais e expectativas de consegui-las

VINCULOS CONVENCIONAIS EXTERNOS	VINCULOS CONVENCIONAIS INTERNOS
Envolvimento familiar	Aceitação de normas familiares
Envolvimento escolar	Aceitação das normas escolares
Envolvimento da comunidade	Isolamento social da família
Envolvimento social em actividades desportivas	Isolamento social da escola
	Aspirações familiares
	Aspirações escolares
	Metas educacionais
	Metas ocupacionais
VINCULOS DO GRUPO DE IGUAIS DESVIADOS (EXTERNOS)	VINCULOS DO GRUPO DE IGUAIS DESVIADOS (INTERNOS)
Envolvimento com amigos desviados	
Conduta desviante do grupo de iguais	Atitude face à conduta desviante do grupo de iguais
Exposição ao grupo de iguais delinquentes	
Sanções percebidas do grupo	Aceitação das normas do grupo
	Isolamento social

Figura 1: Variáveis explicativas da conduta desviante, segundo o modelo de Elliott *et al.* (1985), in Martin *et al.* (1994, p. 409).

ANEXO 4- ANÁLISES DESCRITIVA E DIFERENCIAL DAS ACTIVIDADES DE
LAZER, EM FUNÇÃO DO GÉNERO

TABELA 1:

Análise descritiva (pontuações médias e desvio padrão) e diferencial (Teste t-Student) da variável actividades de lazer (cada uma das suas dimensões), em função do género.

ACTIVIDADES	FEMININO		MASCULINO		G.L.	T	P
	N= 60		N= 60				
	M	D.P.	M	D.P.			
Académicas	5.37	1.69	5.45	1.90	118	.25	.80
Ao ar livre	1.03	1.23	1.48	1.43	118	1.84	.068
Familiares	9.22	3.67	8.95	3.58	112	.41	.68
De entretenim.	19.1	4.50	21.98	5.80	111	2.98	.004**
Sociais	10.0	2.34	10.43	2.93	118	.89	.373
Desporto	2.38	1.24	2.86	1.24	117	2.12	.036*
Extracurricul.	1.71	1.99	1.82	2.34	116	.27	.79
Hobbies	8.77	5.30	7.85	4.58	105	.96	.34
Religiosas	1.19	1.09	1.10	1.04	117	.44	.66
Voluntariado	.60	.83	.52	.65	118	.61	.54

p<.050* p<.010** p<.001***

Amplitude máxima por dimensão de actividades:

- Actividades académicas (0-10 pontos)
- Actividades ao ar livre (0-15 pontos)
- Actividades familiares (0-20 pontos)
- Actividades de entretenimento (0-55 pontos)
- Actividades sociais (0-20 pontos)
- Actividades de desporto (0-5 pontos)
- Actividades extracurriculares (0-15 pontos)
- Actividades religiosas (0-5 pontos)
- Actividades de voluntariado (0-5 pontos)
- Hobbies (0-25 pontos)

Os resultados a que chegamos com este estudo empírico, apontam para uma maior prática das actividades académicas (M= 5.45; D.P.= 1.90), ao ar livre (M= 1.48; D.P.= 1.43), de entretenimento (M= 21.98; D.P.= 5.80), sociais (10.43; D.P.= 2.93), desporto (M= 2.86; D.P.= 1.24) e extracurriculares (M= 1.82; D.P.= 2.34), por parte do género masculino. No entanto, apenas existem diferenças significativas entre os géneros no que

respeita às actividades de entretenimento [$t(111)=2.98, p < .010$] e as relativas ao desporto [$t(117)=2.12, p < .050$].

Relativamente ao género feminino, constata-se que as raparigas participam mais do que os rapazes em actividades familiares ($M= 9.22; D.P.= 3.67$), religiosas ($M= 1.19; D.P.= 1.09$), de voluntariado ($M= .60; D.P.= .83$) e hobbies ($M= 8.77; D.P.= 5.30$). No entanto, nenhuma destas actividades são significativamente mais praticadas pelas raparigas.

ANEXO 5- ANÁLISES DESCRITIVA E DIFERENCIAL DAS ACTIVIDADES DE LAZER, EM FUNÇÃO DA IDADE

TABELA 2-A:

Análise descritiva (pontuações médias e desvio padrão) e diferencial (Análise da variância- anova one way) da variável actividades de lazer (cada uma das suas dimensões), em função da idade.

ACTIVIDADES	13 ANOS N= 24		14 ANOS N= 24		15 ANOS N= 24		16 ANOS N= 24		17 ANOS N= 24		G.L.	F	P
	M	D.P.	M	D.P.	M	D.P.	M	D.P.	M	D.P.			
Académicas	6.13	1.26	5.88	1.92	5.04	1.88	4.79	1.53	5.21	2.02	4	2.53	.043 *
Ao ar livre	1.25	1.59	1.54	1.28	1.58	1.41	1.67	.87	.75	1.42	4	1.52	.20
Familiares	10.9	2.47	10.1	4.79	7.96	2.56	7.65	3.35	9.00	3.70	4	3.59	.008 **
De entreten.	20.2	4.45	19.8	5.55	19.4	6.87	21.7	3.90	21.7	5.53	4	.94	.45
Sociais	9.46	2.11	9.71	2.69	9.96	3.41	11.0	2.14	10.9	2.52	4	1.82	.13
Desporto	2.75	1.07	2.79	1.53	2.54	1.28	2.74	1.39	2.29	.95	4	.65	.63
Extracurricul.	1.08	1.32	1.83	2.37	2.45	2.74	2.21	2.15	1.29	1.90	4	1.73	.15
Hobbies	11.3	5.03	8.87	4.97	6.64	4.84	7.48	4.40	7.59	4.58	4	3.04	.021 *
Religiosas	1.17	1.05	1.48	1.12	1.33	1.20	1.04	.91	.71	.91	4	1.89	.12
Voluntariado	.46	.72	.88	1.03	.71	.75	.58	.50	.17	.38	4	3.37	.012 *

p<.050* p<.010** p<.001***

Amplitude máxima por dimensão de actividades:

- Actividades académicas (0-10 pontos)
- Actividades ao ar livre (0-15 pontos)
- Actividades familiares (0-20 pontos)
- Actividades de entretenimento (0-55 pontos)
- Actividades sociais (0-20 pontos)
- Actividades de desporto (0-5 pontos)
- Actividades extracurriculares (0-15 pontos)
- Actividades religiosas (0-5 pontos)
- Actividades de voluntariado (0-5 pontos)
- Hobbies (0-25 pontos)

TABELA 2-B:

Teste Scheffé (comparações múltiplas)

ACTIVIDADES			TESTE SCHEFFÉ				
			13	14	15	16	17
Académicas	<u>Média</u>	<u>Idade</u>					
	6.1250	13					
	5.8750	14					
	5.0417	15					
	4.7917	16	*				
	5.2083	17					
Familiares	<u>Média</u>	<u>Idade</u>					
	10.6522	13					
	10.0455	14					
	7.9583	15					
	7.6522	16	*				
	9.0000	17					
Hobbies	<u>Média</u>	<u>Idade</u>					
	11.2857	13					
	8.6667	14					
	6.6364	15	*				
	7.4762	16					
	7.5909	17					
Voluntariado	<u>Média</u>	<u>Idade</u>					
	.4583	13					
	.8750	14					
	.7083	15					
	.5833	16					
	.1667	17		*			

TABELA 2-B:

Teste Scheffé (comparações múltiplas)

ACTIVIDADES	TESTE SCHEFFÉ
Actividades ao ar livre	Não existem diferenças significativas entre os grupos de idade, no que respeita a estas seis dimensões de actividades de lazer
Actividades de entretenimento	
Actividades sociais	
Desporto	
Actividades extracurriculares	
Actividades religiosas	

Verifica-se que a participação em actividades académicas é superior no grupo dos 13 anos de idade ($M= 6.13$; $D.P.= 1.26$), comparativamente ao grupo etário dos 16 anos ($M= 4.79$; $D.P.= 1.53$), sendo esta diferença significativa [$F (4,115)=2.53$, $p< .050$].

Existe uma diferença significativa [$F (4,109)=3.59$, $p< .010$], no que respeita às actividades familiares, entre o grupo dos 13 anos ($M= 10.87$; $D.P.= 2.47$), cuja participação é maior, e o grupo dos 16 anos ($M= 7.65$; $D.P.= 3.35$).

No que respeita às actividades de voluntariado, verifica-se uma maior participação por parte do grupo etário dos 14 anos ($M= .88$; $D.P.= 1.03$), comparativamente ao grupo dos 17 anos ($M= .17$; $D.P.= .38$), sendo a diferença significativa [$F (4,115)=3.37$, $p< .050$].

Verifica-se ainda que os hobbies são significativamente [$F (4,114)=3.04$, $p< .050$] mais praticados pelos indivíduos dos 13 anos ($M= 11.3$; $D.P.= 5.03$), em comparação com o grupo dos 15 anos ($M= .6.64$; $D.P.= 4.84$).

Por último, não se verificam diferenças significativas entre os grupos de idades, no que respeita às actividades ao ar livre [$F (4,115)=1.52$, $p= .20$], sociais [$F (4,115)=1.82$, $p= .13$], extracurriculares [$F (4,113)=1.73$, $p= .15$], religiosas [$F (4,102)=1.89$, $p= .12$], de entretenimento [$F (4,108)=.94$, $p= .45$] e de desporto [$F (4,114)= .65$, $p= .63$].