

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS NA ADOLESCENCIA: QUE EFEITOS
NA AUTO-ESTIMA E IDEACÃO SUICIDA

Rita Susana Rodrigues Tavares Mendes de Carvalho

Nº 9884

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia
Especialidade em Psicologia Clínica

2007/08

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS NA ADOLESCENCIA: QUE EFEITOS
NA AUTO-ESTIMA E IDEAÇÃO SUICIDA

Rita Susana Rodrigues Tavares Mendes de Carvalho

Dissertação orientada por: Professora Doutora Maria Gouveia Pereira

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2007/08

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS NA ADOLESCENCIA: QUE EFEITOS
NA AUTO-ESTIMA E IDEAÇÃO SUICIDA

Rita Susana Rodrigues Tavares Mendes de Carvalho

Dissertação orientada por: Professora Doutora Maria Gouveia Pereira

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Maria Gouveia Pereira, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho DES nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Agradecimentos

Deixo um agradecimento especial a algumas pessoas que contribuíram de forma fundamental para o último ano de trabalho e sem as quais o presente estudo não seria possível.

À minha orientadora, Professora Doutora Maria Gouveia Pereira, por me guiar neste percurso e pela orientação dos meus passos nesta investigação.

Ao Dr. Rui Pedro e à Dr.^a Paula Julião, pela colaboração, disponibilidade e ajuda prestada no processo de recolha de dados.

Aos meus colegas do IDT, pelo apoio e companheirismo demonstrado durante este percurso.

À família, em especial à minha mãe e ao meu companheiro, que me apoiaram moralmente, respeitando as minhas ausências.

Por fim gostaria de agradecer a todos os amigos que me ajudaram na revisão do trabalho, em especial à Dra. Sílvia Lapa pelos orientação estatística.

Muito obrigada a todos.

Resumo

O presente estudo tem por objectivo averiguar se o consumo de substâncias psicoactivas potenciam uma baixa auto-estima e o aumento do risco de suicídio. Devido à dificuldade, por razões óbvias, de medir esta última variável, recorreu-se ao constructo da ideação suicida, como factor preditor do risco de suicido. Através de uma investigação observacional analítico-transversal, procurou-se perceber de que forma estas variáveis se influenciam mutuamente, confirmando ou refutando alguns trabalhos já realizados. Para tal utilizou-se uma amostra não clínica e não probabilística, constituída por 91 adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos, pertencentes a uma escola profissional da cidade de Lisboa. Foram aplicados os seguintes instrumentos: o Inquérito Europeu Sobre o Consumo de Álcool e Outras Drogas em Meio Escolar (Chitas, 2006) uma adaptação do projecto ESPAD – *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (Pompidou Group, 2003) (este submetido a pré-teste), a Escala de Auto-estima de Rosenberg (Shahani, Dipboye & Philips, 1990) e o Questionário de Ideação Suicida (Q.I.S.) (Ferreira & Castela, 1999). Foi usado um nível de significância de 95%, recomendado para as Ciências Sociais. Conclui-se que existe uma relação significativa entre o consumo de tabaco e drogas (cannabis) e a ideação suicida, não se tendo verificado o mesmo para o álcool. Igualmente verifica-se correlação significativa e negativa entre a auto-estima e a ideação suicida. Relativamente à relação entre a auto-estima e o consumo de substâncias psicoactivas, não se mostrou significativa, o que poderá indicar que os consumos na adolescência poderão funcionar como tentativa de manutenção da auto-estima.

Palavras-chave: auto-estima, substâncias psicoactivas, adolescência, comportamentos de risco, ideação suicida.

Abstract

The present study has for aim to inquire if the consumption of psychoactive substances increases a low self-esteem and the risk of suicide. Due to difficulty, for obvious reasons, to measure this last variable, we will appeal to the conceit of the suicidal ideation, as a predictor factor of the risk of suicide. Through an observacional analytical-transversal investigation, we tried to understand in what forms these variables mutually influence each other, confirming or refuting some carried through works. For that it was used a non clinical and not probabilistic sample, consisted by 91 adolescents with ages understood between the 14 and 19 years, pertaining to a professional school of the city of Lisbon. The following instruments had been applied: the *Inquérito Europeu Sobre o Consumo de Álcool e Outras Drogas em Meio Escolar* (Chitas, 2006) an adaptation of the project ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Dugs (Pompidou Group, 2003) (this submitted to a pre-test), *Escala de auto-estima de Rosenberg* (Shahani, Dipboye & Philips, 1990) and the *Questionário de Ideação Suicida* (Q.I.S.) (Ferreira & Castela, 1999). A level of significance of 95% was used, as recommended for Social Sciences. We concluded that exists a significant relation between the tobacco and drugs (cannabis) consumption and the suicidal ideation, witch we haven't verified for the alcohol. Equally significant and negative correlation was verified between self-esteem and suicidal ideation. Relatively to the relation between self-esteem and the consumption of psychoactive substances, this one didn't show significant, that probably indicates that the consumptions in the adolescence maybe function as attempt of maintenance of the self-esteem.

Key words: self-esteem, psychoactive substances, adolescence, risk behavior, suicidal ideation

Índice

Introdução	1
I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1. Comportamentos suicidários	3
1.1 O Suicídio	3
1.2. Tentativa de suicídio	4
1.3. Para-suicídio	4
1.4. Ideação suicida	5
1.5. Suicídio na adolescência	6
2. Adolescência	7
2.1. Breve resenha histórica e cultural	7
2.2. Identidade	8
2.3.Fases da adolescência	9
2.4. Auto-estima	13
2.5. Consumo de substâncias psicoactivas na adolescência	14
2.6. Ideação suicida, auto-estima e o consumo de substâncias psicoactivas na adolescência	17
2.7. Objectivos e hipóteses do estudo	20
II – MÉTODO	22
3. Participantes	22
4. Instrumentos	25
4.1. Os instrumentos escolhidos	25
Inquérito Europeu Sobre o Consumo de Álcool e Outras Drogas em Meio Escolar	26
Escala de Auto-estima de Rosenberg	27
Questionário de Ideação Suicida (Q.I.S.)	27
5.Procedimento	28

III - RESULTADOS	30
6. Análise descritiva relativa aos consumos	30
7. Análise descritiva relativa às escalas de auto-estima e ideação suicida	34
8. Teste de Hipóteses	35
IV – DISCUSSÃO e CONCLUSÃO	45
9. Considerações finais	47
V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48

Índice de Anexos

ANEXO A - <i>Outputs</i> da análise descritiva	54
ANEXO B - Versão do instrumento aplicado	62
ANEXO C - Breve relatório do pré-teste	73
ANEXO D - <i>Outputs</i> da análise estatística	75

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Média e frequência de idade dos grupos adolescentes quanto à sua distribuição por género	23
Tabela 2 – Frequência e percentagem de adolescentes relativamente à distribuição por ano escolar	23
Tabela 3 – Frequência e percentagem de adolescentes quanto à idade e género	23
Tabela 4 – Frequência e percentagem de adolescentes relativamente à actividade laboral	24
Tabela 5 – Frequência e percentagem de adolescentes relativamente à dimensão do agregado familiar	24
Tabela 6 – Frequência e percentagem de adolescentes relativamente à informação sobre os pais	25
Tabela 7 – Frequência e percentagem do consumo de outras drogas na vida	31
Tabela 8 – Frequência e percentagem do consumo de outras drogas na vida (continuação)	31
Tabela 9 – Frequência e percentagem de adolescentes com consumo de cannabis ou algum dos seus derivados por género	32
Tabela 10 – Frequência e percentagem de adolescentes com consumo de tabaco por género	33

Tabela 11 – Frequência e percentagem de adolescentes com consumo de bebidas alcoólicas por género	33
Tabela 12 – Frequência e média de auto-estima nos adolescentes por género	34
Tabela 13 – Frequência e média de ideação suicida nos adolescentes por género	34
Tabela 14 – Percentagem de adolescentes com e sem consumo de <i>cannabis</i> ou algum dos seus derivados nos últimos 30 dias relativamente à auto-estima.....	35
Tabela 15 – Percentagem de adolescentes com e sem consumo de <i>cannabis</i> ou algum dos seus derivados na vida relativamente à auto-estima.....	36
Tabela 16 – Média dos grupos com e sem consumo de <i>cannabis</i> nos últimos 30 dias relativamente aos <i>scores</i> médios da ideação suicida	36
Tabela 17 – Média dos grupos com e sem consumo de <i>cannabis</i> na vida relativamente aos <i>scores</i> médios da ideação suicida.....	37
Tabela 18 – Média dos grupos com e sem consumo de <i>cannabis</i> nos últimos 30 dias relativamente à auto-estima	37
Tabela 19 – Percentagem de adolescentes com e sem consumo de tabaco na vida relativamente à auto-estima	38
Tabela 20 – Percentagem de adolescentes com e sem consumo de cerveja nos últimos 30 dias relativamente à auto-estima.....	39
Tabela 21 – Percentagem de adolescentes com e sem consumo de vinho nos últimos 30 dias relativamente à auto-estima.....	39

Tabela 22 – Percentagem de adolescentes com e sem consumo de bebidas brancas nos últimos 30 dias relativamente à auto-estima	40
Tabela 23 – Percentagem de adolescentes com e sem consumo de cerveja na vida relativamente à auto-estima	40
Tabela 24 – Percentagem de adolescentes com e sem consumo de vinho na vida relativamente à auto-estima	41
Tabela 25 – Percentagem de adolescentes com e sem consumo de bebidas brancas na vida relativamente à auto-estima	41
Tabela 26 – Média e frequência de adolescentes com e sem consumo de cerveja nos últimos 30 dias relativamente aos <i>scores</i> médios da ideação suicida ...	42
Tabela 27 – Média e frequência de adolescentes com e sem consumo de vinho nos últimos 30 dias relativamente aos <i>scores</i> médios da ideação suicida ...	42
Tabela 28 – Média e frequência de adolescentes com e sem consumo de bebidas brancas nos últimos 30 dias relativamente aos <i>scores</i> médios da ideação suicida ...	43
Tabela 29 – Média e frequência de adolescentes com e sem consumo álcool na vida relativamente aos <i>scores</i> médios da ideação suicida	43

Lista de Outputs

Output 1 – Média, desvio-padrão, mínimo e máximo da idade dos adolescentes	55
Output 2 – Frequência e percentagem de adolescentes nas diferentes idades	55
Output 3 – Frequência e percentagem de adolescentes relativamente à informação sobre os pais	55
Output 4 – Frequência e percentagem de adolescentes relativamente à actividade laboral	56
Output 5 – Frequência e percentagem de adolescentes relativamente à distribuição por ano escolar	56
Output 6 – Frequência e percentagem de adolescentes relativamente à dimensão do agregado familiar	56
Output 7 – Média, desvio padrão, mínimo e máximo de consumo de outras substâncias na vida dos adolescentes	57
Output 8 – Frequência e percentagem de adolescentes com consumo na vida de tranquilizantes sem receita médica	57
Output 9 - Frequência e percentagem de adolescentes com consumo na vida de anfetaminas (<i>speeds</i>).....	57
Output 10 - Frequência e percentagem de adolescentes com consumo na vida de LSD (ácidos, <i>trips</i>).....	58

Output 11 - Frequência e percentagem de adolescentes com consumo na vida de cocaína	58
Output 12 - Frequência e percentagem de adolescentes com consumo na vida de heroína	58
Output 13 - Frequência e percentagem de adolescentes com consumo na vida de <i>ecstasy</i> (pastilhas, MDMA)	59
Output 14 – Frequência e percentagem de adolescentes com consumo na vida de cogumelos mágicos	59
Output 15 – Frequência e percentagem de adolescentes com consumo na vida de cogumelos mágicos	59
Output 16 - Frequência e percentagem de adolescentes com consumo na vida de álcool juntamente com comprimidos	60
Output 17 - Frequência e percentagem de adolescentes com consumo na vida de álcool e cannabis ou seus derivados em simultâneo	60
Output 18 – Média, desvio-padrão, mínimo e máximo de ideação suicida nos adolescentes	60
Output 19 – Média, desvio-padrão, mínimo e máximo de auto-estima nos adolescentes	59
Output 20 – Consumo de Cannabis e auto-estima (Teste Qui-quadrado)	76
Output 21 - Consumo de Cannabis e ideação suicida (Teste Mann-Whitney para amostras independentes)	78

Output 22 - Consumo de Tabaco e auto-estima (Teste Qui-quadrado).....	79
Output 23 - Consumo de álcool e auto-estima (Teste Qui-quadrado)	81
Output 24 - Consumo de álcool e ideação suicida (Teste Mann-Whitney para amostras independentes)	86
Output 25 – Correlações de Pearson entre auto-estima e ideação suicida	89
Output 26 – Correlações de Pearson entre a idade da 1ª bebida alcoólica e idade do 1º cigarro	90

Introdução

O presente trabalho intitulado "Consumo de substâncias psicoactivas na adolescência: que efeitos na auto-estima e ideação suicida", visa aferir a potencial relação entre estas variáveis – Ideação suicida, auto-estima e consumo de substâncias psicoactivas.

A escolha da ideação suicida deve-se ao facto deste ser o extremo de um *continuum* de comportamentos suicidários, onde no outro extremo se encontra o suicídio. Tendo em conta que o suicídio se encontra em crescimento entre os adolescentes, não só em Portugal, bem como a um nível mais global. Este surge como uma problemática em que a sua melhor compreensão e dos fenómenos associados, urge ser estudada. Neste estudo será usado a ideação suicida, por esta ser encarada como um sinal de alerta, que fornece informação valiosa com vista a prevenção destes comportamentos.

Um dos comportamentos referidos na literatura como potencialmente perigoso, quando associado à ideação suicida, é o abuso de substâncias psicoactivas, considerada inclusive como um comportamento parasuicidário (o seu abuso). Ainda que alguns autores chegam a conclusões por vezes contraditórias no que toca a esta associação. No entanto, com o aumento da prevalência do consumo destas substâncias entre os adolescentes portugueses (ainda que este possa não ser de forma abusiva), torna-se importante perceber se existe uma relação entre o seu consumo (uso) e a ideação suicida. Antes destes consumos se tornarem notórios, para o meio envolvente, como um comportamento auto-destrutivo.

Alguns construtos são associados aos consumos, um deles é a auto-estima. Tendo em conta a sua potencial influência, esta foi seleccionada para tentar compreender melhor a sua relação com os consumos e a ideação suicida. Diferentes explicações são levantadas quando esta é relacionada com o consumo de substâncias psicoactivas. Uma delas defende que o consumo de substâncias psicoactivas, na adolescência, serve como um meio de restaurar ou manter a auto-estima, e uma outra, de que o consumo de substâncias psicoactivas funcionariam como força negativa para a auto-estima. Aqui torna-se clara a necessidade de melhor compreender esta relação. Baseamo-nos na última, visto que esta é resultado de estudos mais recentes.

Por outro lado a ideação suicida aparece relacionada a uma baixa auto-estima, emergente na adolescência, associada às rápidas mudanças físicas, cognitivas e psicológicas. Neste trabalho debruçamo-nos apenas nas duas fases da adolescência, mais pertinentes para o

estudo da relação destas variáveis. A adolescência média, dos 14 aos 16 anos e a final, dos 17 aos 19 anos. Esta escolha deveu-se a este ser um período em que o adolescente já se encontra a resolver algumas das tarefas desenvolvimentais, de grande importância como é a formação da identidade. Outro dos factores que pesou nesta escolha, prende-se com a maior prevalência de adolescentes com consumo de substâncias psicoactivas nestas duas fases da adolescência, e com oscilações importantes da auto-estima. O que reforça a pertinência desta investigação. Assim levanta-se a seguinte questão de investigação - Será que o consumo de substâncias psicoactivas, leva a níveis mais baixos de auto-estima e potencia o risco de suicídio?

Para responder a esta questão, recorreremos à análise de relações estatísticas, numa população não clínica, de adolescentes portugueses, com recurso a um desenho de investigação do tipo observacional analítico-transversal.

I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Comportamentos Suicidários

1.1. O Suicídio

A palavra suicídio tem a sua origem em *sui* (de si) e *caedere* (matar), e designa a morte de si (ou do) próprio. Transversal a todas as sociedades e culturas, o suicídio é um problema que tem vindo a preocupar a humanidade ao longo dos tempos, motivando diferentes reflexões, atitudes e conclusões.

Segundo Durkheim (1897, citado por Sampaio 2006, pp. 24) o suicídio seria “*todo o caso de morte que resulta directa ou indirectamente de um acto positivo ou negativo praticado pela própria vítima, acto que a vítima sabia produzir esse resultado*”. Várias têm sido as definições apresentadas, por este ser um conceito de grande complexidade. Deshaies (1947, citado por Braz Saraiva, 2006) considera este como o acto de se matar de uma forma habitualmente consciente, tomando a morte como meio ou como fim. O suicídio foi ainda definido por Stengel (1964, citado por Braz Saraiva, 2006) como acto de pôr termo à própria vida e o suicida aquele que morre por suas próprias mãos ou que tenta ou tem tendência para o suicídio. Muitas outras poder-se-iam apresentar, mas aquela que parece ser mais sintética e clara é de Vaz Serra (1971, citado por Sampaio, 2006, pp. 24) em que caracteriza o mesmo como “*Suicídio-autodestruição por um acto deliberadamente realizado para conseguir esse fim*”.

Apesar de ser um dos fenómenos mais estudados por diferentes autores e correntes teóricas, ainda não se alcançou nenhuma explicação que permita a totalidades da sua compreensão, com o fim de uma diminuição real do número de suicídios consumados. Uma das questões frequentemente levantadas prende-se com a intencionalidade do comportamento suicidário, pois a ideia de morte não se apresenta sempre de igual modo por aqueles que atentam contra a sua vida, nem a suas motivações e finalidades são as mesmas (Sampaio, 2006).

Muitos outros fenómenos associados são de igual importância, podendo estes muitas vezes culminar em suicídio consumado. As tentativas de suicídio, o parasuicídio e a ideação

suicida, podem muitas vezes funcionar como sinais de alerta, antes de um desfecho mais trágico. São estes fenómenos, não menos importantes que seguidamente serão abordados.

1.2. Tentativa de Suicídio

Este conceito levanta várias questões quanto à sua definição. Talvez a maior destas seja a dificuldade e imprecisão de avaliar o desejo de morrer. A seriedade deste gesto poderá estar relacionado com o tipo e rapidez do método usado (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001). Pois a reversibilidade de um tiro de uma arma de fogo na cabeça é muito inferior a uma sobredosagem de medicação. No entanto algo é comum a todas estas variantes de tentativas de suicídio, o facto deste ser um comportamento auto-destrutivo em que o seu desfecho não fora fatal (Sampaio, 2002).

As tentativas de suicídio são mais comuns do que se poderia pensar na adolescência e no género feminino, enquanto por seu turno, o suicídio é muito habitual em idosos e no género masculino (Oliveira et al., 2001). Ainda assim, independentemente da gravidade e da intenção letal, estas significam sempre períodos de crise, sobretudo quando falamos de adolescentes, devendo sempre ser tido em conta, não fora este um dos mais importantes preditores do próprio suicídio e muitas vezes um grito de ajuda (Oliveira et al., 2001).

1.3. Parasuicídio

De acordo com a O.M.S., o parasuicídio diz respeito a um acto ou comportamento não fatal, eventualmente não habitual num dado individuo e em que o mesmo não tem clara a intenção de morrer, mas no qual se arrisca a danos em si mesmo (mais ou menos graves). Este conceito está relacionado com os comportamentos de auto-mutilação e de risco (Braz Saraiva, 2006).

No que diz respeito aos primeiros a manifestação mais usual é o corte superficial do pulso ou do antebraço (Braz Saraiva, 2006), mas muitas vezes a pele é seriamente agredida por queimaduras (cigarro, isqueiro, ferro quente, químicos abrasivos para a pele, entre outros).

No caso de um adolescente este tipo de comportamento tem como função aliviar tensão, afastar medos, conforto e gratificação (Oliveira et al., 2001).

Dentro dos comportamentos de risco os mais comuns são a vivência de uma sexualidade não controlada; adopção de comportamentos arriscados no seu dia a dia tornando-o mais vulnerável a acidentes e distrações; o abuso de substâncias tóxicas, álcool ou psicoestimulantes; conduzir em excesso de velocidade sob o efeito de uma das substâncias anteriormente mencionadas ou em contra-mão; escolha de desportos demasiado perigosos (Braz Saraiva, 2006). Este tipo de comportamentos tem vindo a aumentar vertiginosamente entre os adolescentes das sociedades contemporâneas, especialmente em meios urbanos.

Qualquer um dos comportamentos acima referidos, partem da livre vontade do próprio e não têm como objectivo final a morte. Ainda assim, nos casos de auto-mutilação, existe uma intenção real do sujeito se magoar a si mesmo, não pondo ninguém além dele próprio em perigo, pois este comportamento visa terminar ou substituir uma dor psicológica sentida como insuportável e sem fim por outra visível, física, palpável e mais fácil de controlar. Já nos comportamentos de risco não existe real intenção do sujeito se magoar, embora muitas vezes, coloque não só ele como terceiros em risco, pois o objectivo destes é muitas vezes o desafiar da morte e não o morrer propriamente dito, ainda que esse seja quase sempre o resultado final (Braz Saraiva, 2006).

1.4. Ideação Suicida

Em termos de definição do constructo ideação suicida, é de mencionar que se refere ao pensamento ou ideia suicida. Engloba desejos, atitudes ou planos de que o individuo tenha de se matar (Borges & Werlang, 2006). Este constructo é o extremo inferior de uma hierarquia de severidade dos comportamentos suicidários, em que obviamente o suicídio encontrar-se-á no pólo oposto e a tentativa de suicídio e o parasuicídio no meio (Ferreira & Castela, 1999).

Se pensarmos que mundialmente a média de suicídios em adolescentes tem aumentado de forma acentuada, ultrapassando claramente a média de suicídios na adulticia média e até na terceira idade (OMS, 1984), e considerando a ideação suicida um estágio preliminar de outros comportamentos suicidas mais severos (como o próprio suicídio no seu limite) (Simons & Murphy, 1985), fará todo o sentido através do estudo destas ideias suicidárias, tentar

compreender o próprio suicídio na adolescência. Tanto mais que de acordo com Pfeffer (1985), os adolescentes que se suicidam apresentam quase sempre ideiação suicida.

Em Portugal alguns autores debruçaram-se sobre esta temática. Num destes trabalhos, procurou-se saber qual a relação da ideiação suicida com outros factores como, o aproveitamento escolar e posição social dos pais, recorrendo a uma amostra de 994 alunos, entre os 12 anos e 19 anos de idade, a frequentar estabelecimentos de ensino em Matosinhos. Verificaram que 11% dos adolescentes tiveram pensamentos suicidas, dos quais 6% tiveram pensamentos desta natureza nos últimos dois anos (Fleming, Lorga, Sampaio, Sousa, 1989). Reforçando esta ideia outros autores como Borges et al. (2006), constataram que numa população não clínica de 526 adolescentes entre os 15 e os 19 anos, na cidade de Porto Alegre, no Brasil, 36% destes, apresentavam ideiação suicida.

Seguindo esta linha de raciocínio, parece pertinente não só o uso da ideiação suicida, como auxiliar para a compreensão do suicídio na adolescência, assim como o uso de uma amostra não clínica de adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos.

1.5. Suicídio na Adolescência

Em Portugal a segunda causa de morte para a população com idades compreendidas entre os 15 e 24 anos é o suicídio. Considerando que boa parte destes não são relatados por desconhecimento (como é o caso de um acidente de viação intencional) ou omitidos pela sua conotação socialmente negativa, é sensato pensarmos que estes números poderão ser incrivelmente superiores (Sampaio, 2006), havendo possivelmente uma diferença significativa entre os dados oficiais e os reais.

Segundo Laufer (2000) o suicídio é um acto de violência que aparece tipicamente na adolescência. Este facto estará certamente relacionado, com a habitual reflexão que os adolescentes fazem sobre o sentido da vida, que por sua vez leva a pensarem na morte e no suicídio (Sampaio, 2006). Ainda que para estes, a morte em si, não apresenta características de irreversibilidade, pelo menos de forma consciente nas suas mentes (Laufer, 2000), este acaba por ser muitas vezes o seu desfecho, pelo que parece ser imperativo o seu estudo com vista a uma melhor compreensão deste fenómeno, facilitando assim a sua prevenção.

Este período da vida, é muitas vezes vivido de forma intensa, conflituosa e onde se impõem diversas mudanças (Borges et al., 2006), algumas não desejadas. Toda esta turbulência, que é natural neste período, cria um terreno fértil para o aparecimento de comportamentos agressivos, impulsivos e/ou suicidas (Borges et al., 2006) (Braz Saraiva, 2006). Crescer é também em si mesmo um acto agressivo, em que se criam, pelo próprio e terceiros, inúmeras expectativas e metas a atingir, com frequência sem grande margem para falhas. Neste registo é compreensível a tendência para o *acting out* como mecanismo de defesa.

Como fora referido anteriormente, a ideação suicida é algo comum na adolescência, não devendo ser desvalorizada por ser o comportamento suicidário menos severo, mas sim visto como um sinal de alerta, preditor de outros de maior gravidade. A tomada de consciência da finitude da sua existência, leva à emergência deste tipo de pensamentos no adolescente, pelo que é de grande importância perceber o seu contexto, frequência e temática (em que pensamentos gerais sobre a morte serão, sem dúvida, menos preocupantes que planos ou idealizações sobre métodos de cometer suicídio), pois só assim é possível diferenciar entre questões filosóficas, normais nesta fase e sinal de alerta. Ainda que a adolescência seja uma fase de grandes mudanças e necessárias conquistas, que podem significar algum sofrimento, este não pode, nem deve, ser considerado como algo que caracteriza esta fase. O sofrimento é o maior sintoma de algo não está bem, devendo sempre ser tido em conta.

2. Adolescência

2.1. Breve Resenha Histórica e Cultural

Na idade média a criança comum era aprendiz aos 13 anos de idade, soldado aos 15 e pai de família aos 16 anos. As sociedades actuais promovem o prolongamento da adolescência, visto que antigamente a criança tinha apenas um modelo por onde se guiar, o pai e a mãe, que lhe ensinavam um ofício (Banito, 1989). Até aos finais do séc. XIX, a adolescência enquanto classe etária não existia (Marques, 2000). Após a revolução industrial verifica-se uma necessidade de aumento do período de aprendizagem, não no seio da família, mas através de um tutor. A aprendizagem torna-se mais longa e os indivíduos passam mais

tempo na escola. O aumento de tempo entre a entrada na puberdade e o início da vida laboral, faz com que o sujeito atinja a maturidade sexual antes de ser independente. A autonomia económica é um passo para a libertação, ou seja, o indivíduo que trabalha e que recebe por esse trabalho uma remuneração, adquire um estatuto de adulto, responsável e autónomo (Miguel & Gomes, 2000). A grande mobilidade social que se verifica hoje, apesar dos benefícios que tem como liberdade de escolha e livre arbítrio, também traz problemas no que se refere à diferenciação das figuras parentais, que é um factor fundamental na organização da identidade e que se verifica neste período da vida humana.

2.2. Identidade

O processo de autonomia do adolescente, a caminho de uma identidade, é traduzido pela separação da família (Sá, 1990). A adolescência desencadeia um afastamento activo em relação ao holding familiar e, conseqüentemente a rejeição das identificações infantis. Verifica-se um período de repetidas tentativas de separação dos objectos primários de amor (Blos, 1998; Sá, 1990). Este afastamento deve-se a um movimento a dois níveis, a nível funcional com a aquisição da função reprodutora e com as aceleradas alterações somáticas e a nível cognitivo, com a introdução da dimensão hipotético-dedutiva nas operações psíquicas (Matos, 2002; Piaget & Inhelder, 1979). Esta demanda pela identidade traduz-se num duplo constrangimento, por um lado ainda se verificam tendências infantis de carácter persistente, que podem insistir num retrocesso reorganizador e, por outro lado as primeiras tendências adultas já começam a se evidenciar (Braconnier, 2003; Sá, 1990). Este movimento na procura da autonomia vai produzir um espaço intermédio entre a família e a capacidade de se separar dela, ou seja o espaço entre identificação e identidade, que é preenchido pelo self-contraste. Este surge se a infância e a relação precoce possibilitaram a integração de um sentimento de confiança básica, que é referente ao objecto primário e ao próprio, sentimento este que permite a esperança, a capacidade de realizar projectos a longo prazo e, a capacidade de tomada de decisão (Erikson, 1969). O self-contraste é o espaço onde se dão as erupções da tonalidade-limite do adolescente, com conseqüente predomínio da acção sobre o pensamento, que devem ser observadas, na adolescência, como normativas e maturantes (Matos, 2002; Sá, 1990). Segundo Matos (2002) este é um período de consolidação da identidade, não de forma

rígida ou definitiva, mas num fundo definido de ser sexuado e social. A tarefa mais importante do adolescente, no que se refere à sua personalidade, é o processo de construção da identidade pessoal e sexual (López & Fuertes, 1989). A adolescência é caracterizada por processos psicológicos extremamente diversificados e intensos, que têm como desígnio conduzir ao estabelecimento da individualidade, à constituição de um sentimento/conhecimento de si e do outro, coerentes e bem delimitados (Marques, 1990). Verifica-se uma estruturação e uma personalidade auto-afirmativa, através do conhecimento de si próprio e das coisas, que surge das experimentações activa das capacidades próprias e do desenvolvimento da auto-confiança, auto-suficiência, competência e auto-consideração (Matos, 2002). “A identidade própria assume-se à medida que se esbate a identificação aos outros” (Matos, 2002, pp.136).

2.3. Fases da Adolescência

“A adolescência é um período da vida em que se produz um conjunto de alterações biofisiológicas, psicológicas, intelectuais e sociais que situam o indivíduo perante uma nova forma de se encarar a si próprio e tudo o que o rodeia” (López et al., 1989, pp-83).

Segundo Blos (1998) a passagem pela adolescência não se faz de forma linear, nem a um ritmo constante, é um período imensamente diverso e de uma extraordinária elasticidade psicológica, que assegura a passagem da infância à idade adulta (Matos, 2002). Apesar de ser tão rico em variações, verifica-se uma sequência ordenada de desenvolvimento psicológico e, esta que pode ser descrita em fases. A passagem por estas fases é vivida de forma diferente consoante o adolescente, mas este nunca conseguirá passar ao lado das transformações psíquicas essenciais imposta por cada fase. Todo este percurso visa a integração da maturação realizada pela puberdade com os modos de equilíbrio mais antigos e habituais. Esta integração vai facilitar a emergência de um senso do eu estável, ou seja um sentimento de identidade (Blos, 1998; Matos, 2002).

As fases aqui apresentadas têm como base Blos (1998). Para outros autores, como por exemplo Frade, Marques, Alverca & Vilar (2003) as fases da pré-adolescência e adolescência inicial, são uma só. Ainda assim, mencionaremos igualmente outros autores para caracterizar as mesmas, pois parece-nos que estes se completam, ainda que usemos a estrutura de Blos.

A pré-adolescência corresponde ao período de desenvolvimento que acompanha as metamorfoses biológicas e psíquicas, que se processam na puberdade (Matos, 2003). Ao desenvolvimento biológico da puberdade, está associado o desenvolvimento psíquico da pré-adolescência (Blos, 1998). A curiosidade sexual no pré-adolescente passa da anatomia e conteúdo, para a função e processo, este pretende relacionar o conhecimento adquirido anteriormente, com o seu próprio corpo (Blos, 1998). O desejo está centrado na exploração do próprio corpo (Frade et al., 2003). O aumento quantitativo pulsional é característico da pré-adolescência, verificando-se um investimento indiscriminado em todos os modos de satisfação libidinal e agressiva (Blos, 1998). Verifica-se um acentuado aumento do desejo sexual e das sensações eróticas (Frade et al., 2003).

Nesta fase, qualquer experiência, mesmo desprovida de carácter erótico pode tornar-se sexualmente estimulante, ou seja, é um investimento sem objecto específico (Blos, 1998). As alterações fisiológicas que a puberdade faz emergir, são vivenciadas de forma diferente por cada jovem. Podem surgir sentimentos de vergonha, timidez, pudor e até ansiedade face a um corpo que já não é de criança e onde acontecem coisas novas com as quais o adolescente está a aprender a lidar (Frade et al., 2003).

Depois da pré-adolescência, verifica-se um período de sucessivas tentativas de separação dos objectos primários de amor, com conseqüente procura e encontro objectal, produzindo uma grande instabilidade ao sentimento de identidade (Blos, 1998).

A adolescência inicial é caracterizada pela procura de um objecto extra familiar, visto que como conseqüência do desinvestimento nos objectos primários de amor, o adolescente precisa de encontrar novos objectos onde investir e a quem se identificar (Blos, 1998; Matos, 2003). É também neste período que os padrões morais e as crenças tornam-se egossintónicos e independentes da autoridade paterna (Blos, 1998). Durante esta fase, verifica-se um afastamento entre indivíduos de diferentes géneros, verificando-se mesmo alguns comportamentos de hostilidade entre rapazes e raparigas. Contudo, são comportamentos ambivalentes, visto que também se verificam alguns comportamentos de provocação e sedução, como os “apalhões”, “beijos roubados”, por exemplo (Frade et al., 2003). O adolescente volta-se para o amigo, do mesmo sexo. É uma escolha objectal narcísica, tendo em conta que o amigo funciona durante este período, como o ideal do ego (Matos, 2003). Estas amizades tendem a acabar subitamente, Blos (1998) apresenta duas explicações para tal acontecimento. Uma das explicações está relacionada com a componente erótica da relação,

que pode levar a comportamentos homossexuais podendo tornar-se intolerável para o sujeito, outra é a de que o amigo idealizado reduz-se às suas proporções comuns, deixando de alimentar a componente narcísica do sujeito (Blos, 1998). O adolescente já tem possibilidade do exercício sexual, mas ainda não tem maturidade psíquica (Matos, 2005). A masturbação é bastante frequente nesta fase, funciona como descoberta do corpo próprio e sua exploração, podendo ser vivenciada com um misto de curiosidade e prazer, mas também com dúvidas e culpabilização (Frade et al. 2003). Os jovens confrontam-se com dúvidas acerca da sua identidade sexual, quem são e do que são capazes. Alguns jovens, nesta fase, podem envolver-se em relações sexuais, embora não seja muito frequente (Frade et al., 2003). A dificuldade de lidar com a dúvida sobre quem são e se conseguem ter uma relação sexual, ou não, pode, nalguns casos, resultar em passagens ao acto sexual (Matos, 2005).

Na adolescência propriamente dita, também designada por adolescência média, a procura das relações objectais é direccionada para a procura do objecto de amor (Blos, 1998; Matos, 2002). Os grupos de pertença continuam a ser preferencialmente monossexuais, mas começam a ser criados espaços e possibilidades de convívio entre jovens, de ambos os sexos (Frade et al., 2003). É nesta fase que se dá a experiência do amor terno (Blos, 1998). A ambivalência, característica da fase anterior, dá lugar a uma explicitação das preferências sexuais, no que se refere à orientação sexual e também na escolha do parceiro (Frade et al., 2003). É um estilo de relação afectivo-sexual, que contribui para a consolidação da identidade, com a escolha do par amoroso e da definição da orientação sexual (Matos, 2005). A experimentação sexual relacional concretiza-se (Frade et al., 2003). Ainda no que se refere à identidade, nesta fase, a pertença ao género já não é de tanta relevância, o rapaz e a rapariga necessitam de sentir que são eleitos pelo objecto amado, precisam de se sentir atraentes para este (Matos 2002; Matos, 2005). O adolescente oscila entre sobreavaliações e subavaliações das suas capacidades como homem ou mulher, o que se reflecte na necessidade se ser amado, desejado e preferido (Matos, 2005). tornam-se No final da adolescência ou na adolescência tardia dá-se, principalmente um processo de consolidação (Blos, 1998). “Todas as componentes do desenvolvimento entram numa fase de consolidação” (Frade et al., 2003, pp. 110). Processo que está relacionado com a estrutura, que estabelece a unificação do ego e consequentemente modela o carácter, e relacionado com os conteúdos psíquicos, que preservam a continuidade do ego, proporcionam meios para a modulação do carácter (Blos, 1998). Verifica-se uma consolidação de atitudes, valores e sentimentos a vários níveis,

nomeadamente no que se refere à sexualidade (Frade et al., 2003). Verifica-se uma maior unificação entre afecto e vontade (Blos, 1998). A orientação do desejo sexual está também consolidada (Frade et al., 2003). A entrada na vida adulta aparece como uma transição que se realiza em função de patamares que conduzem a papéis sociais, como a finalização dos estudos, entrada no mundo laboral, a escolha do parceiro amoroso e a saída de casa dos pais. Mas a passagem para a vida adulta apresenta dificuldades evidentes e, tende a ser adiada. Se as fases anteriores foram marcadas pela busca da identidade, esta fase é marcada pela experimentação. Experimentação das definições de si mesmo que, através de um processo feito de tentativas e erros, vai levar à construção de uma identidade, direccionada para escolhas que garantam e confirmem a sua coesão (Braconnier, 2003).

Segundo Blos (1998), com o declínio da adolescência são registados ganhos a vários níveis, tais como, acção intencional, integração social, capacidade de fazer prognósticos, constância emocional e estabilidade da auto-estima. Este último aspecto tem particular importância se tivermos em conta que a estabilização desta é uma das principais realizações da condição de adulto (Blos, 1998).

Muitos autores dividem a adolescência quanto à realização ou fracasso destas tarefas desenvolvimentais, como é o caso do autor escolhido como referência. Poucos o delimitam cronologicamente pois estas tarefas dependem de critérios sociais e culturais, no entanto Fleming (2005), tendo por base os mesmos princípios psicológicos defendidos por Blos (1998) a seguinte divisão cronológica: Adolescência inicial – dos 12 aos 13 anos; adolescência média – dos 14 aos 16 anos e adolescência final dos 17 aos 19 anos.

2.4. A Auto-estima

Frequentemente associada a diversos comportamentos adaptativos e estilos de vida saudáveis, a auto-estima, tem sido investigada como um constructo importante na constelação do self, uma forma de sentir o valor próprio.

Com frequência, os indivíduos que solicitam apoio psicológico, referem sentimentos de inadequação, pouco valor e ansiedade associada à baixa auto-estima (Coopersmith, 1967). A auto-estima é um conceito muito relevante para as Ciências Sociais, Murk (1998) sugeriu cinco razões para a necessidade do seu estudo. Em primeiro lugar, esta é tida como um dos indicadores sociais chave na actual análise de crescimento e progresso social; em segundo lugar, problemas sociais como o abuso de drogas, gravidez precoce, fracasso escolar e delinquência estão frequentemente associados à mesma; em terceiro, é um constructo bastante mais complexo do que poderá aparentar, pois está relacionado com outros aspectos da personalidade; em quarto está intimamente relacionada com a saúde mental e o bem-estar psicológico e por fim a carência da mesma está associada a fenómenos como a depressão e o suicídio.

A auto-estima é a expressão emocional da auto-avaliação e o investimento libidinal ou agressivo das auto-representações (Blos, 1998). De forma ampla, esta expressa a discrepância, ou acordo, com o conceito desejado do eu e das auto-representações (Jacobson, 1953 citado por Blos, 1998).

Segundo outro autor esta é *“a avaliação que o indivíduo faz, e que habitualmente mantém, em relação a si mesmo. Expressa uma atitude de aprovação ou desaprovação e indica o grau em que o individuo se considera capaz, importante e valioso. Em suma, a auto-estima é um juízo de valor que se expressa mediante as atitudes que o individuo mantém face a si mesmo. É uma experiência subjectiva que o individuo expõe aos outros por relatos verbais e expressões públicas de comportamentos”* (Coopersmith, 1967, p.4-5).

Este conceito, largamente estudado, parece estar relacionado com outros fenómenos, relação essa que tentar-se-á descobrir entre a ideação suicida, consumo de substâncias psicoactivas e a auto-estima, tendo por base algumas investigações já realizadas, que serão descritas ao longo do texto.

Uma investigação levada conduzida por Oubrayrie-Roussel e Safont-Mottay (2001) com o objectivo de identificar comportamentos de risco, particularmente o consumo de

tabaco, álcool e drogas e a sua relação com a auto-estima, usou uma amostra constituída por 2000 alunos, com idades entre os 13 e 20 anos, que frequentavam as escolas de uma zona rural do sudoeste da França. Estes responderam a dois questionários, um relativo à auto-estima e outro ao consumo de substâncias tóxicas e comportamentos violentos. Os resultados mostraram diferenças estatisticamente significativas relativamente ao consumo precoce de substâncias tóxicas (13 anos) e a outras condutas de risco (violência agida) colocando o acento na necessidade de aquisição de confiança em si, e sobre a necessidade de ser reconhecido pelos outros. Certos consumos associados a uma desvalorização de si exprimem mal-estar adolescente, com base na incerteza sobre o futuro e exprimindo dificuldades no controlo das situações quotidianas. Os resultados apontam para a necessidade de uma despistagem precoce e também de uma colaboração entre os pais, professores e profissionais de saúde.

2.5. Consumo de Substâncias Psicoactivas na Adolescência

Apesar da experimentação de diversos comportamentos fazer parte da adolescência, é consensual que o consumo de substâncias psicoactivas é um comportamento de risco, uma vez que está em risco é a saúde. Em Portugal os adolescentes que mais consomem estas substâncias têm entre 16 e 18 anos, sendo na sua maioria do sexo masculino (Matos & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2008). Outros autores como Burke, Burke, Regier & Rae (1990) citados por Weiner (1992) referenciam que metades das situações de dependência de substâncias psicoactivas tiveram início por volta dos 18-21 anos, sendo o início do seu consumo na fase intermédia e final da adolescência. O estudo destes comportamentos e fenómenos associados, parece crucial, no que toca à prevenção dos mesmos. Pois estes podem passar pela simples experimentação, não invulgar e estranha nesta fase da vida, muitas vezes em busca da identidade mas, mais frequente do que gostaríamos, evoluem para o abuso e em casos mais graves para a dependência destas substâncias. (Matos et al., 2008). O consumo de tabaco e álcool revelam-se como precursores para o consumo de outras substâncias psicoactivas, funcionando estes consumos como preditores de outros consumos (Matos, et al., 2008). Assim, aquilo que começa por uma simples curiosidade, pode ter graves consequências que se vão repercutir ao longo da vida do indivíduo e dos que com ele convivem. Os mesmos

autores concluem ,que em Portugal depois do consumo de tabaco e álcool, a cannabis é destas substâncias, a mais consumida entre estas, com um aumento de 5% em 1998 para 10% em 2002 (Matos et al., 2008).

Está descrito que o contacto com substâncias psicoactivas é condicionado pela frequência – em que normalmente se distingue a experimentação ou uso pontual, do abuso e da dependência – e as próprias substâncias que têm efeitos diferentes – estimulantes, depressoras ou perturbadoras do Sistema Nervoso Central, referido de agora em diante como SNS – e conotações sociais diferentes – licitas ou ilícitas (Patrício, 2002). No entanto, actualmente assistimos com mais frequência a padrões de policonsumos, em que os sujeitos passam de droga para droga, ou mantêm o consumo de várias em simultâneo, consoante as suas preferências, acessibilidade a estas e até da moda.

Seguidamente descreveremos de forma sucinta as substâncias mais populares e mais consumidas entre os adolescentes. Começaremos pelo tabaco, planta do género nicotínico, consumida por via oral ou fumada, sendo a segunda a mais nociva, pois o filtro não elimina o monóxido de carbono, assim como outros gases perigosos para a saúde. Substância com efeitos estimulantes e depressoras do SNS, a inalação do seu fumo actua de forma quase imediata no neste, provocando uma acção satisfatória no indivíduo. Outra das substâncias bastante populares entre os adolescentes é o álcool. O etanol, mais conhecido por álcool, pode ser produzido por destilação ou produzido pela fermentação do açúcar existente em produtos de origem vegetal, frutos; caules e raízes. As bebidas alcoólicas são todas consumidas por via oral, escassos minutos após a sua ingestão, esta substância passa para a corrente sanguínea onde se manterá durante horas, exercendo os seus efeitos em vários órgãos do corpo humano. Substância depressora do SNS, ao contrário do que é muitas vezes dito, este tem como efeitos imediatos e a curto prazo: sensação inicial de euforia e de desinibição; baixa da temperatura corporal, sede, dor de cabeça, desidratação, acidez no estômago, vômitos, diarreia, fadiga muscular, sonolência, turvação da visão, descoordenação muscular, diminuição da capacidade de reacção, de atenção e compreensão, lentificação dos reflexos, vertigens, dupla visão, perda de equilíbrio. Por fim falaremos da cannabis e seus derivados, compostos de uma planta denominada de *Cannabis Sativa*, a substância ilícita mais difundida entre a população adolescente. Esta substância é essencialmente perturbadora do SNS, com os seguintes efeitos imediatos e a curto prazo: aumento da frequência cardíaca, perturbação da pressão arterial, congestão dos vasos conjuntivais (olhos vermelhos), dilatação dos brônquios, foto-fobia,

euforia, sonolência e instabilidade no andar, intensificação da consciência sensorial, maior sensibilidade aos estímulos, ansiedade e ataques de pânico, alteração da memória imediata, podem surgir ideias paranóides e em alguns casos, quadro psicótico-alucinatório-delirante agudo (IDT, I.P., 2008).

À semelhança da ideação suicida, a experimentação de substâncias psicoactivas é o extremo de um *continuum* de algo mais grave como a dependência. De igual modo é possível encarar as substâncias (ainda que como fora referido anteriormente com algumas ressalvas ao padrão emergente de consumos) em que o consumo de tabaco, por exemplo, muitas vezes antecede o consumo de cannabis (Matos et al., 2008).

Geralmente são evocados vários factores para explicar o consumo de substâncias psicoactivas:

- Factores socioculturais (significado cultural e simbolismo do álcool);
- Factores económicos (interesses económicos subjacentes, acesso facilitado ao consumo de álcool e publicidade);
- Factores individuais (factores genéticos, condições de educação, situação familiar, nível socioeconómico, condições etiológicas) que são, frequentemente, postos em causa (Adès & Lejoyeux, 1996; Coslin, 1996 citados por Oubrayrie-Roussel et al., 2001).

De acordo com Feijão & Lavado (2004), de 1999 a 2003, a percentagem de alunos de 16 anos que já experimentou drogas subiu de 12% para 18%. Isto leva-nos a pensar que outros fenómenos estarão associados e de que forma. Alguns factores são descritos como protectores, prevenindo, limitando e reduzindo o consumo de substâncias. Estes são divididos em três domínios: personalidade, interpessoais e contextuais. No domínio da personalidade estão incluídos factores como a *"baixa depressão, a elevada auto-estima, a percepção de sanções como resultado do consumo, a aceitação de crenças em normas sociais"* (Kim, Zane & Hong, 2002, citado por Matos et al., 2008).

A investigação na área do consumo de substâncias psicoactivas na adolescência, assume a divisão destas por três categorias simplificadas – Tabaco, Álcool e Drogas (Ferreira & Silva, 2006; Matos et al., 2006; Oubrayrie-Roussel et al, 2001; Costa, Alves, Santos, Carvalho, Souza & Sousa, 2007; Vinagre & Lima, 2006; Maldonado, Pedrão; Castillo; Garcia; Rodríguez, 2008), neste trabalho será usada a mesma tipo de agrupamento de substâncias.

São vários os contextos referidos para iniciar os consumos nomeadamente: em casa, casa de amigos, na rua, em locais de diversão, na escola, no trabalho, entre outros. O consumo destas substâncias pode ter lugar em situações de lazer, de festa, nos concertos/festivais; mas também pode estar intimamente associada a momentos de solidão, tristeza, situações de ócio, de desocupação, de absentismo escolar (Patrício, 2002). Por esta ordem de ideias, podemos pensar que o consumo de substâncias psicoactivas, em algumas situações, como já descrito anteriormente, pode ser considerado como comportamento parasuicidário, que se encontra no mesmo continuo da ideação suicida, como possível resposta a esta.

2.6. Ideação Suicida, Auto-estima e Consumo de Substâncias Psicoactivas na Adolescência

Ao longo da revisão bibliográfica, constatou-se que os conceitos, ideação suicida, auto-estima, e o consumo de substâncias psicoactivas, apesar de largamente estudados, ainda levantam muitas questões. Em algumas investigações, estes estão por vezes relacionados entre si, com conclusões nem sempre convergentes. Parece-nos pertinente para o nosso estudo a referência de alguns desses trabalhos.

Segundo alguns autores (Sukiennik, 2000; Borges, Werlang & Copatti, 2008), é na adolescência que aparecem sentimentos intensos de baixa auto-estima, sendo este identificado como um dos factores de risco, entre muitos. Um estudo de caso-controle, sobre os factores associados à ideação suicida na comunidade (amostra não clínica), menciona que factores relacionados com *stress*, suporte social, auto-estima, uso de álcool, depressão, desesperança e dor crónica parecem relacionadas com a ideação suicida. No entanto o mesmo não encontrou associação significativa entre o consumo de álcool e outras substâncias, e a ideação suicida, ao contrário de outros estudos (Silva, Oliveira, Bolega, Marín-Leon, Barros, Dalgarrondo, 2006).

Um desses estudos foi realizado no Brasil, no estado do Rio Grande do Sul, e debruçou-se sobre a relação entre a variável ideação suicida e o consumo de substâncias psicoactivas. Com uma amostra constituída por 306 pacientes do sexo masculino, 220 (71,9%) com história de dependência de álcool e 86 (28,1%) de outras substâncias, com idades entre os 15 e os 74 anos ($M=36,5$; $DP=11,56$), estes sujeitos foram divididos em 2

grupos. O Grupo I sem tentativa prévia de suicídio (n=261, 85,3%) e Grupo II com tentativa prévia de suicídio (n=45, 14,7%). A ambos foram passadas as Escalas de Desesperança e Ideação Suicida de Beck, após 7 dias de abstinência. Concluiu-se que o uso de drogas ou álcool e potencial suicida (ideias, gestos e comportamentos suicidas) cria um clima propício à emergência de desesperança, seja pelos seus efeitos tóxicos, enfraquecimento da rede de apoio interpessoal ou reflexos no humor (Argimon, Oliveira & Werlan, 2004).

Numa outra investigação sobre o potencial suicida em adolescentes condutores, na qual participaram 80 adolescentes, com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos, candidatos a condutores de veículos motorizados de duas rodas, foi aplicada a Escala de Risco Suicidário de Stork. Os resultados deste trabalho, mostram que os participantes entre os 16 e os 19 anos apresentavam maior propensão para o suicídio, onde o consumo de álcool e a o excesso de velocidade na condução, funcionam como forma de atenuar os sintomas desagradáveis associados. Concluem ainda que estes serão mais pessimistas, com uma visão mais negativa da vida, podendo ter uma menor auto-estima, ficando desta forma mais vulneráveis a comportamentos de risco. (Mendes, Vieira, Horta & Oliveira, 2003).

Alguns estudos correlacionam estas duas variáveis especificamente na adolescência como é o caso de um estudo piloto realizado em Trinidad, com 227 adolescentes, entre os 12 e 20 anos, em contexto escolar, apontando no sentido de haver uma associação entre o uso e abuso de Cannabis e os comportamentos suicidários. Para tal foi usado um questionário de sintomatologia psiquiátrica (CAPE – *Community Assessment of Psychic Experiences*) (Maharajh & Konings, 2005).

Um projecto de cooperação entre a Suíça e a França, entre os anos de 1995 e 2000, usou uma amostra de 1491 adolescentes com abuso de substâncias que comparou com um grupo de controlo, entre os vários resultados destacam-se 48% das raparigas e 33% dos rapazes, destes sujeitos, já tentaram o suicídio (Bolognini, Plancherel, Laget & Halfon, 2003), salientando mais uma vez a relação entre estas duas variáveis.

Um outro estudo teve o propósito analisar as diferenças no consumo de tabaco e do álcool entre adolescentes das áreas urbana e rural e se a auto-estima e auto-eficácia se relacionam com o consumo nestes dois grupos de adolescentes do ensino secundário nas áreas urbana e rural de Nuevo León México, entre Janeiro e Junho de 2006. Este estudo de design descritivo e correlacional, utilizou uma amostra de 359 estudantes. Os autores encontram relação negativa e significativa, entre quantidade de bebidas consumidas num dia típico e a

auto-estima ($r_s = -.23$), assim como da quantidade de cigarros consumidos num dia típico ($r_s = .20$). Esta informação é idêntica à encontrada noutras investigações, nas quais a auto-estima está associada ao comportamento dos adolescentes na decisão de evitarem as substâncias aditivas tais como o álcool e tabaco. Este estudo também verificou que os estudantes que não consomem álcool nem tabaco demonstraram níveis mais elevados de auto-estima, do que aqueles que consomem ambas as substâncias. Esta diferença foi considerada significativa e idêntica ao sugerido, onde no qual há evidência que o valor dos próprios julgamentos irá afectar o seu comportamento ou permitir o desenvolvimento de estilos de vida mais saudáveis (Maldonado et al., 2008).

Selosse em 1990, sugere que quando o bem-estar do adolescente é ameaçado perante situações destabilizadoras, a emergência de condutas de risco como o consumo de substâncias psicoactivas (álcool, tabaco e droga) pode ser analisada como tentativa para manter ou restaurar uma auto-estima satisfatória. Este autor sublinha a importância dos consumos como meio de lutar contra o sentimento de mal-estar e de stress escolar, por um lado e, por outro, como forma de permitir um controlo importante das emoções

No entanto de acordo com os resultados de um estudo realizado em França por Oubrayrie-Roussel et al. (2001), já descrito anteriormente, sobre a mesma temática (auto-estima e consumo de substâncias psicoactivas), refere que o consumo de álcool em excesso, não favorece uma revalorização suficiente da auto-estima. Acrescentam ainda que, na adolescência, o uso abusivo de álcool precoce não permite ao indivíduo jovem adquirir uma identidade suficientemente estruturada, tendo encontrado diferenças estatisticamente significativas relativamente ao consumo precoce de substâncias tóxicas (13 anos) e a outras condutas de risco (violência) colocando o acento na necessidade de aquisição de confiança em si, sobre a necessidade de ser reconhecido pelos outros. O consumo frequente de tabaco acompanha-se de um nível de auto-estima mais baixo assim como o consumo de drogas. No que respeita a estas condutas observam-se relações significativas com o nível de auto-estima. Certos consumos associados a uma desvalorização de si, exprimem mal-estar, na incerteza sobre o futuro e exprimindo dificuldades no controlo das situações quotidianas. Estes resultados apontam para a necessidade de uma despistagem precoce e também de uma colaboração entre os pais, professores e profissionais de saúde.

Como referido no enquadramento teórico a escolha da adolescência deveu-se a diversos factores, entre os quais, este ser o período onde se inicia o consumo de substâncias

psicoactivas, em que a auto-estima tem alterações importantes e cruciais para a passagem à adulticea e onde frequentemente surgem comportamentos suicidários, todos estes ligados a possíveis dificuldades no cumprimento de tarefas do desenvolvimento, características deste período do ciclo vital. Relativamente à amostra, pretendemos recolher os dados junto de adolescentes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos. Esta escolha deveu-se ao facto de se tratarem de idades que remetem para a fase intermédia e final da adolescência, período em o adolescente já se encontra a resolver algumas das tarefas desenvolvimentais, de grande importância como o é a formação da identidade. Outro dos factores que pesou nesta escolha, prende-se com a prevalência de adolescentes com consumo de substâncias psicoactivas ser maior nestas duas fases da adolescência (sendo uma das características da última a experimentação como referido no enquadramento teórico), e com oscilações da auto-estima, reforçando a pertinência desta investigação. A exclusão da adolescência inicial (12 e 13 anos respectivamente), deveu-se à infrequência destes factores na referida fase e com o facto da mesma se caracterizar por um desejo de crescer intenso, mas que no entanto funciona apenas como impulso para uma longa caminhada de aquisição de autonomia e formação da identidade.

2.7. Objectivos e hipóteses do estudo

O presente estudo tem como objectivo geral averiguar de que forma o consumo de substâncias psicoactivas (divididas em três subgrupos tabaco, álcool e drogas) pode influenciar a auto-estima global e a ideação suicida nos adolescentes.

Assim, de acordo com os estudos referidos neste trabalho sobre a auto-estima, em que esta aparece como uma variável importante no que toca ao consumo substâncias psicoactivas (Maldonado, et al., 2008; Oubrayrie-Roussel et al., 2001), com o aumento e generalização do seu consumo entre adolescentes (Feijão et al. 2004), bem como o acréscimo de suicídio nesta população (Sampaio, 2006), leva-nos a pensar na importância destes dados. Assim sendo, parece-nos pertinente estudar a correlação destas três variáveis para uma amostra não clínica de adolescentes portugueses entre os 14 e os 19 anos.

Colocamos então a seguinte questão de investigação: Será que o consumo de substâncias psicoactivas, leva a níveis mais baixos de auto-estima e potencia o risco de suicídio?

Levantamos as seguintes hipóteses:

1. Espera-se que os adolescentes que consomem *cannabis* tenham uma auto-estima menos elevada do que os adolescentes que não consomem *cannabis*.
2. Espera-se que os adolescentes que consomem *cannabis* apresentem níveis mais elevados de ideação suicida do que os adolescentes que não consomem *cannabis*.
3. Espera-se que os adolescentes que consomem tabaco tenham uma auto-estima menos elevada do que os adolescentes que não consomem tabaco.
4. Espera-se que os adolescentes que consomem álcool tenham uma auto-estima menos elevada do que os adolescentes que não consomem álcool.
5. Espera-se que os adolescentes que consomem álcool apresentem níveis mais elevados de ideação suicida do que os adolescentes que não consomem álcool.
6. Espera-se que os adolescentes com níveis mais elevados de auto-estima tenham menos ideação suicida do que os adolescentes que não têm.

II – MÉTODO

3. Participantes

De forma a compreender a potencial relação existente entre o consumo de substâncias psicoactivas, a ideação suicida e a auto-estima, numa população não clínica, de adolescentes portugueses, recorreremos a um desenho de investigação do tipo observacional analítico-transversal, pois estes "procuram explicar os resultados através do exame das relações estatísticas (correlações) entre variáveis num único momento" (Ribeiro, 2007, p.52).

Para tal utilizamos uma amostra do género não probabilística. Esta amostra foi seleccionada por conveniência (Dommermuth, 1975, citado por Ribeiro, 2007) ou de forma acidental (Polgar e Thomas, 1988, citado por Ribeiro, 2007), pois ambas se referem a uma amostra "simples constituídas por indivíduos que acidentalmente participam no estudo" (Ribeiro, 2007, p.4). Assim sendo, colaboraram, nesta investigação, 101 adolescentes estudantes, de ambos os géneros e com idades compreendidas entre os 14 e os 25 anos, de uma Escola Profissional da Grande Lisboa.

Dos 101 questionários aplicados, apenas 91 foram seleccionados como válidos para constituir a amostra de adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e 19 anos de idade. Foram excluídos 10 participantes (8 rapazes e 2 raparigas) com idades compreendidas entre os 20 e os 25 anos, por não reunirem o pré-requisito do grupo etário escolhido.

O nosso grupo de adolescentes será caracterizado de seguida. no entanto informação mais detalha será possível encontrar em anexo (vd. Anexo A).A amostra do presente estudo constitui-se assim de 91 indivíduos, sendo 12 do género masculino (13,2%) e 79 (86,8%) do género feminino, com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos (média idade global 17,38 anos), a frequentar um curso profissional (1º, 2º e 3º anos duas turmas de cada ano, equivalentes ao 10º, 11º e 12 anos).

Tabela 1 – Média e frequência de idade dos adolescentes quanto à distribuição por género.

	Média	Frequência
Masculino	17,67	12
Feminino	17,34	79
Total	17,38	91

Como é possível observar na tabela 2 que se segue, a maioria dos adolescentes encontra-se a o 1º ano, seguido pelo 2º e por fim 3º ano do curso respectivamente.

Tabela 2 – Frequência e percentagem de adolescentes relativamente à distribuição por ano escolar

	Frequência	Percentagem
1º	42	46,1
2º	35	38,5
3º	14	15,4
Total	91	100

Destes adolescentes o grupo etário com maior expressão é de 17 anos com 29, 7%, seguido do de 18 anos com 28,6%. No que toca à distribuição quanto ao género, é de salientar que o grupo com etário com maior dimensão é o de 17 anos para os rapazes (41,7%) e o de 18 anos para as raparigas (30,4%).

Tabela 3 – Frequência e percentagem de adolescentes quanto à idade e género

			Idade						
			14	15	16	17	18	19	Total
Género	Masculino	n	0	0	1	5	3	3	12
		%	0%	,0%	8,3%	41,7%	25,0%	25,0%	100,0%
	Feminino	n	1	6	12	21	24	15	79
		%	1,3%	7,6%	15,2%	26,6%	30,4%	19,0%	100,0%
	Total	n	1	6	13	26	27	18	91
		%	1,1%	6,6%	14,3%	28,6%	29,7%	19,8%	100,0%

Na tabela 4, observa-se que relativamente à situação profissional dos participantes, apenas 9 trabalham actualmente, ao passo que os restantes apenas estudam .

Tabela 4 – Frequência e percentagem de adolescentes relativamente à actividade laboral

		Frequência	Percentagem
Actividade Laboral	Sim	9	9,9
	Não	82	90,1
	Total	91	100,0

Como é possível constatar na tabela que se segue, no que diz respeito à situação familiar, verifica-se que 5 dos participantes vivem numa instituição Os restantes indivíduos têm agregados familiares que vão desde 1 a 8 pessoas. A maioria dos participantes tem um agregado familiar de 3 (24,2%) ou 4 pessoas (35,2%).

Tabela 5 – Frequência e percentagem de adolescentes relativamente à dimensão do agregado familiar

		Frequência	Percentagem
Dimensão Agregado Familiar	1	1	1,1
	2	6	6,6
	3	22	24,2
	4	32	35,2
	5	15	16,5
	6	8	8,8
	7	1	1,1
	8	1	1,1
	13	1	1,1
	14	1	1,1
	45	3	3,3
	Total	91	100,0

Como é possível observar na tabela 6, na maioria dos casos (64,8%) os pais vivem juntos. Em 26,4% dos casos, os pais estão separados, em 7,7% dos casos o pai é falecido e em 1,1% dos casos, a mãe já faleceu.

Tabela 6 – Frequência e percentagem de adolescentes relativamente à informação sobre os pais.

			vivem juntos	estão separados	pai falecido	mãe falecida	Total
Género	Masculino	n	7	4	1	0	12
		%	58,3%	33,3%	8,3%	,0%	100,0%
	Feminino	n	52	20	6	1	79
		%	65,8%	25,3%	7,6%	1,3%	100,0%
	Total	n	59	24	7	1	91
		%	64,8%	26,4%	7,7%	1,1%	100,0%

4. Instrumentos

4.1. Os instrumentos escolhidos

Com o objectivo de medir o melhor possível as variáveis já referidas, escolheram-se instrumentos já aferidos para a população em estudo – adolescentes. Deste modo, optou-se por utilizar três instrumentos específicos, a saber: o Inquérito Europeu Sobre o Consumo de Álcool e Outras Drogas em Meio Escolar (Chitas, 2006) uma adaptação do projecto ESPAD – *Europeen School Survey Project on Alcohol and Other Dugs* (Pompidou Group, 2003), a Escala de Auto-estima de Rosenberg (Shahati et al., 1990) e o Questionário de Ideação Suicida (Q.I.S.) (Ferreira, et al., 1999). Consumo de Substâncias Psicoactivas, Auto-estima e Ideação Suicida. Desta forma iremos obter a percepção que os adolescentes têm, no presente (transversal), relativamente a estes três conceitos. Acedendo à percepção dos indivíduos em estudo, não só será possível ultrapassar obstáculos metodológicos, como igualmente permitirá a verificação da realidade do adolescente e a compreensão de como este percebe e sente a mesma.

Inquérito Europeu Sobre o Consumo de Álcool e Outras Drogas em Meio Escolar

O instrumento de medida utilizado para obter a prevalência de consumos de substâncias psicoactivas em meio escolar, foi o Inquérito Europeu Sobre o Consumo de Álcool e Outras Drogas em Meio Escolar (Chitas, 2006), este é uma adaptação do projecto ESPAD – *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (Pompidou Group, 2003). O seu objectivo inicial era acompanhar a evolução dos consumos de substâncias lícitas e ilícitas nos alunos de 16 anos nos diversos países da Europa. Em Portugal, no ano de 2003, tomou-se a iniciativa de passar a inquirir amostras não só representativas, dos alunos de 16 anos, mas também de outros grupos etários. A dimensão da amostra foi de cerca de 18 000 alunos do 7º ao 12º ano, assegurando a representatividade a nível de Portugal Continental, para cada ano e grupo de escolaridade bem como para grupo etário dos 13 aos 18 anos. (Feijão & Lavado, 2004). Devido ao facto deste ser um Inquérito muito extenso e com questões sem grande interesse para este estudo, foi feita uma selecção de questões do mesmo. Assim tornou-se necessária a realização de um pré-teste, no qual participaram 20 adolescentes da mesma Escola Profissional, pertencentes a uma turma do 3º ano do curso, que obviamente não entraram na aplicação definitiva da pesquisa. Este pré-teste, teve por objectivo garantir que o instrumento media a variável pretendida, evitar perguntas ambíguas, com linguagem inacessível ou mal formuladas, diagnosticar tendências de respostas equivocadas, aferir a viabilidade do tempo para a pesquisa e a reformulação do questionário. Neste pré-teste resultaram algumas alterações, que passo a enumerar: a substância NHS foi retirada, por desconhecimento da totalidade dos participantes; foram acrescentados mais alguns exemplos para a substância cannabis e seus derivados, por uma questão de clareza; e por fim, a formatação do inquérito também foi corrigida, com um maior espaçamento entre as perguntas por se perceber, que por este motivo os participantes não respondiam a algumas questões. Após o pré-teste e o seu tratamento, obteve-se um questionário final sobre o consumo de substâncias psicoactivas, usado na aplicação definitiva da recolha de dados, com os restantes instrumentos (vd. Anexo B). O seu formato inclui, perguntas fechadas (sim/não) e de resposta múltipla, sobre a o tipo, frequência (recente – 30 dias ou ao longo da vida) e quantidade de consumo de substâncias psicoactivas. O inquérito ficou assim dividido por quatro secções

distintas: consumo de tabaco, álcool, cannabis e seus derivados e, por último, uma secção sobre outras drogas de consumo menos habitual por adolescentes.

Escala de Auto-estima de Rosenberg

A Escala de Auto-estima de Rosenberg (Shahati et al., 1990), é um instrumento que defende a natureza unidimensional do conceito de auto-estima e tem um formato do tipo Likert. Constituída por 10 itens, 5 de orientação positiva e os restantes 5 de orientação negativa, apresenta quatro alternativas de resposta: “Concordo inteiramente; “Concordo”; “Concordo moderadamente”, “Discordo moderadamente”, “Discordo” e “Discordo inteiramente”. A cotação dos itens varia entre 1 e 6 pontos, sendo que elevados valores nas respostas aos itens, aparecem sempre associados a altos níveis de auto-estima, pois a cotação é invertida nos itens de orientação negativa. Esta escala foi originalmente construída com o propósito de ser aplicada em populações adolescentes, tendo a sua aferição para a população portuguesa se realizado igualmente com adolescentes.

Questionário de Ideação Suicida

Por fim, o instrumento de medida utilizado para averiguar a gravidade dos pensamentos suicidas nos adolescentes, permitindo assim uma despistagem de adolescentes com ideação suicida em ambiente escolar, foi o Q.I.S., traduzido e adaptado por Ferreira et al. em 1999, uma versão revista do Suicide Ideation Questionnaire. Este questionário é constituído por 30 itens, aos quais são fornecidas sete respostas alternativas – nunca, quase nunca, raramente, às vezes, frequentemente, quase sempre e sempre – sendo cada item cotado de 0 a 6. Deste modo, a pontuação que é possível obter neste questionário vai de 0 a 180 pontos, sendo que quanto maior o escore obtido maior a frequência de cognições suicidas e vice-versa. O questionário tem itens do tipo “Pensei suicidar-me” e “Pensei na morte”.

Este instrumento apresenta em termos de consistência interna um alfa de 0.96.

5. Procedimento

Com base na revisão da literatura, foram definidos os objectivos, hipóteses e participantes para que a selecção dos instrumentos fosse possível. Após esta etapa, iniciou-se a preparação dos instrumentos, em especial o relativo ao consumo de substâncias psicoactivas, como fora já mencionado anteriormente. Assim e após as alterações que decorreram do pré-teste (vd. Anexo - B), procedeu-se à organização do instrumento final, com a compilação dos três, pela ordem, supra referida (vd. Anexo - C).

Por razões de ordem ética e tendo por base o princípio 8.02 do código de ética – *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct* (American Psychologist Association, 2002) – nesta investigação foi redigida uma carta de consentimento informado. Esta foi colocada na primeira página do instrumento final, juntamente com algumas instruções sobre o seu preenchimento, a quando da sua leitura, foi explicada qualquer dúvida que pudesse ter surgido. A construção desta carta teve por base os princípios de informação dos participantes do objectivo do estudo, do direito a declinar participar ou desistir depois de começar, de informação sobre os limites de confidencialidade, dos benefícios esperados desta investigação, oportunidade de colocar questões e obter respostas sobre a mesma e explicação de forma clara e com linguagem compreensível à população alvo. Deste modo possibilitando a livre escolha de participação ou não no presente estudo, obtendo um consentimento explícito dos seus participantes (American Psychologist Association, 2002; Bento, 2007; Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses, 2008).

A fim de possibilitar a participação destes adolescentes e a respectiva recolha de dados, foi necessário o pedido de autorização à direcção da Escola Profissional frequentada por estes alunos. Foi entregue nas escolas, após um contacto pessoal onde foram dados alguns esclarecimentos ao nível dos objectivos, amostra e instrumentos a utilizar, um termo de consentimento informado explicitando o objectivo do trabalho. Após a obtenção da devida autorização, foi programado com a presidente do concelho pedagógico o dia e as horas que poderia proceder à aplicação dos instrumentos. A mesma professora em articulação com os colegas estipulou as aulas que poderia no seu início proceder à sua aplicação, a todas as turmas desta escola (duas do 1ºano, duas do 2º ano e uma do 3ºano do curso, correspondentes ao 10ª, 11ª e 12ª anos), excepto uma do 3º ano onde se realizara o pré-teste. Assim, após uma breve explicação inicial, onde foi referida a importância da leitura atenta da carta de

consentimento informado (reforçando a informação desta de forma verbal e pedindo que respondessem de forma sincera e espontânea), distribui-se, aos adolescentes que aceitaram participar no estudo, o instrumento final. A aplicação teve uma duração média de 30 minutos, decorreu na sala de aula.

Depois da aplicação dos instrumentos os participantes eram dispensados com os devidos agradecimentos, ressaltando, o facto de constar nos questionários alguns contactos a que eles poderiam ter acesso em caso de necessidade e que caso pretendessem poderiam destacar a última página.

Após este processo de aplicação, seguiu-se a fase de análise dos resultados cedidos pelos instrumentos, através da análise estatística, com recurso ao programa informático SPSS versão 16.0.

III-RESULTADOS

No sentido se proceder à análise estatística para corroborar as hipóteses, recorreremos a testes paramétricos, sempre que alguma das amostras independentes a comparar (com consumos e sem consumos) for igual ou superior a trinta, tendo por base o Teorema de Limite Central (Maroco & Bispo, 2003), para testar as variáveis. Desta forma, serão aplicados testes paramétricos (teste t para amostras independentes), sempre que alguma das amostras independentes a comparar (com consumos e sem consumos) for maior ou igual a trinta, para testar as variáveis. Sempre que um dos dois grupos (com e sem consumo) for menor que trinta, usaremos testes não paramétricos (teste Mann-Whitney para amostras independentes).

parágrafo

No caso da variável auto-estima, foi dividida em baixa (entre 1 e 4,5) e alta (entre 4,6 e 6). Esta separação foi feita de forma a dividir ao meio, tendo em conta a dispersão dos resultados na escala de auto-estima. Assim, após verificadas as condições de aplicabilidade, recorreremos ao teste qui-quadrado para testar a variável auto-estima. Será usado um nível de significância de 95% por ser o indicado na literatura como o nível ideal para os estudos em ciências sociais.

Para uma melhor interpretação e análise dos dados os mesmos irão ser apresentados em tabelas (remetendo para anexo todos os dados adicionais) (Anexo – D), estes acompanhados pela sua análise descritiva e estatística.

6. Análise descritiva relativa aos consumos

Os participantes neste estudo foram questionados relativamente ao consumo de substâncias (drogas, tabaco e álcool) quer nos últimos 30 dias, quer na sua vida. Usamos preferencialmente os últimos 30 dias, por se tratar de um consumo mais recente.

No que toca ao consumo outras drogas, que não a cannabis obtivemos poucas resposta positivas quanto ao seu consumo, como é notório nas tabelas que se seguem (vd. Anexo – A).

Tabela 7. Frequência do consumo de outras drogas na vida

	Tranquilizante sem receita médica	Anfetaminas (speeds)	LSD (ácidos, trips)	Cocaína	Heroína
	N	N	N	N	N
nenhuma vez	73	86	86	86	88
1-5 vezes	11	3	4	3	2
6-9 vezes	2	2	1	0	0
10-19 vezes	4	0	0	0	1
20-39 vezes	0	0	0	1	0
40 ou mais vezes	1	0	0	1	0
Não respondeu	0	0	0	0	0
Total	91	91	91	91	91

Como se pode observar a substância mais consumo depois da cannabis, como veremos mais adiante, são os tranquilizantes com 18 adolescentes que afirmam já o ter feito, tendo a sua maioria consumido apenas entre 1 a 5 vezes.

Tabela 8. Frequência do consumo de outras drogas na vida (Continuação)

	Ecstasy (pastilhas, MDMA)	Cogumelos mágicos	Solventes voláteis (colas, aerossóis, verniz)	Álcool juntamente com comprimidos	Álcool e cannabis, ao mesmo tempo
	N	N	N	N	N
nenhuma vez	85	87	88	82	73
1-5 vezes	4	2	2	7	4
6-9 vezes	1	1	1	1	0
10-19 vezes	1	0	0	0	2
20-39 vezes	0	0	0	0	1
40 ou mais vezes	0	0	0	1	11
Não respondeu	0	1	0	0	0
Total	91	91	91	91	91

Verificamos igualmente, uma maior tendência para o consumo combinado de álcool com cannabis, com 18 adolescentes a afirmar ter feito esta combinação, e álcool com tranquilizantes, em que 9 adolescentes fazem a mesma afirmação. No entanto são o consumo de álcool e cannabis em simultâneo, surge com uma frequência bem superior, em que 11 destes adolescentes afirmam o terem feito mais de 40 ou mais vezes. No entanto, como já referido, devido ao número insuficiente de resposta positivas para o consumo de qualquer destas substâncias, usaremos apenas a cannabis para analisar a categoria drogas.

Tabela 9. Frequência e percentagem de adolescentes com consumo de cannabis ou algum dos seus derivados por género

			Já alguma vez fumou Cannabis ou algum dos seus derivados		
			Sim	Não	Total
Género	Masculino	n	3	9	12
		%	25,0%	75,0%	100,0%
	Feminino	n	23	56	79
		%	29,1%	70,9%	100,0%
	Total	n	26	65	91
		%	28,6%	71,4%	100,0%

Em relação ao consumo de Cannabis ou seus derivados, verifica-se que 28,6% dos participantes já fumaram estas substâncias alguma vez na sua vida. Analisando o comportamento de rapazes e raparigas, verificamos que a percentagem de raparigas que já consumiu cannabis (29,1%) é ligeiramente superior à percentagem de rapazes que também já o fez (25%). Para os 26 indivíduos que já fumaram cannabis, a média para a idade do primeiro “charro” é de 15,27 anos.

Tabela 10. Frequência e percentagem de adolescentes com consumo de tabaco por género

			Alguma vez fumou tabaco na vida		
			Sim	Não	Total
Género	Masculino	n	6	6	12
		%	50,0%	50,0%	100,0%
	Feminino	n	66	13	79
		%	83,5%	16,5%	100,0%
	Total	n	72	19	91
		%	79,1%	20,9%	100,0%

Relativamente ao consumo de tabaco, verifica-se que 79,1% dos participantes já fumaram tabaco alguma vez na sua vida, contra apenas 20,9% que nunca o fizeram. Aqui, a diferença entre rapazes e raparigas torna-se ainda mais acentuada sendo que consumo referido observa-se em 50% dos rapazes e a 83,5% das raparigas. Para os 72 indivíduos que já fumaram tabaco, a média da idade do primeiro cigarro é de 13,48 anos.

Tabela 11. Frequência e percentagem de adolescentes com consumo de bebidas alcoólicas por género

			Alguma vez bebeu uma bebida alcoólica na vida		
			Sim	Não	Total
Género	Masculino	n	10	2	12
		%	83,3%	16,7%	100,0%
	Feminino	n	77	2	79
		%	97,5%	2,5%	100,0%
	Total	n	87	4	91
		%	95,6%	4,4%	100,0%

No que diz respeito ao consumo de álcool, 95,6% dos participantes já beberam uma bebida alcoólica alguma vez na sua vida, contra apenas 4,4% que nunca o fizeram. Tal como nas restantes substâncias, observa-se que as raparigas apresentam maior consumo (97,5%) em

relação aos rapazes (83,3%). Para os 87 participantes que já beberam uma bebida alcoólica, a média da idade da primeira bebida é de 13,89 anos.

É ainda de salientar que foi encontrada uma correlação positiva e significativa ($p=0,001$) entre a idade de experimentação do primeiro cigarro e da primeira bebida alcoólica, sendo o seu coeficiente de correlação de 0,387 (vd. *Output* – 25).

7. Análise descritiva relativa às escalas de auto-estima e ideação suicida

Os respondentes do questionário revelaram *scores* médios na escala de auto-estima de 4,3275 sendo que as raparigas apresentam níveis ligeiramente inferiores nesta escala (4,3275) relativamente aos rapazes (4,40) (vd. *Output* – 18).

Tabela 12. Frequência e média de auto-estima nos adolescentes por género

	N	Média
Masculino	12	4,4000
Feminino	79	4,3165
Total	91	4,3275

Já na escala de ideação suicida encontramos uma média de 0,91477 nos *scores* dos respondentes, com grande dispersão de respostas. Os *scores* obtidos pelas raparigas são, em média (0,49064), superiores aos dos rapazes (0,48883) (vd. *Output* – 17).

Tabela 13. Frequência e média de ideação suicida nos adolescentes por género

	N	Média
Masculino	12	,48883
Feminino	79	,97947
Total	91	,91477

8. Testes de Hipóteses

Seguidamente iremos analisar as nossas hipóteses:

Hipótese 1 – Espera-se que os adolescentes que consomem cannabis tenham uma auto-estima menos elevada do que os adolescentes que não consomem cannabis.

Foi aplicado o teste do qui-quadrado (vd. *Output* - 19) utilizando a variável de consumo de cannabis ou seus derivados nos últimos 30 dias. As respostas foram agrupadas em dois grupos: o que não tem consumo nos últimos 30 dias e o que consumiu nos últimos 30 dias independentemente da quantidade. Como é possível verificar na tabela que se segue, existe uma tendência no sentido de quem consome *cannabis*, ter mais baixa auto-estima, apresentando uma diferença de 12,4%. No entanto, não foram encontrados resultados estatisticamente relevantes ($p=0,394$).

Tabela 14. Percentagem de adolescentes com e sem consumo de *cannabis* ou algum dos seus derivados nos últimos 30 dias relativamente à auto-estima

		Auto-estima		
		Baixa	Alta	Total
Cannabis ou algum dos seus derivados últimos 30 dias	Não	51,9%	48,1%	100,0%
	Sim	64,3%	35,7%	100,0%
	Total	53,8%	46,2%	100,0%

Como não foram encontradas diferenças significativas, aplicou-se o mesmo teste para comparar a auto-estima alta e baixa. dos indivíduos que já fumaram *cannabis* ou algum dos seus derivados alguma vez na vida, com a daqueles indivíduos que nunca consumiram estas substâncias. Mais uma vez constatamos uma diferença percentual nos valores da auto-estima, tanto na alta como na baixa, de quem consumiu e quem não consumiu (vd. tabela 14). No entanto, também não foram encontradas diferenças significativas para os níveis de auto-estima global destes dois grupos ($p=0,352$).

Tabela 15. Percentagem de adolescentes com e sem consumo de *cannabis* ou algum dos seus derivados na vida relativamente à auto-estima

		Auto-estima		
		Baixa	Alta	Total
Consumiu <i>cannabis</i> ou algum dos seus derivados alguma vez na vida	Não	61,5%	38,5%	100,0%
	Sim	50,8%	49,2%	100,0%
	Total	53,8%	46,2%	100,0%

Hipótese 2 – *Espera-se que os adolescentes que consomem cannabis apresentem níveis mais elevados de ideação suicida do que os adolescentes que não consomem cannabis.*

Compararam-se as médias obtidas na escala de ideação suicida para os que consumiram cannabis nos últimos 30 dias e os que não consumiram recentemente (vd. *Output* - 20). Apesar dos resultados serem superiores para os indivíduos com consumo, estas diferenças não são estatisticamente significativas ($p=0,095$)

Tabela 16 – Média dos grupos com e sem consumo de *cannabis* nos últimos 30 dias relativamente aos scores médios da escala de ideação suicida

		N	Média
Consumiu Cannabis ou algum dos seus derivados nos últimos 30 dias	Sim	77	0,86929
	Não	14	1,16493
	Total	91	

Foi aplicado o teste Mann-Whitney para amostras independentes tendo-se encontrado diferenças significativas para os valores de ideação suicida entre os indivíduos que já fumaram cannabis ou algum dos seus derivados alguma vez na vida e os indivíduos que nunca consumiram estas substâncias, tendo se encontrado diferenças significativas ($p=,020$).

Tabela 17 – Média dos grupos com e sem consumo de cannabis na vida relativamente aos scores médios da escala de ideação suicida

		N	Média
Já alguma vez fumou Cannabis ou algum dos seus derivados na vida	Sim	26	1,351
	Não	65	0,744
	Total	91	

Confirma-se a hipótese de que o consumo de Cannabis está relacionado com *scores* mais elevados na escala de ideação suicida.

Hipótese 3 – *Espera-se que os adolescentes que consomem tabaco tenham uma auto-estima menos elevada do que os adolescentes que não consomem tabaco.*

Aplicou-se o teste do Qui-quadrado utilizando as variáveis de consumo de tabaco nos últimos 30 dias e os níveis de auto-estima (vd. *Output* - 21). As respostas foram agrupadas novamente em dois grupos: o que não tem consumo nos últimos 30 dias e o que consumiu nos últimos 30 dias independentemente da quantidade. A auto-estima foi igualmente agrupada em alta e baixa.

No caso do tabaco as diferenças entre quem tem auto-estima baixa, entre o grupo com consumo recente e sem consumo recente, é praticamente inexistente, com uma ligeira diferença de 1,5% superior, no sentido oposto ao da hipótese colocada. Não foram encontrados resultados estatisticamente relevantes ($p=,894$).

Tabela 18. Percentagem de adolescentes com e sem consumo de tabaco nos últimos 30 dias relativamente à auto-estima

		Auto-estima		
		Baixa	Alta	Total
Tabaco últimos 30 dias	Não	54,4%	45,6%	100,0%
	Sim	52,9%	47,1%	100,0%
	Total	53,8%	46,2%	100,0%

Como não foram encontradas diferenças significativas, aplicou-se o novamente o mesmo teste para o grupo de indivíduos que já fumaram tabaco alguma vez na vida e aqueles que nunca o fizeram. O teste não revelou diferenças significativas para os valores de auto-estima entre os indivíduos destes grupos ($p=0,0248$).

O comportamento da amostra, em relação ao consumo na vida parece ir no sentido oposto mais uma vez da hipótese colocada. Assim podemos observar que mais 14,8% de adolescentes com consumo na vida desta substâncias, apresenta uma auto-estima alta. (ver tabela 19). Desta forma, não se confirma a hipótese de que os adolescentes com consumo de tabaco apresentam menor auto-estima.

Tabela 19. Percentagem de adolescentes com e sem consumo de tabaco na vida relativamente à auto-estima

		Auto-estima		
		Baixa	Alta	Total
Consumiu tabaco alguma vez na vida	Não	56,9%	43,1%	100,0%
	Sim	42,1%	57,9%	100,0%
	Total	42,1%	57,9%	100,0%

Hipótese 4 – *Espera-se que os adolescentes que consomem álcool tenham uma auto-estima menos elevada do que os adolescentes que não consomem álcool.*

A análise estatística (vd. Output - 22) foi replicada para os três tipos de bebidas alcoólicas contempladas no questionário aplicado (cerveja, vinho e bebidas brancas – shots, whisky, cocktails, vodka, etc.). Mais 8,4% dos indivíduos da amostra que consumiram cerveja nos últimos 30 dias revelaram auto-estima alta e de novo o teste aplicado revela que não existe diferença estatisticamente significativa ($p=0,439$).

Tabela 20. Percentagem de adolescentes com e sem consumo de cerveja nos últimos 30 dias relativamente à auto-estima

		Auto-estima		
		Baixa	Alta	Total
Cerveja nos últimos 30 dias	Não	56,9%	43,1%	100,0%
	Sim	48,5%	51,5%	100,0%
	Total	53,8%	46,2%	100,0%

Da mesma forma, os indivíduos que consumiram vinho nos últimos 30 dias revelaram percentagem inferiores de auto-estima baixa, com menos 15,6%, em relação aos que não têm consumo actual. dos indivíduos sem consumo) sendo a diferença igualmente não significativa do ponto de vista estatístico ($p=0,245$).

Tabela 21. Percentagem de adolescentes com e sem consumo de vinho nos últimos 30 dias relativamente à auto-estima

		Auto-estima		
		Baixa	Alta	Total
Vinho nos últimos 30 dias	Não	56,8%	43,2%	100,0%
	Sim	41,2%	58,8%	100,0%
	Total	53,8%	46,2%	100,0%

Finalmente, para as bebidas brancas, também se verificaram percentagens inferiores de auto-estima baixa, para os indivíduos que consumiram nos últimos 30 dias (com uma diferença de mais 12,2 % de auto-estima baixa para os indivíduos sem consumo). Mais uma vez a diferença não se revelou significativa ($p=0,671$).

Tabela 22. Percentagem de adolescentes com e sem consumo de bebidas brancas nos últimos 30 dias relativamente à auto-estima

		Auto-estima		
		Baixa	Alta	Total
<u>Bebidas brancas</u> nos últimos 30 dias	Não	60,0%	40,0%	100,0%
	Sim	47,8%	52,2%	100,0%
	Total	53,8%	46,2%	100,0%

Repetimos o teste do qui-quadrado mas para os grupos de adolescentes com algum consumo na vida e sem algum consumo na vida. Assim constata-se que a amostra, demonstra um comportamento no sentido oposto da hipótese colocada. Mas de forma mais clara, com uma diferença de mais 18,4% de auto-estima alta de adolescentes com consumo na vida (vd. Tabela – 23). Novamente o teste do Qui-quadrado, não revela diferenças significativas ($p=0,152$)

Como é possível verificar, não se confirma qualquer relação entre o consumo de álcool e a auto-estima.

Tabela 23. Percentagem de adolescentes com e sem consumo de cerveja na vida relativamente à auto-estima

		Auto-estima		
		Baixa	Alta	Total
<u>Consumiu Cerveja</u> alguma vez na vida	Não	68,4%	31,6%	100,0%
	Sim	50,0%	50,0%	100,0%
	Total	53,8%	46,2%	100,0%

Verificamos que existem diferenças percentuais de mais 4,5% de adolescentes com consumo de vinho, com auto-estima alta. O teste aplicado não revelou diferenças significativas para a comparação destas variáveis ($p=0,671$).

Tabela 24. Percentagem de adolescentes com e sem consumo de vinho na vida relativamente à auto-estima

		Auto-estima		
		Baixa	Alta	Total
Consumiu <u>Vinho</u> alguma vez na vida	Não	56,4%	43,6%	100,0%
	Sim	51,9%	48,1%	100,0%
	Total	53,8%	46,2%	100,0%

Na análise do consumo de bebidas brancas na vida, pela primeira vez observa-se um comportamento da amostra no sentido da hipótese colocada (adolescentes com consumo de bebidas brancas na vida com 15,6% de auto-estima baixa. No entanto como não se reuniram as condições necessárias para a aplicação do teste do qui-quadrado (25% das células, quando apenas é permitido 20%).

Tabela 25. Percentagem de adolescentes com e sem consumo de bebidas brancas na vida relativamente à auto-estima

		Auto-estima		
		Baixa	Alta	Total
Consumiu <u>Bebidas brancas</u> alguma vez na vida	Não	40,0%	60,0%	100,0%
	Sim	55,6%	44,4%	100,0%
	Total	53,8%	46,2%	100,0%

Não se confirma a hipótese de que o consumo de álcool contribui para uma baixa auto-estima.

Hipótese 5 – Espera-se que os adolescentes que consomem álcool apresentem níveis mais elevados de ideação suicida do que os adolescentes que não consomem álcool.

O teste estatístico Mann-Whitney foi usado, à semelhança do que foi efectuado para a hipótese 4, para os três tipos de bebidas alcoólicas (vd. Output - 23). Assim, relativamente ao consumo nos últimos 30 dias de cerveja, vinho ou bebidas brancas, não foram encontradas diferenças significativas na ideação suicida dos grupos dos consumidores e dos não-consumidores (cerveja: $p=0,895$; vinho: $p=0,752$; bebidas brancas: $p=0,359$).

Tabela 26. Média e frequência de adolescentes com e sem consumo de cerveja nos últimos 30 relativamente aos *scores* médios na escala de ideação suicida

		N	Média
Consumiu <u>Cerveja</u> nos últimos 30 dias	Sim	33	0,933
	Não	58	0,904
	Total	91	

Na análise das médias do *score* da ideação suicida, denota-se uma ligeira diferença de mais 0,029 de ideação suicida, nos adolescentes com consumo de cerveja (vd. tabela 26).

Tabela 27. Média e frequência de adolescentes com e sem consumo de vinho nos últimos 30 relativamente aos *scores* médios na escala de ideação suicida

		N	Média
Consumiu <u>Vinho</u> nos últimos 30 dias	Sim	74	0,926
	Não	74	0,926
	Total	91	

As médias do *score* da ideação suicida, no caso do vinho, revelam-se superiores para os adolescentes sem consumo recente de vinho (mais 0,059)

Tabela 28. Média e frequência de adolescentes com e sem consumo de bebidas brancas nos últimos 30 relativamente aos *scores* médios na escala de ideação suicida

		N	Média
Consumiu <u>bebidas brancas</u> nos últimos 30 dias	Sim	46	1,011
	Não	45	0,817
	Total	91	

O comportamento da amostra revela valores superiores de ideação suicida para aqueles que consumiram cerveja e bebidas brancas (diferença de 0,194) nos últimos 30 dias e valores mais baixos para os que consumiram vinho comparativamente com os que não consumiram.

Foi aplicado o teste Mann-whitney para amostras independentes para comparar a média dos *scores* de ideação suicida entre os indivíduos que já consumiram bebidas alcoólicas e aqueles que nunca o fizeram.. Na comparação das médias, constatamos uma diferença de 0,225 a mais de ideação suicida para os consumidores de bebidas alcoólicas. Ainda assim, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas para os dois grupos ($p=0,862$).

Tabela 29 – Média e frequência de adolescentes com e sem consumo de álcool na vida relativamente aos *scores* médios na escala de ideação suicida

		N	Média
Score na escala de ideação suicida	Alguma vez bebeu uma bebida alcoólica na vida		
	Sim	87	0,925
	Não	4	0,700

Hipótese 6 – *Espera-se que os adolescentes com níveis mais elevados de auto-estima tenham menos ideação suicida do que os adolescentes que não têm.*

Foi encontrada uma correlação de Pearson significativa e negativa entre os *scores* obtidos nas escalas de auto-estima global e de ideação suicida ($p=0,000$). Este resultado indica que quanto maior a auto-estima global dos adolescentes em estudo, menor a sua ideação suicida sendo o coeficiente de correlação de 0,643 (vd. Output - 24).

V – DISCUSSÃO e CONCLUSÃO

Posteriormente à descrição e análise dos resultados torna-se importante fazer uma reflexão de modo a obter-se uma melhor compreensão dos fenómenos focados e das relações que os mesmos estabelecem. Assim, serão discutidos os resultados de uma forma global não perdendo de vista as conceptualizações formuladas pelos autores anteriormente mencionados.

Relativamente à ideação suicida verificou-se que esta tem relação com o consumo de algumas substâncias psicoactivas, como é o caso do consumo de drogas, especificamente a Cannabis e seus derivados, no entanto não se verificou o mesmo com o álcool. Assim, na amostra em estudo, conclui-se que o consumo de *cannabis* e seus derivados, está relacionado com níveis mais elevados de ideação suicida, confirmando as hipóteses 1, levando a crer que este tipo de consumo, conforme referido por alguns autores, tem uma forte associação com potencial suicidário (Argimon et al., 2004; Maharajh et al., 2005; Bolognini et al., 2003). No entanto o consumo de álcool não apresenta associação com a ideação suicida, infirmoando a hipótese 5. Ainda que esta seja a substância que mais adolescentes, nesta investigação, referem já ter consumido.

De acordo com os dados observados por Matos et al. (2008), na presente amostra, a cannabis revela-se como a substância mais consumida, depois do álcool e do tabaco. No entanto, este consumo de *cannabis*, no presente estudo, apresenta uma percentagem bastante superior, com uma diferença de mais 18,6%, indicando um aumento significativo deste tipo de consumo em relação a este grupo de adolescentes. Como alguns autores indicam, o consumo de tabaco e álcool funciona muitas vezes como porta de entrada para a experimentação de outras substância. Sendo a adolescência um período do ciclo vital, onde a experimentação é frequente, necessária e de salutar, esta poderá constituir um risco para o adolescente (Matos et al., 2008). Desta forma esta busca experimental pela identidade pode transformar-se num desvio do desenvolvimento desejado (Braconnier, 1999).

No que toca aos resultados apresentados sobre a relação entre o consumo de substâncias psicoactivas e a auto-estima, todas as hipóteses (1 – *cannabis*, 3 - tabaco e 4 - álcool) foram infirmadas, ao contrário do que se esperaria segundo investigações levadas a cabo por Outbrayrie-Roussel et al. (2001) e Maldonado et al. (2008), nas quais se basearam as referidas hipóteses. O grupo de adolescentes em estudo que consome, chega mesmo a

apresentar níveis de auto-estima superiores, do que aqueles que não o fazem. Assim sendo, esta amostra parece apontar para o que Selosse (1990) defende, em que quando a Auto-estima é ameaçada por um evento negativo, produz um aumento dos níveis de ansiedade, e o sujeito reage na procura de alternativas para enfrentar a situação. Em muitos casos, estas alternativas conduzem a modos não muito apropriados ou prejudiciais para a sua saúde, tais como o consumo de tabaco, álcool ou outras drogas, com o propósito de restabelecimento de uma auto-estima satisfatória.

O tabaco e o álcool são substâncias com grande proximidade, confirmado neste estudo, através de uma correlação significativa e positiva ($r=0,387$), entre a idade da primeira bebida alcoólica e do primeiro cigarro.

Por fim, confirma-se uma correlação muito significativa e negativa ($r= -0,643$) entre a auto-estima e ideação suicida, em que, quanto menor a primeira, maior a menor a segunda. Tendo por base o já fora referido anteriormente, de que a ideação suicida é um constructo pertencente a um *continuum* de comportamentos suicidários, onde o suicídio será o mais severo destes, e a ideação suicida o menos severo. Considerando este um sinal de alarme para outros comportamentos suicidários como o próprio suicídio (Simons et al., 1985, citado por Fleming, 2005), poderemos concluir que nesta amostra de adolescentes, a auto-estima e a ideação suicida influenciam-se mutuamente, confirmando a afirmação de Murk em 1998, de que a carência de auto-estima está associada a fenómenos como o suicídio.

Em suma, ao olhar para o conjunto de dados obtidos podemos dizer que o consumo de substâncias psicoactivas na adolescência é uma realidade que não se pode negligenciar, pois está relacionado com níveis mais elevados de ideação suicida e que as conclusões observadas nos diferentes estudos realizados nesta área vêm chamar a atenção para a necessidade da criação de estratégias de manutenção e reforço da auto-estima, como combate à ideação e ao consumo, o que requer a intervenção dos vários agentes sociais que fazem parte do quotidiano destes adolescentes.

9. Considerações finais

Ao longo desta investigação, tornaram-se claras algumas das suas limitações e da pertinência de alguns aspectos em que este trabalho não se debruçou. Desta forma proporcionando terreno fértil para algumas propostas de possíveis futuros trabalhos que respondam a perguntas levantadas no decorrer dos resultados do presente estudo, ou até mesmo o enriquecimento deste e fornecessem mais informação.

O primeiro aspecto a salientar prende-se com a amostra. O facto desta apresentar algum desequilíbrio quanto ao género, leva a algumas limitações quanto a possíveis conclusões sobre a diferença destes, com alguma importância e por diversas vezes referidas na literatura. Esta também beneficiaria se fosse representativa, da população de adolescentes portugueses e não apenas de uma população de adolescentes a frequentar uma Escola Profissional da Grande Lisboa, o que não nos permite generalizar as nossas conclusões e extrapolá-las. Desta forma seria interessante realizar um estudo que englobasse uma maior diversidade de adolescentes do país, a frequentar os mais diversos tipos de ensino (Profissional e Secundário), mas também incluísse aqueles que pelas mais diversas razões não frequente o meio escolar.

Um segundo aspecto a ter em conta prende-se com os instrumentos. O facto de se ter usado uma escala de auto-estima global, em detrimento de outras mais extensas que avaliam diferentes dimensões da mesma, permitindo um maior fineza dos dados e conclusões. Ainda no que toca a escolha de instrumentos, é de apontar que o facto de apenas se ter utilizado questionários de auto-relato e de questões fechadas, não nos permitindo aprofundar as questões e estudar os fenómenos de forma mais exhaustiva. Verificou-se também que um instrumento que medisse a severidade dos consumos de forma mais exacta, através de uma escala com scores, à semelhança da escala de auto-estima de Rosenberg e do Questionário de Ideação Suicidas outras duas usadas (permitindo por exemplo o uso de uma metodologia correlacional em todas as variáveis), possibilitaria conclusões mais finas sobre estas temáticas e a sua correlação.

Finalmente, o facto dos resultados serem algumas vezes contraditórios relativamente a algumas das investigações mais recentes sobre a auto-estima e o consumo de substâncias psicoactivas, revela a necessidade de futuros estudos, corrigindo erros de procedimento, com vista ao aprofundamento do conhecimento científico nestas áreas.

VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychologist Association (2002). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. *American Psychologist*. Vol. 57, Nº12, 1060-1073.
- Argimon, I.I.L., Oliveira, M.S. & Werlan, B.S.G. (2004). *O potencial suicida em dependentes químicos avaliado através do Inventário de Desesperança e Escala de Ideação suicida*. Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Organizado por Leal, I., Ribeiro, J.P. & Jesus, S.N.. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Banito. E., (1989). Avaliação Clínica na Adolescência. *Cadernos do Internato*, 1 (1), 22-24
- Bento, R.I.E. (2006). Questões Éticas e Deontológicas da Investigação em Psicologia Social. *Portal dos Psicólogos*. Retrieved June 3, 2008 from <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0328.pdf>
- Blos. P., (1998). *Adolescência: Uma Interpretação Psicanalítica*. 2ª Ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, Lda.
- Bolognini, M., Palncherel, B., Laget, J. E Halfon, O. (2003). Adolescent's Suicide Attempts: Populations at Risk, Vulnerability, and Substance Use. *Substance Use & Misuse*. Vol. 38, Nº11-13, 1651-1669.
- Borges, V.R. & Werlang, B.S.G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*. Vol.11, Nº3, 345-351. Retrieved November 6, 2007 from <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/261/26111312.pdf>
- Borges, V.R., Werlang, B.S.G. & Copatti, M. (2008). Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos. *Barbarói*. Santa Cruz do Sul, n. 28. Retrieved August 5, 2008 from <http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/192/302>
- Braconnier. A., (2003). *O Guia da Adolescência: À Procura da Identidade*. Lisboa: Prefácio – Edição de Livros e Revistas, Lda.

- Braz Saraiva, C. (2006). *Estudos Sobre o Para-Suicídio. O que leva os adolescentes a espreitar a morte*. Coimbra: Redhorse – Industria Gráfica, Lda.
- Chitas, V. (2006). *O uso de drogas e outros comportamentos de risco na adolescência: factores de risco e factores de protecção*. Tese de Doutoramento a apresentar à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.
- Costa, M., Alves, M., Santos, C., Carvalho, R., Souza, K. & Sousa, H. (2007) Experimentação e uso regular de bebidas alcoólicas, cigarros e outras substâncias psicoactivas/SPA na adolescência. *Ciências & Saúde Colectiva*, 12 (5), 1143-1154. Retrieved February 20, 2008 from <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n5/05.pdf>
- Erikson, E., (1969). *Identity youth and crisis*. Nova York: Norton and Company
- Feijão, F., Lavado, E., (2004). Evolução do Consumo de Drogas na Adolescência – Ruptura ou Continuidade? *Toxicodependências*. Volume 10: 31-47.
- Ferreira, A.P. & Silva, I. (2006). *Prevalência de consumos de álcool, drogas e tabaco na adolescência*. Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Organizado por Leal, I., Ribeiro, J.P. & Jesus, S.N. Faro: Universidade do Algarve.
- Ferreira, J. A. & Castela, M. C. (1999). Questionário de ideação suicida (Q.I.S.). In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II) (pp. 123-130). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.
- Fleming, M., Lorga, P., Sampaio, A., Sousa, A. (1989) Pensamentos suicidas e tentativas de suicídio em adolescentes. *Psicologia Clínica*, 2, 19-32.
- Fleming, M. (2005). *Entre o Medo e o Desejo de Crescer – Psicologia da Adolescência*. Edição 961, Edições Afrontamento. Porto.
- Frade. A., Marques. A. M., Alverca. C. & Vilar. D., (2003). *Educação Sexual na Escola – Guia para Professores, Formadores e Animadores*. Lisboa: Texto Editora

- IDT, I.P. (2008). *Substâncias*. Retrieved September 16, 2008 from <http://www.idt.pt/PT/Substancias/Paginas/NocoesGerais.aspx>
- Laufer, M. (2000). *O Adolescente Suicida*. 1ª Edição, Climepsi Editores. Lisboa.
- López, F. & Fuertes, A. (1989). *Para Compreender la Sexualidad*. Navarra: Verbo Divino
- Maharajh, H.D. & Konings, M. (2005). Cannabis and suicidal behaviour among adolescents: a pilot study from Trinidad. *The Cientific World Journal*. 5, 576-585.
- Maldonado, R., Pedrão, L., Castillo, M., Garcia, K. & Rodríguez, N. (2008) Self-Esteem, Perceived Self-Efficacy, Consumption of Tobacco and Alcohol in secondary students from urban and rural areas of Monterrey, Nuevo León, México. *Rev Latino-am Enfermagem*, 16, 614-620. Retrieved September 12, 2008 from <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16nspe/18.pdf>
- Maroco, J. & Bispo, R. (2003). *Estatística Aplicada às Ciências Sociais e Humanas*. 1ª Edição, Climepsi Editores. Lisboa.
- Marques. A. M. & Prazeres. V., (2000). *Educação Sexual em Meio Escolar: Linhas Orientadoras*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação
- Matos. A. C. (2002). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, M. (2005). *Adolescência, Representação e Psicanálise*. Lisboa: Climepsi Editores
- Matos, M.G. & Equipa do Projecto Aventura Social (2008). *Consumo de substâncias: Estilo de vida? À procura de um estilo?*. Coleção Estudos – Universidades. Instituto da Droga e da Toxicodependência, Lisboa.
- Mendes, R., Vieira, M., Horta, M., & Oliveira, R.A., (2003). *Risco de suicídio em condutores adolescentes*. *Análise Psicológica*. Vol.21, N°4: 465-474.
- Miguel. N. & Gomes. A. A., (2000). *Educação sexual : Só Para Jovens*. 4ª Ed. Lisboa : Texto Editora

- Murk, C. (1998). *Auto-estima : Investigación, teoría y práctica*. Bilbao : Desdée de Brouwer.
- Nisbet, P.A. (2000). Age and Lifespan. In R.Marís, A. Berman, M. Silverman (Eds.), *Comprehensive Textbook of Suicidology*. New York: Gilford Press.
- Oliveira, A., Amâncio, L., & Sampaio, D., (2001). *Arriscar morrer para sobreviver. Olhar sobre o suicídio adolescente*. *Análise Psicológica*. Vol.19, Nº4: 509-521.
- OMS (1984), *L'évolution des comportements suicidaires*, Raport technique sur reunião de l'OMS, Genebra.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2008) Retrieved November 8, 2008 from http://www.psicologia.com.pt/profissional/etica/doc/codigo_snp_projecto.html
- Oubrayrie-Roussel, N. & Safont-Mottay, C. (2001) Conduites a risques et devalorisation de soi: Etude de la consommation de toxiques (tabac, alcool, et drogue) chez les adolescents scolarises. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (1), 59-75.Retrieved August 5, 2008 from <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v2n1/v2n1a05.pdf>
- Patrício, L., (2002). *Droga: para que se saiba*. Lisboa: Edição Figueirinhas
- Pfeffer, C.R., (1985) Self-destructive behavior in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, vol.8, nº2, 215-226.
- Pedro, N Peixoto, F. (2006). Satisfação profissional e auto-estima em professores dos 2º e 3º ciclos do ensino básico. *Análise Psicológica*, 2 (XXIV), 247-262.Retrieved August 16, 2008 from <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v24n2/v24n2a10.pdf>
- Piaget. J., Inhelder. B, (1979). *A Psicologia da Criança*. Lisboa: Moraes Editores
- Pompidou, G. (2003). *ESPAD – Europeen School Survey Project on Alcohol and other Drugs*. Conselho Europeu.
- Ribeiro, J.L.P. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora.

- Romano, A., Negreiros, J. & Martins, T. (2007) Contributos para a validação da escala de auto-estima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do país. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (1), 109-116. Retrieved August 16, 2008 from <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v8n1/v8n1a08.pdf>
- Sá. E., (1990). Esboços para Uma Compreensão Psicodinâmica da Adolescência. *Jornal de Psicologia*. 9 (3), 23-25
- Shahani, C., Dipboye, R. L., & Phillips, A. P. (1990). Global self-esteem as a correlate of work-related attitudes: A question of dimensionality. *Journal of Personality Assessment*, 54(1 e 2), 276-288.
- Sampaio, D. (2002). Suicídio e Para-suicídio. In J. C. D. Cordeiro (Ed.), *Manual de Psiquiatria Clínica* (2a ed., 395-405). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sampaio, D. (2006). *Ninguém morre sozinho*. 14ª Edição, Editorial Caminho, Lisboa.
- Saraiva, C. (1999). Para-suicídio. Quarteto, Coimbra.
- Selosse, J. (1990). Pourquoi étudier la délinquance juvénile dans une perspective développementale? In *Actes de Colloque Prévention et traitement de la délinquance juvénile. Prévention, Réinsertion*. Athènes Komotini, Editions, Ant. N. Sakkoulas.
- Silva, V., Oliveira, I.B., Bolega, N.J., Marín-León, L., Barros, M.B.A. & Dalgarrondo, P. (2006). Factores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controlado. *Saúde Pública*, 22, 1835-1843. Retrieved in September 10, 2008, from <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/07.pdf>
- Simons, S. & Murphy, P.I. (1985). Sex differences in the causes of adolescent suicide ideation. *Journal of Youth Adolescence*, vol.14, nº5, 423-434.
- Simões, M. R; Gonçalves, M. M. e Almeida, L. S (Eds.) (1999). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (vol. II). Braga: APPORT/SHO.
- Sukiennik, P.B., (2000) *O aluno problema*. 2ª Edição. Mercardo Aberto: Porto Alegre.

Vinagre, M.G. & Lima, M.L. (2006). Consumo de Álcool, Tabaco e Droga em Adolescentes: Experiências e Julgamentos de Risco. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 7 (1), 73-81.

Wiener, I.B., (1992). *Perturbações Psicológicas na Adolescência*. 2ª Edição, Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa

Anexo A

Outputs da análise descritiva

Output 1 – Média, desvio-padrão, mínimo e máximo da idade dos adolescentes.

Idade					
Género	Mean	N	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Masculino	17,67	12	,985	16	19
Feminino	17,34	79	1,239	14	19
Total	17,38	91	1,209	14	19

Output 2 – Frequência e percentagem de adolescentes nas diferentes idades.

			Género * Idade Crosstabulation						
			Idade						
			14	15	16	17	18	19	Total
Género	Masculino	Count	0	0	1	5	3	3	12
		% within Género	,0%	,0%	8,3%	41,7%	25,0%	25,0%	100,0%
	Feminino	Count	1	6	12	21	24	15	79
		% within Género	1,3%	7,6%	15,2%	26,6%	30,4%	19,0%	100,0%
	Total	Count	1	6	13	26	27	18	91
		% within Género	1,1%	6,6%	14,3%	28,6%	29,7%	19,8%	100,0%

Output 3 – Frequência e percentagem de adolescentes relativamente à informação sobre os pais.

			Género * Informação dos pais Crosstabulation				
			Informação dos pais				
			vivem juntos	estão separados	pai falecido	mãe falecida	Total
Género	Masculino	Count	7	4	1	0	12
		% within Género	58,3%	33,3%	8,3%	,0%	100,0%
	Feminino	Count	52	20	6	1	79
		% within Género	65,8%	25,3%	7,6%	1,3%	100,0%
	Total	Count	59	24	7	1	91
		% within Género	64,8%	26,4%	7,7%	1,1%	100,0%

Output 4 – Frequência e percentagem de adolescentes relativamente à actividade laboral

		Trabalha actualmente?			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	9	9,9	9,9	9,9
	Não	82	90,1	90,1	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

Output 5 – Frequência e percentagem de adolescentes relativamente à distribuição por ano escolar

		Ano Escolar			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1º	42	46,1	46,1	46,1
	2º	35	38,5	38,5	84,6
	3º	14	15,4	15,4	100,0
	Total	91	100	100	

Output 6 – Frequência e percentagem de adolescentes relativamente à dimensão do agregado familiar

		Dimensão do agregado familiar			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	1,1	1,1	1,1
	2	6	6,6	6,6	7,7
	3	22	24,2	24,2	31,9
	4	32	35,2	35,2	67,0
	5	15	16,5	16,5	83,5
	6	8	8,8	8,8	92,3
	7	1	1,1	1,1	93,4
	8	1	1,1	1,1	94,5
	13	1	1,1	1,1	95,6
	14	1	1,1	1,1	96,7
	45	3	3,3	3,3	100,0
Total	91	100,0	100,0		

Output 7 – Média, desvio-padrão, mínimo e máximo de consumo de outras substâncias na vida dos adolescentes

		Statistics									
		tranquilizantes sem receita médica	Anfetaminas (speeds)	LSD (ácidos, trips)	cocaína	heroína	(pastilhas, MDMA)	cogumelos mágicos	solventes voláteis (colas, aerossóis, verniz)	álcool juntamente com comprimidos	álcool e cannabis ou seus derivados, ao mesmo tempo
N	Valid	91	91	91	91	91	91	90	91	91	91
	Missing	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	Mean	,35	,08	,07	,13	,05	,10	,04	,04	,15	,76
	Std. Deviation	,874	,341	,291	,687	,345	,423	,256	,254	,613	1,702
	Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Maximum	5	2	2	5	3	3	2	2	5	5

Output 8 – Frequência e percentagem de adolescentes com consumo na vida de tranquilizantes sem receita médica

Quantas vezes na vida tomou tranquilizantes sem receita médica

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nenhuma vez	73	80,2	80,2	80,2
	1-5 vezes	11	12,1	12,1	92,3
	6-9 vezes	2	2,2	2,2	94,5
	10-19 vezes	4	4,4	4,4	98,9
	40 ou mais vezes	1	1,1	1,1	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

Output 9 – Frequência e percentagem de adolescentes com consumo na vida de anfetaminas (speeds)

Quantas vezes na vida tomou anfetaminas (speeds)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nenhuma vez	86	94,5	94,5	94,5
	1-5 vezes	3	3,3	3,3	97,8
	6-9 vezes	2	2,2	2,2	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

Output 10 – Frequência e percentagem de adolescentes com consumo na vida de LSD (ácidos, trips)

Quantas vezes na vida tomou LSD (ácidos, trips)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nenhuma vez	86	94,5	94,5	94,5
	1-5 vezes	4	4,4	4,4	98,9
	6-9 vezes	1	1,1	1,1	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

Output 11 – Frequência e percentagem de adolescentes com consumo na vida de cocaína

Quantas vezes na vida tomou cocaína

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nenhuma vez	86	94,5	94,5	94,5
	1-5 vezes	3	3,3	3,3	97,8
	20-39 vezes	1	1,1	1,1	98,9
	40 ou mais vezes	1	1,1	1,1	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

Output 12 – Frequência e percentagem de adolescentes com consumo na vida de heroína

Quantas vezes na vida tomou heroína

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nenhuma vez	88	96,7	96,7	96,7
	1-5 vezes	2	2,2	2,2	98,9
	10-19 vezes	1	1,1	1,1	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

Output 13 – Frequência e percentagem de adolescentes com consumo na vida de *ecstasy* (pastilhas, MDMA)

Quantas vezes na vida tomou ecstasy (pastilhas, MDMA)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nenhuma vez	85	93,4	93,4	93,4
	1-5 vezes	4	4,4	4,4	97,8
	6-9 vezes	1	1,1	1,1	98,9
	10-19 vezes	1	1,1	1,1	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

Output 14 – Frequência e percentagem de adolescentes com consumo na vida de cogumelos mágicos

Quantas vezes na vida tomou cogumelos mágicos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nenhuma vez	87	95,6	96,7	96,7
	1-5 vezes	2	2,2	2,2	98,9
	6-9 vezes	1	1,1	1,1	100,0
	Total	90	98,9	100,0	
Missing	System	1	1,1		
Total		91	100,0		

Output 15 – Frequência e percentagem de adolescentes com consumo na vida de solventes voláteis (colas, aerossóis, verniz)

Quantas vezes na vida tomou solventes voláteis (colas, aerossóis, verniz)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nenhuma vez	88	96,7	96,7	96,7
	1-5 vezes	2	2,2	2,2	98,9
	6-9 vezes	1	1,1	1,1	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

Output 16 – Frequência e percentagem de adolescentes com consumo na vida de álcool juntamente com comprimidos

Quantas vezes na vida tomou álcool juntamente com comprimidos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nenhuma vez	82	90,1	90,1	90,1
	1-5 vezes	7	7,7	7,7	97,8
	6-9 vezes	1	1,1	1,1	98,9
	40 ou mais vezes	1	1,1	1,1	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

Output 17– Frequência e percentagem de adolescentes com consumo na vida de álcool e cannabis ou seus derivados em simultâneo

Quantas vezes na vida tomou álcool e cannabis ou seus derivados, ao mesmo tempo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nenhuma vez	73	80,2	80,2	80,2
	1-5 vezes	4	4,4	4,4	84,6
	10-19 vezes	2	2,2	2,2	86,8
	20-39 vezes	1	1,1	1,1	87,9
	40 ou mais vezes	11	12,1	12,1	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

Output 18– Média, desvio-padrão, mínimo e máximo de ideação suicida nos adolescentes

Report

Ideação Suicida

	Mean	N	Std. Deviation	Maximum	Minimum
Masculino	,48883	12	,285875	1,067	,133
Feminino	,97947	79	1,058358	4,467	,000
Total	,91477	91	1,004303	4,467	,000

Output 19– Média, desvio-padrão, mínimo e máximo de auto-estima nos adolescentes

Report
Auto-estima

	Mean	N	Std. Deviation	Maximum	Minimum
Masculino	4,4000	12	,69282	5,60	3,30
Feminino	4,3165	79	,87405	5,90	1,60
Total	4,3275	91	,84945	5,90	1,60

Anexo B

Versão do Instrumento Aplicado

1 Sexo: Masculino Feminino

2 Data de nascimento: ___ ___ ___ / ___

(ano) (mês)

3 Qual o tipo de ensino que frequentas?

Ensino Secundário

Regular

Artístico Especializado

Cursos Profissionais

Cursos de Educação e Formação

Recorrente

4 Alguma vez chumbaste? Sim Não

Se Sim, quantas vezes chumbaste e/ou abandonaste? _____ vezes.

5 Trabalhas actualmente? Sim Não

6 Os teus pais... Vivem juntos. ... estão separados. [pai falecido mãe falecida]

7 Com quantas pessoas vives? _____ pessoas.

8 Com quem vives? [assinala com um X todas as alternativas que se aplicam à tua situação]

Pai Padrasto Irmãos e irmãs. Quantos? Outros familiares. Quem?

Mãe _____ .

Madrasta Avós. Quantos? ____ . Outras pessoas. Quem?

_____ .

9 Já alguma vez fumaste tabaco na tua vida? Sim Não

10 Se sim, com que idade fumaste o teu primeiro cigarro? _____

11 Quantas vezes na tua vida já fumastes cigarros?

- Nenhuma vez
- 1-5 vezes
- 6-9 vezes
- 10-19 vezes
- 20-39 vezes
- 40 ou mais vezes

12 Quantas vezes nos últimos 30 dias já fumaste cigarros?

- Nenhuma vez
- 1-5 vezes
- 6-9 vezes
- 10-19 vezes
- 20-39 vezes
- 40 ou mais vezes

13 Já alguma vez bebeste uma bebida alcoólica na tua vida? Sim Não

14 Se sim, com que idade bebeste pela primeira vez?

15 Na tua vida, quantas vezes tomaste alguma das seguintes bebidas alcoólicas?

	Nenhuma vez	1- 5 vezes	6-9 vezes	10-19 vezes	20-39 vezes	40 ou mais vezes
Cerveja						
Vinho						
Bebidas brancas (ex.: shots, whisky, cocktails, vodka, etc.)						

16 Nos últimos 30 dias, quantas **vezes** tomaste alguma das seguintes **bebidas alcoólicas**?

	Nenhuma vez	1- 5 vezes	6-9 vezes	10-19 vezes	20-39 vezes	40 ou mais vezes
Cerveja						
Vinho						
Bebidas brancas (ex.: shots, whisky, cocktails, vodka, etc.)						

17 Já alguma vez fumaste Cannabis ou algum dos seus derivados (pólen, bolota, haxixe, skunk, etc.)?

Sim Não

18 Se sim, com que idade fumaste o teu primeiro “charro”? _____

19 Quantas **vezes** na tua vida já fumaste Cannabis ou algum dos seus derivados (pólen, bolota, haxixe, skunk, etc.)?

- Nenhuma vez
- 1-5 vezes
- 6-9 vezes
- 10-19 vezes
- 20-39 vezes
- 40 ou mais vezes

20 Quantas **vezes** nos últimos 30 dias já fumaste Cannabis ou algum dos seus derivados (pólen, bolota, haxixe, skunk, etc.)?

- Nenhuma vez
- 1-5 vezes
- 6-9 vezes
- 10-19 vezes
- 20-39 vezes
- 40 ou mais vezes

21 Durante toda a tua vida, quantas **vezes** é que já consumiste alguma das seguintes **drogas**?

	Nenhum a	1-5	6-9	10-19	20-39	40 ou mais
Tranquilizantes sem receita médica (comprimidos para dormir, ansiedade, antidepressivos, etc.)						
Anfetaminas (Speeds)						
LSD (ácidos, trips)						
Cocaína						
Heroína						
Ecstasy (pastillas, MDMA)						
Cogumelos mágicos						
Solventes voláteis (colas, aerossóis, verniz)						
Álcool juntamente com comprimidos						
Álcool e Cannabis ou seus derivados (Pólen, bolotas, haxixe, skunk, etc.) ao mesmo tempo						

22 Nos últimos 30 dias, quantas **vezes** é que consumiste alguma das seguintes **drogas**?

	Nenhuma	1-5	6-9	10-19	20-39	40 ou mais
Tranquilizantes sem receita médica (comprimidos para dormir, ansiedade, antidepressivos, etc.)						
Anfetaminas (Speeds)						
LSD (ácidos, trips)						
Cocaína						

Heroína						
Ecstasy (pastillas, MDMA)						
Cogumelos mágicos						
Solventes voláteis (colas, aerossóis, verniz)						
Álcool juntamente com comprimidos						
Álcool e Cannabis ou seus derivados (Pólen, bolotas, haxixe, skunk, etc.) ao mesmo tempo						

A seguir encontra-se uma lista de pensamentos que algumas pessoas costumam ter. Lê com atenção e assinala com uma cruz a frequência que mais se adequa à tua situação. Não há respostas certas nem erradas. Os dados recolhidos são anónimos e confidenciais. Por favor não deixes nenhuma resposta em branco.

		Discordo Totalmente	Discordo	Discordo Moderadamente	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo Totalmente
1	Globalmente, estou satisfeito(a) comigo próprio(a).						
2	Por vezes sinto que nada valho.						
3	Sinto que tenho um certo número de boas qualidades.						
4	Sou capaz de fazer coisas tão bem como a maior parte das outras pessoas.						
5	Sinto que tenho pouco de que me orgulhar.						
6	Por vezes sinto-me um(a) Inútil.						
7	Sinto-me uma pessoa de valor pelo menos tanto quanto a generalidade das pessoas.						
8	Gostaria de ter maior respeito por mim próprio(a)						
9	No conjunto inclino-me a achar que sou um(a) falhado(a).						
10	Adopto uma atitude positiva para comigo.						

A seguir encontra-se uma lista de pensamentos que algumas pessoas costumam ter. Lê com atenção e assinala com uma cruz a frequência que mais se adequa à tua situação. Não há respostas certas nem erradas. Os dados recolhidos são anónimos e confidenciais. Por favor não deixes nenhuma resposta em branco.

		Nunca	Quase Nunca	Raramente	Às Vezes	Frequentemente	Quase Sempre	Sempre
1	Pensei que seria melhor não estar vivo.							
2	Pensei suicidar-me.							
3	Pensei na maneira como me suicidaria.							
4	Pensei quando me suicidaria.							
5	Pensei em pessoas a morrerem.							
6	Pensei na morte.							
7	Pensei no que escrever num bilhete sobre o suicídio.							
8	Pensei em escrever um testamento.							
9	Pensei em dizer às pessoas que planeava suicidar-me.							
10	Pensei que as pessoas estariam mais felizes se eu não estivesse presente.							
11	Pensei em como as pessoas se sentiriam se me suicidasse.							
12	Desejei estar morto(a).							
13	Pensei em como seria fácil acabar com tudo.							
14	Pensei que suicidar-me resolveria os meus problemas.							
15	Pensei que os outros ficariam melhor se eu estivesse morto(a).							
16	Desejei ter coragem para me matar.							
17	Desejei nunca ter nascido.							

		Nunca	Quase Nunca	Raramente	Às Vezes	Frequentemente	Quase Sempre	Sempre
18	Pensei que se tivesse oportunidade me suicidaria.							
19	Pensei na maneira como as pessoas se suicidam.							
20	Pensei em matar-me, mas não o faria.							
21	Pensei em ter um acidente grave.							
22	Pensei que a vida não valia a pena.							
23	Pensei que a minha vida era muito miserável para continuar.							
24	Pensei que a única maneira de repararem em mim era matar-me.							
25	Pensei que se me matasse as pessoas se aperceberiam que teria valido a pena preocuparem-se comigo.							
26	Pensei que ninguém se importava se eu estivesse vivo(a) ou morto(a).							
27	Pensei em magoar-me mas não em suicidar-me							
28	Perguntei-me se teria coragem para me matar.							
29	Pensei que se as coisas não melhorassem eu matar-me-ia							
30	Desejei ter o direito de me matar.							

Se sente que necessita, saiba onde pedir ajuda:

- Hospital de Santa Maria

Núcleo de Estudos do Suicídio (NES)

Tel. 217805000 (pedir para ligar ao NES)

- Centro SOS - Voz Amiga

Tel. 213544545 (Horário: 12h00 - 07h00)

Tel. 800202669 (Gratuito - Horário: 21h00 - 24h00)

- SOS Solidão

Tel. 800205535 (Gratuito - Horário: 16h00 - 22h00)

- IDT - Instituto da Droga e da Toxicodependência

Tel. 21 111 90 00

- Linha Vida

Tel. 1414 (Serviço anônimo, confidencial, gratuito, disponível todos os dias úteis 10-20h).

Anexo C

Breve relatório do Pré-teste

Breve relatório do Pré-teste realizado ao Inquérito Europeu Sobre o Consumo de Álcool e Outras Drogas em Meio Escolar

Numa primeira fase procedeu-se um pré-teste ao Inquérito Europeu Sobre o Consumo de Álcool e Outras Drogas em Meio Escolar, com o propósito de reduzi-lo às questões pertinentes, devido à sua extensão e irrelevância de algumas destas para a presente investigação.

Neste pré-teste participaram 24 adolescentes, com idades compreendidas entre os 16 e os 25 anos de idade. Destes 16 eram do género feminino (entre os quais 1 – 16 anos; 1 – 17 anos; 7 – 18 anos; 4 – 19 anos; 1 – 20 anos; 1 – 21 anos e 1 – 22 anos) e 6 do masculino (entre os quais 1 – 17anos; 2 – 19 anos; 1 – 20 anos; 1 – 22 anos e 1 – 25 anos) da mesma Escola Profissional que o resto da amostra, pertencentes a uma turma do 3º ano do curso, que obviamente não entraram na aplicação definitiva da pesquisa. Sendo que o nosso estudo tinha por sujeitos alvo adolescentes entre os 14 e os 19 anos, ficamos com o número considerado ideal para a realização de um pré-teste, 1% da amostra, mas limitado ao máximo de 10 a 20 elementos. Esta pesquisa piloto, teve por objectivo garantir que o instrumento media a variável pretendida, evitar perguntas ambíguas, com linguagem inacessível ou mal formuladas, diagnosticar tendências de respostas equivocadas, aferir a viabilidade do tempo para a pesquisa e a reformulação do questionário.

Neste diversas perguntas foram colocadas perguntas no que toca à clareza e precisão da construção frásica de algumas perguntas, que indicaram a necessidade de busca de termos mais adequados. No que toca à quantidade de perguntas, os respondentes, não denotaram impaciência com o trabalho, pelo que se concluiu que o número de perguntas não seria excessivo. No entanto foi notório o desconhecimento pela totalidade dos sujeitos de um das substância (NHS) pelo que se optou pela sua eliminação do instrumento. Por fim, foi notório, que a formatação do inquérito, com as perguntas demasiado próximas umas das outras, levou a que muitas vezes, os adolescentes em causa, não respondessem a algumas delas, questão que fora também corrigida.

Anexo D

Outputs da análise estatística

TESTES DE HIPÓTESES

Output 20 - Consumo de Cannabis e auto-estima (Teste Qui-quadrado)

Cannabis ou algum dos seus derivados nos últimos 30 dias * auto-estima Crosstabulation

			Auto-estima		
			Baixa	Alta	Total
Cannabis ou algum dos seus derivados nos últimos 30 dias	Não	Count	40	37	77
		% within Cannabis	51,9%	48,1%	100,0%
	Sim	Count	9	5	14
		% within Cannabis	64,3%	35,7%	100,0%
	Total	Count	49	42	91
		% within Cannabis	53,8%	46,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,726 ^a	1	,394		
Continuity Correction^b	,314	1	,575		
Likelihood Ratio Fisher's Exact Test	,737	1	,391	,562	,290
Linear-by-Linear Association	,718	1	,397		
N of Valid Cases	91				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,69.

b. Computed only for a 2x2 table

Cannabis ou algum dos seus derivados consumo na vida* auto-estima Crosstabulation

		Auto-estima			
		Baixa	Alta	Total	
Já alguma vez fumou Cannabis ou algum dos seus derivados	Não	Count	16	10	26
		% within Cannabis	61,5%	38,5%	100,0%
	Sim	Count	33	32	65
		% within Cannabis	50,8%	49,2%	100,0%
	Total	Count	49	42	91
	% within Cannabis	53,8%	46,2%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,867 ^a	1	,352		
Continuity Correction^b	,488	1	,485		
Likelihood Ratio	,874	1	,350		
Fisher's Exact Test				,486	,243
Linear-by-Linear Association	,857	1	,355		
N of Valid Cases	91				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,69.

b. Computed only for a 2x2 table

Output 21 - Consumo de Cannabis e ideação suicida (Teste Mann-Whitney para amostras independentes)

Group Statistics

	Consumiu cannabis nos últimos 30 dias	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Score na escala de ideação suicida	Não	77	,86929	1,015870	,115769
	Sim	14	1,16493	,932715	,249279

Test Statistics^a

	Score na escala de ideação suicida
Mann-Whitney U	387,500
Wilcoxon W	3390,500
Z	-1,667
Asymp. Sig. (2-tailed)	,095

a. Grouping Variable: Consumiu cannabis nos últimos 30 dias

Mann-whitney Test

	Já alguma vez fumou Cannabis ou algum dos seus derivados	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Score na escala de ideação suicida	Sim	26	1,35165	1,280603
	Não	65	,74002	,818059
	Total	91		

Test Statistics^a

	Score na escala de ideação suicida
Mann-Whitney U	580,000
Wilcoxon W	2725,000
Z	-2,329
Asymp. Sig. (2-tailed)	,020

a. Grouping Variable: Já alguma vez fumou Cannabis ou algum dos seus derivados

Output 22 - Consumo de tabaco e auto-estima (Teste qui-quadrado)

Tabaco nos últimos 30 dias * auto-estima modificada Crosstabulation

			Auto-estima		
			Baixa	Alta	Total
Tabaco nos últimos 30 dias	Não	Count	31	26	57
		% within Tabaco	54,4%	45,6%	100,0%
	Sim	Count	18	16	34
		% within Tabaco	52,9%	47,1%	100,0%
	Total	Count	49	42	91
		% within Tabaco	53,8%	46,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,018 ^a	1	,894		
Continuity Correction^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,018	1	,894		
Fisher's Exact Test				1,000	,533
Linear-by-Linear Association	,018	1	,894		
N of Valid Cases	91				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,69.

b. Computed only for a 2x2 table

Consumo Tabaco na vida* auto-estima Crosstabulation

		Auto-estima			
		Baixa	Alta	Total	
Alguma vez fumou Tabaco na vida	Não	Count	41	31	72
		% within Tabaco	56,9%	43,1%	100,0%
	Sim	Count	8	11	19
		% within Tabaco	42,1%	57,9%	100,0%
	Total	Count	49	42	91
		% within Tabaco	53,8%	46,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,332 ^a	1	,248		
Continuity Correction^b	,802	1	,371		
Likelihood Ratio	1,330	1	,249		
Fisher's Exact Test				,305	,185
Linear-by-Linear Association	1,317	1	,251		
N of Valid Cases	91				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,69.

b. Computed only for a 2x2 table

Output 23 – Consumo de álcool e auto-estima (Teste Qui-quadrado)

Cerveja nos últimos 30 dias * auto-estima Crosstabulation

		Auto-estima			
		Baixa	Alta	Total	
<u>Cerveja</u> nos últimos 30 dias	Não	Count	33	25	58
		% within Cerveja	56,9%	43,1%	100,0%
	Sim	Count	16	17	33
		% within Cerveja	48,5%	51,5%	100,0%
	Total	Count	49	42	91
		% within Cerveja	53,8%	46,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,599 ^a	1	,439		
Continuity Correction^b	,308	1	,579		
Likelihood Ratio	,598	1	,439		
Fisher's Exact Test				,514	,289
Linear-by-Linear Association	,592	1	,442		
N of Valid Cases	91				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,69.

b. Computed only for a 2x2 table

Cerveja na vida* auto-estima Crosstabulation

		Auto-estima			
		Baixa	Alta	Total	
<u>Alguma vez consumiu Cerveja na vida</u>	Não	Count	13	6	19
		% within Cerveja	68,4%	31,6%	100,0%
	Sim	Count	36	36	72
		% within Cerveja	50,0%	50,0%	100,0%
	Total	Count	49	42	91
		% within Cerveja	53,8%	46,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,053 ^a	1	,152		
Continuity Correction^b	1,378	1	,240		
Likelihood Ratio	2,102	1	,147		
Fisher's Exact Test				,199	,120
Linear-by-Linear Association	2,030	1	,154		
N of Valid Cases	91				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,69.

b. Computed only for a 2x2 table

Vinho nos últimos 30 dias* auto-estima Crosstabulation

		Auto-estima			
		Baixa	Alta	Total	
Vinho nos últimos 30 dias	Não	Count	42	32	74
		% within Vinho	56,8%	43,2%	100,0%
	Sim	Count	7	10	17
		% within Vinho	41,2%	58,8%	100,0%
	Total	Count	49	42	91
		% within Vinho	53,8%	46,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,350 ^a	1	,245		
Continuity Correction^b	,796	1	,372		
Likelihood Ratio	1,349	1	,246		
Fisher's Exact Test				,288	,186
Linear-by-Linear Association	1,335	1	,248		
N of Valid Cases	91				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,69.

b. Computed only for a 2x2 table

Vinho na vida* auto-estima Crosstabulation

			Auto-estima		
			Baixa	Alta	Total
Bebeu <u>Vinho</u> alguma vez na vida	Não	Count	22	17	39
		% within Vinho	56,4%	43,6%	100,0%
	Sim	Count	27	25	52
		% within Vinho	51,9%	48,1%	100,0%
		Total	49	42	91
		% within Vinho	53,8%	46,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,181 ^a	1	,671		
Continuity Correction^b	,045	1	,832		
Likelihood Ratio	,181	1	,671		
Fisher's Exact Test				,832	,416
Linear-by-Linear Association	,179	1	,673		
N of Valid Cases	91				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,69.

b. Computed only for a 2x2 table

Bebidas brancas nos últimos 30 dias* auto-estima Crosstabulation

			Auto-estima		
			Baixa	Alta	Total
<u>Bebidas brancas</u> nos últimos 30 dias	Não	Count	27	18	45
		% within Bebidas brancas	60,0%	40,0%	100,0%
	Sim	Count	22	24	46
		% within Bebidas brancas	47,8%	52,2%	100,0%
	Total	Count	49	42	91
		% within Bebidas brancas	53,8%	46,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,357 ^a	1	,244		
Continuity Correction^b	,911	1	,340		
Likelihood Ratio	1,360	1	,244		
Fisher's Exact Test				,295	,170
Linear-by-Linear Association	1,342	1	,247		
N of Valid Cases	91				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,69.

b. Computed only for a 2x2 table

Bebidas brancas na vida* auto-estima Crosstabulation

			Auto-estima		
			Baixa	Alta	Total
Bebeu Bebidas brancas alguma vez na vida	Não	Count	4	6	10
		% within Bebidas brancas	40,0%	60,0%	100,0%
	Sim	Count	45	36	81
		% within Bebidas brancas	55,6%	44,4%	100,0%
	Total	Count	49	42	91
		% within Bebidas brancas	53,8%	46,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,867 ^a	1	,352		
Continuity Correction^b	,354	1	,552		
Likelihood Ratio	,866	1	,352		
Fisher's Exact Test				,504	,276
Linear-by-Linear Association	,857	1	,355		
N of Valid Cases	91				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,69.

b. Computed only for a 2x2 table

Output 24 - Consumo de álcool e ideação suicida (Teste Mann-Whitney para amostras independentes)

Group Statistics

	Bebeu <u>cerveja</u> nos últimos 30 dias	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Score na escala de ideação suicida	Não	58	,90421	,975143	,128043
	Sim	33	,93333	1,068833	,186060

Bebeu cerveja nos últimos 30 dias?

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Score na escala de ideação suicida	Equal variances assumed	,229	,634	-,132	89	,895	-,029126	,220190	-,466640	,408387
	Equal variances not assumed			-,129	61,716	,898	-,029126	,225861	-,480657	,422405

Group Statistics

	Bebeu <u>vinho</u> nos últimos 30 dias	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Score na escala de ideação suicida	Não	74	,92582	1,043146	,121263
	Sim	17	,86665	,840113	,203757

Test Statistics^a

	Score na escala de ideação suicida
Mann-Whitney U	598,000
Wilcoxon W	3373,000
Z	-,316
Asymp. Sig. (2-tailed)	,752

a. Grouping Variable: vinho nos últimos 30 dias

Group Statistics

	Bebeu <u>bebidas brancas</u> nos últimos 30 dias	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Score na escala de ideação suicida	Não	45	,81656	,863436	,128713
	Sim	46	1,01085	1,126594	,166107

Bebeu bebidas brancas nos últimos 30 dias

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
Score na escala de ideação suicida		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Score na escala de ideação suicida	Equal variances assumed	1,796	,184	-,922	89	,359	-,194292	,210748	-,613043	,224459
	Equal variances not assumed			-,925	84,212	,358	-,194292	,210140	-,612163	,223578

Ranks

	Alguma vez bebeu um bebida alcoólica na vida	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Score na escala de ideação suicida	Sim	87	,92464	1,020778
	Não	4	,70000	,569314
	Total	91		

Test Statistics^b

	Score na escala de ideação suicida
Mann-Whitney U	165,000
Wilcoxon W	175,000
Z	-,174
Asymp. Sig. (2-tailed)	,862
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,874 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Alguma vez bebeu uma bebida alcoólica na vida

Output 25 – Correlações de Pearson entre auto-estima e ideação suicida

Correlations

		Auto-estima	Score na escala de ideação suicida
Auto-estima	Pearson Correlation	1,000	-,643**
	Sig. (2-tailed)		,000
Score na escala de ideação suicida	N	91,000	91
	Pearson Correlation	-,643**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	91	91,000

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Output 26 – Correlação de Pearson entre a idade da 1ª bebida alcoólica e idade do 1º cigarro

Correlations

		Idade da primeira bebida alcoolica	Idade do primeiro cigarro
Idade da primeira bebida alcoolica	Pearson Correlation	1,000	,387**
	Sig. (2-tailed)		,001
	N	82,000	67
Idade do primeiro cigarro	Pearson Correlation	,387**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,001	
	N	67	71,000

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).