

Experiências de cuidado vividas na infância e comportamentos de risco para a saúde

Liliane Mendonça, Ângela da Costa Maia e Fátima Ribeiro

Resumo

Introdução: Os factores de risco para a saúde dos adolescentes têm sido estudados de forma a melhor compreender estes comportamentos, sendo que o contexto familiar, assim como diversos stressores a ele associados, têm sido considerados nesta investigação. Este trabalho tem como objectivos conhecer a prevalência destes comportamentos, averiguar se têm igual distribuição nos dois sexos e estudar a sua associação as características das relações familiares.

Método: 208 adolescentes de duas escolas secundárias do distrito de Braga preencheram, em tempo de aulas, uma checklist de comportamentos de risco na adolescência, o CDI e o Questionário da História Familiar.

Resultados: Os comportamentos mais prevalentes são o envolvimento em lutas (43%); ter relações sexuais, fumar e consumir álcool (36%); enquanto os menos prevalentes são ter consumido haxixe, cocaína ou heroína no passado (7%) ou actualmente (8%) e os comportamentos de auto-mutilação (12%). Os comportamentos de risco descritos relacionam-se com os dados da História Familiar. Por exemplo, fazer alguma coisa para morrer está associado a menor responsividade paterna, estilo de tomada de decisão materno mais autoritário, pior expressão de afecto, ajustamento psicológico do pai e apoio social e a um maior número de stressores familiares.

Conclusões: Alguns comportamentos de risco na adolescência são frequentes e relacionam-se com diferentes aspectos do (pior) funcionamento familiar.

Introdução

Sendo a adolescência um período de mudanças, de novas experiências e de alargamento dos contextos, torna-se fundamental perceber quais os riscos a que estes jovens estão expostos e quais os factores que aumentam a sua vulnerabilidade.

Em termos cronológicos é difícil estabelecer os limites do período da adolescência, uma vez que existem vários factores que podem ser considerados como marcadores importantes e que variam culturalmente. Contudo, esta fase desenvolvimental situa-se entre o intervalo correspondente à transição da infância para a idade adulta, com diversas implicações para o adolescente, por exemplo, em termos das mudanças físicas, psicológicas, emocionais e espirituais (Lium & Lynn, 1998).

Contudo, é comum utilizar como limitadores temporais desta fase, para o princípio, a puberdade e, para o final, a aquisição de alguma autonomia da família nuclear. Ou seja, é o desenvolvimento e maturação dos sistemas reprodutivo, endócrino e estrutural que inicia este processo, mas tal só é concluído quando o adolescente está capaz de assumir papéis e responsabilidades de jovem adulto. Aliás, a interdependência da família nuclear é considerada a tarefa principal dos adolescentes por muitos autores (Lium & Lynn, 1998). Porém, a adolescência implica outras tarefas, como aceitar as mudanças corporais, construir a identidade psicológica e sexual, estabelecer relações com os pares de ambos os sexos, preparar-se para a carreira e para a vida familiar, bem como construir um sistema de valores.

Assim, a adolescência caracteriza-se por inúmeras mudanças, que se traduzem também em alterações comportamentais, que operam inicialmente no adolescente ao nível físico e cognitivo, mas que envolvem e afectam quem os rodeia, especialmente a família nuclear. Aliás, parte da complexidade deste processo reside no facto de simultaneamente se diferenciar da família e se reconhecer como parte integrante da mesma, sem correr o risco de diluir a sua personalidade (cf. Braconnier & Marcelli, 2000).

A investigação tem salientado o papel fundamental dos diversos contextos do adolescente na aquisição e manutenção quer de comportamentos de saúde quer nos de risco. Assim, as características físicas e psíquicas do adolescente, o núcleo familiar e o círculo de amigos assumem particular importância.

Ao nível individual, o próprio período de transição desenvolvimental, encontra-se associado a uma carga emocional muito grande, bem como ao aumento dos stressores experienciados. Desta forma, e dependendo dos recursos que o adolescente dispõe, pode-se assistir ao aumento da vulnerabilidade, quer para as perturbações psicológicas (como a depressão, no caso de indivíduos que tendem a internalizar), quer para os problemas comportamentais (como o envolvimento em brigas e a procura de sensações, naqueles que tendem a externalizar) (cf. Caspi & Moffitt, 1991; Ge et al., 2001; Garber, Brooks-Gunn & Peterson, 1996 cit por Hankin & Abela, 2005)

Particularmente o ambiente familiar (presente e passado) tem um impacto na vida dos adolescentes e na forma como lidam com o mundo. A família pode constituir um factor protector, quando promove a auto-estima, dando espaço para a expressão de sentimentos, mas, mantendo uma posição firme, emanando linhas orientadoras. No entanto também pode constituir um factor de risco, quando abdica da sua função.

Bowlby (cf. Bowlby, 1980 cit por Hankin, 2006) realçou o papel importante da vinculação precoce entre a criança e o seu cuidador, no desenvolvimento normal/anormal da criança. Considera-se que a função da vinculação será promover a protecção e sobrevivência das crianças, pelo que um padrão de vinculação segura é perspectivado como factor protector (cf. Mikulincer & Florian, 1998 cit por Golder et al., 2005).

Além disso, alguns estudos revelam que a comunicação aberta entre pais e filhos pode diminuir a probabilidade do seu envolvimento em comportamentos de risco (cf. Baldwin & Baranowski, 1990; Whitaker & Miller, 2000 cit por Wills, Gibbons, Gerrard, Murry & Brody, 2003: 312). Contudo, ainda não foi possível distinguir se tal efeito pode ser atribuído à interiorização de valores e normas implícitas veiculadas no discurso parental ou se existem outras

características implícitas, mais gerais, como a afetividade e o suporte parental (cf. Kotchick, Dorsey, Miller & Forehand, 1999; Will & Cleary, 1996 cit por Wills et al., 2003: 313).

Por outro lado, contudo, a adversidade no ambiente familiar da criança imprime-lhe marcas profundas, nomeadamente ao nível do crescimento e desenvolvimento (Rosenman & Rodgers, 2004). Como referem Sternberg e colaboradores (2006), quanto mais precoce for a exposição à violência, maior a probabilidade das consequências serem negativas e nefastas para o desenvolvimento da criança. Mas a ligação entre adversidade na infância/adolescência está também associada à perturbação psicopatológica no adulto (cf. Rosenman & Rodgers, 2004).

Crianças e adolescentes vítimas de abusos sexuais correm o risco de depressão e suicídio (cf. Brown, Cohen, Johnson & Smailes, 1999; Durbin, Klein & Schawartz, 2000 cit por Reigstad et al., 2006), abuso de álcool (cf. Pedersen & Skronnal, 1996 cit por Reigstad et al., 2006) e abuso de substâncias (cf. Liebschutz, Savetsky, Saitz, Horton, Lloyd-Travaglini, Samet, 2002 cit por Reigstad et al., 2006).

Também o grupo de pares pode constituir um dos maiores factores de risco para o adolescente, dado que a procura de excessos, como por exemplo, saídas frequentes e tardias pode ser revelador de múltiplos comportamentos patológicos (cf. Braconnier & Marcelli, 2000).

Devido à importância crescente de estudar e compreender os adolescentes, surgiu uma corrente de investigação, a partir dos anos 80, que iniciou o estudo dos comportamentos de risco. Esta é uma questão relevante sobretudo porque os factores principais associados à mortalidade e morbidade, nos países desenvolvidos, nesta faixa etária prendem-se com factores comportamentais (Igra & Irwin, 1996). Ou seja, nas últimas décadas, são os comportamentos de risco dos adolescentes que colocam em causa o seu estado de saúde e que podem ter consequências negativas, como a morte, numa percentagem maior que os problemas de origem biomédica. Aliás, em termos médicos, considera-se que os adolescentes, em termos gerais, terão menos problemas de saúde quando comparados com as crianças ou os adultos (Diclemente, Hansen, & Ponton, 1996).

A noção de risco implica sempre uma possibilidade de perda, ainda que subjectiva, relacionada com a imprevisibilidade de resultados negativos de saúde. Por outro lado, os comportamentos de risco dos adolescentes têm implícitos uma tomada de decisão e um carácter volitivo, dado que todos os comportamentos têm acções alternativas (Igra & Irwin, 1996).

Assim, estes comportamentos de risco relacionam-se com o estilo de vida dos jovens e são o resultado de factores ambientais e sociais, bem como comportamentais (Diclemente, Hansen, & Ponton, 1996).

Este tema é sensível na medida em que cada vez mais jovens estão em risco para este tipo de comportamentos e em idades mais precoces. Além disso, existem consequências negativas com elevados custos em termos de saúde, vida profissional e emocional, que se prolongam para a idade adulta. Por outro lado, a investigação tem demonstrado que este tipo de comportamentos estão correlacionados, mas que, felizmente, podem ser prevenidos (Diclemente, Hansen, & Ponton, 1996).

Esta associação dos vários comportamentos de risco, em padrões previsíveis, tem sido explicada de diversas formas: ou porque os comportamentos individuais se influenciam mutuamente ou porque são preferidos em detrimento dos comportamentos normativos, dado que denotam algum desvio ou ainda porque existe uma constelação de factores responsáveis pela manifestação destes comportamentos (Igra & Irwin, 1996).

Comportamentos relacionados com a saúde, valores e estilos de vida estabelecidos durante a adolescência são, muitos deles, fruto de comportamentos de modelagem da família, tendo origem na infância. Estes comportamentos têm probabilidade de continuar pela vida fora, com consequências na saúde e no bem estar dos indivíduos (Gills, 1994; Gottlieb & Chen, 1985; Lonquist et al., 1996 cit. por Jessor, Turbin & Costa, 1998: 789).

Por exemplo, investigações realizadas sobre a família demonstraram que famílias com história de abuso de substâncias e psicopatologia, nomeadamente depressão e ansiedade, aumentam o risco de desenvolvimento de dependência de substâncias por parte dos seus descendentes, crianças e adolescentes (cf. Merikangas & Avenevoli, 2000 cit por Moss, Lynch e Hardie, 2003: 118). Por outro lado, estudos demonstram a relevância das relações familiares quer para a saúde mental dos jovens (cf. Cauce, Felner & Primavera, 1982; Greenberg, Siegel & Leitch, 1983; Mechanic & Hansell, 1989 cit. por Aseltine, Jr., Gore & Colten, 1994: 253), quer para o desenvolvimento de comportamentos de risco, mais concretamente, adolescentes cujo ambiente familiar é pautado pela violência, álcool, consumo de drogas; ou, por outro lado, agregados familiares cujas regras são a ausência de regras, aumentam a probabilidade dos adolescentes se envolverem igualmente em comportamentos de risco (DuBois et al., 1994 cit por Pungello, Kupersmidt & Burchinal, 1996: 756). Na realidade, as tarefas adaptativas da adolescência serão melhor ultrapassadas se por trás estiver uma história de qualidade parental e familiar, num clima de apoio e reciprocidade, que se deve estender pela vida fora (cf. Blos, 1962; M. & Laufer, 1989 cit por Farate, 2001: 78).

Devido à sua frequência e impacto em termos da saúde e consequências futuras têm sido estudados vários comportamentos na adolescência, como a depressão e o suicídio, o consumo de

substâncias (álcool, tabaco e drogas) e a actividade sexual (associada à gravidez na adolescência e às doenças sexualmente transmissíveis).

A depressão no adolescente pode ser difícil de ser reconhecida pelos adultos, uma vez que os últimos esperam comportamentos inconstantes por parte dos primeiros. Até os próprios adolescentes não conseguem exprimir os seus sentimentos, podendo não estar despertos para o «emergir» da depressão. Hankin (2006), na sua revisão de literatura sobre a prevalência de depressão concluiu valores percentuais aproximados de 25% a 40% em adolescentes do sexo feminino e de 20% a 35% em adolescentes do sexo masculino.

A investigação tem demonstrado que o uso de tabaco, álcool, cannabis e outros tipos de drogas geralmente estão associados (Plant & Plant, 1992) e que, por exemplo, fumar é um factor de risco para o uso de álcool e outras drogas ilegais (Perry & Stauffer, 1996). Assim, será importante analisar os vários padrões de consumo das diferentes substâncias.

Geralmente o padrão de uso de substâncias múltiplas é o seguinte: inicia-se com o álcool, depois tabaco, cannabis e talvez outras substâncias, como os inalantes, e, por fim, as drogas consideradas mais duras, nomeadamente a cocaína, heroína, alucinogénios e anfetaminas (Hansen & O'Malley, 1996).

Além destas substâncias serem aditivas, provocam vários problemas em termos de saúde, cuja gravidade aumentam com o número de anos de consumo (Perry & Stauffer, 1996).

Porém, consumir álcool é um hábito generalizado e aceite na nossa sociedade e os adolescentes não são excepção (Windle, Shope, & Buskstein, 1996). Contudo, o álcool está associado com as principais causas de morte na população adolescente, entre elas os acidentes mortais (acidentes de automóvel e afogamentos), homicídio, suicídio, comportamentos sexuais de risco (como contrair o vírus HIV ou outras doenças sexualmente transmissíveis), gravidez na adolescência e o insucesso ou abandono escolar (Windle et al, 1996; www.cdc.gov/yrbss).

Outro dado importante é a frequente associação entre o uso de álcool ou drogas e o comportamento sexual de risco, dado que a intoxicação dificulta o uso de preservativo, aumentando a possibilidade de transmissão de doenças sexuais e de uma gravidez não desejada, mas, por outro lado, desinibe o comportamento sexual, aumentando a probabilidade de um maior número de parceiros sexuais (Plant & Plant, 1992). Em 2005, nos Estados Unidos 23% dos adolescentes sexualmente activos usaram álcool ou drogas durante a última relação sexual (www.cdc.gov/yrbss).

Este trabalho tem como objectivo principal caracterizar a prevalência dos comportamentos de risco de adolescentes relativamente aos seus hábitos de consumo de substâncias, comportamentos sexuais e os seus níveis de depressão e estudar possíveis diferenças de género.

Além disso, torna-se imperativo avaliar a qualidade das relações familiares e a sua relação com este tipo de comportamentos.

Método

Participantes

A amostra é constituída por 208 alunos, de duas escolas secundárias do distrito de Braga, sendo 43% do sexo masculino e 57% do feminino. Em média os participantes têm 17 anos (DP=1,4), variando as idades entre os 15 e os 22 anos e 43% frequentam o 10º ano, 32% o 11º ano e 25% o 12ºano.

Procedimento

Em cada escola, as turmas foram seleccionadas aleatoriamente, desta forma existiu uma aleatorização da amostra por grupo.

Os dados foram recolhidos no tempo de aulas, demorando a aplicação dos instrumentos cerca de 45 minutos por turma. Um dos investigadores estava presente durante este período, bem como um dos professores da turma. A explicação dada aos participantes era sempre a mesma e os investigadores disponibilizaram-se para acompanhar aqueles indivíduos que sentissem que a resposta ao questionário os afectou.

Instrumentos

Checklist com os comportamentos de risco dos adolescentes: incidindo no consumo de substâncias (tabaco, álcool e drogas) actual ou passado, no comportamento sexual (idade com que iniciaram a actividade sexual, número de parceiros, utilização de contraceptivos), comportamentos de auto-mutilação (comportamentos para se magoar propositadamente ou para morrer) e comportamento alimentar (se estão a fazer dieta, índice de massa corporal).

FBQ - Questionário da História Familiar (Traduzido por Monteiro & Maia, 2006) – constituído por 179 itens, agrupados em vinte e duas subescalas para avaliar quer o funcionamento familiar, quer o desenvolvimento psicossocial dos indivíduos. Existe também um score total que mede o funcionamento da família.

CDI - Children Depression Inventory (Kovacs, 1992) é um questionário de auto-relato para avaliar a sintomatologia depressiva, dirigido a crianças e adolescentes. O CDI comporta 5 factores desenvolvidos empiricamente, especificamente, humor negativo, inactividade, auto-estima negativa, dificuldades interpessoais e anedonia.

Resultados

O primeiro objectivo deste trabalho era avaliar a presença de determinados comportamentos de risco na população adolescente, estes encontram-se descritos na tabela 1.

Tabela 1 – Prevalência dos comportamentos de risco

| | Presente % (n) | Ausente % (n) |
|---|-------------------|------------------|
| Fumar (presente ou passado) | 36% (74) | 64% (134) |
| Consumo de haxixe, cocaína ou heroína (actual) | 8% (16) | 92% (191) |
| Consumo de haxixe, cocaína ou heroína (passado) | 7% (14) | 93% (183) |
| Consumo de álcool (várias vezes por mês) | 36% (75) | 64% (133) |
| Auto-mutilação | 12% (24) | 88% (180) |
| Vontade de morrer | 39% (80) | 61% (125) |
| Fazer alguma coisa para morrer | 19% (32) | 81% (137) |
| Envolvimento em lutas | 43% (89) | 57% (117) |
| Relações sexuais | 35% (70) | 65% (133) |
| IMC (inferior ou superior ao normal) | 21% (44) | 79% (164) |
| Tentar perder peso | 35% (72) | 65% (136) |
| Fazer dieta | 18% (37) | 82% (170) |

Nesta amostra, cerca de 36% dos estudantes fumam, sendo que 58% referem ter experimentado o primeiro cigarro antes dos 15 anos (embora 33% nunca o tenham feito) e o motivo indicado com maior frequência para este comportamento é a curiosidade (97%). Além disso, apenas 13% dos inquiridos não têm amigos que fumam.

O consumo de outras drogas parece ser menos prevalente (8%) e frequente (81% indicam que o consumo é ocasional) nesta população. Contudo, 45% dos adolescentes referem ter amigos que consomem este tipo de substâncias.

Relativamente ao uso do álcool, cerca de 22% dos adolescentes nunca beberam bebidas alcoólicas, enquanto que 14% refere que o faz várias vezes por semana. Além disso, 53% indica consumir mais que um tipo de bebidas alcoólicas e as mais referidas são a cerveja e o champanhe.

O sofrimento psicológico de 39% destes adolescentes já os fez pensar em morrer, tendo 12% feito feridas propositadas no seu corpo e 19% fizeram, de facto, alguma coisa para morrer.

Outro comportamento referido com alguma frequência por estes estudantes (43%) é o envolvimento em lutas.

Quanto ao comportamento sexual, 35% destes jovens já iniciaram a actividade sexual. Destes, 25% referem que nessa altura ainda não teriam 15 anos. Relativamente ao número de parceiros sexuais, 48% indicam apenas um, mas 20% destes adolescentes terão tido 3 ou mais parceiros. O método contraceptivo mais utilizado na última relação sexual foi o preservativo (80%), porém 4% não terão utilizado nenhum.

Relativamente ao comportamentos alimentar, apesar de 79% dos adolescentes apresentarem um índice de massa corporal normal, 35% estão a tentar perder peso e 18% estarão mesmo a fazer dieta.

O outro objectivo deste trabalho prende-se com as relações existentes entre os comportamentos de risco e o ambiente familiar avaliado pelo QHF. De seguida, são apresentadas as várias dimensões familiares que se relacionam com os comportamentos inicialmente descritos, ver tabela 2. Dado que as variáveis analisadas tinham um comportamento que não segue a curva normal, foi utilizado o teste Mann-Whitney para comparar os grupos.

Tabela 2 – Diferenças no ambiente familiar entre os adolescentes que apresentam comportamentos de risco e aqueles que este se apresenta ausente (teste de Mann-whitney)

| Fumar | Presente | | Ausente | | p |
|------------------------------|----------|--------|---------|--------|--------|
| | N | Média | N | Média | |
| Total CDI | 70 | 103,80 | 115 | 86,43 | 0,032 |
| Estilo Tomada de Decisão Pai | 72 | 91,94 | 120 | 102,91 | 0,025 |
| Controlo Parental | 74 | 127,24 | 133 | 91,07 | >0,001 |
| Expressão de Afecto | 74 | 93,34 | 134 | 110,66 | 0,047 |
| Coligação Parental | 72 | 87,03 | 126 | 106,63 | 0,025 |

| Consumir Drogas | Presente | | Ausente | | p |
|-------------------|----------|--------|---------|--------|-------|
| | N | Média | N | Média | |
| Controlo Parental | 11 | 147,73 | 196 | 101,55 | 0,013 |

| Consumir álcool | Presente | | Ausente | | p |
|-----------------|----------|-------|---------|-------|-------|
| | N | Média | N | Média | |
| Total CDI | 69 | 82,53 | 116 | 99,23 | 0,040 |

| | | | | | |
|------------------------------|-----------------|--------------|----------------|--------------|----------|
| Envolvimento Educacional Pai | 72 | 85,82 | 124 | 105,86 | 0,017 |
| Controlo Parental | 74 | 125,89 | 133 | 91,82 | >0,001 |
| Tarefas Domésticas | 73 | 121,86 | 133 | 93,42 | 0,001 |
| Expressão de Afecto | 75 | 93,27 | 133 | 110,83 | 0,043 |
| Coligação Parental | 72 | 87,12 | 126 | 106,58 | 0,021 |
| Apoio Social | 75 | 116,98 | 133 | 97,46 | 0,025 |
| Auto-mutilação | Presente | | Ausente | | p |
| | N | Média | N | Média | |
| Total QHF | 24 | 80,27 | 180 | 105,46 | 0,050 |
| Aceitação do Pai | 23 | 74,98 | 169 | 99,43 | 0,047 |
| Aceitação da Mãe | 24 | 66,27 | 176 | 105,17 | 0,020 |
| Estilo Tomada de Decisão Mãe | 23 | 76,57 | 173 | 101,42 | 0,048 |
| Coligação Parental | 23 | 74,00 | 171 | 100,66 | 0,032 |

| Fazer alguma coisa para morrer | Presente | | Ausente | | p |
|---------------------------------------|-----------------|--------------|----------------|--------------|----------|
| | N | Média | N | Média | |
| Total CDI | 26 | 108,75 | 127 | 70,50 | >0,001 |
| Total QHF | 29 | 55,02 | 144 | 93,44 | >0,001 |
| Responsividade do Pai | 29 | 63,47 | 134 | 86,01 | 0,020 |
| Responsividade da Mãe | 29 | 61,55 | 140 | 89,86 | 0,050 |
| Aceitação do Pai | 29 | 63,47 | 134 | 87,42 | 0,020 |
| Aceitação da Mãe | 29 | 61,55 | 140 | 89,86 | >0,001 |
| Abuso Físico do Pai | 27 | 59,78 | 132 | 84,14 | 0,002 |
| Abuso Físico da Mãe | 28 | 66,16 | 139 | 87,59 | 0,060 |
| Envolvimento Educacional Mãe | 29 | 66,64 | 141 | 89,38 | 0,023 |
| Estilo Tomada de Decisão Pai | 29 | 54,24 | 130 | 85,75 | 0,001 |
| Estilo Tomada de Decisão Mãe | 29 | 59,17 | 137 | 88,65 | 0,030 |
| Expressão de Afecto | 29 | 66,36 | 144 | 91,16 | 0,015 |
| Ajustamento Psicológico do Pai | 29 | 55,09 | 132 | 86,69 | 0,010 |
| Ajustamento Psicológico Mãe | 29 | 61,64 | 139 | 89,27 | 0,005 |
| Apoio Social | 29 | 59,69 | 144 | 92,50 | 0,010 |
| Stressores Familiares | 29 | 69,84 | 144 | 90,45 | 0,040 |

| Envolvimento em lutas | Presente | | Ausente | | p |
|------------------------------|-----------------|--------------|----------------|--------------|----------|
| | N | Média | N | Média | |
| Abuso Sexual | 82 | 92,30 | 110 | 99,63 | 0,009 |
| Estilo Tomada de Decisão Mãe | 85 | 89,32 | 113 | 107,16 | 0,030 |
| Controlo Parental | 88 | 122,07 | 117 | 88,65 | >0,001 |
| Tarefas Domésticas | 88 | 115,42 | 116 | 92,70 | 0,006 |
| Expressão de Afecto | 89 | 93,56 | 117 | 111,06 | 0,037 |
| Coligação Parental | 85 | 86,48 | 111 | 107,70 | 0,009 |

| Comportamento Sexual | Presente | | Ausente | | p |
|------------------------------|----------|--------|---------|--------|--------|
| | N | Média | N | Média | |
| Total QHF | 70 | 82,08 | 133 | 112,48 | >0,001 |
| Responsividade do Pai | 66 | 82,77 | 125 | 102,99 | 0,016 |
| Responsividade da Mãe | 66 | 84,72 | 132 | 106,89 | 0,010 |
| Aceitação do Pai | 66 | 78,68 | 126 | 105,83 | 0,001 |
| Aceitação da Mãe | 66 | 83,89 | 133 | 108,00 | 0,005 |
| Abuso Sexual | 59 | 87,78 | 130 | 98,28 | >0,001 |
| Negligência Física | 69 | 90,14 | 133 | 107,39 | 0,038 |
| Envolvimento Educacional Pai | 66 | 82,72 | 126 | 103,72 | 0,013 |
| Envolvimento Educacional Mãe | 67 | 87,32 | 133 | 107,14 | 0,022 |
| Estilo Tomada de Decisão Pai | 65 | 77,34 | 122 | 102,88 | 0,002 |
| Estilo Tomada de Decisão Mãe | 65 | 80,12 | 130 | 106,94 | 0,002 |
| Controlo Parental | 70 | 123,86 | 132 | 89,64 | >0,001 |
| Coligação Parental | 65 | 83,05 | 128 | 104,09 | 0,013 |

Assim, o comportamento de fumar tende a ser mais frequente naqueles adolescentes que apresentam maior sintomatologia depressiva, tomam decisões sozinhos, sem consultar os pais, experienciam uma menor expressão de afecto e vivem maior conflito parental.

Quanto ao consumo de drogas, este parece estar relacionado com a maior tomada de decisão dos adolescentes, sem o apoio dos pais.

Relativamente ao consumo de álcool, poderá ser mais frequente nos estudantes que têm maior sintomatologia depressiva, mais tarefas domésticas e maior apoio social dos pais, bem como conflito parental e que tendem a ter um menor envolvimento da figura paterna na educação e pior expressão efectiva.

O comportamento de auto-mutilação tende a acontecer em adolescentes com pior ambiente familiar, pouca aceitação de ambos os pais, mãe com um estilo mais autoritário e presença de conflito parental.

Por sua vez, o comportamento de realizar alguma coisa para morrer, além de estar relacionado com um pior ambiente familiar de um modo geral (pior responsividade e aceitação de ambos os pais, estilos autoritários de tomada de decisão, abuso físico e pior ajustamento psicológico parental) tende a estar também relacionado com valores menores de apoio social dos pais.

O estar envolvido em lutas poderá associar-se a maior conflito parental, um estilo mais autoritário da mãe, a pior expressão de afecto, à realização de mais tarefas domésticas e à tomada de decisões feita pelo adolescente.

Também os adolescentes que iniciaram a actividade sexual parecem ter um pior ambiente familiar quando comparados com os outros colegas, apresentando valores mais elevados no que toca à tomada de decisão de forma independente dos pais.

Não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre os valores do índice de massa corporal e as escalas relativas ao ambiente familiar.

Conclusão

A lista de comportamentos de risco utilizada neste estudo é semelhante a outras usadas internacionalmente, desta forma podemos comparar a informação recolhida em contextos diferentes. Assim, comparando estes resultados com os do National Youth Risk Behavior Survey realizado nos Estados Unidos em 2005 (www.cdc.gov/yrbss), conclui-se que os adolescentes desta amostra (36%) tendem a fumar mais que os americanos (28%), a envolver-se mais em lutas (43% versus 36%) e a fazer alguma coisa para morrer (19% versus 8%). Por seu lado, os adolescentes americanos tendem a beber mais álcool (43% versus 36%) e a iniciar a actividade sexual (47% versus 36%) mais cedo. Contudo, 80% dos adolescentes que participaram neste estudo referem ter utilizado preservativo na última relação sexual, enquanto que nos Estados Unidos foram 63%.

De uma forma geral, parece que o comportamento dos adolescentes tendem a ser semelhante em países diferentes.

Este estudo vem confirmar também que a qualidade do ambiente familiar é fundamental para o envolvimento dos adolescentes nos diversos comportamentos de risco.

De forma quase sistemática, tendem a ser os jovens que tomam decisões sem consultar os pais e que experienciam mais conflito parental que se envolvem em comportamentos de risco relacionados com os consumos, as brigas físicas e a actividade sexual.

Também a pior expressão afectiva e as reacções negativas de ambos os pais (pouca responsividade, aceitação ou envolvimento na educação dos filhos e um estilo mais autoritário) parecem influenciar o envolvimento dos adolescentes nestes comportamentos.

Salienta-se ainda que a auto-mutilação (o ferir-se de propósito) parece estar associado unicamente a piores valores nas escalas do ambiente familiar, especialmente a aceitação parental e o conflito entre estes, vindo reforçar a necessidade de intervir junto das famílias precocemente.

Assim, parece que este trabalho com as famílias, além dos contextos educativos, é fundamental para prevenir os comportamentos de risco dos adolescentes, sendo possível, desta forma eliminar ou atenuar outras complicações relacionadas com as variáveis familiares, desde o ajustamento psicológico, ao abandono escolar, passando pelos cuidados de saúde.

Uma das limitações deste estudo é apenas considerar a perspectiva dos adolescentes para classificar a qualidade do ambiente familiar.

Além disso, o instrumento utilizado para avaliar a qualidade do ambiente familiar ainda não está validado para a população portuguesa, pelo que seria importante fazê-lo em estudos futuros.

Bibliografia

- Allen, J., Porter, M., Land, D., Insabella, G., Smith, F. & Philips, N. (2006). A Social-International Model of the Development of Depressive Symptoms in Adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 55-65.
- Aseltine, R., Gore, S. & Colten, M. (1994). Depression and the Social Developmental Context of Adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 252-263.
- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). As mil faces da adolescência. Lisboa: Climepsi Editores.
- Diclemente, R., Hansen, W. & Ponton, L. (1996). Adolescents at risk. A generation in jeopardy. *Handbook of adolescent health risk behavior*. Diclemente, R., Hansen, W. & Ponton, L. (Ed.). New York: Plenum Press.
- Farate, C. (2001). *O Acto do Consumo e o gesto que Consome “Risco relacional” e consumo de drogas no início da adolescência*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Golder, S., Gillmore, M., Spieker, S. & Morrison, D. (2005). Substance Use, Related Problem behaviors and adult attachment in a Sample of High Risk Older Adolescent Women. *Journal of Child and Family Studies*, 14, 181-193.
- Hansen, W. & O'Malley, P. (1996). Drug use. *Handbook of adolescent health risk behavior*. Diclemente, R., Hansen, W. & Ponton, L. (Ed.). New York: Plenum Press.
- Igra, V. & Irwin, C. (1996). Theories of adolescent risk-taking behavior. *Handbook of adolescent health risk behavior*. Diclemente, R., Hansen, W. & Ponton, L. (Ed.). New York: Plenum Press.
- Lingdegren, M., Hewitt, S., Rutledge, T., Johnson, D., Holland, B., Cupel, L. & Doan, Q. (Ed.) (2006). Youth risk behaviour surveillance – United States, 2005. *Morbidity and mortality weekly report*. Vol 55.
- Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S., Reis, C. & Canha, L. (2000). *A saúde dos adolescentes portugueses. Estudo nacional da rede europeia HBSC/OMS (1998)*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana/Programa educação para todos – Saúde.

- Mendes, F., Relvas, A., Reccio, J., Pietralunga, S., Broyer, G., Bussac, M., Calafat, A., & Strocchio, P., (1999). *Family relationships and primary prevention of drug use in early adolescence*. Coimbra: Irefrea.
- Moss, H., Lynch, K. & Hardie, T. (2003). Affiliation with deviant peers among children of substance dependent fathers from pré-adolescence into adolescence: associations with problem behaviors. *Drug and Alcohol Dependence*, 71, 117-125.
- Perry, C. & Stauffer, M. (1996). Tobacco use. *Handbook of adolescent health risk behavior*. Diclemente, R., Hansen, W. & Ponton, L. (Ed.). New York: Plenum Press.
- Plant, M. & Plant, M. (1992). *Risk-takers. Alcohol, drugs, sex and youth*. London: Tavistock/Routledge.
- Pungello, E., Kupersmidt, J. & Burchinal, M. (1996). Environmental Risk Factors and Children's Achievement from Middle Childhood to Early Adolescence. *Developmental Psychology*, 32, 755-767.
- Reigstad, B., Jorgensen, K. & Wichstrom, L. (2006). Diagnosed and self-reported childhood abuse in national and regional samples of child and adolescent psychiatric patients: Prevalences and correlates. *Nord Journal Psychiatry*, 60, 58-66.
- Rosenman, S. & Rodgers, B. (2004). Childhood adversity in an Australian population. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 39, 695-702.
- Sternberg, K., Lamb, M., Guterman, E. & Abbott, C. (2006). Effects of early and later family violence on children's behavior problems and depression: A longitudinal, multi-informant perspective. *Child Abuse & Neglect*, 30, 283-306.
- Wills, T., Gibbons, F., Gerrard, M., Murry, V. & Brody, G. (2003). Family Communication and Religiosity Related to Substance Use and Sexual Behavior in Early Adolescence: A Test for Pathways Through Self-Control and Prototype Perceptions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 312-313.
- Windle, M., Shope, J. & Buskstein, O., (1996). Alcohol use. *Handbook of adolescent health risk behavior*. Diclemente, R., Hansen, W. & Ponton, L. (Ed.). New York: Plenum Press.
- www.cdc.gov/yrbss